

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATING TO CHRONIC INSOMNIA IN STROKE PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โดย	น.ส.จิตรลดา สมประเสริฐ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จิตรลดา สมประเสริฐ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (FACTORS RELATING TO CHRONIC INSOMNIA IN STROKE PATIENTS) อ.ที่
 ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและนอนไม่หลับตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจและสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 132 คน ที่ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนและตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, 1.00, 0.82, 0.97, 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอัตราและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.00

2. ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.467, .636, .503, .026$) ตามลำดับ

3. อายุและตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977159136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: STROKE, CHRONIC INSOMNIA, FACTORS RELATED

Chitralada Somprasert : FACTORS RELATING TO CHRONIC INSOMNIA IN STROKE PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D.

The purpose of this descriptive research was to investigate the relationships among factors related to chronic insomnia in stroke patients including age, anxiety, fatigue, brain lesion, pain, Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep. The samples were 132 stroke patients selected by a simple random sampling technique. They were followed up at the Outpatient Department of Police General Hospital and Prasat Neurological Institute. Questionnaire were composed of demographic information, State - Trait Anxiety Inventory, Fatigue Severity Scale, Pain Numerical rating scale, Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Instrument was tested by using reliability Cronbach's alpha Coefficient obtained at .88, .1.00, .82, .97 and .86, respectively. Data were analyzed by using Descriptive statistics, Eta and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results were as follows:

1. The mean of chronic insomnia of stroke patients was at the moderate level (mean = 17.95, SD = 4.00)
2. Anxiety, Fatigue, Pain, Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep ($r=.476$, $.636$, $.503$ and $.026$) were significantly positive correlated with chronic insomnia in stroke patients.
3. Age and brain lesion were not significantly correlated with chronic insomnia in stroke patients.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายคน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง ที่ได้ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จผลลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความรักความเมตตาและเป็นกำลังใจอย่างดี อีกทั้งยังคอยประคับประคองผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมานะอดทนฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆจนประสบความสำเร็จตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการศึกษา และการดำเนินชีวิตผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วีระ สินเดชาภิรักษ์ กรรมการสอบภายนอกมหาวิทยาลัยที่ให้คำแนะนำในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกคนที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกคน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและเจ้าหน้าที่ทุกระดับของสถาบันประสาทวิทยา ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เจ้าหน้าที่ทุกระดับของโรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้ให้ความกรุณาอย่างยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ที่ขาดไม่ได้ ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่คอยปลุกฝังให้ผู้วิจัยรักการศึกษามีความขยันหมั่นเพียร มีความอดทน คอยให้ความรักและให้กำลังใจ ขอขอบคุณสามีที่ให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องและเป็นอีกแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จ

จิตรลดา สมประเสริฐ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตการวิจัย	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง.....	19
3. อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	26
4. บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	46
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	54

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปผลการวิจัย.....	80
การอภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	90
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	103
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย.....	105
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	115
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ประวัติผู้เขียน.....	133



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=132).....	57
ตารางที่ 2	ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30).....	64
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ (n= 132)....	69
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระยะเวลา ของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ระยะเวลาของการนอนไม่หลับ (n= 132).....	71
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (n= 132).....	72
ตารางที่ 6	จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอาการเหนื่อยล้า (n= 132).....	72
ตารางที่ 7	จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความปวด ตำแหน่งที่มีความปวดและความรุนแรงของความปวด (n= 132).....	73
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ (n= 132).....	74
ตารางที่ 9	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132).....	75
ตารางที่ 10	จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง (n= 132).....	76
ตารางที่ 11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132).....	77

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(n=132) 78

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง กับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 79



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของโลก (World Health Organization, 2015) ในแต่ละปีทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณ 6 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทยในรอบ 10 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2545 - 2555 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายเป็นอันดับ 3 ของประชากรไทยรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ทั้งยังมีแนวโน้มของอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 352.30 ต่อประชากรแสนคนและเพิ่มขึ้นเป็น 425.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2558 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่มีสาเหตุจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง จนเกิดความเสียหายหรือการตายของเนื้อเยื่อสมอง ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของร่างกายในระยะยาว (วิระชัย จิตภักดี, 2558) ภายหลังจากเกิดโรคและได้รับการรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตผู้ป่วยมักยังหลงเหลือความพิการ (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร, 2554; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2556) ซึ่งความพิการของผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่มักขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งรอยโรค จากสถิติอัมพฤกษ์และอัมพาตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบอาการอัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 75.4 ของผู้มีอาการทั้งหมด (วิชัย เอกพลากร, 2559) ความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พบว่า ด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือเกร็ง ทำให้ผู้ป่วยเสียการทรงตัว ภาวะกลืนลำบาก การสื่อสาร การบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) ส่งผลให้การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2552; ปทิตตา ทรวงโพธิ์, ประสบสุขศรี แสนปาง และเจียมจิตแสงสุวรรณ, 2556) ด้านจิตใจผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องกับความพิการ กลัวการหกล้ม กลัวปฏิกิริยาของคนอื่นและกลัวเป็นภาระครอบครัว (Opal, 2015) ทำให้ผู้ป่วยหลายคนเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา (Mitchella, 2017) ส่วนด้านสังคมเนื่องจากความพิการที่หลงเหลือ ทำให้โอกาสในการติดต่อสังคมลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและครอบครัวลดลง มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง (ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล และทศพร คำผลศิริ, 2558)

นอกจากผลกระทบข้างต้น อีกหนึ่งในผลกระทบที่สำคัญ พบบ่อยและส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย คือ อาการนอนไม่หลับ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาคอนนร้อยละ 50-78 (Hermann, D. M., & Bassetti, C. L., 2009; Pasic et al, 2011) มีความรุนแรงของปัญหาคอนนร้อยระดับมากร้อยละ 42 (Pasic, 2011) โดยมีปัญหาคอนนร้อยละ 36.6 - 59.5 (Leppavuori et al., 2002; Morin & Benca, 2012; วนิดา ลุงกา, 2560)

อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ และในเชิงคุณภาพ โดยมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างน้อยอย่างหนึ่งอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ 1) อาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ 2) การตื่นนอนกลางดึก แล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) ใช้เวลาในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง มากกว่า 10 นาที 3) การตื่นเช้ากว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีระยะเวลาของอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน (Glovinsky & Spielman, 2006; Morin et al, 2015) อย่างไรก็ตามในบางคำนิยามได้กำหนดระยะเวลาของการมีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง เป็นเวลา 1 เดือน, 3 เดือนและ 6 เดือนเป็นต้นไป แต่โดยส่วนใหญ่จะกำหนดระยะเวลาเป็น 3 เดือน (American Psychiatric Association, 2013; American Academy of Sleep Medication, 2005; Morin, Drake, Harvey et el, 2015; World Health Organization, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 36.6 - 59.5 และพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 อาการ คือ มีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Chen et al., 2011; Leppavuori et al., 2002; Kim et al, 2017) ส่วนใหญ่ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 13.65 - 49 รองลงมาคือปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก คิดเป็นร้อยละ 11.7 - 59.5 ปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ คิดเป็นร้อยละ 10.12 (Kim et al, 2017; Tang et al, 2011 ; วนิดา ลุงกา, 2560) อาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางร้อยละ 10.0 อาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงร้อยละ 1.7 อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับเป็นร้อยละ 36.7 และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากถึงร้อยละ 12.6 - 64.53 (Chen et al, 2011; วนิดา ลุงกา, 2560) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาคอนนร้อยละมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในทุกด้าน (Tang et al., 2015)

โดยพบว่าทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่ลงและขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย (Leppavuori et al., 2002) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจในระยะแรกของการฟื้นฟู (Kim et al, 2017) รวมถึงการคิดฆ่าตัวตาย (Tang et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (OR 1.01, 95% CI 1.0-1.1; $p < 0.04$) ความพิการ (OR 1.01, 95% CI 1.0-1.1) โรคสมองเสื่อม (OR 5.3, 95% CI 1.7–16.7; $p < 0.01$) ความวิตกกังวล (OR 1.1, 95% CI 1.1–1.2; $p < 0.0001$) การใช้ยาทางจิตประสาท (OR 49.0, 95% CI 23.1–104; $p < 0.0001$) อาการปวดไหล่ ($p < 0.01$) อายุ (OR 1.106/1 year, 95% CI 0.99 – 1.14) การใช้ชีวิตลำพังก่อนเกิดโรค เพศหญิง (OR = 0.120; 95% CI= 0.017 – 0.873; $p = 0.036$) สมองขาดเลือดบริเวณสมองส่วนหน้า (OR=1.933, $p = 0.039$) และภาวะซึมเศร้า (OR=1.157, $p < 0.001$) (Chen et al, 2011; Palomäkiet al, 2003; Da Rocha et al, 2013; Leppavuori et al, 2002; Küçükdeveci, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยพบเพียง 1 การศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตันและแตก ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ปัจจัยที่ได้นำมาศึกษา คือ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ กิจกรรมทางกาย สุขวิทยาการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 51.6 และมีอาการนอนไม่หลับ 48.4 พบว่าภาวะซึมเศร้า ($r = .502$, $p = .000$) และสุขวิทยาการนอนหลับ ($r = -.222$, $p = .015$) มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ (วนิดา ลุนกา, 2560)

จากทฤษฎี 3P Model of Insomnia และการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีปัจจัยที่น่าจะส่งผลกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังและยังไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาตัวแปรทั้งสามด้านตามกรอบแนวคิด คือ PREDIDPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด อาการเหนื่อยล้า PERPETUATING FACTORS ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน (Spielman and Glovinsky, 1991) และประเภทของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสนใจคัดสรรตัวแปรดังกล่าวมาจากเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) เป็นตัวแปรที่มีความน่าสนใจและยังไม่มีงานชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง รวมถึงต้องการผลงานวิจัยที่จะช่วยยืนยัน 2) เป็นตัวแปรที่มักเกิดต่อเนื่องและคงอยู่ยาวนานภายหลังการเกิดโรค และ 3) เป็นตัวแปรที่อยู่ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สามารถจัดกระทำได้

สำหรับเหตุผลที่ต้องนำตัวแปรอายุมาศึกษาซ้ำเนื่องจาก มีผู้ทำศึกษาน้อย ยังไม่มีการศึกษาในบริบทของประเทศไทย และเป็นตัวแปรที่น่าสนใจ เมื่อคนเราอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ (ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้น และยากที่จะหลับต่อในการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าปัญหาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Morin, 1993) อายุมี

ความสัมพันธ์กับจำนวนเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะหลับ ความต่อเนื่องของการนอนหลับและระยะเวลาของอาการนอนหลับ อายุเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลาในการนอนหลับ บุคคลในวัยต่างๆ ต้องการระยะเวลาในการนอนหลับที่แตกต่างกัน (Floy et al., 2000) โดยพบว่าในวัยผู้ใหญ่ความผิดปกติของอาการนอนหลับเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเมื่อคนเราอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาอาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Floyd et al., 2000; Kim et al., 2000; Pallessen et al., 2001) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุ (OR 1.06/1 year, 95% CI 0.99–1.14) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Heikkii et al., 2003)

ความวิตกกังวล เป็นตัวแปรที่มีความน่าสนใจอีกทั้งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกระทำ ได้โดยอิสระ พบว่าภายหลังการเกิดโรคอุบัติการณ์ของความวิตกกังวลสูงสุดถึง 10 ปี ความวิตกกังวลมีผลต่อการหลั่งอะดรีนาลีน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัวมีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเมื่อถึงเวลาที่ต้องการ ร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตชั้นใน และคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไตชั้นนอก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้การทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจซึ่งจะไปรบกวนการเริ่มต้นการนอนหลับและกระทบความต่อเนื่องในการนอนหลับ (Glovinsky & Spielman, 2006) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวล (OR 1.1, 95% CI 1.1-1.2; $p < 0.002$) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Leppavuori et al., 2002)

อาการเหนื่อยล้า มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 33 – 73 มีการศึกษาอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 10 วันหลังเกิดโรคไปจนถึง 36 เดือน พบว่าอุบัติการณ์ของความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 6 – 12 เดือน พบว่าสูงถึงร้อยละ 38 – 74 (Colle et al 2006; Michael and Macko., 2006; Van de Port., 2007; Christensen., 2008; Naess., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ 43 และ 45 (Lerdal., 2013) เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยกระตุ้นการสังเคราะห์ Corticotropine Releasing Hormone ในไฮโปทาลามัส ทำให้เพิ่มการหลั่ง adrenocorticotrophic hormone ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและแคททีโคลามีนที่ประกอบไปด้วย epinephrin ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมถึงมีการหลั่ง norepinephrine ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะตื่นตัว (arousal) และเป็นผลให้การนอนหลับเป็นไปได้อย่างขึ้น (สุพรทิพย์ เจียสกุล และ สุวัฒน์ คุปติวุฒิ, 2551)

ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง การหลับตื่นนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำงานประสานกันหลายระบบได้แก่ Histamine, adenosine, serotonin, acetylcholine,

hypocretin, Melatonin และการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ ได้แก่ brainstem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex เซลล์ประสาทที่กระจายอยู่ทั่วแกนกลางของก้านสมองที่เรียกว่าเรติคิวลาฟอร์เมชัน (Reticular formation area) ส่งสัญญาณไปยังสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ไฮโปทาลามัส ก้านสมอง basal ganglia pons สมองส่วนหน้า (forebrain) ระบบประสาทใน cortical และ subcortical ซึ่งมีหน้าที่ในการปิดเปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิด REM sleep และ Non-REM sleep (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; Lu et al., 2006; Nofzinger, 2004) เมื่อสมองส่วนต่างๆถูกทำลายหรือมีรอยโรคจะส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับตื่น จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันบริเวณสมองส่วนหน้า (acute frontal lobe infraction) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย (Chen et al, 2011)

ความปวด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการนอนหลับ (Bakken et al., 2012) ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายหลั่งไกลโคเจน อะดีนาลีน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับในระยะที่ไม่มีการกรอกกลูตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง และความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่น เป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore & Dimsdale, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความปวดไหลมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.01$) (Küçükdeveci, 1996) การศึกษาของ Naess et al. (2010)

ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ แต่ยังไม่มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่าง เป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Savard and Morin, 2001) เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก มีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ ผลของความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการยับยั้งการหลั่งสารนอร์อดรีนาลีนและซีโรโทนิน จาก cholinergic neuron ส่งผลให้เกิดการนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556; Harvey & Schmidt, 2003) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Coyle & Watts, 1991; Harvey & Schmidt, 2003; Morin, 1993)

จากการศึกษาก่อนหน้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ได้นำมาศึกษา คือ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ กิจกรรมทางกาย สุขวิทยาการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 51.6 และมีอาการนอนไม่หลับ 48.4 พบว่า ภาวะซึมเศร้า ($r = .502$,

$p=.000$) และสุขวิทยาการนอนหลับ ($r = -.222, p=.015$) มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ (วนิดา ลุงกา, 2560) เหตุผลที่ไม่นำตัวแปร ภาวะซึมเศร้าและสุขวิทยาการนอนมาศึกษาซ้ำ เนื่องจาก การศึกษาของวนิดาได้มีการนำมาศึกษาและพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ จากแนวคิด The 3P Model of Insomnia (Glovinsky & Spielman, 2006) ได้ กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับใน 3 ปัจจัยหลัก โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) และสุขวิทยาการนอนปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating Factors) จากการศึกษาอาการนอนไม่หลับในประเทศไทย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค ไตวายเรื้อรัง พบว่าสุขวิทยาการนอนมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในหลายงานวิจัย และภาวะ ซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาศึกษาซ้ำ

สำหรับประเด็นกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุ ผลกระทบและ แนวทางในการบำบัดอาการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันเมื่อพิจารณาตามระยะเวลาการเกิดอาการ นอนไม่หลับ โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับแบบเฉียบพลันหากได้รับการขจัดปัญหาและผู้ป่วยสามารถ ปรับตัวได้ ไม่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาซึ่งแตกต่างจากอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง จาก การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีการแบ่งระยะเวลาของอาการนอน ไม่หลับที่ชัดเจน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังเนื่องจากส่งผล กระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาวซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ นอนไม่หลับแบบเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในทางขจัดปัจจัยหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้อง กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง รวมทั้งเป็นองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพ สามารถเลือกวิธีการบำบัดทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดปัญหาการนอนไม่ หลับแบบเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการนอนหลับที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความ เชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Pasic, 2011) ซึ่งส่งผลให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่ลงและขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะแรกของการฟื้นฟู (Kim et al, 2017; Leppavuori et al., 2002) จาก The 3P Model of Insomnia (Glovinsky & Spielman, 2006) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับใน 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) และปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating Factor)

1. ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) เป็นลักษณะที่พบได้ภายในตัวบุคคล มีลักษณะทางชีวภาพ พันธุกรรม ลักษณะอุปนิสัยส่วนบุคคล อาจมีมาก่อนหรือได้มาทีหลัง เมื่อคุณลักษณะที่ชักนำให้เกิดความอ่อนไหวหรืออ่อนแอ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาไปสู่ปัญหาการนอนไม่หลับชนิดต่างๆ เช่น การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางร่างกาย (Physiological Hyperarousal) การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางความคิด (Cognitive Hyperarousal) การทำงานจนดึกดื่น (Night Owls) การตื่นนอนแต่เช้าตรู่ (Morning Larks) มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยปัจจัยโน้มนำให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาศึกษา คือ อายุและความวิตกกังวล

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) เป็นเหตุการณ์นอกเหนือการควบคุมของแต่ละบุคคล สามารถกระตุ้นให้เกิดความแปรปรวนในการนอนหลับ โดยสามารถระบุสาเหตุของการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้ชัดเจนรวมถึงเวลาในการนอนไม่หลับ เนื่องมาจากสถานการณ์ที่เป็นเหตุกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงของการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดสมดุลของการนอนหลับ ทั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการปวดจากภาวะกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท, ความเศร้าโศกจากการเสียบุคคลอันเป็นที่รัก, มีความวิตกกังวลจากการรับผิดชอบงานใหม่ นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ เช่น ความเครียดจากความล้มเหลวในชีวิตคู่ เป็นต้น โดยปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาศึกษา คือ อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง และความปวด

3. ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating Factor) เป็นการตอบสนองต่อประสบการณ์ของการนอนไม่หลับ ซึ่งในที่สุดจะทำให้กลายเป็นอาการนอนไม่หลับที่เรื้อรัง การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับหรือการปฏิบัติตนด้านการนอนหลับไม่ดี ซึ่งได้แก่ การเข้านอนแต่หัวค่ำ (Getting into bed early), การเข้านอนดึก (Staying in bed late), การใช้เวลาอยู่บนเตียงมากเกินไป (Spending extra time in bed), การงีบหลับ (Napping) เป็นต้น โดยปัจจัยคงอยู่ที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นำมาศึกษาคือ ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ The 3P Model of Insomnia มาใช้ และได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมในส่วนของเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดแล้วผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) ได้แก่

1.1 อายุ เมื่อคนเราอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ (ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้น และยากที่จะหลับต่อในการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าปัญหาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Morin, 1993) อายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะหลับ ความต่อเนื่องของการนอนหลับและระยะเวลาของอาการนอนหลับ อายุเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลาในการนอนหลับ บุคคลในวัยต่างๆต้องการระยะเวลาในการนอนหลับที่แตกต่างกัน (Floy et al., 2000) โดยพบว่าในวัยผู้ใหญ่ความผิดปกติของอาการนอนหลับเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเมื่อคนเราอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาอาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Floyd et al., 2000; Kim et al., 2000; Pallessen et al., 2001) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุ (OR 1.06/1 year, 95% CI 0.99–1.14) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Heikkii et al., 2003) แต่จากการศึกษาของ Leppavuori และคณะ (2002) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่าปัญหาการนอนไม่หลับไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 68.3 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (วนิดา ลุนกา, 2560) และการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 18 – 85 ปี (Da Rocha et al, 2013; Glozier et al, 2017; Leppavuori et al, 2002)

1.2 ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่มนุษย์มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่นั่นคงปลอดภัย หวั่นวิตกความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เกิดจากภาวะร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดหรือวางแผนที่จะรับมือมาก่อน ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้ความเชื่อมั่นใน

ตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย โดยความวิตกกังวลและคิดหมกมุ่นเรื่องต่างๆซ้ำ จะไปรบกวนการนอน ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Harvey, 2002) เมื่อเกิดความวิตกกังวล จะมีการหลั่งอะดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัวมีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเมื่อถึงเวลาที่ต้องการ ร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตขึ้นในและคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไตชั้นนอก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้การทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจซึ่งจะไปรบกวนการเริ่มต้นการนอนหลับและกระทบความต่อเนื่องในการนอนหลับ (Glovinsky & Spielman, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 22 (Chun et al., 2018) การศึกษาของ Ayerbe et al. (2013) พบว่าอุบัติการณ์ของความวิตกกังวลสูงสุดถึง 10 ปีอยู่ในช่วง 17-24% อุบัติการณ์สะสม: 57% ความชุก: 32-38% จากความวิตกกังวลที่ยังคงเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวล (OR 1.1, 95% CI 1.1-1.2; $p < 0.002$) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Leppavuori et al., 2002)

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) ได้แก่

2.1 ความเหนื่อยล้า หมายถึงการรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นคือรู้สึก

เหนื่อยจนอาจถึงกับหมดแรง ซึ่งเกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ ซึ่งสามารถเปลี่ยนไปตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคล (Piper, Lindsey and Dodd.,1987) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความยากลำบากในการคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน ความเหนื่อยล้าดังกล่าวเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดและคงอยู่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (de Groot et al., 2003; Staub and Bogouslavsky, 2001) เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยกระตุ้นการสังเคราะห์ Corticotropine Releasing Hormone ในไฮโปทาลามัส ทำให้เพิ่มการหลั่ง adrenocorticotrophic hormone ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและแคททีโคลามีนที่ประกอบไปด้วย epinephrin ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมถึงมีการหลั่ง norepinephrine ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะตื่นตัว (arousal) และเป็นผลให้การนอนหลับเป็นไปได้อย่างขึ้น (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และสุวัฒน์ คุปติวุฒิ, 2551) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 33 – 73 มีการศึกษาอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 10 วันหลังเกิดโรคไปจนถึง 36 เดือน พบว่าอุบัติการณ์ของความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 6 – 12 เดือนพบว่าสูงถึงร้อยละ 38 – 74 (Colle et al 2006; Michael and Macko., 2006; Van de Port., 2007; Christensen., 2008; Naess., 2012) นอกจากนี้ยัง

พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ 43 และ 45 (Lerdal.,2013) จากการศึกษาในหลายงานวิจัยพบว่า ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการนอนหลับเป็นระยะเวลายาวนาน โดยผู้ป่วยรายงานว่านอนหลับไม่เพียงพอ (Flinn and Stube., 2010)

2.2 ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวคิดของ Flip-flop switch model พบว่าการหลับตื่นนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำงานประสานกันหลายระบบได้แก่ Histamine, adenosine, serotonin, acetylcholine, hypocretin, Melatonin และการทำงานของสมองในส่วนต่างๆได้แก่ brainstem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex เซลล์ประสาทที่กระจายอยู่ทั่วแกนกลางของก้านสมองที่เรียกว่าเรติคิวลาร์ฟอร์มชัน (Reticular formation area) ส่งสัญญาณไปยังสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ไฮโปทาลามัส ก้านสมอง basal ganglia pons สมองส่วนหน้า (forebrain) ระบบประสาทใน cortical และ subcortical ซึ่งมีหน้าที่ในการปิดเปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิด REM sleep และ Non-REM sleep (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; Lu et al., 2006; Nofzinger, 2004) เมื่อสมองส่วนต่างๆถูกทำลายหรือมีรอยโรคจะส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับตื่น จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันบริเวณสมองส่วนหน้า (acute frontal lobe infraction) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย (Chen et al, 2011)

2.3 ความปวด ความปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อกรนอนหลับ (Bakken et al.,2012) เป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ (Bhalla and Birns, 2015) ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายหลังไกลโคเจน อะดีนาลีน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับในระยะเวลาที่ไม่มีกรกรอกกลูกตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง และความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่น เป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore & Dimsdale, 2002) จากการศึกษาความชุกของความปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 19-74 ความปวดที่พบมากที่สุดเป็นความปวดแบบเรื้อรัง พบร้อยละ 11-55 จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความปวดในช่วงเวลา 4 เดือน ร้อยละ 60 มีความปวดรยางค์ส่วนบน ร้อยละ 35 มีความปวดรยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 7 ปวดศีรษะ และร้อยละ 8-35 ปวดจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ (Klit, Finnerup and Jensen, 2009 ;Kong, Woon, and Yang, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความปวดไหล่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.01$) (Küçükdeveci, 1996) การศึกษาของ Naess et al. (2010)

พบอุบัติการณ์การเกิดความปวดร้อยละ 44.6 ประมาณร้อยละ 30 รายงานความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (OR =3.3, P< 0.001)

3.ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (Perpetuating Factors) ได้แก่

3.1 ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่าง เป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Savard and Morin, 2001) เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก มีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ ผลของความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการยับยั้งการหลั่งสารนอร์อโดรีนาลีนและซีโรโทนิน จาก cholinergic neuron ส่งผลให้เกิดการนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556; Harvey & Schmidt, 2003) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เช่น ความไม่เชื่อในความต้องการการนอนหลับ โดยผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของร่างกายให้ไม่สามารถหลั่งสารที่จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งกลัวและวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้ (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Coyle & Watts, 1991; Harvey & Schmidt, 2003; Morin, 1993)

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามอาการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือนที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 132 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน และอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ คือ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty initiating sleep) ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ นอนหลับๆตื่นๆ พยายามนอนแต่นอนไม่คอยหลับ ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) โดยใช้เวลาในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง มากกว่า 10 นาที และในเชิงคุณภาพ คือ ตื่นเช้าแล้วไม่สดชื่น ตื่นเช้ากว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินด้วยแบบวัด Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547)

อายุ หมายถึง ตัวเลขที่บอกเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจำนวนอายุคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) ข้อมูลนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

ความวิตกกังวล หมายถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ตึงเครียด กระวนกระวาย หวั่นวิตก ซึ่งวัดความวิตกกังวลได้จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory) ของ Spielberg et al. (1983) ที่ร้อยตำรวจเอกหญิงสุรียพร เทพอมรเดช (2546) ได้ดัดแปลงจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดีและคณะ (2524) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

อาการเหนื่อยล้า หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานทั้งหมดแรง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557)

ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บริเวณที่สมองเกิดอาการขาดเลือดหรือมีเลือดออก ซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยโดยการตรวจสอบสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) การตรวจสอบสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) โดยใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์ที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

ความปวด หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาจจะเป็นอาการปวดแสบปวดร้อนตามร่างกาย อาการปวดจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ อาการปวดศีรษะหรืออาการปวดบริเวณไหล่ ซึ่งประเมินโดยใช้ เครื่องมือประเมินอาการปวดของ อวยพร สวัสดิ์ (2557)

ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน หมายถึง การรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังในการนอนหลับ ตามกรอบแนวคิดของ Morin (1993) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) หมายถึง ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการนอนหลับ เช่น ตีความว่าปัญหาการนอนไม่หลับทำให้ทำหน้าที่ผิดพลาด
2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) หมายถึง การประเมินที่ไม่ถูกต้องเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลาจะนอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ถ้ามีปัญหาการนอนหลับให้นอนต่อไปเรื่อยๆและพยายามจนกระทั่งหลับ
3. ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep Requirement expectation) คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานได้ดี
4. ด้านเหตุผลที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia) เป็นความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ปัญหาการนอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย
5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) เมื่อนอนไม่หลับแล้วจะพยายามนอนต่อไปไม่ลุกออกจากเตียง

ประเมินโดย (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ แปลเป็นภาษาไทย โดย จรรยา ฉิมหลวง (2552)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินและวางแผนการพยาบาลในการช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการนอนที่มีคุณภาพตลอดการดำเนินชีวิตที่เจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรเหล่านี้ ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายและสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ผลกระทบในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
 - 2.2 ประเภทของการนอนไม่หลับ
 - 2.3 อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง
 - 2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง
3. อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง
 - 3.2 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.3 การประเมินอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง
4. บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายและสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

(Stroke or Cerebrovascular disease) หมายถึงลักษณะของความบกพร่องทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตก (WHO, 2005) ประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มการเกิดโรคมามากขึ้นทุกปี นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งทุกชนิด ทั้งนี้ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 27.53 และในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 42.62 ซึ่งคิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่าในรอบ 5 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) แบ่งตามลักษณะของพยาธิสรีรวิทยาได้ 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke)

เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดแดงในสมองโดยเกิดพยาธิสภาพ 2 ลักษณะ คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่เกิดจากการมีลิ่มเลือด (thrombus) หรือก้อนเลือด (embolus) อุดตันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหรืออุดตันทำให้สมองขาดเลือด การตีบตันเกิดได้ทุกแห่งพบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคาโรติดส่วนใน (Internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (Middle cerebral artery) ส่วนหลอดเลือดสมองอุดตัน เกิดจากมีลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดอื่นลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550)

1.1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke)

ภาวะเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) สาเหตุที่สำคัญได้แก่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำแหน่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus กีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons เมื่อมีเลือดออกในสมองส่วนที่ลึกลงไป cerebral hemisphere ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะมาก บางรายมีการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้สึกตัว ผู้ป่วยมักมีอาการชาหรืออ่อนแรงในส่วนของร่างกายซีกตรงข้ามกับรอยโรค ถ้ามีเลือดออกในสมองซีกเด่นผู้ป่วยมักจะมีคามผิดปกติด้านภาษา (Aphasia) ร่วมด้วย ส่วนภาวะเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักเกิดซีกใดซีกหนึ่งผู้ป่วยจะเสียการทรงตัว เดินเซ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2550; Harvey et al., 2008)

1.3 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นระยะ (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552; Levine, 2012)

1.3.1 ระยะเฉียบพลัน ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวร่วมด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนแรง มักเกิดในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเวลาการเกิดประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; วัลย์ลดา ฉันทเรืองวณิชย์, 2553)

1.3.2 ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง มี Glasgow Coma Score ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป พบได้ตั้งแต่ 1 วัน จนถึง 14 วันเป็นต้นไป

1.3.2 ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อจะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early Recovery) และระยะหลังฟื้นฟูสภาพ (Later Recovery) ระยะฟื้นฟูระยะแรก เป็นระยะการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเพื่อฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรก (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพของสมองในส่วนต่างๆจะทำให้มีการสูญเสียการทำงานในหลายๆหลายระบบ ดังนี้ (จรรยา สัตยากร, 2554)

1.4.1 ผลกระทบต่อระบบประสาทสั่งการ (motor impairment) ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปจะพบความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ซึ่งลักษณะทางคลินิกจะบอกให้ทราบถึงตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ส่วนความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและพยาธิสภาพในสมองของผู้ป่วย (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

1.4.2 ความพร่องในการติดต่อสื่อสาร (Communication Disorder) การติดต่อสื่อสารเป็นการทำงานที่สลับซับซ้อนของสมอง ซึ่งต้องประกอบด้วย การรับรู้ (reception) การประมวลข้อมูล (central processing) และการส่งต่อข้อมูล (sending information) ความบกพร่องของการสื่อสารแบ่งออกเป็น ความบกพร่องด้านการพูด/เสียง (speech / articulation disorder) และความบกพร่องด้านการสื่อภาษา (Language disorder) หมายถึงความบกพร่องของความสามารถในการรับรู้ ความเข้าใจ การแสดงออก หรือการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม

1.4.3 ความบกพร่องของการกำหนดรู้ (Cognitive Impairment) การกำหนดรู้เป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่างๆมีการแปลความหมาย ทำความเข้าใจ

และจดจำรวมถึงการตัดแปลงข้อมูลเพื่อการแสดงออกอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพ

1.4.4 ความบกพร่องในการรับรู้ (Perceptual Impairment) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะมีปัญหาด้านการรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับรู้ความรู้สึก โดยที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก และระบบประสาทสั่งการ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นด้านตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ

1.4.5 Motor Apraxia หมายถึง การไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วและมีประสิทธิภาพ ทั้งๆที่ไม่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก และการเรียนรู้ มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วน nondominant parietal lobe เนื่องจากสูญเสีย anterior callosal fiber ทำให้ขาดการเชื่อมต่อของ cortical motor association ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.4.6 ความบกพร่องของประสาทสัมผัส (Peripheral Sensory Deficit) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความผิดปกติของความรู้สึกสัมผัส เช่น pain, temperature, touch, joint, position, และ vibration ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะเสียไปมากหรือน้อยขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ที่เราควรประเมินว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องของประสาทสัมผัสด้วยหรือไม่ เพราะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและการเดินของผู้ป่วย

1.4.7 ความบกพร่องในเรื่องการกลืนอาหาร (Dysphagia) ความบกพร่องในการกลืนอาหารเป็นภาวะที่พบได้ประมาณ 30-60 % โดยเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น ริมฝีปาก ลิ้น เพดานปาก หลอดคอ กล่องเสียง และหลอดอาหาร ความผิดปกติของการกลืนจะทำให้มีอาการน้ำลายไหลยืด (drooling) ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด aspiration pneumonia ภาวะปอดอักเสบ รวมทั้งภาวะทุโภชนาการ (จรรยา สัตยากร, 2554)

1.4.8 ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Uninhibited Bladder and Bowel) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urgency of urination) เนื่องจากมีพยาธิสภาพของสมองเหนือต่อระดับ pontine micturition center ทำให้กล้ามเนื้อ detrusor ไวต่อการตอบสนอง (นิจศรี ชาญณรงค์, 2556)

1.4.9 ผลกระทบด้านจิตใจ ลักษณะของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยที่ผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิด ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย ผลกระทบทางจิตใจ เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาททำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเคยไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ

ความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่พบบ่อย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า มีความสนใจในการประกอบกิจกรรมน้อยลง การนอนผิดปกติ และมีความคิดฆ่าตัวตาย (จรรยา สัตยากร, 2554)

1.4.10 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยมักมีปัญหาทางกายที่แสดงให้เห็นได้จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยแยกตนเอง และห่างเหินจากสังคม เนื่องจากเกิดความอับอายต่อความพิการที่เห็นได้ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสีย self-esteem รู้สึกหมดหวัง และจากความพิการทางกาย ทำให้มีปฏิกิริยาจากสังคมในแง่ลบ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงจากสังคมมากขึ้น (จรรยา สัตยากร, 2554)

1.5 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (ปิยะวรรณ เขียวระณกุล, 2555) ดังนี้

1.5.1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 7 วันซึ่งแนวทางการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ผู้ป่วยควรได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ระยะเริ่มแรกไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังการเกิดอาการของโรค จะช่วยลดอัตราการความพิการได้ (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555)

1.5.2. การฟื้นฟูสภาพ

1.5.2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การฟื้นฟูในระยะนี้จะต้องอาศัยการประเมินถึงความบกพร่องของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและส่วนที่ที่ยังเหลืออยู่อย่างมีระบบ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ซึ่งช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ในระยะ 7 วันแรกหลังป่วย มีประโยชน์ต่อการรักษาและทำให้จำหน่ายผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ลดลงในระยะยาว

1.5.2.2 การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านจะต้องคำนึงถึงกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยต้องมีเวลาพักผ่อน สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย คือ การปรับการบำบัดที่หน่วยกายภาพบำบัด ผู้ป่วยจะได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

2.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

International Classification Diseases (ICD) ; The World Health Organization (WHO, 2016) ได้ให้ความหมายอาการนอนไม่หลับว่า เป็นความไม่พึงพอใจในการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วยนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty falling asleep) การตื่นนอนแล้วหลับต่อยาก (difficulty staying asleep)

หรือการตื่นนอนเร็วในช่วงท้ายของการนอน (early final wakening) อาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้บ่อยทั้งในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตและทางกาย

Morin et al (2015) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นการนอน (difficulties initiating sleep) มีปัญหาในการนอนหลับ

ต่อเนื่อง (problems maintaining sleep) และการตื่นนอนเร็วกว่าความต้องการ (waking up earlier than desired) รวมไปถึงมีผลกระทบในเวลากลางวันจากอาการดังกล่าวต่อสัปดาห์ ยาวนาน 1 เดือน (3 เดือนสำหรับ DSM-V) ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสที่เอื้อต่อการนอนหลับ

International Classification of Sleep Disorder third edition ICSD-3; American Academy of Sleep Medicine (AASM) 2014 กล่าวว่า มีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้าสู่การนอนร่วมกับระยะเวลาในการนอนหรือคุณภาพการนอนหลับที่เกิดขึ้น แม้จะมีโอกาสหรือสถานการณ์ที่เอื้อต่อการนอนหลับ ผลบางส่วนมาจากความบกพร่องในเวลากลางวัน

Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM-V); American Psychiatric Association (APA) 2013 กล่าวว่า อาการหลักของผู้ป่วยคือ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty initiating sleep) ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) หรือมีการตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (early-morning awakening) ทำให้ช่วงกลางวันรู้สึกไม่สดชื่น อาการนอนหลับยากเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 คืนต่อสัปดาห์ มีอาการนานอย่างน้อย 3 เดือน และอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิต

Morin & Benca (2012) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นการบั่นถึงคุณภาพการนอนหลับรวมถึงระยะเวลาในการนอนหลับ คือ นอนหลับยากเมื่อถึงเวลานอน ตื่นในช่วงกลางคืน หรือตื่นเข้าเกินไป นอนหลับไม่มีคุณภาพ และส่งผลกระทบในเวลากลางวัน อาการนอนไม่หลับที่เกิด อย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือน เป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

Glovinsky & Speilman (2006) ได้กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ มี 3 ประเด็นหลักที่เป็นลักษณะเฉพาะคือ มีอาการเข้าสู่การนอนหลับยาก โดยใช้เวลามากกว่า 30 นาทีตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง โดยตื่นนอนกลางดึกแล้วใช้เวลาในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง มากกว่า 10 นาที และการนอนหลับล้มเหลว โดยทำให้นอนหลับลึกและนอนหลับต่อเนื่องยาก และไม่สดชื่นหลังตื่นนอน

National Institutes of Health (2005) มีความแปรปรวนในการนอน แม้จะมีโอกาสและมีสถานการณ์ที่เอื้ออำนวย โดยมีอาการของความแปรปรวนอย่างใดอย่างหนึ่งจาก 3 อย่าง ดังนี้ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และตื่นเช้ากว่าปกติ

โดยสรุปจากความหมายของอาการอาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ คือ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty initiating sleep) ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ นอนหลับๆตื่นๆ พยายามนอนแต่นอนไม่คอยหลับ ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) โดยใช้เวลาในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง มากกว่า 10 นาที และในเชิงคุณภาพ คือ ตื่นเช้าแล้วไม่สดชื่น ตื่นเช้า

กว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต

2.2 ประเภทของการนอนไม่หลับ

2.2.1 แบ่งตามลักษณะอาการนอนไม่หลับ โดยประกอบด้วย การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นการนอน (difficulties initiating sleep) และหรือ มีปัญหาในการนอนหลับต่อเนื่อง (problems maintaining sleep) และการตื่นนอนเร็วกว่าความต้องการ (waking up earlier than desired) รวมไปถึง มีความทุกข์หรือมีผลกระทบในเวลากลางวันจากอาการดังกล่าวต่อสัปดาห์ ยาวนาน 1 เดือน (3 เดือน DSM-V) ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสที่เอื้อต่อการนอนหลับ (Morin et al, 2015)

2.2.2 แบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ

DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) จำแนกตามระยะเวลาของอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย อาการนอนไม่หลับแบบเฉียบพลัน (Acute insomnia) โดยมีระยะเวลาของอาการนอนไม่หลับน้อยกว่า 1 เดือน อาการนอนไม่หลับแบบกึ่งเรื้อรัง (Sub chronic insomnia) มีระยะเวลาของอาการนอนไม่หลับนาน 1-3 เดือน และอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง (Persistent insomnia) มีอาการนอนไม่หลับเป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (Morin et al. 2015)

International Classification of Sleep Disorder third edition ICSD-3; American Academy of Sleep Medicine (AASM) 2014 แบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการออกเป็น 1) โรคนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia disorder) โดยในกลุ่มนี้จะประกอบด้วย ชนิดของการนอนไม่หลับหลากหลายชนิดเช่น Psychophysilogic Insomnia เป็นอาการนอนไม่หลับที่เกิดจากการตอบสนองสิ่งที่เรารู้ มักจะเกิดขึ้นมีการนอนหลับที่ผิดแบบแผนการนอนเดิม ไม่ได้มีสาเหตุมาจากสิ่งกระตุ้นภายนอก มักเกิดอาการนอนไม่หลับมากกว่า 1 เดือน ,การนอนไม่หลับแบบไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic insomnia) โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน พบได้ตั้งแต่วัยเด็ก และจะมีอาการนอนไม่หลับตลอดชีวิตของการนอนของผู้ป่วย และ paradoxical insomnia เดิมเรียกว่า misperception เป็นอาการนอนไม่หลับโดยขัดแย้งกับเครื่องมือในการวัดการนอนหลับ โดยผู้ป่วยจะบ่นนอนไม่หลับ ทั้งๆที่ตนเองนอนหลับได้ปกติ แก้ไขได้โดยการบันทึกการนอนและปรับความคิด และ 2) โรคนอนไม่หลับระยะสั้นๆ (Short-term insomnia disorder or Acute insomnia or Transient insomnia) เป็นอาการนอนไม่หลับที่สัมพันธ์กับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกๆวัน เช่น มีความเครียดจากงาน ไม่มีเงิน หรือเครียดจากชีวิตครอบครัว เป็นต้น

2.2.3 แบ่งตามสาเหตุการเกิดโรค

ICSD-2 ได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (primary insomnia) และอาการนอนไม่หลับชนิดทุติยภูมิ (secondary insomnia) (Attarian and Catherine, 2010) อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (primary insomnia) คือ อาการนอนไม่หลับโดย

ไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวช โรคทางกายหรือการเสพยาเสพติด แต่เป็นความผิดปกติของการนอนโดยตรงและตอบสนองต่อการรักษา (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) และอาการนอนไม่หลับชนิดทุติยภูมิ (secondary insomnia) คือ เป็นอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นจากปัญหาจิตเวชหรือปัญหาโรคทางกาย โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล หรือการใช้สารเสพติด (National Institutes of Health, 2005; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชยอ้างใน ชัยภัทร ชุณหรัศมิ์, 2555)

2.3 อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง (Chronic insomnia)

2.3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM-V); American Psychiatric Association (APA) 2013 กล่าวว่า อาการหลักของผู้ป่วยคือ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty initiating sleep) ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) หรือมีการตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (early-morning awakening) ทำให้ช่วงกลางวันรู้สึกไม่สดชื่นเหมือนไม่ได้นอน อาการนอนหลับยากเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 คืนต่อสัปดาห์ มีอาการนานอย่างน้อย 3 เดือน และอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต

ICSD-3 แบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการออกเป็น 1) โรคนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia disorder) โดยในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยชนิดของการนอนไม่หลับหลากหลายชนิดเช่น Psychophysiologic Insomnia เป็นอาการนอนไม่หลับที่เกิดจากการตอบสนองสิ่งที่เรารู้ มักจะเกิดขึ้นมีการนอนหลับที่ผิดปกติแบบแผนการนอนเดิม ไม่ได้มีสาเหตุมาจากสิ่งกระตุ้นภายนอก มักเกิดอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน

Morin et al (2015) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นการนอน มีปัญหาในการนอนหลับ และการตื่นนอนเร็วกว่าความต้องการ รวมไปถึงมีผลกระทบในเวลากลางวันจากอาการดังกล่าวต่อสัปดาห์ ยาวนาน 1 เดือน (3 เดือนสำหรับ DSM-V) ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสที่เอื้อต่อการนอนหลับ

โดยสรุปจากความหมายของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ คือ เริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty initiating sleep) ใช้เวลามากกว่า 30 นาทีตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ นอนหลับๆตื่นๆ พยายามนอนแต่นอนไม่คอยหลับ ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) โดยใช้เวลาในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง มากกว่า 10 นาที และในเชิงคุณภาพ คือ ตื่นเช้าแล้วไม่สดชื่น ตื่นเช้ากว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน

2.3.2 พยาธิสภาพของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดของ Flip-flop switch model กล่าวว่า การหลับคืนนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำงานประสานกันหลายระบบ ได้แก่ Histamine, adenosine, serotonin, acetylcholine, noradrenaline, hypocretin และการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ ได้แก่ brain stem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex เป็นต้น ซึ่งมีหน้าที่ในการเปิดปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิด REM sleep และ Non-REM sleep (Lu, Sherman, Devor, & Saper, 2006) เมื่อสมองส่วนต่างๆ ที่ถูกทำลายหรือมีรอยโรคทำให้ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล มีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับคืน กลไกในการเกิดอาการนอนไม่หลับนั้นเชื่อว่าเกิดจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง โดยมีแนวคิดเรื่อง hyperarousal เป็นกลไกหลักในการอธิบายอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะการตื่นตัวที่มากเกินไปของ automatic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, autoimmune, neurophysiology และ brain metabolic activity, cognitive activity เป็นต้น ร่วมกับการมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกไวเกิน การตอบสนองต่อภาวะเครียดมากเกินไป เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อังใน ชัยภัทร ชุมทรัพย์, 2555)

2.3.3 อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาในประชากรทั้ง 2 กลุ่มหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยไปจนถึง 3 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 36.6 - 59.5 และพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 อาการ คือ มีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Chen et al., 2011; Leppavuori et al., 2002; Kim et al, 2017) ส่วนใหญ่ ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 13.65 - 49 รองลงมาคือปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก คิดเป็นร้อยละ 11.7 - 59.5 ปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ คิดเป็นร้อยละ 10.12 (Kim et al, 2017; Tang et al, 2011 ; วนิดา ลุงกา, 2560) อาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 อาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงร้อยละ 1.7 อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับเป็นร้อยละ 36.7 และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมาก ถึงร้อยละ 12.6 - 64.53 (Chen et al, 2011; วนิดา ลุงกา, 2560) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการนอนมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในทุกด้าน (Tang et al., 2015) ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแยลงและขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย (Leppavuori et al., 2002) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะแรกของการฟื้นฟู (Kim et al, 2017) รวมถึงการคิดฆ่าตัวตาย (Tang et al., 2015)

2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

2.4.1 Two-Process Model of Sleep Regulation ของ Borbely (1982) cited in Julie and Janet (2010) ที่อธิบายวงจรของการหลับ-ตื่นจะถูกควบคุมโดยการทำงานร่วมกันของ 2 กระบวนการคือกระบวนการแรก เป็นการควบคุมโดยระบบสมดุลของสิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย หรือ ภาวะสมดุลทางคุณสมบัติทางเคมีและฟิสิกส์ของของเหลวในร่างกาย (Homeostasis) กระบวนการนี้จะเพิ่มขึ้นในระหว่างการตื่น และลดลงในช่วงการนอนหลับ กระบวนการนี้ถือเป็นกลไกพื้นฐานของการควบคุมการนอนหลับ ถ้ามีการขาดนอนระยะเวลาในการนอนหลับและหลับลึกจะเพิ่มมากขึ้น กระบวนการที่สอง เป็นกระบวนการควบคุมการหลับ-ตื่น โดยนาฬิกาชีวภาพในร่างกาย (circadian biological clock) ซึ่งจะไม่เกี่ยวข้องกับระยะของการนอน กระบวนการนี้ช่วยให้ร่างกายนอนหลับ ขับเคลื่อนโดยการทำงานของเซลล์ในสมอง คือ suprachiasmatic nucleus (SCN) ใน hypothalamus จังหวะการทำงานของ SCN มีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม อุณหภูมิของร่างกาย และสารสื่อประสาทในสมองเช่น ระดับ cortisol, melatonin โดยทั้ง 2 กระบวนการทำงานร่วมกันได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับได้แก่ (Berger et al., 2005) ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ปัจจัยด้านรูปแบบดำรงชีวิต (Lifestyle and Environmental Factors) และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดี ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors) เช่นภาวะเครียด, ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล, การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยจากพยาธิสภาพของโรค (Disease-Related Factors) ได้แก่ อาการต่างๆที่เกิดจากผลกระทบจากโรคส่งผลต่อการนอนไม่หลับ เช่น อาการปวด การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ตำแหน่ง ระยะของโรค ปัจจัยจากการรักษาโรค เป็นต้น

2.4.2 แนวคิดการรู้คิดเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ (Cognitive model of insomnia) ของ Harvey, 2002 อธิบายว่า การรู้คิดเชิงลบที่มากเกินไปเกี่ยวกับการนอนหลับที่เพียงพอรวมถึงผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับ มีผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลและการครุ่นคิดที่มากเกินไปจะกระตุ้นการเร้าและความเครียดทางอารมณ์ การเร้าทางอารมณ์เป็นผลจากระบบประสาทอัตโนมัติจะเตรียมพร้อมให้ร่างกายมีความพร้อมเมื่อต้องเผชิญกับสภาวะวิตกกังวล ในแต่ละคนที่นอนไม่หลับนั้นเกิด จากการที่มีประสบการณ์ความกังวล และคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป จนทำให้ไม่สามารถนอนหลับ และกระทบต่อการทำงานในแต่ละวัน ผลจากความกังวลนี้ส่งผลรบกวนต่อการนอนทั้งภายใน เช่น การรับรู้ของร่างกายว่าหัวใจเต้นเร็ว และภายนอก เช่น เสียงลูกร็องกวน เป็นต้น การเลือกสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหล่านี้จึงนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดความกังวลมากขึ้น ในแต่ละคนอาจพัฒนาความกังวลไปเป็นความเชื่อที่ผิดก่อให้เกิดความกังวลมากขึ้นไปอีก การมีความคิดที่ผิดและสิ่งเร้าที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การ ลดลงของความสามารถที่จะนอน

หลับความกังวลและคิดหมกมุ่นเรื่องความเครียดในชีวิต ไปรบกวนการนอน ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับที่ต่อเนื่องและยาวนาน

2.4.3 แนวคิดการนอนไม่หลับของ Spielman เป็นแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการในการศึกษาเรื่องการนอนไม่หลับ กล่าวว่า การนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน 3 ประการ คือ ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) และปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating Factor) เรียกว่า “The 3P Model of Insomnia” (Glovinsky & Spielman, 2006) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1.ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing Factors) เป็นลักษณะที่พบได้ภายในตัวบุคคล มีลักษณะทางชีวภาพ พันธุกรรม ลักษณะอุปนิสัยส่วนบุคคล อาจมีมาตั้งแต่กำเนิดหรือได้มาทีหลัง เมื่อคุณลักษณะเหล่านี้ เกิดการกระตุ้น ส่งผลให้พัฒนาสู่การเกิดอาการนอนไม่หลับชนิดต่างๆ เช่น การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางร่างกาย การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางการรู้คิด

2.ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) เป็นเหตุการณ์นอกเหนือการควบคุมของแต่ละบุคคล สามารถกระตุ้นให้เกิดความแปรปรวนในการนอนหลับ โดยสามารถระบุสาเหตุของการเกิดอาการนอนไม่หลับได้ชัดเจนรวมถึงเวลาในการนอนไม่หลับ เนื่องจากสถานการณ์ที่เป็นเหตุกระตุ้น ทำให้ขาดสมดุลของการนอนหลับ ทั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสับสนจากการเกษียณอายุการทำงาน ความเจ็บปวดจากภาวะกระดูกหัก เป็นต้น และเหตุการณ์กระตุ้นแบบค่อยๆ เกิด เช่น ความเครียดเมื่อชีวิตคู่ล้มเหลว

3.ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating Factor) ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับกลายเป็นอาการนอนไม่หลับที่เรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลง บุคคลจะสามารถกลับมานอนได้ตามปกติ แต่เมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับหรือการปฏิบัติตนด้านการนอนหลับไม่ดี (poor sleep hygiene) ซึ่งได้แก่ การเข้านอนแต่หัวค่ำ, การเข้านอนดึก, การใช้เวลาอยู่บนเตียงมากเกินไป (Spending extra time in bed), การงีบหลับ (Napping), การดื่มกาแฟ, การใช้ยานอนหลับ, ความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ จะรบกวนวงจรชีวภาพของการพักผ่อน (circadian activity rest patterns) ทำให้เกิดความแปรปรวนการนอนหลับและการตื่น (irregular sleep-wake schedule); Berger, et al., 2005)

3. อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดของ The 3P Model of Insomnia (Glovinsky & Spielman, 2006) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ ปัจจัยโน้มนำ (PREDISPOSING FACTORS) ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล ปัจจัยกระตุ้น (PRECIPITATING FACTORS) ได้แก่ ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด อาการเหนื่อยล้า ปัจจัยคงอยู่ (PERPETUATING FACTORS) ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน

3.1.1 อายุ

3.1.1.1 ความหมายของอายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายไว้ว่า อายุ หมายถึงระยะเวลาที่คนคนหนึ่งมีชีวิตอยู่ นับตั้งแต่เกิดมา หน่วยของอายุจะใช้เป็นวัน เดือนหรือ ปี ก็ได้ แต่เมื่อใช้หน่วยใดแล้วจะนับอายุเต็มหน่วยนั้น เช่น อายุ 1 วัน หมายถึงมีอายุครบ 1 วันบริบูรณ์ ถ้ายังไม่ครบหนึ่งวันเรียกว่ามีอายุ 0 วัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง เมื่อนับอายุด้วยหน่วยใดแล้ว จะนับอายุเป็นจำนวนของหน่วยนั้น เมื่อครบรอบวันเกิดครั้งสุดท้าย

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า อายุคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนตามกาลเวลา โดยมากจะนับเป็นจำนวนเต็มปี หรือเป็นเดือนสำหรับเด็กเล็ก

สรุปได้ว่า อายุ หมายถึง ระยะเวลาของชีวิตนับตั้งแต่แรกเกิด โดยส่วนใหญ่จะนับหน่วยของอายุเป็นปี หรือเป็นเดือนในเด็กเล็ก

3.1.1.2 ความสัมพันธ์ของอายุกับอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง

อายุ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ระยะเวลาการ เริ่มต้นเข้านอน อาการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และระยะเวลาของอาการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมดรวมทั้งความสามารถในการเข้านอนจนกระทั่งหลับลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Floyd et al., 2000) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการนอนหลับของคนเรา ระยะเวลาอนอนทั้งหมดในเด็กทารกแรกเกิด ประมาณ 16- 17 ชั่วโมงต่อวันและจะลดลงเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงต่อวันเมื่ออายุ 16 ปีและจะเหลือ 7 หรือ 8 ชั่วโมงต่อวันในคนอายุ 25 ถึง 45 ปีและเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวันในผู้สูงอายุ (วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, 2536) เมื่อคนเราอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ (ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้นและยากที่จะหลับต่อในการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น การนอนหลับแบบ REM และ NREM จะแยกจากกันตั้งแต่ทารกเกิด แต่การนอนขั้นต่างๆใน NREM แยกได้ชัดเจนตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป การนอนขั้นที่ 1 ในวัยเด็กจะใช้เวลาประมาณ 5% ของการนอนหลับทั้งหมด จะค่อยๆเพิ่มขึ้น 15% ในคนสูงอายุ Delta sleep จะมี

สูงสุดในช่วงวัยรุ่น และในคนอายุ 20 ปี เหลือประมาณ 15 ถึง 20% ของการหลับทั้งหมด จะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มี Delta sleep ในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป REM sleep ของทารกแรกเกิดจะมีประมาณ 50% ของการหลับทั้งหมด และจะลดลงเหลือประมาณ 20% เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและค่อนข้างคงที่ไปตลอดชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536) บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี จากการศึกษาของ Hekki และคณะ (2002) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับ แต่จากการศึกษาของ Leppavuori และคณะ (2002) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่าปัญหาการนอนไม่หลับไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน

3.1.2 ความวิตกกังวล

3.1.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Peplau (1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจหวาดกลัว เป็นสัญญาณอันตรายและพลังงานรูปแบบหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระและพฤติกรรม

Spielberger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคล จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่ง คุณค่า อาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2550) กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่เกิดจากความคิดความกลัว และความประหม่า มักมีผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการไม่สบายทางกายร่วมด้วย โดยที่ระบบอวัยวะภายในนั้นก็ไม่มีคามผิดปกติ เช่น เกิดอาการหัวใจสั่นเต้นแรง ตัวสั่น ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจและกังวลใจของบุคคล ที่เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าและมีความรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งอาจมีการแสดงออกทั้งทางอารมณ์ความรู้สึกและการแสดงออกทางกาย โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้หลายปัจจัยและมีความแตกต่างกันออกไป

3.1.2.2 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความวิตกกังวลเกิดจากภาวะร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบทันทีทันใด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้คาดคิดหรือวางแผนที่จะรับมือมาก่อน ความพิการที่เกิดขึ้นทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ส่งผลให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย

ความชุกของภาวะวิตกกังวลพบร้อยละ 19.2-33% (วีระชัย จิตภักดี, 2554; ชูติมา หุ่่มเรื่องวงษ์, 2003; Chun et al., 2018; Huzmeli & Sarac., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 22 (Chun et al., 2018) จากการศึกษาของ Ayerbe et al. (2013) พบว่าอุบัติการณ์ของความวิตกกังวลสูงสุดถึง 10 ปีอยู่ในช่วง 17-24% อุบัติการณ์สะสม: 57% ความชุก: 32-38% ความวิตกกังวล (OR 1.1, 95% CI 1.1-1.2; $p < 0.002$) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Leppavuori et al., 2002)

3.1.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

ความวิตกกังวลทำให้การทำงานของระบบ Hypothalamic-pituitary – Adrenal axis (HPA) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน ความเครียด (cortisol) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจซึ่งจะไปรบกวนการเริ่มต้นการนอนหลับและกระทบความต่อเนื่องในการนอนหลับ (Glovinsky & Spielman, 2006) เมื่อเกิดความวิตกกังวล ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) จะทำงานมากขึ้นมีการหลั่ง adrenaline และ corticosteroid มากขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ตื่นในช่วงเวลาของการนอนหลับบ่อยครั้งและไม่สามารถหลับต่อได้ (วราภา แผลมเพ็ชร์, 2544) จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลถึงร้อยละ 22 (Chun et al., 2018) การศึกษาของ Ayerbe et al. (2013) พบว่าอุบัติการณ์ของความวิตกกังวลสูงสุดถึง 10 ปีอยู่ในช่วง 17-24% อุบัติการณ์สะสม: 57% ความชุก: 32-38% จากความวิตกกังวลที่ยังคงเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับเป็นระยะเวลายาวนานขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมาความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Leppavuori et al., 2002)

3.1.2.4 การประเมินความวิตกกังวล

Grimm(1997)และ Barry (2002) ได้รวบรวมงานศึกษาที่เกี่ยวกับวิธีการประเมินระดับความวิตกกังวล สรุปได้ว่าวิธีประเมินความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี ดังนี้

1. ประเมินทางสรีรวิทยา เป็นการประเมินการแสดงออกทางร่างกายได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต การขยายของรูม่านตา ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเกร็งของผิวหนัง ปริมาณเหงื่อที่ออกมาที่มือ ระดับแคทีโคลามีนในพลาสมาและปัสสาวะ การตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า การตอบสนองโดยการสั่นของเส้นเสียง (Frederickson, 1989) ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือวัดทางกายภาพ การวัดทางสรีรวิทยานี้อาจทำได้ลำบากเนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรืออารมณ์ในลักษณะต่างๆอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเช่นกัน

2. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ กระสับกระส่าย พุดเร็ว พุดมาก ไม่พุด การแสดงออกทางสีหน้า ย้ำคิย้าทำ แยกตัว ซึ่งสามารถประเมินได้จากเครื่องมือสังเกตพฤติกรรม เช่น TBCL (Timed Behavioral Check List) หรือแบบวัดอัตราการพุด BAT (Behavioral Avoidance Tests)

3. การประเมินจากการให้บุคคลรายงานความวิตกกังวลด้วยตนเอง ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) หรือแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self report questionnaire) ซึ่งนิยมใช้กัน เช่น The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), The Taylor Manifest-Anxiety Scale (TMAS), Minnesota Personality Inventory (MMP) Thai Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADs) โดยได้รับการแปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond AS ซึ่งเป็นแบบวัดที่สามารถคัดกรองผู้ที่มีความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าทั้งในคนทั่วไปและผู้ป่วยทางจิตเวชโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ ได้นำมาพัฒนาเป็นภาษาไทย โดยทำการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามารัตน์ จำนวน 60 ราย ในปี พ.ศ. 2541 พบว่าสำหรับอาการวิตกกังวลมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 85.71 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 86.0 ในส่วนของอาการซึมเศร้าพบว่ามีค่าความไว เท่ากับร้อยละ 100 และมีค่าความจำเพาะร้อยละ 91.3 เมื่อใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตเวช จากคะแนนรวมจากการทำแบบวัดนี้มีค่ามากกว่า 11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 21 คะแนนในแต่ละส่วนพบว่า มีความสอดคล้องกับผลการวิจัยทางคลินิกในอาการวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 88.33 ($p < 0.0001$, Kappa = 0.67) ในอาการซึมเศร้าสอดคล้องถึงร้อยละ 90 ($p < 0.0001$, Kappa = 0.73)

แบบวัดความวิตกกังวล ของ อินทิรา ดวงมะวงศ์ (2549) ที่สร้างบนแนวคิดของ Spielberger et al. (1967) (State Anxiety: Form X-1 State) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยนิตยา คชภักดี, สายฤดี และมาลี นิสสัยสุข, 2531) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลสถานการณ์ขณะนั้น แบบวัดความวิตกกังวลนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความวิตกกังวล แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 20 คำถาม เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจจำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคได้ .79 และเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค.89

แบบประเมินความวิตกกังวลของ Gift (1989) ดัดแปลง โดยเบญจมาศ จันทร์นวล(2551) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลชนิด Visual Analog Scale-Anxiety (VAS-A) ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบเปรียบเทียบด้วยสายตา ซึ่งเป็นเส้นตรงที่ตั้งขึ้นในแนวตั้งมีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยกำหนดให้

ปลายล่างสุด หมายถึง “ไม่มีความวิตกกังวลเลย” และปลายด้านบนสุด หมายถึง “มีความวิตกกังวลมากที่สุด” สามารถวัดความวิตกกังวลโดยการทำเครื่องหมาย x ลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะนั้น

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (The State - Trait Anxiety Inventory) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ริชาร์ดและโรเบิร์ต (Spielberger, Richard and Robert, 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี ดร.สายฤดี วรกิจโกคาทรและ ดร.มาลี นิสสัยสุข (2524) ผู้ตอบสามารถประเมินด้วยตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆเป็นคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,,6,7,9,12,13,14,17,18 เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้คือ

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ |
| 2 | หมายถึง | ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อยขณะทดสอบ |
| 3 | หมายถึง | ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบมากที่สุด |

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดจะมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

20-40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย

41-60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

61-80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับมาก

โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (State - Trait Anxiety Inventory [STAI Form Y-1]) ซึ่งพัฒนาโดยสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al., 1983) ที่ร้อยตำรวจเอกหญิงสุรีย์พร เทพอมรเดช (2546) ได้ดัดแปลงจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดีและคณะ (2524) ได้นำแบบประเมินไปใช้วัดความวิตกกังวล ไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

3.1.3 ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.3.1 ความหมายของตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง

การเกิดพยาธิสภาพบริเวณสมองทั้งในผู้ป่วยที่มีเส้นเลือดสมองตีบตันและแตกจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง เมื่อสมองส่วนต่างๆถูกทำลายหรือมีรอยโรค จะส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับตื่น มีอาการนอนไม่หลับ โดยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันตามตำแหน่ง

และขนาดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับสมอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2551)

3.1.3.2 ความสัมพันธ์ของตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับ

อาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากแนวคิดของ Flip-flop switch model พบว่าการหลับคืนนั้นเป็นผลจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำงานประสานกันหลายระบบ และการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ ได้แก่ brainstem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex เซลล์ประสาทที่กระจายอยู่ทั่วแกนกลางของก้านสมองที่เรียกว่าเรติคิวลาฟอร์เมชัน ส่งสัญญาณไปยังสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ไฮโปธาลามัส ก้านสมอง basal ganglia pons สมองส่วนหน้า ระบบประสาทใน cortical และ subcortical ซึ่งมีหน้าที่ในการเปิดปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิด REM sleep และ Non-REM sleep เมื่อสมองส่วนต่างๆถูกทำลาย หรือมีรอยโรค จะส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับคืน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ได้แก่ brainstem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex ,Cerebral cortex, ไฮโปธาลามัส ,ก้านสมอง basal ganglia pons สมองส่วนหน้า (forebrain) ระบบประสาทใน cortical และ subcortical (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; กนกวรรณ ตีลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิษิตพรชัย, 2551; Lu et al., 2006; Nofzinger, 2004) ตำแหน่งเกิดโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วย hemorrhagic stroke 50% ของผู้ป่วยมักเกิดบริเวณ Putamen บริเวณอื่นๆ ได้แก่ basal ganglia, thalamus, กีบสมองของ cerebral hemisphere, cerebellum และ pons (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

Chen et al. (2011) ได้ทำการศึกษาตำแหน่งของสมองขาดเลือด ทั้ง frontal, temporal, occipital-parietal lobe, subcortical white matter, basal ganglia, thalami, infratentorial เมื่อสมองส่วน Frontal lobe ถูกทำลายหรือมีรอยโรคทำให้ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับคืน จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันบริเวณสมองส่วนหน้า (acute frontal lobe infraction) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย (Chen et al, 2011) เก็บข้อมูลโดยดูจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

3.1.4 ความปวด

3.1.4.1 ความหมายของความปวด

McCaffery (1979) ให้ความหมายความปวดว่า คือประสบการณ์ที่บุคคลซึ่งกำลังประสบความเจ็บปวดได้บอกกล่าวถึง และความเจ็บปวดนั้นยังคงอยู่ตราบเมื่อบุคคลบอกว่ามี

The International Association for the Study of Pain :IASP (1979) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์เกิดร่วมกับสภาพที่เป็นจริง ของการถูกทำลายเนื้อเยื่อหรือศัลยกรรมที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรืออธิบายการถูกทำลายเนื้อเยื่อในระหว่างนั้น

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์และคณะ (2555) กล่าวว่า ความปวด เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่มีความซับซ้อนเมื่อเกิดความปวด บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดแตกต่างกัน ความปวดจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงการนอนหลับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านลบและส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอด การฟื้นฟูสุขภาพ การฟื้นฟูของโรค

กล่าวโดยสรุป ความปวดหมายถึงประสบการณ์หรือความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและความเจ็บปวดนั้นยังคงอยู่ตราบเมื่อบุคคลบอกว่ามี

3.1.4.2 ความปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดความรำคาญ เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล และเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อน เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้มีอาการกล้ามเนื้อแขน ขา อ่อนแรง เกิดความไม่สมดุลของแรงดึงกล้ามเนื้อ อาจเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีกล้ามเนื้อเกร็ง และมีความบกพร่องของประสาทสัมผัส ประเภทของความปวดที่เกิดขึ้นหลังโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ความปวดกล้ามเนื้อ พบบ่อยบริเวณหลังและสะโพก 2) ปวดไหล่ เป็นความปวดที่พบมากที่สุด และเกิดขึ้นทันทีและเกิดขึ้นต่อเนื่อง พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของรยางค์ส่วนบน ความปวดเกิดขึ้นทั้งในขณะที่พักและปวดมากขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวรวมถึงเมื่อมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ 3) ปวดจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกบริเวณที่มีพยาธิสภาพ เช่น แสบร้อน ชา เย็น มีความรู้สึกแปลกประหลาด เช่น รู้สึกเหมือนมีกรงเล็บข่วนมาจากข้างในหรือเหมือนมีแท่งเหล็กร้อนๆอยู่ในกล้ามเนื้อ ความรุนแรงของความปวดสามารถถูกกระตุ้นได้จากความเครียด ความเย็น ความร้อน หรือความคิดฟุ้งซ่าน การสัมผัสที่เบาเบาจากเสื้อผ้า ผ้าปูเตียง ความปวดจะรบกวนการนอนหลับรวมถึงคุณภาพชีวิต 4) กลุ่มอาการเจ็บปวดเฉพาะที่แบบซับซ้อน เป็นชนิดความปวดที่รุนแรงของระบบประสาท ที่มีความสัมพันธ์กับการไหลเวียนของเลือดเป็นความปวดที่พบน้อย 5) ปวดศีรษะ เป็นความปวดที่เกิดเฉพาะในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกได้

เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง หรือเลือดออกในเนื้อสมอง 6) ความปวดจากการหดเกร็ง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำลายเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็งเป็นเวลานานรวมถึงมีกล้ามเนื้อกระตุก เป็นความปวดที่เกิดขึ้นกับเส้นประสาทส่วนบน มีการอ่อนแรงของรยางค์ส่วนบน พบว่าเกือบครึ่งของผู้ป่วยจะมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลงในช่วงปีแรก (Bhalla and Birns, 2015)

3.1.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

ความปวดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบได้บ่อยในระยะเริ่มแรกและหลังเกิดโรค มีผลกระทบต่ออาการนอนหลับ (Bakken et al., 2012) รูปแบบความปวดแตกต่างกันไป จากการศึกษาร้อยละ 80 พบว่าความปวดจะบรรเทาในช่วง 2 เดือน และบรรเทาลงภายในระยะเวลา 6 เดือน บางการศึกษาพบว่าความปวดบรรเทาในปีต่อมา จากการศึกษาความชุกของความปวดหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 19-74 ความปวดที่พบมากที่สุดเป็นความปวดแบบเรื้อรัง พบร้อยละ 11-55 (Klit, Finnerup and, Jensen, 2009 ; Kong , Woon , and Yang, 2004) จากการศึกษาของ Klit, Finnerup and, Jensen. (2009) พบความปวดจากการหดเกร็งร้อยละ 7, ปวดศีรษะร้อยละ 10, ปวดประสาทส่วนกลางร้อยละ 10, ปวดไหล่ร้อยละ 11-40, ปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 40 จากการศึกษาผู้ป่วยที่มีความปวดในช่วงเวลา 4 เดือน ร้อยละ 60 มีความปวดรยางค์ส่วนบน ร้อยละ 35 มีความปวดรยางค์ส่วนล่าง ร้อยละ 7 ปวดศีรษะและร้อยละ 8-35 ปวดจากภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ Jonsson et al. (2006) ได้ศึกษาความชุก ความรุนแรงและตำแหน่งของความปวดจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าหลังจาก 4 เดือน ผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 32 อายุและเพศหญิงเป็นตัวทำนายความปวดในช่วง 16 เดือนพบระดับความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 21 ความปวดที่เพิ่มสูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง ระดับความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าความปวดสูงถึงร้อยละ 47 รบกวนการนอนร้อยละ 58

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความปวดทั้งหมดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับประสาทส่วนทาลามัส (Thalamic pain) (Leijon, Boivie, & Johansson, 1989) ความปวดที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายหลังไกลโคเจน อะดีนาลีน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับในระยะที่ไม่มีการกรอก ลูกตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง และความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่น เป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore & Dimsdale, 2002) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าความปวดไหล่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($p < 0.01$) (Küçükdeveci, 1996) การศึกษาของ Naess et al. (2010) พบอุบัติการณ์การเกิดความปวดร้อยละ 44.6 ประมาณร้อยละประมาณร้อยละ 30 รายงาน

ความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง และพบว่าความปวดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (OR =3.3, P< 0.001)

3.1.4.4 แบบประเมินความปวด

แบบประเมินความปวดแบบวัดมิติเดียว มีเครื่องมือหลายแบบดังต่อไปนี้

แบบให้คะแนนความปวดเป็นตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) กำหนดตัวเลขต่อเนื่องจาก 0 ถึง 10 คะแนน ให้ผู้ป่วยบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลข แบ่งความปวดเป็นดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความปวดเลย 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง 7-9 คะแนน หมายถึง ปวดมากและ 10 คะแนน หมายถึง ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว

การให้คะแนนความปวดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) เครื่องมือนี้เป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยเริ่มจากตัวเลข 0 หมายถึง ปวดมากที่สุด วิธีการคือ ให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความปวดของผู้ป่วยในขณะนั้น แล้ววัดจากจุดตั้งต้นที่ผู้ป่วยขีดไว้ โดยวัดออกมาเป็น มิลลิเมตร

การประเมินความปวดจากการแสดงสีหน้า (Face Pain Scale: FPS=R) เครื่องมือนี้ใช้รูปแสดงความรู้สึกทางใบหน้าที่บ่งบอกความรู้สึกปวด มีรูปภาพให้เลือก เริ่มตั้งแต่ ไม่ปวดเลย แทนด้วยใบหน้ายิ้ม ปวดปานกลาง แทนด้วยใบหน้านิ้วคิ้วขมวด ปวดมากที่สุด แทนด้วยใบหน้าคิ้วขมวดติดกัน เม้มปากและอาจมีน้ำตาไหล ประเมินโดยให้ผู้ป่วยชี้หน้าที่แสดงระดับความปวดของตน เครื่องมือนี้สามารถใช้ประเมินความปวดทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกคะแนนความปวดเป็นตัวเลขได้

แบบประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรม (behavioral Pain Scale: BPS) แบบประเมินนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว และใส่ท่อช่วยหายใจ จะประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ การแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหวของแขน และหายใจเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ แต่ละด้าน มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนความปวด คือ ผลรวมทั้ง 3 ด้าน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปวด

แบบประเมินความปวดแบบวัดหลายมิติ

แบบประเมิน Chronic Pain Grade Scale (CPGS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย von Korff et al. (1992) เหมาะกับการใช้ประเมินความปวดที่เป็นแบบเรื้อรัง มีคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินความรุนแรงของความปวด มีคำถาม 3 ข้อ คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนนมาก หมายถึง มีความปวดมาก และส่วนที่ 2 ประเมินผลกระทบความปวดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความพิการ มีจำนวน 4 ข้อ คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนนที่สูงหมายถึงความปวดส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมและมีความสัมพันธ์กับการเกิดความพิการ

แบบประเมิน McGill Pain Questionnaire (MPQ) เป็นเครื่องมือประเมินความปวดที่พัฒนาโดย Mulzack and Torgerson ในปี 1971 ส่วนแรกมีลักษณะเป็นภาพแสดงร่างกายมนุษย์ ที่ให้ผู้ป่วยระบุตำแหน่งที่ปวด และส่วนที่ 2 แสดงถึงลักษณะของความปวด แบ่งเป็น 20 หมวดหมู่และจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึก ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินและด้านอื่นๆ ส่วนที่ 3 ประเมินความปวดขณะที่ถูกประเมิน มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5

แบบประเมิน Brief Pain Inventory ของ Cleeland and Ryan(1994) เป็นแบบประเมินที่มีโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 ประเมินความรุนแรงและผลกระทบต่อความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน โดยความรุนแรงของความปวดมีคำถาม 4 ข้อ จะอธิบายความรุนแรงของความปวดใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คะแนนแบ่งเป็น 0-10 คะแนนที่สูง หมายถึง มีความปวดมาก ผลกระทบความปวดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน มีคำถาม 7 ข้อ คะแนน 0-10 คะแนนที่สูงหมายถึง ความปวดรบกวนการทำกิจกรรมมาก และส่วนที่ 2 ข้อคำถามอื่นที่มีความสัมพันธ์ มีคำถาม 5 ข้อ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความปวดโดยใช้ แบบวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric Rating Scale :NRS) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองเวลา สามารถวัดระดับความรุนแรงของความปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ครอบคลุมความปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้วัดความปวดในผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรคโดยอวยพร สวัสดิ์ (2557)

3.1.5 อาการเหนื่อยล้า

3.1.5.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

Piper et al. (1987) ความเหนื่อยล้าเป็นการที่บุคคลรับรู้ภาวะผิดของปกติร่างกาย รู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้และมีผลต่อคุณภาพชีวิต

Hubsby and Sears (1992) ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อยจนถึงหมดแรงและอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์และความรู้สึกนึกคิด

Jacob and Piper (1996) ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาจเป็นชั่วโมง วัน หรือสัปดาห์ ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือน ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อน

Ream and Richardson (1997) ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทั้งหมดของร่างกายและประสบการณ์โดยรวมมิติด้านร่างกาย การรับรู้และอารมณ์ เป็นประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน เป็นปรากฏการณ์ที่เรื้อรังและเป็นประสบการณ์ด้านความรู้สึกส่วนตัวที่ต้องอาศัยการรับรู้ที่เป็นลักษณะเฉพาะ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกเหนื่อยจนหมดแรง หมดกำลัง อ่อนเพลีย ซึ่งเกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ อาจเกิดในช่วงเวลาสั้นๆหรือนานมากกว่า 1 เดือน ทำให้ขาดพลังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการทำกิจวัตรประจำวัน

3.1.5.2 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ามีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 33 – 73 มีการศึกษาอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 10 วันหลังเกิดโรคไปจนถึง 36 เดือน พบว่าอุบัติการณ์ของความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 6 – 12 เดือนพบว่าสูงถึงร้อยละ 38 – 74 (Colle et al 2006; Michael and Macko., 2006; Van de Port., 2007; Christensen., 2008; Naess., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ 43 และ 45 (Lerdal.,2013) จากการศึกษาในหลายงานวิจัยพบว่า ความเหนื่อยล้าส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการนอนหลับเป็นระยะเวลายาวนาน โดยผู้ป่วยรายงานว่านอนหลับไม่เพียงพอ (Flinn and Stube., 2010)

3.1.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยกระตุ้นการสังเคราะห์ Corticotropine Releasing Hormone ทำให้เพิ่มการหลั่ง adrenocorticotrophic hormone ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและแคททีโคลามีนที่ประกอบไปด้วย epinephrin และการหลั่ง norepinephrine ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะตื่นตัว (arousal) และเป็นผลให้การนอนหลับเป็นไปได้อย่างขึ้น (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และสุวัฒน์ คุปติวุฒิ, 2551)

3.1.5.4 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ ที่เริ่มใช้ในปี 1987 และปรับปรุงอีกครั้งในปี 1998 (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ คำตอบแต่ละข้อจะประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเลือกตอบตั้งแต่ 0-10 คะแนน (Numeric scale) โดยด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความรู้สึกต่ออาการนั้นเลย และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกต่ออาการนั้นมากที่สุด สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆในสังคม 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ความคิดเห็นหรือเจตคติของผู้ป่วยแต่ละราย 3) ด้าน ความรู้สึกอารมณ์การรับรู้ต่อสภาพร่างกายจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและความนึกคิด

แบบประเมินรุนแรงอาการเหนื่อยล้า (VAS-F) ของ Lee et al. (1991) ประกอบด้วย 18 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจำนวน 13 ข้อ และผละกำลังของบุคคลซึ่งเป็น Visual analogue scale มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 มิลลิเมตร โดยเลือกตอบตั้งแต่ 0-10 คะแนน (Numeric scale) โดยด้านซ้ายสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการนั้นเลย และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่งของ 10 คะแนน หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด (Lee et al.,1991)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าโดยย่อ (Brief Fatigue Inventory) โดยใช้ประเมินและคัดกรองความรุนแรงและผลกระทบของความเหนื่อยล้าในการทำงานแต่ละวัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Numeric scale คำถาม 3 ข้อแรก วัดความรุนแรงของความเหนื่อยล้ามีระดับคะแนน 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนนหมายถึงไม่มีความเหนื่อยล้า และ 10 คะแนนหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามากที่สุด อีก 6 ข้อต่อมา จะประเมินความเหนื่อยล้าที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน การทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งความสุขในชีวิต มีคะแนน 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนนหมายถึงไม่มีผลกระทบรบกวนการดำเนินชีวิต และ 10 คะแนนหมายถึงมีผลกระทบรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Shumam-Parestky et al., 2014)

แบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale, FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าในทางคลินิกในหลายๆกลุ่มโรค เช่น Multiple sclerosis, Parkinson เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าที่ได้รับความนิยมมากที่สุด และมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย (Lerdal et al., 2009) ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยการปรับข้อคำถามเหลือข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงภายในอยู่ในเกณฑ์ดี Cronbach's alpha เท่ากับ .87 และเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มี ความเหนื่อยล้าหรือเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย คะแนน < 4; ความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง คะแนน 4-4.9 และความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง คะแนน > 5 (Anners Lerdal & Kottorp, 2011) แปลโดย อวยพร จำนวน 9 ข้อคำถาม การคิดคะแนน

เครื่องมือ Fatigue Severity Scale (FSS) มีลักษณะเป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยรายงานอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง โดยวัดในหนึ่งมิติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 1-7 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการเหนื่อยล้า (Krupp et al., 1989) โดยคะแนนที่มากบ่งชี้ว่ามีอาการเหนื่อยล้ามาก การแปลผล Fatigue Severity

Scale ≥ 4 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้า เครื่องมือ Fatigue Severity Scale เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .88, test-retest reliability .84 และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงเวลาและหลังการรักษา (Dittner, Wessely, & Brown, 2004; Shahid, Shen, & Shapiro, 2010) นอกจากนี้แล้ว Fatigue Severity Scale มีความตรงตามสภาพสูง (concurrent validity) เมื่อวัดพร้อมกับ visual analogue scale ($r = .68$ $p < .001$) เครื่องมือ Fatigue Severity Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาสั้นและเข้าใจง่ายเหมาะสำหรับวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Scheepers, Visser-Meily, Ketelaar, & Lindeman, 2006)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ Fatigue Severity Scale (FSS) พัฒนาขึ้นโดย Krupp et al. (1989) เป็นเครื่องมือใช้วัดความเหนื่อยล้าในทางคลินิกในหลายๆกลุ่มโรค ได้รับความนิยมนมากที่สุดและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้อย่างกว้างขวางในการวัดความเหนื่อยล้าในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (Lerdal et al., 2009) ในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากยิ่งขึ้น โดยการปรับเหลือข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ พบว่ามีความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี Cronbach's alpha เท่ากับ .87 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Fatigue Severity Scale ต้นฉบับ ซึ่งแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557)

3.1.6 ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน

3.1.6.1 ความหมายของความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน

Morin (1993) และคณะ กล่าวว่า การรับรู้ที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลักหมายถึงการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจในของบุคคลเกี่ยวกับผลของการนอนหลับ สาเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการนอนหลับ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) หมายถึง ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการนอนหลับ

2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) หมายถึง การประเมินที่ไม่ถูกต้องเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลาจะนอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้

3. ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep Requirement expectation) เช่น คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวัน

4. ด้านเหตุผลที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia) เป็นความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่น ปัญหาการนอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย

5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) เช่น เมื่อนอนไม่หลับแล้วจะพยายามนอนต่อไปไม่ลุกออกจากเตียง

พัทธิญา แก้วแพง (2547) ให้ความหมายความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับหมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ ความคิด ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีความเชื่อเกี่ยวข้องกับ การนอนหลับ

3.1.6.2 ความสัมพันธ์ของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่าง เป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Savard and Morin, 2001) เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก มีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ ผลของความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการยับยั้งการหลั่งสารนอร์อดรีนาลีน และซีโรโทนิน จาก cholinergic neuron ส่งผลให้เกิดการนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556; Harvey, 2003) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (dysfunctional beliefs and attitudes about sleep) ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่างเป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ โดยความเชื่อดังกล่าว เช่น ความไม่เชื่อในความต้องการการนอนหลับ (คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี) มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก (ถ้ามีปัญหาการนอนหลับให้นอนต่อไปเรื่อยๆและพยายามจนกระทั่งหลับ) โดยผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของร่างกายให้ไม่สามารถหลั่งสารที่จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2544) หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเมื่อเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างวัน (Coyle & Watts, 1991; Harvey, 2003; Morin, 1993)

Morin (1993) ได้อธิบายถึงลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับไว้ดังนี้ ลักษณะแรกคือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าการนอนไม่หลับเป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง ซึ่งการรับรู้แบบนี้จะทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการเรียนรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ ลักษณะที่สอง คือ ความเชื่อว่าผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวันเช่น อาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับคนอื่นๆ การทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็น

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดมาจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการนอนไม่หลับ การรับรู้ผลกระทบนี้ถึงแม้จะตรงความเป็นจริงหรือมากเกินไปเป็นการย้ำเตือนให้ผู้ที่ไม่นอนไม่หลับคิดว่า การนอนหลับของตนเองแย่มากเพียงใด ความคิดเช่นนี้จะทำให้เกิดความเครียด (สุภารัตน์ ชัยอาจและพวงพะยอม ปัญญา, 2548) กระตุ้นให้มีการเฝ้าทางความคิดและรบกวนการนอนหลับ ลักษณะที่สาม คือ ความคาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ ต้องมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปเป็นต้น (Morin, 2007) ดังนั้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนหลับได้ยากขึ้น (Carney et al., 2007)

การศึกษาของ Morin et al. (2000) เปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดีกว่า กลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมักจะมี的信ในผลด้านลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับและแสดงถึงความหมดหวังในการควบคุมการนอนหลับ และคาดการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้การศึกษาของ Morin and Savard. (2000) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งประเมินโดย sleep diary และ Polysomnography พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับสูง และพบว่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ ผลของความเชื่อดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นซิมพาเทติกส่งผลให้มีการยับยั้งการหลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินและซีโรโทนิน จาก cholinergic neuron ส่งผลให้เกิดการนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย อุตถิน, 2556; Harvey, 2003) จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Coyle & Watts, 1991; Harvey, 2003; Morin, 1993) จากการศึกษาของพัทริญา แก้วแพง (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรรยา ฉิมหลวง (2552) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .185$) และสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับ ($OR = 4.156$)

3.1.6.3 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน

Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep (DBAS) Questionair (Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg, 1993) เป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านผล

จากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ด้านเหตุผลที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia) ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มอาการที่มีการนอนหลับที่ดี โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .08 และ .81 ตามลำดับ (Morin et al., 1993) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นแบบประเมินที่อ้างอิงจากพัทริยา แก้วแพง ซึ่งเป็นแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับตามแนวคิดของ Morin 1993 มีข้อคำถามจำนวน 28 ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง Visual analog scale จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0-10 ด้วยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับว่า “เห็นด้วยมากที่สุด” แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับประกอบด้วย 5 ด้าน 28 ข้อคำถามดังนี้

1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 4, 5, 10, 12, 18 และ 21
2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and Predictability of Sleep) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 8, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25 และ 26
3. ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 3 และ 13
4. ด้านเหตุผลที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attribution of insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 14 และ 24
5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting Practices) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 2, 6, 7, 9, 11, 15, 27 และ 28

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรงโดยใช้ไม้บรรทัดวัดหน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 23 คะแนนที่ได้ต้องกลับค่าคะแนนแบบประเมินชุดนี้จึงมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-280 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล คะแนนรวมของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมากแสดงถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมมาก (Dysfunctional belief) คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมน้อย

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ(Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-30) ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia)
2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep)
3. ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ(Sleep requirement expectation)
4. ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่(Causal attributions of insomnia)
5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices)

จากการศึกษาพบว่า มีเพียง ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) ที่มีความสอดคล้องภายในแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back translate โดย จรรยา นิมหลวง (2552) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ดังนี้

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5,7,9,12 และ16)
2. ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3,4,8,10,11 และ14)
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1 และ2)
4. ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ (ข้อ 6,13 และ15)

เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาวต่อเนื่อง 100 มิลลิเมตร บนเส้นตรง (0-10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือเห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับเท่ากับ .79 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (Carney et al., 2007)

การแปลผล ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

(Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-16) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับน้อย

ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก

3.2 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การนอนหลับและการตื่นเป็นธรรมชาติสำคัญของชีวิตในผู้ที่มีสุขภาพดีที่เกิดขึ้นสลับและหมุนเวียนกันไปตั้งแต่เกิด แต่เมื่อเกิดโรคขึ้นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนที่ปกติทำให้เกิดความแปรปรวนในการนอนหลับ รวมถึงการนอนไม่หลับในช่วงของการนอน ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาของคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยได้

3.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ มีแนวโน้มจะใช้บริการทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีมุมมองสภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี อาการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหลังตื่นนอน เป็นต้น มีความบกพร่องในเรื่องของความคิดและความจำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ทำให้อาการของโรคหลอดเลือดสมองแย่ลง และขัดขวางกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย (Leppavuori et al, 2002) จากการศึกษาของ Schuiling et al (2005) ขาดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ (Glozier et al, 2017) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมองที่มีปัญหาการนอน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยมีรายด้านย่อยๆของคุณภาพชีวิตคือ มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย สมาธิไม่ดี ความจำบกพร่อง และมีปัญหาทางงนอนตอนกลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wai- Kwong Tang et al (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้าน ($p < 0.005$)

3.2.2 ผลกระทบด้านอารมณ์ อาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล (Geert et al, 2011; Glozier et al, 2017) รวมถึงเกิดการคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ Wai- Kwong Tang et al (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการนอนไม่หลับโดยมีอาการหลับๆตื่นๆจะมีการคิดฆ่าตัวตาย 11.1 % รวมถึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด เฉยชา ทำให้มีปฏิกิริยา มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือบุคคลรอบข้างลดลง

3.3 การประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินอาการนอนไม่หลับ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ การประเมินอาการนอนไม่หลับทางจิตพิสัย (Subjective insomnia assessment) และการประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective insomnia assessment)

3.3.1 การประเมินอาการนอนไม่หลับทางจิตพิสัย (Subjective insomnia assessment) ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เป็นการซักประวัติถึงปัญหาการนอนผลกระทบในช่วงเวลากลางวันจากอาการนอนไม่หลับ นิสัยการนอนหลับ ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับยา การมีประวัติเกี่ยวกับจิตเวช และการรักษาสำหรับปัญหาการนอนที่ผ่านมา (Johns, 1971)

การบันทึกแบบแผนการนอนหลับประจำวัน (sleep diaries) การบันทึกแบบแผนการนอนหลับเป็นการประเมินหลักในการประเมินการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นการรายงานแบบแผนการนอน และคุณภาพการนอนของผู้ป่วยเอง โดยในแบบแผนการนอนประจำวันจะมีข้อมูลเวลาเข้านอน (time to bed) ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep-onset latency; SOT) ความถี่และระยะเวลาทั้งหมดของการตื่น (wake-time after sleep-onset; WASO) ระยะเวลาทั้งหมดของการนอน (total sleep time; TST) การตีเครื่องตีแมลกอซอลล์ การใช้ยาช่วยในการนอนหลับ การตื่นเช้ากว่าปกติ ความพึงพอใจในการนอน การประเมินนี้เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก แต่ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อการรายงานข้อมูลที่ต้องการ (Morin & Espie, 2003)

แบบวัดประมาณค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) เป็นวิธีการที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยมาตรวัดเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงกำกับด้วยวลี ที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด เช่น ความรู้สึกหลังตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ ความพึงพอใจในการนอนหลับ วิธีประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินขีดเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วัดออกมาเป็นตัวเลข ใช้วิธีนี้ สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาที่ผู้ประเมินอาจเกิดความโน้มเอียงที่จะประเมินใกล้เคียงกับครั้งก่อน จึงใช้ได้ดีหากต้องการประเมินแบบต่อเนื่อง และต้องอธิบายให้ผู้ประเมินเข้าใจความหมายของเครื่องหมายเสียก่อน (นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์ ,2538 อ้างถึงใน พัทธรียา แก้วแพง ,2547) ตัวอย่างแบบวัดชนิดนี้ได้แก่ แบบวัดของ Veran and Snyder Halpem (VSH Sleep Scale) (Snyder &Veran, 1997 อ้างถึงใน พัทธรียา แก้วแพง ,2547)

การสังเกต (Personal observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ถูกวัด วิธีนี้ใช้ในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะเวลาการนอนหลับและความต่อเนื่องของการนอนหลับได้ ซึ่งผู้สังเกตต้องใช้เวลาในการสังเกตเพื่อประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างน้อย 15-30 นาที และต่อเนื่องตลอดการวัด จึงเป็นวิธีที่ไม่สะดวก (Closs, 1988 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา , 2543)

แบบสอบถามการนอนหลับ (Sleep Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามหรือแบบเติมคำ ซึ่งส่วนใหญ่จะประเมินในความรุนแรงและคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีแบบสอบถามที่วัดในมิติที่แตกต่างกัน เช่น

Pittsburgh Sleep Quality Index ของ Buysse (1989) เป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพการนอนและรูปแบบการนอนในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา เครื่องมือนี้จะแยกการนอนหลับที่ไม่ดีออกจากการนอนหลับที่ดี โดยมีการวัดทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับอัตโนมัติ ระยะเวลา

เริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ
วิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับและผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน

Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัด
แบบลิเคิร์ต จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ มีระดับ 0-28 คะแนน อาการ
นอนไม่หลับมีความรุนแรงตามคะแนนที่สูงขึ้น แบบสอบถามจะวัด 4 มิติ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ
ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ด้านการไม่สามารถนอนหลับ
ได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถ
หลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) และด้านมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน

**3.3.2 การประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ (Objective
sleep measurement)** เป็นการประเมินผลทางสรีรวิทยา ได้แก่

Polysomnography ตามที่สถาบันการนอนหลับของสหรัฐอเมริกา (American
Academy of Sleep) แบบวัด Polysomnography หรือ Multiple Sleep Latency Testing
(MSLT) ไม่ได้ระบุไว้ใน การประเมินของโรคนอนไม่หลับ แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าการวินิจฉัยไม่แน่นอน
หรือมีประวัติการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ เครื่องมือเหล่านี้มี
ประโยชน์มากในการประเมินการนอนหลับ และถือว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการช่วยการวินิจฉัย
แยกโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับอื่นๆ โดยเฉพาะความผิดปกติของการนอนหลับที่เกิด
จากการหายใจ เครื่องมือนี้ประกอบด้วย การวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง
(electroencephalography, EEG) การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram, EMG)
และการวัดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram, EOG) รวมถึงวัดทั้งอัตราการเต้นของ
หัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจระหว่างการนอนหลับ คนนอนและออกซิเจน การวัดด้วยวิธีนี้
เป็นการวัดที่ให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงมากที่สุด (Beck, 1988) แต่เครื่องมือมีราคาแพง วิธีใช้
ค่อนข้างซับซ้อน และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการแปลผล (Morin & Espie , 2003) วิธีนี้
ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอนและความ
พึงพอใจในการนอนหลับได้

Actigraphy เป็นเครื่องมือที่บันทึกกิจกรรมในช่วงตื่นและนอนหลับ โดยจะสวมใส่
บนข้อมือคล้ายนาฬิกา มันจะประกอบด้วยเครื่องตรวจจับการเคลื่อนไหวของข้อมือที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับ
ความตื่นตัวและลดลงของการเคลื่อนไหวของข้อมือที่เกี่ยวข้องกับการนอน ผู้ป่วยจะต้องใส่ไว้อย่าง
ต่อเนื่องระหว่างการนอนหลับและเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือนี้เหมาะสำหรับการ
ตรวจสอบวงจรการหลับตื่นของผู้ป่วยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน สามารถใช้เพื่อเสริมการบันทึกการ
นอนหลับและในการประเมินการบ่นนอนไม่หลับของผู้ป่วยได้ (Hray and Catherine, 2010)

จากวิธีการประเมินอาการนอนไม่หลับดังกล่าวข้างต้น แต่ละวิธีจะมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป การเลือกใช้วิธีใดในการประเมินนั้น ควรเลือกให้สะดวก รวดเร็วและเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องการประเมิน สามารถประเมินได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ พัทริญา แก้วแพง (2547) ซึ่งสร้างมาจากเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .82 และนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 170 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเหมือนกันและสามารถนำมาประเมินในผู้ป่วยได้ครอบคลุม เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

4. บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การนอนหลับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย สมรรถภาพสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการนอนไม่หลับภายหลังการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (สมภพ, 2550)

1. ชักประวัติถึงนิสัยการนอนหลับ ปัญหาการนอน ผลกระทบในช่วงเวลากลางวันจากอาการนอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการใช้สารเสพติด ประวัติการได้รับยา การมีประวัติเกี่ยวกับจิตเวช และการรักษาสำหรับปัญหาการนอนที่ผ่านมา รวมถึงความพยายามในการจัดการตนเองกับปัญหาการนอนที่ผ่านมา
3. สังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น จะทราบระยะเวลาการนอนหลับและความต่อเนื่องของการนอนหลับได้
4. เมื่อทราบถึงสาเหตุของปัญหารวมถึงปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยแล้ว ดำเนินการช่วยขจัดสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย
5. บทบาทอิสระของพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยได้ ดังนี้
 - 5.1 เข้านอนและตื่นนอนตรงเวลาทุกวัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเคยชินโดยย่อนอนและตื่นเมื่อถึงกำหนด ควรจะเข้านอนทันทีที่ง่วง
 - 5.2 ไม่ควรงีบระหว่างวัน ส่งผลให้นอนหลับยาก หรือตื่นบ่อยเวลากลางคืน

5.3 ทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นให้เสร็จก่อนถึงเวลานอนรวมทั้งการอาบน้ำการแปรงฟัน การเปิดหรือปิดหน้าต่างในห้องนอน การปูเตียง เป็นต้น เวลาง่วงขึ้นมาจะได้เข้านอนได้ทันที ไม่ต้องไปทำสิ่งเหล่านั้นก่อน เพราะอาจทำให้หายง่วงได้

5.4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น เดินเร็วๆ วิ่งหรือเต้นแอโรบิคขณะออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งทำให้เกิดความสุขและผ่อนคลาย ลดอาการเจ็บปวด เพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนนอน 3 ชั่วโมง

5.5 ไม่ควรนอนเล่นนานๆ บนเตียงหรือทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น ทำงานหรือดูโทรทัศน์เพราะจะเร้าความรู้สึกตื่นตัว

5.6 ห้องนอนควรมืดหรือไม่สว่างเกินไปและไม่ควรมีเสียงดังรบกวนหรือไม่ร้อนหรือหนาวมากเกินไป

5.7 ไม่ควรรับประทานอาหารมื้อเย็นมากเกินไป รวมทั้งหลีกเลี่ยงสารกระตุ้น เช่น คาเฟอีน และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ถ่านอนดึก และรู้สึกหิว อาจกินข้าวต้มร้อนๆ หรือโจ๊กร้อนๆ หรือนมสด หรือน้ำเต้าหู้ จะช่วยให้นอนหลับสบายขึ้น

5.8 เมื่อเข้านอนแล้วไม่หลับ ให้ลุกขึ้นจากเตียงแล้วทำกิจกรรมซึ่งให้ความเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ และกลับเข้าไปนอนใหม่เมื่อรู้สึกง่วงนอน

5.9 การฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ด้วยการเกร็ง และคลายกล้ามเนื้อสลับกันเป็นช่วงเวลาสั้นๆ โดยทำกับกล้ามเนื้อทั้งตัว

ปัจจุบันมีการศึกษาจำนวนมากที่สนับสนุนว่า cognitivebehavioral therapy for insomnia (CBT-I) มีประสิทธิภาพดีในการรักษา ภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจากมีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจน ประกอบด้วยเทคนิคการบำบัดทั้งทาง พฤติกรรมและความคิดรู้ ได้แก่ การบำบัดด้วยการจำกัดระยะเวลาการนอน การบำบัดด้วย การควบคุมสิ่งเร้า การบำบัดทางความคิดรู้ การให้ความรู้ สุขอนามัยของการนอน และการฝึก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความคิดรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ จากหลักฐานจำนวนมากพบว่า cognitivebehavioral therapy for insomnia (CBT-I) มีประสิทธิผลดีในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ จึงได้รับการแนะนำโดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) ของสหรัฐอเมริกาและแพทยสมาคม แห่งประเทศอังกฤษ (British Medical Association) ให้เป็นการรักษาลำดับแรก (first-line treatment) ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับแบบระยะยาว (Espie, 2009) และในภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia) (NIH, 2005; Wilson SJ, 2010)

แนวทางการรักษาแบบ CBT-I ประกอบด้วยการรักษาที่ใช้หลายเทคนิคมาผสม ผสานกัน ได้แก่ การบำบัดด้วยการจำกัดระยะเวลาการนอน (sleep restriction therapy, SRT) ด้วยการลดช่วงเวลาที่อยู่บนเตียงโดยไม่หลับ การบำบัดด้วยการ ควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control therapy)

การบำบัด ทางความคิดรู้ (cognitive therapy) การให้ความรู้เรื่อง สุขอนามัยของการหลับ (sleep hygiene) และเทคนิค ผีอกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation technique) ส่วนประกอบของการรักษา แต่ละชนิดต่างก็มีรูปแบบที่ ชัดเจน และมีความจำเพาะต่อกลไกภาวะนอนไม่หลับ ที่แตกต่างกัน

การบำบัดด้วยการจำกัดระยะเวลาของการนอน (sleep restriction therapy, SRT)

เป็นองค์ประกอบ หนึ่งของการรักษา CBT-I และได้รับคำแนะนำจาก สถาบันเวชศาสตร์การนอนของสหรัฐอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine, AASM) ว่ามี ประสิทธิภาพในการรักษาภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CBT-I เชื่อว่า SRT น่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญ (active element) ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ โดยพบว่า SRT เป็นการ รักษาภาวะนอนไม่หลับทางพฤติกรรม (behavioral intervention) ที่มีประสิทธิภาพ (Miller CB et al, 2014) การรักษานี้ใช้ในการฟื้นฟูของแรงขับในร่างกายนอนหลับ (sleep drive) ให้กลับสู่ภาวะปกติของ homeostasis โดยการจำกัดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนอยู่ บนเตียง โดยมีหลักเพื่อลดความสัมพันธ์ระหว่างเตียง หรือห้องนอนกับการตื่น และเพื่อชักนำให้เกิดภาวะการขาดนอน (sleep deprivation) เมื่อการนอนน้อยลง ก็จะเพิ่มแรงขับของร่างกายที่จะหลับมากขึ้นแล้วจะทำให้การหลับเกิดได้เร็วขึ้น (rapid-sleep onset) ลดจำนวนครั้งของการตื่นกลางดึก เพิ่มระยะเวลาทั้งหมด ที่ได้หลับ (total sleep time, TST) และเพิ่มประสิทธิภาพ การนอน (sleep efficiency, SE) ในที่สุด sleep compression ใช้หลักการเดียวกันในการรักษาเหมือน SRT คือ การลดระยะเวลา ที่ผู้ป่วยนอนบนเตียงให้ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งสองวิธีการ ต่างกันตรงที่ SRT ให้มีการจำกัดเวลานอนโดยลดเวลาลงอย่างทันที ในขณะที่ sleep compression จะค่อยๆ ปรับลดระยะเวลาอยู่บนเตียงนอนลง การรักษาด้วยวิธีนี้ ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่มีการลดลงการนอนอย่างมาก หรือ มีการเพิ่มขึ้นของการอดนอน เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรง หรือมีปัญหาทางกายหลายอย่าง ผู้ป่วยที่ต่อวิธีจำกัดการนอน (sleep restriction)

การบำบัดด้วยการควบคุมสิ่งเร้า หลักของการบำบัดด้วยการควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control therapy)

มีพื้นฐานอิงจากทฤษฎี ของการเรียนรู้โดยเชื่อว่าความยากลำบากในการนอน อาจเกิดจากเตียงหรือห้องนอนจนกลายเป็นเงื่อนไข สำหรับความกังวลหรือสิ่งเร้าซึ่งสัมพันธ์กับความ ล้มเหลวในการพยายามที่จะให้หลับ ดังนั้น วัตถุประสงค์หลักของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ ลดการ เรียนรู้ความสัมพันธ์ด้านลบ ระหว่างเตียง/ห้องนอนกับ การนอน และสร้างความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างเตียง หรือ ห้องนอนกับการนอนหลับปกติซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้ พบว่าสามารถรักษาภาวะนอนไม่หลับได้ดี โดยมีทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ขึ้นนอนบนเตียง เฉพาะเวลาที่รู้สึกง่วงจริงๆ เท่านั้น
2. ห้ามใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมอื่นๆ ยกเว้น สำหรับการนอนและการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ห้ามกิน, อ่านหนังสือ, ดูโทรทัศน์, เล่นโทรศัพท์มือถือหรือเข้าสังคมออนไลน์ หรือกังวลใจบนเตียง
3. ถ้าไม่สามารถหลับได้หลังจากเข้านอนไปแล้ว 10 นาที ให้ลุกออกจากเตียงแล้วไปห้องอื่น และสามารถกลับมาที่เตียง ได้อีกก็ต่อเมื่อรู้สึกง่วงเท่านั้น
4. ถ้ากลับมาที่เตียงและยังไม่สามารถนอนหลับได้ ให้กลับไปทำขั้นที่ 3 ใหม่ หากขึ้นเตียงแล้วยังไม่หลับใน 10 นาที สามารถ ทำขั้นตอนนี้ได้บ่อยครั้งเท่าที่จำเป็นได้ตลอดคืน
5. ตั้งนาฬิกาปลุก และให้ตื่นเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่ต้องสนใจว่าเมื่อคืนจะหลับได้มากหรือน้อยเพียงใด ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีวงจรการหลับ-ตื่นที่คงที่
6. หลีกเลี่ยงการงีบหลับกลางวัน

การบำบัดทางความคิดรู้

การบำบัดทางความคิดรู้เป็นการรักษาที่ลดการกระตุ้นทางความคิดที่มากเกินไป (cognitive hyperarousal) แล้วส่งผลให้เกิดภาวะนอนไม่หลับอย่าง ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีทัศนคติและความเชื่อที่ ทำให้เกิดความกังวลใจในการนอนหลับของเขาเอง การรักษาด้วยวิธีนี้จึงเน้นเฉพาะเจาะจงไปที่ การค้นหา ความเชื่อ (identifying beliefs) ที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย และแทนที่ความเชื่อเหล่านั้นด้วยความเชื่อใหม่ และ ทัศนคติใหม่ที่ปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้น

การรักษาด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจ (psychoeducation) และการปรับโครงสร้างทางความคิด เสียใหม่ (cognitive restructuring) จะทำให้ผู้ป่วยได้รับ คำอธิบายเพื่อไปตรวจสอบความเชื่อและทัศนคติที่ ผิดๆ ของตนเกี่ยวกับการนอน หลักการตรงนี้จึงเหมือน กับการรักษาด้วย CBT ในโรครซึมเศร้า โดยเทคนิคที่ใช้ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการบันทึกความคิดเพื่อตรวจสอบความคิดที่ผิด (maladaptive thought) ทำการ ทดลอง (behavioral experiments) เพื่อจะลดความเชื่อของ ความคาดหวังที่ไม่มีทางเป็นจริงได้ (unrealistic expectations) และการใช้คำถามในเชิงโซเครติก (socratic questioning) โดยตั้งคำถามเพื่อชวนให้ ผู้ป่วยได้คิดและอยากตรวจสอบความคิดด้วยตนเอง เช่น “ถ้าคุณนอนไม่หลับ แล้วอะไรที่ทำให้คุณสรุปว่า พรุ่งนี้จะทำงานไม่ได้แน่ๆ?”, “คุณรู้สึกแย่มากๆ เพียงแค่คุณนอนไม่หลับเท่านั้นจริงๆหรือ?”, “คุณมีหลักฐาน อะไรที่สนับสนุนว่าคุณจะโดนไล่ออกแน่ๆ จากการ นอนไม่หลับเมื่อคืน?” เป็นต้น ซึ่งคำถามเหล่านี้จะนำไปสู่การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในที่สุด ในการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการนอนหลับ (sleep education) ก็มีส่วนช่วยเสริมการบำบัดด้วยวิธีนี้ เพราะการมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการนอนจะสามารถ ช่วยแก้ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดได้ (Belanger L, Savard J, Morin CM, 2006) แม้ว่าการบำบัด ด้วยความคิดรู้จะไม่ได้รับความนิยมในการใช้รักษา ภาวะนอนไม่หลับเป็นการรักษาเดี่ยวๆ

(monotherapy) ก็ตาม แต่เมื่อรวมกับการรักษาแบบพฤติกรรมบำบัด ที่เรียกว่า CBT จนกลายเป็น CBT-I แล้วกลับพบ ว่า CBT-I ทำให้ผู้ป่วยหลับได้มากขึ้น และมีความพึงพอใจในการนอนเพิ่มขึ้น และยังช่วยลดความคิดที่ผิด เกี่ยวกับการนอนได้อีกด้วย (Espie CA, Inglis SJ, Harvey L, Tessler S, 2000)

สุขอนามัยของการนอน (sleep hygiene)

เป็นการเพิ่มเงื่อนไขทางพฤติกรรมและสภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดการพัฒนาดังปริมาณและคุณภาพ ของการนอนพร้อมๆ กับการลดหรือเลิกการกระทำที่พบ บ่อยว่ารบกวนการนอน (Stepanski EJ and Wyatt JK, 2003) โดยอาจจะแนะนำให้ลดหรือเลิกพฤติกรรมบางอย่าง มากกว่า การจำกัดพฤติกรรมเพื่อให้ได้ระยะเวลา ที่เหมาะสมในแต่ละวัน (เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ 2 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน) เป็นต้น (Williams J, Roth A, Vathauer K and McCrae CS, 2013) การรักษาด้วยวิธีนี้มัก ขึ้นกับความแตกต่างของแต่ละบุคคลทั้งความไวต่อ สิ่งกระตุ้น (sensitivity) และการทำตาม (adherence) กฎเกณฑ์ของสุขอนามัยของการนอนอย่างเคร่งครัด โดยอาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามบุคคล (เช่น ความ แตกต่างของความไวต่อการใช้คาเฟอีน เป็นต้น)

การฝึกผ่อนคลาย (relaxation training)

เป็นการรักษา ภาวะนอนไม่หลับที่ใช้มานาน โดยมุ่งแก้ไขที่สิ่งเร้าทาง สรีรวิทยา (physiological arousal) และการกระตุ้นทาง ความคิด (cognitive arousal) ของผู้ป่วย ที่มีความกังวลมากไปโดยมีเวลาเข้านอนเป็นสิ่งกระตุ้น จากงานวิจัยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่นอนไม่หลับกับคนที่นอนหลับได้ดี พบว่าในกลุ่มที่นอนไม่หลับจะมีอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น, ฮอโมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (stress hormone) เพิ่มขึ้น และระดับการเผาผลาญของ ร่างกาย (metabolic levels) เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่นอน ไม่หลับ การรักษาที่ว่าด้วยการผ่อนคลายบำบัด (relaxation therapy) ประกอบไปด้วย progressive muscle relaxation, passive relaxation, autogenic training, biofeedback, imaginary training, การทำสมาธิ (meditation) และการสะกดจิต (hypnosis) สมาคมเวชศาสตร์การนอนของสหรัฐอเมริกาได้แนะนำ วิธีการรักษาด้วย progressive muscle relaxation ว่า มีวิธีการดังนี้คือ เริ่มจากหายใจเข้าออกลึกๆ ตามด้วย การตึงและคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ สลับเปลี่ยน กันไป ได้แก่ แขน คอ หลัง ขา ไปจนทั่วร่างกาย ผู้ป่วย จะได้รับคำแนะนำ เพื่อที่จะให้เพ่งสนใจไปที่ความรู้สึก ผ่อนคลายทั้งก่อนและหลังการตึงแล้วคลายกล้ามเนื้อ โดยให้เปรียบเทียบความรู้สึกตึงตัวก่อนหน้ากับหลัง สิ้นสุดกระบวนการ และเพื่อฝึกฝนเทคนิคนี้ในระหว่างวันและก่อนเข้านอน วิธีการด้วยการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อนี้สามารถนำมาผนวกกับการบำบัดด้วยการ ควบคุมสิ่งเร้าได้ โดยในระหว่างที่ตื่นกลางดึกให้ผู้ป่วย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตัวเองอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อการตื่น ซึ่งวิธีนี้อาจช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การนอน หลับได้อีก (วรุตม์ อุณจิตสกุลและ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2016)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Küçükdeveci et al. (1996) ได้ศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้อายุและเพศในการจับคู่ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับสี่ข้อ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาในการเริ่มต้นเข้าสู่การนอนหลับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการปวดไหล่พบว่ามีกรรบกวนการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Leppavuori et al. (2002) ได้ศึกษาอาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) ที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรค 3-4 เดือน ในผู้ป่วยอายุ 55-85 ปี จำนวน 227 คน โดยศึกษาผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ที่บ้านและในโรงพยาบาล ใช้แบบประเมิน DSM-IV criteria ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีบ่นนอนไม่หลับ 56.7 % มีอาการนอนไม่หลับ 37.5 % และพบว่าปัจจัยด้าน ความพิการ (Disability), โรคสมองเสื่อม (Dementia), ภาวะวิตกกังวล (Anxiety), ภาวะซึมเศร้า (Depression), การใช้ยาทางจิตเวช (Psychotropic drug) มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke)

Heikki et al.(2003) ได้ศึกษาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบกับการรักษาโดยยา Mianserin จำนวน 100 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 68 มีบ่นนอนไม่หลับ โดยระยะเวลาหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ 2-18 เดือน และพบว่าการใช้ชีวิตคนเดียว อายุ เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับ

Siccoli et al. (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภายใน 3 เดือนหลังการเกิดโรค ศึกษาในโรงพยาบาลจำนวน 25 คน ประเมินการนอนหลับโดย EEG recorded โดยพบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลันและในระยะฟื้นฟูสภาพมีความสัมพันธ์กับ wake after sleep onset , คุณภาพการนอนหลับ และจำนวนการนอนในระยะ REM sleep ในระยะฟื้นฟู

Naess et al.(2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะและอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 408 ราย พบว่า 30% ของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งความปวดมีความสัมพันธ์กับเพศหญิง อายุ ความเหนื่อยล้า รวมถึงการรบกวนการนอนหลับ

Bassetti, C. L., & Hermann, D. M. (2011). ได้ศึกษาความชุกของการนอนไม่หลับและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เพื่อหาความสัมพันธ์

ระหว่างความเหนื่อยล้าหลังได้รับบาดเจ็บทางสมองกับอาการนอนไม่หลับ โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 334 คน โดยใช้เวลา 1-2 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ 11-24% และมีความเหนื่อยล้า 33-44% โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับ สุขวิทยาการนอน ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

Wai- Kwong Tang et al. (2011) ได้ศึกษาอาการนอนไม่หลับกับภาวะ suicidality ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) จำนวน 787 คน โดยใช้แบบประเมิน Geriatric Mental State Examination และแบบประเมิน standard insomnia questionnaire พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการนอนไม่หลับโดยมีอาการหลับๆตื่นๆจะมีภาวะ Suicide 11.1 % และเป็นปัจจัยทำนายภาวะ Suicide ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะนอนไม่หลับ (OR 1.7)

Yang-KUN Chen et al. (2011) ได้ศึกษาอาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหลังเกิดโรค 3 เดือน ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไปจำนวน 508 คนที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมิน Standard insomnia questionnaire ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ 36.6 % และอีก 12.6 % มีอาการนอนไม่หลับร่วมกับมีอาการง่วงนอนตอนกลางวันมากเกินไป พบว่าภาวะซึมเศร้าและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันบริเวณสมองส่วนหน้า (acute frontal lobe infraction) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย

Da Rocha et al. (2013) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนและอาการบ่นนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดโรค 1-36 เดือน ในกลุ่มอายุ 45-65 ปี จำนวน 70 คน ที่อยู่ในชุมชน โดยใช้แบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีบ่นนอนไม่หลับร้อยละ 37.6% พบว่าเพศหญิงและลักษณะการนอนแบบหลับๆตื่นๆ เป็นปัจจัยทำนายอาการบ่นนอนไม่หลับของผู้ป่วย

Jinil Kim et al. (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแปรปรวนในการนอนหลับกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2 สัปดาห์ จำนวน 80 คน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index (ISI) , Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี 71.2 % มีอาการนอนไม่หลับ 53.3 % มีอาการง่วงนอนตอนกลางวัน 48.8 % และพบว่า คุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย

Wai-Kwong Tang et all. (2015) ได้ศึกษาอาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเกิดโรค 3 เดือน ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 366 คนที่เข้ารับการรักษา

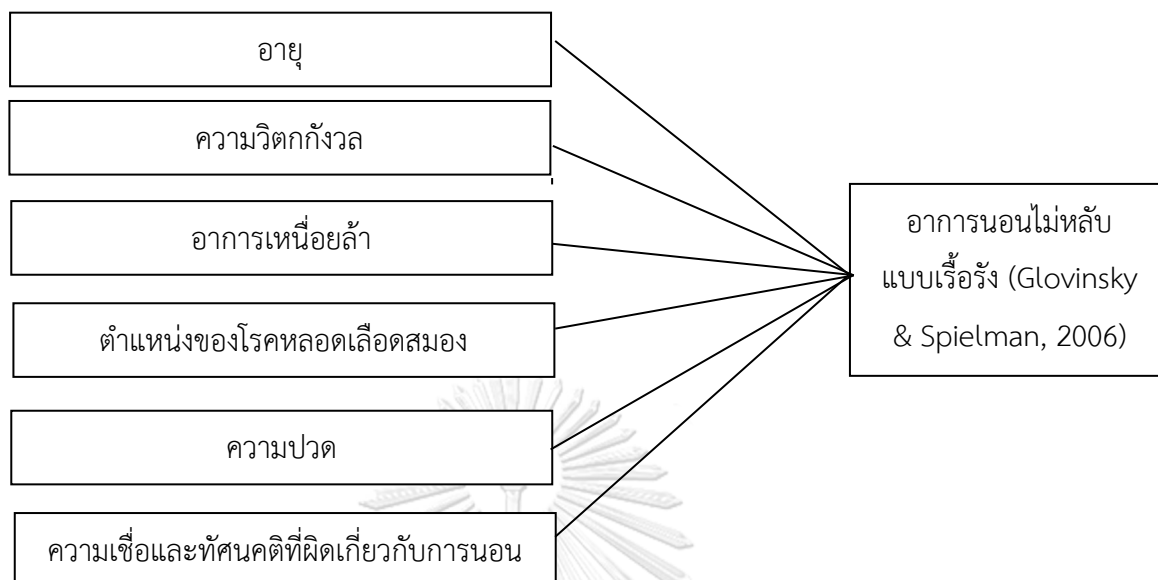
ตัวในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน Insomnia Questionnaire designed in Hong Kong ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการนอนไม่หลับ 44 % ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับมากขึ้นเมื่อคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการนอนไม่หลับต่ำในทุกๆด้านของการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมิน Stroke –Specific Quality of life (SSQoL)

Glazier et al. (2017) ได้ศึกษาสาเหตุและผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุระหว่าง 18 – 65 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรัฐบาล 20 แห่งในรัฐ New South Wales ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์และใช้แบบประเมิน ในช่วง 28 วัน, 6 เดือนและ 12 เดือนหลังเกิดโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับในช่วง 1 ปีหลังเกิดโรคร้อยละ 30-37 และพบมากในผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 16 มีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง หลังเกิดโรค 12 เดือนพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ขาดความสามารถและไม่กลับไปประกอบอาชีพ

วนิดา ลุงกา. (2560) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 เดือน- 3 ปี จำนวน 120 รายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.3 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มีระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 14.36 เดือน อยู่ในช่วง 1-6 เดือนมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 81.7 กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย ร้อยละ 51.7 อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับเป็นร้อยละ 36.7 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางร้อยละ 10.0 และอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงร้อยละ 1.7 จากการศึกษาพบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .502 และสุขวิทยาการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.222

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง มีเพียงงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับเพียง 1 เรื่อง โดยปัจจัยที่ศึกษาคือ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ กิจกรรมทางกาย สุขวิทยาการนอนหลับ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ได้แก่ ความวิตกกังวล ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย เหตุผลที่น่า ตัวแปรเหล่านี้มาศึกษาซ้ำเนื่องจาก มีผู้ทำการศึกษาบ่อย เป็นตัวแปรที่น่าสนใจ พบได้บ่อยและคงอยู่เป็นระยะเวลานานภายหลังเกิดโรค อาการเหนื่อยล้า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาทในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก อายุระหว่าง 18-59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ 3 เดือน เพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท ในเขตกรุงเทพมหานคร 2 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 132 คน

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการกรุงเทพมหานคร และองค์การการกุศล สุ่มมา 2 สังกัดจาก 6 สังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. สุ่มเลือกโรงพยาบาลจาก 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) สุ่มจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ สถาบันประสาทวิทยา สุ่มจากสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้โรงพยาบาลตำรวจ
3. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ $N \geq 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) ศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกัน การสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (Polit & Hangler, 1999) จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 132 ราย

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติ ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมและศัลยกรรม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 ราย กำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

4.1 เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตัน ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 3 เดือน

4.2 glasgow coma scale เท่ากับ 15 คะแนน ในวันที่ได้รับการประเมิน

4.3 มีอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน โดยมีอาการต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ 1) อาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2) การตื่นนอนกลางดึก แล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3) การตื่นเช้ากว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.4 มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ดี

4.5 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5. เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ

5.1 มีสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทที่ผิดปกติ เช่น ความดันสูง ไข้สูง ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ชีพเป็นต้น

6. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันและแตก ที่มารับบริการในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (มกราคม 2562) ของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตร Proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์และคณะ, 2543) ดังนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาลหารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ประสาทวิทยาและศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 152 รายและโรงพยาบาลตำรวจ 136 ราย จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลดังนี้ คือ สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 70 ราย และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 62 ราย รวมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย

6.1 สืบจากรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันและแตก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จนกลุ่มตัวอย่างครบ 132 ราย โดยวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 7.00-12.00 น. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ ในวัน อังคาร พุธ และวันศุกร์ เวลา 7.00-12.00 น. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันประสาทวิทยา เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 – 31 เมษายน 2562

ตารางที่ 1 สรุปสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (n=132)

รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยที่มา รับบริการในแต่ละวัน (โดยประมาณ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดในแต่ละวัน (โดยประมาณ)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด
สถาบันประสาทวิทยา	30-40 ราย	10-20 ราย	70 ราย
โรงพยาบาลตำรวจ	15-20 ราย	5-10 ราย	62 ราย
รวม			132 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการนอนไม่หลับ

2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยบันทึก) ได้แก่ ระยะเวลาของโรค หลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ข้อมูลชุดนี้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (State - Trait Anxiety Inventory [STAI Form Y-1]) เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ ริชาร์ดและโรเบิร์ต (Spielberger, Richard and Robert, 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดีและคณะ (2524) ผู้ตอบสามารถประเมินด้วยตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆเป็นคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Likert Scale) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (State - Trait Anxiety Inventory [STAI Form Y-1]) ที่ร้อยตำรวจเอกหญิงสุรีย์พร เทพอมรเดช (2546) ได้ดัดแปลงจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดีและคณะ (2524)

ได้นำแบบประเมินไปใช้วัดความวิตกกังวล ไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

เกณฑ์การให้คะแนน

ประเมินด้วยตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆเป็นคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20 เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Likert Scale) ดังนี้คือ

- 1 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
- 2 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบเล็กน้อยขณะทดสอบ
- 3 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดจะมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน คะแนนน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนนมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลในระดับสูง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ (Spielberger, Richard and Robert, 1970)

- | | | |
|-------------|---------|--------------------------------|
| 20-40 คะแนน | หมายถึง | มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย |
| 41-60 คะแนน | หมายถึง | มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง |
| 61-80 คะแนน | หมายถึง | มีความวิตกกังวลในระดับมาก |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

- | | |
|---|------|
| อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง | 1 คน |
| อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 1 คน |
| อาจารย์พยาบาลที่มีที่ความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ | 1 คน |
| พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 1 คน |
| พยาบาลชำนาญการที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ | 1 คน |

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รายข้อ โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่า 0.80 (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน

อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามศัพท์
2	หมายถึง	ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์น้อย
3	หมายถึง	ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์
4	หมายถึง	ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามศัพท์มาก

โดยใช้สูตรในการคำนวณ คือ

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 เครื่องมือประเมินความปวด เป็นแบบวัดความรู้สึกรวด Numerical rating scale จะเป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆกัน เป็นมาตรวัดที่กำหนดตัวเลขต่อเนื่องกันตลอดจาก 0-10 เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้วัดทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง ใช้ในทั้งคลินิกและการวิจัย เนื่องจากง่าย และไม่สิ้นเปลืองเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน คือ “0” หมายถึง ไม่มีความปวดเลย และ “10” หมายถึงปวดมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลผลคะแนนความปวดแบ่งตามเกณฑ์การแบ่งระดับความปวดของ อวยพร สวัสดิ์ (2557) ดังนี้

การแปลผลคะแนน ระดับความปวด

ระดับความปวด	ช่วงคะแนน
ไม่มีความปวดเลย	0
มีความปวดระดับเล็กน้อย	1-3
มีความปวดระดับปานกลาง	4-6
มีความปวดระดับมาก	7-9
มีความปวดระดับมากที่สุด	10

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความปวด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามความเหนื่อยล้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน
พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
พยาบาลชำนาญการที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit & Beck, 2012)

คำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.0

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash and Sterinbeg (1989) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย อวยพร สวัสดิ์ (2557) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า จำนวน 9 ข้อคำถาม

เกณฑ์การคิดคะแนน แบบประเมิน Fatigue Severity Scale (FSS) มีลักษณะเป็นเครื่องมือที่ผู้ป่วยรายงานความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง โดยวัดใน 1 มิติ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 1-7 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน โดยคำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีความเหนื่อยล้า (Krupp et al., 1989) โดยคะแนนที่มากบ่งชี้ว่ามีความเหนื่อยล้ามาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คำนวณจากผลรวมของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีความเหนื่อยล้า (Krupp et al., 1989)

การแปลผลคะแนน การมีความเหนื่อยล้า (อวยพร สวัสดิ์, 2557)

การแปลผลคะแนน	การแปลผล
น้อยกว่า 4	ไม่มีความเหนื่อยล้า
มากกว่าหรือเท่ากับ 4	มีความเหนื่อยล้า

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเหนื่อยล้า

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามความเหนื่อยล้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีที่ความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน
พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
พยาบาลชำนาญการที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit % Beck, 2012)

คำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ .82

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

(Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อิธแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 เมื่อนำไปใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับเท่ากับ .79 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (Carney et al., 2007) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย จรรยา ฉิมหลวง (2552)

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนประกอบด้วย 4 ด้าน 16 ข้อคำถามดังนี้

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5,7,9,12 และ16)
2. ความรู้สึกกังวล/หมกหมองในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3,4,8,10,11 และ14)
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1 และ2)
4. ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ (ข้อ 6,13 และ15)

เกณฑ์การคิดคะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาวต่อเนื่อง 100 มิลลิเมตร บนเส้นตรง (0-10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือเห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about sleep, DBAS-16) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (Morin et al, 2007)

ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับน้อย

ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามความเหนื่อยล้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน
พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
พยาบาลชำนาญการที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายชื่อ (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit % Beck, 2012) คำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ .97

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ใช้เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

ประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 7 ข้อคำถาม ดังนี้

1. การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1
2. การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามข้อที่ 2
3. การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3
4. มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6 และ 7

เกณฑ์การคิดคะแนน ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง โดยใช้ไม้บรรทัดวัดหน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตร มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลผลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ โดยแบ่งระดับของอาการนอนไม่หลับตาม Morin (1993) ดังนี้

ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ	ช่วงคะแนน	0-7
ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	ช่วงคะแนน	8-14
ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	15-21
ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	ช่วงคะแนน	22-28

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำแบบสอบถามความเหนื่อยล้าไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ประกอบด้วย

อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1 คน
อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	1 คน

พยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน

พยาบาลชำนาญการที่มีความชำนาญในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ 1 คน

เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับแก้ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปคำนวณหาดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายชื่อ (Content validity index for items: I-CVI) โดยใช้เกณฑ์ I-CVI มากกว่า 0.80 (Polit % Beck, 2012)

คำนวณจาก

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินข้อคำถามนั้นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้ของแต่ละข้อคำถามหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ผลการคำนวณได้ค่า I-CVI เท่ากับ .86

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมประสาทสถาบันประสาทวิทยา และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้ กรณีเครื่องมือที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรที่ค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป แต่หากเป็นกรณีเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ ควรมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมประสาทของสถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลตำรวจ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 ราย

ตารางที่ 2 ความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
1. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ	.85
2. แบบสอบถามความเหนื่อยล้า	.96
3. แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ	.72
4. แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง	.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้วผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาทั้ง 2 แห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.3 หลังจากได้หนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมประสาท ที่จะทำการเก็บข้อมูลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 วันก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลประจำการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรมประสาทเพื่อขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบรายชื่อและวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัด ณ แหล่งเก็บข้อมูล โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2562 แบ่งวันและเวลาในการเก็บข้อมูลได้ดังนี้ ในวันอังคาร พุธ และศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.00-12.00 น. เก็บข้อมูลที่สถาบันประสาทวิทยา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 70 ราย ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเข้ารับบริการประมาณ 30-40 ราย และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ประมาณ 10 -15 รายต่อวัน ในส่วนของโรงพยาบาลตำรวจ เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 07.00 - 12.00 น. ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 62 ราย ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการประมาณ 15-20 ราย และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ได้ประมาณ 5-10 รายต่อวัน ไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

2.2 วันเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่ละคน โดยจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย กรณีผู้ป่วยสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.2 อธิบายการทำแบบสอบถาม แบบประเมินและแบบทดสอบให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกข้อความที่ตรงกับตนเองมากที่สุด

2.2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม

2.2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาท (เลขที่หนังสือรับรอง ๒๒๐๐๘) โรงพยาบาลตำรวจ (เลขที่ Sh242100/61) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์และการให้การรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงที่ร้ายแรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจทำให้เสียเวลาในการตอบแบบสอบถามนานประมาณ 30-45 นาทีและไม่มีผลต่อการพบแพทย์ และระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกใจ ไม่สบายใจ หรือรู้สึกว่าถูกรบกวน สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อาการและระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์

3.1 อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนเชื่อด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' Product Moment Correlation Coefficient)

3.2 ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ใช้ Eta



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาถึงอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 132 ราย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแสดงข้อมูลการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3-4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรตามกรอบแนวคิด ได้แก่ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5-9

ตอนที่ 3 การศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10-11

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลไว้ในตารางที่ 12-13

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ (n= 132)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	73.5
หญิง	35	26.5
อายุ (ปี)		
≤ 45	59	44.7
> 45-59	73	55.3
(Mean=46.46SD=8.42 Min=27 Max=59)		
สถานภาพสมรส		
คู่	102	77.3
โสด	23	17.4
หม้าย	5	3.8
แยกกันอยู่	2	1.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	8.3
มัธยมศึกษา	55	41.7
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	44	33.3
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	22	16.7
อาชีพ		
รับราชการ	34	25.7
พนักงานบริษัท	20	15.2
ค้าขาย	19	14.4
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	17	12.9
อื่นๆ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	10.6
แม่บ้าน	12	9.1

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ (n= 132) ต่อ

ลักษณะข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ(ต่อ)		
รับจ้างทั่วไป	9	6.8
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	5.3
รายได้		
10,000 -15,000	12	9.1
15,000 -20,000	48	36.4
มากกว่า 20,000	72	54.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	65	49.2
ไม่เพียงพอ	67	50.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 73.5 มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 มีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 77.3 จบการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.7 ประกอบอาชีพรับ ราชการ คิดเป็นร้อยละ 34 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72 สถานะทางการเงิน รายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.8

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง ระยะเวลาของการนอนไม่หลับ (n= 132)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของโรคหลอดเลือดสมอง		
3 - 6 เดือน	55	41.7
7 - 12 เดือน	37	28
13 - 18 เดือน	14	10.6
19 - 24 เดือน	14	10.6
25 - 30 เดือน	7	5.3
31 - 36 เดือน	5	3.8
(Mean=11.75 SD=8.37 Min=3 Max=36)		
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน	112	84.8
โรคหลอดเลือดสมองชนิดแตก	20	15.2
ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง		
Basal ganglia	29	22
Subcortical white matter	26	19.7
Occipital cortex	21	15.9
Frontal cortex	17	12.9
Temporal cortex	16	12.1
Parietal cortex	14	10.6
Thalamus	9	6.8
ระยะเวลาของการนอนไม่หลับตั้งแต่เจ็บป่วย		
3 - 6 เดือน	89	67.4
7 - 12 เดือน	28	21.2
13 -18 เดือน	15	11.4
(Mean=6.39 SD=3.82 Min=3 Max=18)		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาของการนอนไม่หลับอยู่ในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 28 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (Ischemic stroke) คิดเป็นร้อยละ 84.8 และมีตำแหน่งของรอยโรคในสมองตรงตำแหน่ง Basal ganglia มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22 มีระยะเวลาของการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนานอยู่ในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรตามกรอบแนวคิด ได้แก่ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5-9

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (n= 132)

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	จำนวน	ร้อยละ
มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง	93	70.5
มีความวิตกกังวลในระดับมาก	39	29.5
(Mean=59.11 SD=4.55 Min=42 Max=74)		

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามอาการเหนื่อยล้า (n= 132)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
น้อยกว่า 4	31	23.5	ไม่มีความเหนื่อยล้า
มากกว่าหรือเท่ากับ 4	101	76.5	มีความเหนื่อยล้า
(Mean=42 SD=9.69 Min=13 Max=56)			

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 76.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 23.5

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความปวด ตำแหน่งที่มีความปวดและความรุนแรงของความปวด (n= 132)

เกณฑ์การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ความปวด		
มีความปวด	110	83.3
ไม่มีความปวด	22	16.7
ตำแหน่งที่มีความปวด		
ปวดหนึ่งตำแหน่ง	73	66.4
ปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง	37	33.6
ตำแหน่งปวดมากที่สุด		
ปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ	45	40.9
ปวดศีรษะ	45	40.9
ปวดไหล่	19	17.3
ปวดสะบักที่ผิวหนัง	1	0.9
ตำแหน่งปวดมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง		
ปวดไหล่ร่วมกับปวดเกร็งกล้ามเนื้อ	19	51.4
ปวดศีรษะร่วมกับปวดเกร็งกล้ามเนื้อ	9	24.3
ปวดศีรษะร่วมกับปวดไหล่	6	16.2
ปวดศีรษะ ปวดไหล่ ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ	3	8.1
ความรุนแรงของความปวด		
ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน)	2	1.8
ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน)	53	48.2
ปวดมาก (7-9 คะแนน)	55	50
(Mean=5.22 SD=2.73 Min=0 Max=9)		

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความปวดคิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างมีความปวดทั้งหนึ่งตำแหน่งและมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง ตำแหน่งที่มีความปวดมากที่สุดคือศีรษะและปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 40.9 พบว่ามีปวดไหล่ร่วมกับปวดเกร็งกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 51.4 โดยพบว่ามีความรุนแรงของความปวดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ (n= 132)

ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับน้อย	0-3.8	7	5.3
มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก	3.9-10	125	94.7
(Mean=6.98 SD=1.35 Min=2.88 Max=9.38)			

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.7 และมีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 7

ตารางที่ 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132)

ลักษณะข้อมูล	\bar{X}	SD	คะแนนเต็ม	การแปลผล
1.ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ	7.25	2.43	50	มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก
2.ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ	7.47	2.08	60	มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก
3.ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ	9.18	1.34	20	มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก
4.ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ	6.28	2.50	30	มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก
ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับโดยรวม	7.54	2.71	160	มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับมาก

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเท่ากับ 7.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 9.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 รองลงมาคือความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการนอนไม่หลับค่าเฉลี่ย 7.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.08

ตอนที่ 3 การศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดย คำนวณหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย แสดงในตาราง ที่ 10-12

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง จำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง (n= 132)

ลักษณะข้อมูล	การแปลความหมาย	จำนวน	ร้อยละ
8-14 คะแนน	ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	29	22
15-21 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	95	72
22-28 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	8	6
(Mean=17.95 SD=4.00 Min=8 Max=26)			

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับ แบบเรื้อรังในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72 และอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ คิด เป็นร้อยละ 22

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132)

อาการนอนไม่หลับ	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคนพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ	2.27	.76	ปานกลาง
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อคนตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ	2.40	1.0	ปานกลาง
3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาคนตื่นเช้าเกินไป	1.86	1.12	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนของคนในปัจจุบัน	2.53	1.06	มาก
5. คนพบว่าปัญหาการนอนส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคน (เช่น ความเหนื่อยล้าช่วงกลางวัน ความสามารถในการทำงาน อารมณ์ สมาธิ ความจำ เป็นต้น)	2.91	.88	มาก
6. คนสังเกตเห็นชัดว่าปัญหาการนอนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคน	2.86	.80	มาก
7. คนรู้สึกกังวลหรือหดหู่แค่นั้นกับการนอนไม่หลับ	2.58	1.04	มาก
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	2.48	0.95	

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีปัญหาการไม่สามารถหลับได้ต่อเนื่องมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.01 รองลงมาคือการเข้าสู่การนอนหลับยาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .76 ส่วนปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้พบน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12 ปัญหาการนอนหลับส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวมเท่ากับ 2.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.95 ซึ่งมีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient = r) และความสัมพันธ์ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับ ใช้สถิติ Eta แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 12-13

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=132)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-.056	.217
ความวิตกกังวล	.467**	.000
อาการเหนื่อยล้า	.636**	.000
ความปวด	.503**	.000
ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน	.026**	.003

** p < .01

จากตารางที่ 12 พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความวิตกกังวลมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .467 อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความวิตกกังวลมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .636 ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความปวดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .503 ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความวิตกกังวลมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .026 ส่วน อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง กับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
Basal ganglia	29	22		
Subcortical white matter	26	19.7		
Occipital cortex	21	15.9	.118	.296
Temporal cortex	16	12.1		
Frontal cortex	17	12.9		
Parietal cortex	14	10.6		
Thalamus	9	6.8		
รวม	132	100		

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีรอยโรคตำแหน่ง Basal ganglia คิดเป็นร้อยละ 22 รองลงมาคือ Subcortical white matter, Occipital cortex และ Temporal cortex คิดเป็นร้อยละ 19.7 15.9 และ 12.1 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังด้วยค่าอีตา (Eta) พบว่าตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตัน อายุระหว่าง 18-59 ปี มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ 3 เดือน เพศชาย และหญิงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา โดยวิธีดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มเลือกสังกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการกรุงเทพมหานคร และองค์การกุศล สุ่มมา 2 สังกัด จาก 6 สังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. สุ่มเลือกโรงพยาบาลจาก 2 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) สุ่มจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ สถาบันประสาทวิทยา สุ่มจากสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้โรงพยาบาลตำรวจ
3. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10k + 50$$
 (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) ศึกษาทั้งหมด 7 ตัวแปรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (Polit & Hanger, 1999) จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 132 ราย

4. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันและแตก ที่มารับบริการในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (มกราคม 2562) ของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตร Proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์และคณะ, 2543) ดังนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคูณด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาลหารด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ประสาทวิทยาและศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 152 รายและโรงพยาบาลตำรวจ 136 ราย จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลดังนี้ คือ สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 70 ราย และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 62 ราย รวมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตัน ที่มีอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 3 เดือน

5.2 glasgow coma scale เท่ากับ 15 คะแนน ในวันที่ได้รับการประเมิน

5.3 มีอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน โดยมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยอย่าง น้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ 1) อาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2) การตื่นนอนกลางดึก แล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3) การตื่นเช้ามืดกว่าปกติจากเดิมที่เคยตื่น ≥ 1 ชั่วโมง (Early morning awakening) และไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

5.4 มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทย

5.5 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

6. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

มีสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทที่ผิดปกติ เช่น ความดันสูง ไข้สูง ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน ซึม เป็นต้น

7. สรรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและแตก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนกลุ่มตัวอย่างครบ 132 ราย โดยวันจันทร์และพฤหัสบดี เวลา 7.00-12.00 น. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันประสาท วันอังคาร พุธและศุกร์ เวลา 7.00-12.00 น. เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 เมษายน 2562

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามความปวด

แบบสอบถามความรุนแรงของความเหนื่อยล้า แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาารายข้อ (Content Validity Index for items) จากผู้ทรงคุณวุฒิได้เท่ากับ .88, 1.0, .82, .97 และ .86 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการนำไปทดสอบกับบุคคลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท ของโรงพยาบาลตำรวจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85, .96, .72 และ .91 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อาการและระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์
 - 3.1 อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3.2 ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังใช้สถิติ Eta ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 73.5 มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 มีสถานภาพคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.3 จบการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.7 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72 สถานะทางการเงินรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.8

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาการเจ็บของโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 28 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (Ischemic stroke) คิดเป็นร้อยละ 84.8 และมีตำแหน่งของรอยโรคในสมองตรงตำแหน่ง Basal ganglia มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22 มีระยะเวลาของการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนานอยู่ในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.4

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวมเท่ากับ 17.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.66 ซึ่งมีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาคืออยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับและมีอาการนอน

ไม่หลับระดับรุนแรง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6 เมื่อแบ่งเป็นรายมิติย่อยของการนอนไม่หลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีปัญหาการไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (SD=1.01) รองลงมาคือปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.27 (SD=.76) และปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.86 (SD=1.12) และพบว่ากรนอนไม่หลับยังมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.88 (SD=3.78)

4. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93 รองลงมาคือมีความวิตกกังวลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39 ความปวดคิดเป็นร้อยละ 83.3 พบว่าตำแหน่งที่มีความปวดมากที่สุดคือศีรษะและปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือปวดไหล่ คิดเป็นร้อยละ 17.3 โดยพบว่ามีความรุนแรงของความปวดระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50 มีความเหนื่อยล้าคิดเป็นร้อยละ 76.5 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความเหนื่อยล้า คิดเป็นร้อยละ 23.5 มีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับใน ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.7 และมีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับ ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 7

5. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า

5.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.467, p<.05$)

5.2 ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.503, p<.05$)

5.3 ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.636, p<.05$)

5.4 อายุ และตำแหน่งของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยและประเด็นที่พบได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวมเท่ากับ 17.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.66 ซึ่งมีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางมีอาการนอน โดยมีผู้ป่วยนอนไม่หลับในระดับปานกลาง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมาคืออยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับและมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6 โดยมี ระยะเวลาของการนอนไม่หลับอยู่ในช่วง 3-6 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ 7-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 28 อภิปรายได้ว่า จากการศึกษาของ Glozier et al.(2017) พบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับภายในช่วง 1 ปีหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 30-37% พบอาการนอนไม่หลับมากในเพศหญิง พบว่ามีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง 16% ในช่วงเวลา 6 เดือนต่อมา จากงานวิจัยที่ได้ศึกษาพบว่ามีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยดังกล่าว

เมื่อพิจารณาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายด้านในแต่ละมิติย่อย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้าน ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep) คิดเป็นร้อยละ 13.77 รองลงมาคือปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก(Difficulty in initiating sleep) คิดเป็นร้อยละ 13.02 และปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening) คิดเป็นร้อยละ 10.68 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Schuiling et al (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกมีปัญหาการนอนหลับๆตื่นๆ ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 31 รองลงมาคือ ปัญหาตื่นเช้ากว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 28 และปัญหาการนอนหลับยากในช่วงเริ่มต้นการเข้านอน คิดเป็นร้อยละ 25 ซึ่งจะพบว่ามีคะแนนรุนแรงของปัญหาแต่ละด้านมากกว่าการศึกษานี้

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของการนอนไม่หลับจะพบว่า มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากถึงร้อยละ 62.5 โดยจำแนกผลกระทบทั้ง 4 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06) การนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .88) การนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ อยู่ในระดับมาก (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .80) และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกกังวลหรือ

หดหู่กับการนอนไม่หลับ (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.04) จากการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Schuiling et al (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดมีเลือดออกในสมองที่มีปัญหาการนอน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีทุกด้าน โดยมีรายด้านย่อยๆของคุณภาพชีวิตคือ มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย สมาธิไม่ดี ความจำบกพร่อง และมีปัญหาทางงนอนตอนกลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tang et al (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการนอนไม่หลับ มีคุณภาพชีวิตต่ำทุกด้าน การนอนไม่หลับยังมีผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล รวมถึงการเกิด Suicide idea จากการศึกษาของ Tang et al (2011) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการนอนไม่หลับโดยมีอาการหลับๆตื่นๆจะมีภาวะ Suicide 11.1% รวมถึงส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดเฉยชา ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือบุคคลรอบข้างลดลง

จากผลการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า การนอนไม่หลับแบบเรื้อรังเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอน ที่เกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะพบว่ามีปัญหาการนอนหลับๆตื่นๆ ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องมากที่สุด นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความเหนื่อยล้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .636 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้ามากจะมีอาการนอนไม่หลับมากและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้าน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยกระตุ้นการสังเคราะห์ Corticotropine Releasing Hormone ทำให้เพิ่มการหลั่ง adrenocorticotrophic hormone ส่งผลให้ต่อมหมวกไตเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลและแคทีโคลามีนที่ประกอบไปด้วย epinephrin และการหลั่ง norepinephrine ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะตื่นตัว (arousal) และเป็นผลให้การนอนหลับเป็นไปได้อย่างขึ้น (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และสุวัฒน์ คุปติวุฒิ, 2551) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 33 – 73 มีการศึกษาอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่ 10 วันหลังเกิดโรคไปจนถึง 36 เดือน พบว่าอุบัติการณ์ของความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 6 – 12 เดือนพบว่าสูงถึง

ร้อยละ 38 – 74 (Colle et al 2006; Michael and Macko., 2006; Van de Port., 2007; Christensen., 2008; Naess., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ 43 และ 45 (Lerdal.,2013) จากการศึกษาในหลายงานวิจัยพบว่า ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการนอนหลับเป็นระยะเวลายาวนาน โดยผู้ป่วยรายงานว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ (Flinn and Stube., 2010) จากการศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้ากับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความปวดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .503 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความปวดมากจะมีอาการนอนไม่หลับมากและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความปวดน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการหลั่งของกลัยโคเจน อะดรีนาลีน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ความเจ็บปวดส่งผลต่อการนอนหลับระยะที่ไม่มีกรรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว ระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง ความทนต่อความเจ็บปวดจะลดลงต่ำสุดในการนอนหลับระยะที่มีการกรรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว ซึ่งความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่น เป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore and Dimsdale, 2002:78) นอกจากนี้ยังพบว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังจะเพิ่มการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกายในช่วงกลางคืน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับของผู้ป่วยเช่นกัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความปวดคิดเป็นร้อยละ 83.3 พบว่าตำแหน่งที่มีความปวดมากที่สุดคือศีรษะและปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือปวดไหล่ คิดเป็นร้อยละ 17.3 โดยพบว่ามีความรุนแรงของความปวดระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Naess และคณะ (2010) พบว่าอุบัติการณ์การเกิดความปวดร้อยละ 44.6 และร้อยละ 30 รายงานความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง

1.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะเผชิญ กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.467$, $p<.05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากจะมีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังมาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย

ที่ว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความวิตกกังวล จะมีการหลั่งสารอะดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว และร่างกายจะมีการหลั่งสารอิพิเนฟรินและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal cortex) และคอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยากตื่นบ่อยและไม่สามารถหลับต่อได้ภายหลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน (Miller, 1999) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัสมณท์ คุ่มทวีพร และคณะ(2540) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ พบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้น เกิดฝันร้ายและมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง

ผลการศึกษาครั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Leppavuori et al. (2002) ได้ศึกษาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) ที่มีระยะเวลาหลังเกิดโรค 3-4 เดือน ในผู้ป่วยอายุ 55-85 ปี จำนวน 227 คน พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke)

1.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับอยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .026 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนมากจะมีอาการนอนไม่หลับมากและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน น้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือ ด้านความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ มีคะแนนเฉลี่ย 37.37 โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชื่อว่า “การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย” มากที่สุด รองลงมาคือ “เมื่อนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง มันจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอดสัปดาห์” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 และ 7.40 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อมีความเชื่อในระดับสูง (3.9-10 คะแนน) จะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นความคิดกังวลของร่างกาย ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่มีการกระตุ้นการทำงานของร่างกาย

มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถหลั่งสารที่ทำให้เกิดการนอนหลับได้ เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้แม้ว่าจะนอนไม่หลับผู้ป่วยก็จะพยายามนอนคนเดียวหรือที่นอนต่อไป ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลงส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Morin และคณะ(2000) เปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดี พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผลด้านลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมาก และแสดงถึงความหมกหมองในการควบคุมการนอนหลับและคาดการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้การศึกษาของ Morin และ Savaed (2000) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยาก พบว่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับนั้นแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับต่ำจะมีอาการนอนไม่หลับต่ำ ซึ่งประเมินโดย Sleep Diary และ Polysomnography การศึกษาของ Espire และคณะ (2000) พบว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ ($r=0.826$)

1.5 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 46.46 ปี มักพบว่าบุคคลจะเริ่มมีปัญหาการหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี เนื่องจากการหลับคลื่อนสั้นจะสูงสุดช่วงวัยรุ่น และลดลงอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Ohayon (2002) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเพิ่มขึ้นหลังอายุ 45 ปีขึ้นไป และความชุกมักจะเกิดเท่าๆกันในผู้สูงอายุด้วยกัน สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Leppavuori และคณะ (2002)

ผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Heikki et al.(2003) ที่ได้ศึกษาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบกับการรักษาโดยยา Mianserin จำนวน 100 คน ที่อายุน้อยกว่า 71 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 68 มีบ่นนอนไม่หลับ โดยระยะเวลาหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ 2-18 เดือน และพบว่าอายุ เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.2 ปี ค่าพิสัยของอายุ 27-70 ปี และมีค่ากลางของอายุ 56 ปี ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 อยู่ในช่วงอายุ 18-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.5, 19.7 และ 29.5 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 46.46 ปี จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองกับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่าตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ามาจากแนวคิดของ Flip-flop switch model พบว่าการหลับตื้นนั้นเป็นผลมาจากการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำงานประสานกันหลายๆระบบ ได้แก่ Histamine, adenosine, serotonin, acetylcholine, hypocretin, Melatonin และการทำงานของสมองในส่วนต่างๆ ได้แก่ brainstem, Ventrolateral preoptic nucleus (VLPO), hypothalamus, perfrontal cortex เซลล์ประสาทที่กระจายอยู่ทั่วแกนกลางของก้านสมองที่เรียกว่าเรติคิวลาฟอร์เมชัน (Reticular formation area) ส่งสัญญาณไปยังสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ไฮโปธาลามัส ก้านสมอง basal ganglia pons สมองส่วนหน้า (forebrain) ระบบประสาทใน cortical และ subcortical ซึ่งมีหน้าที่ในการปิดเปิดวงจรในการตื่นนอน รวมถึงการเกิด REM sleep และ Non-REM sleep (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; Lu et al., 2006; Nofzinger, 2004) เมื่อสมองส่วนต่างๆถูกทำลายหรือมีรอยโรคจะส่งผลให้สารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับตื้น ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับจากงานวิจัยของ Chen และคณะ (2011) ซึ่งได้ศึกษาอาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหลังเกิดโรค 3 เดือน ในกลุ่มอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไปจำนวน 508 คน ผลการวิจัยพบว่าสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันบริเวณสมองส่วนหน้า (acute frontal lobe infraction) เป็นปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ Chen และคณะมีจำนวนมากคือ 508 คน ขณะที่งานวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 132 คน นอกจากนี้ตำแหน่งโรคหลอดเลือดสมองที่พบส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นตำแหน่ง Basal ganglia จึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Chen และคณะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัญหาที่พบเมื่อแยกเป็นรายมิติย่อยของการนอนไม่หลับพบว่า มีปัญหาตื่นในระหว่างการนอนในเวลากลางคืนแล้วหลับต่อยากที่สุด รองลงมาคือมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรตระหนักในปัญหานี้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและพัฒนากระบวนการคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังและขจัดปัจจัยที่อาจนำไปสู่ปัญหาอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย
2. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยโน้มนำที่ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวล ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการคัดกรองและหากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลที่ได้มาตรฐาน และเน้นการจัดกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดี
3. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าและความปวด ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินความเหนื่อยล้าและความปวดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาติดตามอาการทุกคนเพื่อที่จะสามารถวางแผนให้การพยาบาลเพื่อจัดการความเหนื่อยล้าและความปวด โดยใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้อย่างเพียงพอเกี่ยวกับพยาธิสภาพตลอดจนการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าและความปวด ตลอดจนแนะนำให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง หากอาการปวดไม่ดีขึ้น ควรรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคงอยู่ที่ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ อาจใช้การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับให้ถูกต้อง ซึ่งจากการวิจัยความเชื่อดังกล่าวได้แก่ ความเชื่อที่ว่า การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย หรือ เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง มันจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอดสัปดาห์ เป็นต้น ซึ่งความเชื่อในสิ่งเหล่านี้ที่สูงเกินไปจะส่งผลต่อความคิดกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย

5. พยาบาลจะต้องตระหนักถึงปัญหาของการนอนไม่หลับและศึกษาถึงผลกระทบของการนอนไม่หลับที่มีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาความรู้ ความชำนาญในการประเมินปัญหาให้ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความปวด ความเหนื่อยล้า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ พยาบาลควรร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนแก้ปัญหาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพ แม้ว่าการศึกษาจะพบความรุนแรงของการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง แต่ถ้าปล่อยผ่านไปก็อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงขึ้นไปก็เป็นได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความปวด ความเหนื่อยล้า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน ไปศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการนำผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อบรรเทาปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความปวด ความเหนื่อยล้า ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอน ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2548). **คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์** ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2557**. อุบลราชธานี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2562, แหล่งที่มา: <https://dmh.go.th/report/datacenter/map/>
- กลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ. (2560). **รายงานประจำปีโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2560**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2562, แหล่งที่มา: <http://www.prasri.go.th/kpi/60/2560.pdf>
- จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา บุญญาภาส. (2547). **การดูแลผู้ที่ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ**. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูลและสาวิตรี อังณางค์กรชัย. (2545). **จิตวิทยาการศึกษาสำหรับผู้ติดยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นิตานาด โขคเกิด. (2545). **ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ที่ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน**. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจง สืบสมาน. (2536). **โรคติดสารเสพติดและโรคพิษสุราเรื้อรัง: เกษมตันติผลาชีวะบรรณาธิการตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: 619
- บุญศิริ จันศิริมงคล, หทัยชนนี บุญเจริญ, สรสพร จวงษ์, สาวิตรี สุริยฉาย, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และนจิตร คุณนาร์กซ์. (2556). **โรคร่วมจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา**. **วารสารกรมสุขภาพจิต**, 21(2): 76-87.
- ประกิจ โพธิอาสน์. (2541). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น**

- จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกสุขภาพจิตและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ.** กรุงเทพมหานคร: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ, พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2542). **รายงานการวิจัยเรื่อง ความชุกและสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10).** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- เปรมฤทัย ไชยชนะและเพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์. (2555). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มสุราในผู้ติดสุราที่มีโรคจิตเวชร่วม.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 57(28): 105-120.
- พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. **จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงสำหรับโรค ซึมเศร้าในปัจจุบัน.** เวชศาสตร์ร่วมสมัย. (2549): 109-119.
- พัชชราวัลย์ กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพยาติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรินทร์ ชมเดช. (2548). **พฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานที่ประสบอุบัติเหตุจราจร ที่มารับบริการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, ททัชชนก บุญเจริญและสุนทรี ศรีไสย. (2549). **แนวเวชปฏิบัติ การให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ไอแอมอแอกไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2552). **คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ.** เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. (2556). **ความสำเร็จในการเลิกสุราของผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1): 1-15.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร. (2542). **โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด.** ใน มานิตย์ ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวนิช (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์: Textbook of Psychiatry. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิชัย. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- โยธิน ปอยสูงเนิน. (2544). **ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมกาเสพติดการเสพยาบ้ากลับซ้ำของนักเรียนที่เข้ารับการรักษา**: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย**. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารุณี เมฆอริยะ. (2559). **โรคซึมเศร้าที่พบร่วมกับโรคจิตสารเสพติด**. [online]. Available from: <http://www.cifs.moj.go.th/cifskm/index.php/topic,94.0.html#msg100>.
- วิชัย โปษยะจินดาและอาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. (บรรณาธิการ). (2545). **สุราในสังคมไทย**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกกล้าและวารุณี เสถียรนพแก้ว.(2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2559. [online]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626>
- วีรวรรณ เล็กสกุลไชยและจินตนา เทพทรงสัจจะ. (2545). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 11(6): 812-818.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2556). **ผลของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช**. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.
- สมนึก หลิมศิริรัตน์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาเลิกดื่มสุราของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลราชบุรี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 53(2):143-150.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. กรุงเทพฯ:

เรือนแก้วการพิมพ์.

สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย. (2552). **การทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา:**

Review of Alcohol Screening. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

สุกมา แสงเดือนฉาย. (2547). **รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม ผลกระทบจากการดื่มสุราและเจตคติต่อการดื่มสุราของผู้ป่วยสุรา.**

ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์.

สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์.

สุภาภรณ์ สมพาน. (2546). **การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจาก**

สุรา. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

เสาวณี วิกัน. (2548). **ประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค**

ซึมเศร้า. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:

บริษัทวี.พรินท์ (1991) จำกัด.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2550). **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร:

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา)

อรัญญา แพ้จ้อยและนรัญญา ศรีบูรพา. (2552). **ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษา**

แบบผู้ป่วยในของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 54(1): 63-74.

อุจน์จิตร คุณารักษ์. (2554). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่**

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา,

25(1): 42-52.

อัจฉราพร นัตสาสาร. (2548). **สาเหตุของการกลับไปเสพยาของผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาจากศูนย์**

บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต, สาขาสาธารณสุข

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (4th ed.). Text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Babor T.F, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001) **AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care**. (2nd edn.)
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Cristi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**. 27: 250-257.
- Barlow, D. H. and Durand, V. M. (2005). **Abnormal psychology an integrative approach**. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Beck, A. T. (1967). Depression: **Clinical experimental and theoretical aspects**. New York: Harper Row.
- Beck, A. T., and Alford, B. A. (2009). **Depression: Causes and treatment** (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Borges G, Walters EE, Kessler RC. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. **American Journal of Epidemiology**, 51, 781-9.
- Bos, E.H., et al. Cognitive, Physiological, and personality correlates of recurrence of depression. **Journal of Affective Disorder** 87(2005): 221-229.
- Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van den Brink W, Veltman DJ and Beekman AT. (2011). **Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)**. J Affect Disord; 131: 233-42.
- Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van den Brink W, Smit JH, Veltman DJ, Beekman AT and Penninx BW. (2012). Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. **The British Journal of Psychiatry**; 200:476-484.
- Boyd, M.A., and Nihart, M.A. **Psychiatric Nursing Contemporary Practice**. New York: Lippincott - Raven, 1998.
- Buckner, J.D., Eggleston, A.M., Schmidt, N.B., (2006). **Social Anxiety and Problematic**

Alcohol Consumption: The Mediating Role of Drinking Motives and Situations. Behavior. Ther. 37: 381-391.

Burns L, Teesson M. (2002). **Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being.** Drug Alcohol Depend. 68: 299–307.

Cargiulo, T. (2007). **Understanding the health impact of alcohol dependence.** American Society of Health -System Pharmacists. 64(Supplement): 5-11.

Community Health Sciences. **Primary Care Electronic Library (PCEL) - MeSH Directory: Drinking Behavior.** [Online]. (2006). Available from: <http://pcel@sgul.ac.uk>. [2011, May 11]

Cranford, J. A., Nolen-Hoeksema, S., Zucker, R. A. (2011). **Alcohol involvement as of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode: Evidence from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** Drug & Alcohol Dependence. 117(2-3): 145-151.

Daragon Na Ayuttaya, P. (2009). **Factors influencing alcohol dependence relapse behavior in psychiatric patients with comorbid alcohol dependence at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric.** The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

Durand, V., M, and Barlow, D.H. **Essentials of Abnormal Psychology.** 4th ed. USA. : Thomson Learning, 2006.

Fortinash, K.M. and Holoday-Worret, P. A. (2012). **Psychiatric-mental health nursing.** (5th ed.). Mosby: affiliate of Elsevier.

Furukawa, T.A., Fujita, A., Yoshimura, R., Kitamura, T., and Takahashi, K. **Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up.** Acta Psychiatr Scand 117(2008): 35-40.

Ganz, D. and Sher, L. (2009). **Suicidal behavior in adolescents with co-morbid depression and alcohol abuse.** Minerva Pediatric, 61(3), 333-47.

Glanz, J., Grant, B., Monteiro, M., Tabakoff, B. (2002). **WHO/ISBRA study on state and trait markers of alcohol use and dependence: analysis of demographic, behavioral, physiologic, and drinking variables that contribute to dependence and seeking treatment.** Alcoholism. 26(7): 1047-61.

- Greden, J.F. The Burden of recurrent Depression: Cause, Consequences, and Future Prospects. *Journal Clin Psychiatry* 62(2001): 5-9
- Hammen, C. **Social stress and women's risk for recurrent depression.** *Arch Womens Ment Health* 6(2003): 9-13.
- Hasin, D.S., Grant, B.F. (2002). **Major Depression in 6050 former drinkers.** *Arch. Gen. Psychiatry.* (59); 794-800.
- Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Grant, B.F. (2007). **Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.** *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 830–842.
- Haynes, Jonathan C., Farrell, M., Singleton, N., Meltzer, H., Araya, R., Lewis, G. and Wiles, N.J. (2005). Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression. **British Journal Psychiatry.** (187); 544-551.
- Hingson R. W., Heeren T., Winter M.R. (2006). Age of Alcohol-Dependence Onset: Association with Severity of Dependence and Seeking Treatment. **Pediatrics.** 118: 755-763.
- Hoff, R.A., and Rosenheck, R.A. (1998). **Long term patterns of service use and cost among patients with both psychiatric and substance abuse disorders.** *Medical Care*, 36, 835 - 843.
- Kandel, D.B., Huang, F.Y., Davies, M. (2001). **Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes.** *Drug and alcohol dependence*, 64, 233-241.
- Katz, E. C., Fromme, K., & D'Amico, E. J. (2000). **Effects of outcome expectancies and personality on young adult's illicit drug use, heavy drinking, and risky sexual behavior.** *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 1-22.
- Kennedy, N., Abbott, R., and Paykel, E.S. **Remission and recurrence of depression in the maintenance era: long-term outcome in a Cambridge cohort.** *Psychological Medicine.* 33(2003): 827-838.
- Keller, M.B. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. **Journal Clin Psychiatry.** (1999): 41-45.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al.

- (1994). **Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey.** *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of affective disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259, 1286.
- Komro, A. K., and Toomey, L. T. **Strategies to prevent underage drinking.** [Online]. (2000). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/5-14.html>. [2011, December 18]
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress appraisal and coping.** New York: Springer.
- Markowitz J.C., & Weissman M.M. (2004). **Interpersonal psychotherapy: principles and applications.** *World Psychiatry*. Vol (3)3. : 136-139.
- Marlatt, G. A. (1996). **Taxonomy of High-risk Situations for Alcohol Relapse Evolution and Development of a Cognitive-Behavioral Model.** *Addiction* 91 (Supplement): 37-49.
- Modesto-Lowe, V., & Kranzier, H. R. (1999). **Diagnosis and treatment of alcohol dependence patients with comorbid psychiatric Disorder.** *Alcohol Research and Health*, 23(2), 144-149.
- MCGue, M. **The behavioral genetics of alcoholism.** *Current Directions in Psychological Science* 8:109– 115, 1999.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). **Eraly Drinking Linked to Higher Lifetime Alcoholism Risk.** (Online). (2006). Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa64/aa64.htm>. (2011, December 18)
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-63.
- Polsoongkram, W. (2008). **Factors Effecting Relapse in Alcohol Dependence Patients in Thanyaruk Institute, Thailand.** The Degree of Master of Arts (Addictionology), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Preuss, U. W., Koller, G. Barnow, S., Eikmeier, M., and Soyka, M. (2006). **Suicidal Behavior in alcohol dependent subjects: The role of personality disorders.** *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30(5), 866-877.

- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. (2002). **Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts.** *Alcohol Clin Exp Res.* 26: 471-477.
- Robinson, R.J. (2007). **Comorbidity of alcohol abuse and depression: exploring the self-medication hypothesis.** *Retrospective Theses and Dissertations.* Paper 15548.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). **Alcohol and public health: A review lancet 365.** *Alcohol and Public Health,* 5, 519-30.
- Rush, A.J., et al. **Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder.** *Neuropsychopharmacology* 31(2006): 1841-1853.
- Sher, L. (2004). **Depression and Alcoholism.** *QJ Med,* 97(4), 237-240.
- Skinner, H. A., & Allen, B. A. (1982). Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation. *Journal of Abnormal Psychology,* 91(3), 199-209.
- Solomon, D.A., et al. **Psychosocial Impairment and Recurrence of Major Depression.** *Comprehensive Psychiatry* 45(2004): 423-430.
- Soyka, M., Hollweg, M. and Naber, D. (1996). Alcohol dependence and depression. Classification, co-morbidity, genetic and neurobiological aspects. ***Nervenarzt journal,*** 67 (11), 896-904
- Statistic information (Database on the internet). **World Health Organization.** News target network. (Cited January 14, 2017) Available from: <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/04/Alc-consumption-statistics-Thailand-10y.pdf>.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005) **Principles and Practice of Psychiatric Nursing.** 8th ed. St. Louis: Mosby Inc.
- Suzuki, K., Takeda, A., & Matsushita, S. **Factor promoting Japanese adolescent problem drinking in a cohort study over 5 years.** [Online]. (2005). Available from: <http://www.ncbi.nlm.gov/sites/entrez=pubmed&Cmd=ShowDetailView&Ter>.
- Thorndike, R.M. **Correlational procedures for research.** New York: Gardner press, Inc, 1978.
- Wang, J., & El-Guebaly, N. (2004). Sociodemo- graphic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population.

Canadian Journal of Psychiatry.

Wells, S., Mihic, L., Tremblay, P.F., Graham, K., Demers, A. (2008): **Where, With Whom, and How Much Alcohol Is Consumed on Drinking Events Involving Aggression? Event- Level Associations in a Canadian National Survey of University Students.** *Alcoholism*, 32(3), 555-533.

White, R.H., and Jackson, K. **Social and psychological influences on emerging adult Drinking behavior.** [Online]. (2005). Available from:
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/182-190.html>.

World Health Organization. **The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.** WHO, 2001.

World Health Organization. **The World Health Report 2003: Shaping the Future.** WHO, 2003.

World Health Organization [WHO]. **Mental health and substance abuse.** [Online]. (2007). Available from: http://www.searo.who.int/EN/Section1174/Section1199/Section2278_12023.htm.

World Health Organization [WHO]. **World Health Statistics 2015.** [Online]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ธนบูรณ์ วรกีจธำรงค์ชัย นายแพทย์ชำนาญการด้านอายุรกรรมประสาท
สถาบันประสาทวิทยา
2. รศ. พัสมณต์ คุ่มทวีพร อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมื่นศรี อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. นางธัญพิมล เกณสาคุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหอผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติ
สถาบันประสาทวิทยา
5. นางวรกต สุวรรณสถิต พยาบาลวิชาชีพ 6 โครงการวิจัยเรื่อง
การนอนหลับและกรนภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/ 1760



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

ที่ ศธ 0512.11/ 1763



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางวรกต สุวรรณสถิตย์ พยาบาลวิชาชีพ ประจำศูนย์โรคการนอนหลับ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางวรกต สุวรรณสถิตย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

ที่ ศร 0512.11/ 1764



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 ตุลาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมีนศรี อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศรา หมีนศรี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 21๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน เพศชายและเพศหญิงที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบทดสอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความเชื่อ และทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร. 02-218-1157

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๓๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีบตันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน เพศชายและเพศหญิงที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท จำนวน 71 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบทดสอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง โทร. 02-218-1157

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

ที่ ศร 0512.11/ 2170



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑7 พฤศจิกายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

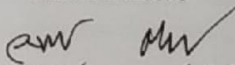
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแตกและชนิดตีตันที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก มีอายุตั้งแต่ 18-59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 เดือน เพศชายและเพศหญิงที่มาเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมประสาทและศัลยกรรมประสาท จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบทดสอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-1154

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง โทร. 02-218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ โทร. 08-1032-5203

เอกสารอนุมัติใช้เครื่องมือ

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๔๕๐
วันที่	๑๕ ต.ค. ๕๖
เวลา	๑๑.๐๐ น.
ผู้รับ	น.ส. ๒๖

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดีข้าพเจ้า นางสาวจิตราลดา สมประเสริฐ รหัสประจำตัว 5977159136 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 27/125 ซอย 3 ถนน สามวา แขวง มีนบุรี เขต มีนบุรี
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10510 โทรศัพท์ 081-0320-5203 Email yun_unso@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา นิมหลาง
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ.2552

ลงนาม จิตราลดา สมประเสริฐ ผู้ยื่นคำร้อง
(จิตราลดา สมประเสริฐ)
๑๕ / ๑๐ / ๒๕๕๖

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ <u>น.ส.จิตราลดา</u>	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ <u>น.ส.จิตราลดา</u>
ลงนาม <u>จรรยา นิมหลาง</u> (<u>ดร.จรรยา นิมหลาง</u>) ๑๕ / ๑๐ / ๒๕๕๖	ลงนาม <u>จิตราลดา สมประเสริฐ</u> (<u>น.ส.จิตราลดา สมประเสริฐ</u>) ๑๕ / ๑๐ / ๒๕๕๖

อนุญาต
จรรยา นิมหลาง
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
๑๕ / ๑๐ / ๒๕๕๖

๑๕
๒๓ ๕-๐.
๑๕
๑๕ ๕.๐

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๑๗
วันที่	๑๗ ส.ค. ๖๑
เวลา	๑๑.๐๐ น.
ผู้รับ	ก.ค.

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวจิตราดา สมประเสริฐ รหัสประจำตัว 5977159136 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์.
แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 27/125 ซอย 3 ถนน สามวา แขวง มีนบุรี เขต มีนบุรี
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10510 โทรศัพท์ 081-0320-5203 Email yun_unso@hotmail.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินความเหนื่อยล้า
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวอวยพร สวัสดิ์
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ.2557

ลงนาม จิตราดา สมประเสริฐ ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาว จิตราดา สมประเสริฐ)
17 / 8.ค. / ๖๑

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ น.พ.จ.ร. ลงนาม <u>จิตราดา สมประเสริฐ</u> (..... น.พ.จ.ร. น.พ.จ.ร.) 17 / 8.ค. / ๖๑	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ลงนาม <u>จิตราดา สมประเสริฐ</u> (..... น.พ.จ.ร. น.พ.จ.ร.) 17 / 8.ค. / ๖๑
--	--

อนุญาต
ร.ว. วรากรณ์ ชัยวัฒน์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
.....
27 ส.ค. 2561

๒๒
23 5๐๖.๖
๑๕๖๑
1 ๒4 8.๐6

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	069
วันที่	27/12/11
เวลา	11.00 น.
ผู้รับ	น. โส.

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ รหัสประจำตัว 5977159136 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 27/125 ซอย 3 ถนน สามวา แขวง มีนบุรี เขต มีนบุรี
จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10510 โทรศัพท์ 081-0320-5203 Email yun_unso@hotmail.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวิทยผู้ใหญ่
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวพัทริญา แก้วแพง
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ.2547

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)
..... / 2551

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ลงนาม (.....) / 2551	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ลงนาม (.....) / 2551
--	--

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... / 27/12/2551

28
2350.6
สงวน
/ 24.๑.๑





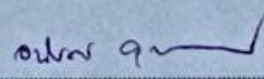
โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๓๖๑๑๑/๒๕๖๒

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS RELATING TO CHRONIC INSOMNIA IN STROKE PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว จิตรลดา สมประเสริฐ นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Sh2412100/61
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 14 February 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 14 February 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 14 February 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒
วันที่หมดอายุ	๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี..... 

(อนันต์ สุวรรณแหวนคุปต์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย

โรงพยาบาลตำรวจ

ที่ สร ๐๓๑๐/ ๑๒๑๒



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน น.ส. จิตรลดา สมประเสริฐ

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ที่ สร ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๘๕๕ จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ท่านได้เสนอขออนุมัติดำเนินการวิจัยในสถาบันประสาทวิทยา ตามรายละเอียด
ของโครงการวิจัยข้างท้าย และขณะนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี ได้ดำเนินการ
พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

เลขที่โครงการ ๒๒๐๐๘

ชื่อโครงการวิจัย บัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยาขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว ตามรายละเอียด
ในเอกสารของคณะกรรมการวิจัยฯ ที่ สร ๐๓๑๐(๑๓๗๐๐)/๑๘๕๕ ดังเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางไพรัตน์ แสงดิษฐ)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๕๘๕๕ ต่อ ๒๔๐๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๕๓๕๗

เอกสารแนะนำอาสาสมัคร

โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รายละเอียดของโครงการวิจัย (โดยสรุป)

โครงการนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล อาการเหนื่อยล้า ตำแหน่งของโรคหลอดเลือดสมอง ความปวด ความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนกับอาการนอนไม่หลับ

สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องดำเนินการ/เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

1. ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง
2. ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาทีโดยมีแบบสอบถามทั้งสิ้น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

ความเสี่ยง และการป้องกันแก้ไข

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการและไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่ออาสาสมัครและต่อผู้อื่น กรณีที่เป็นการศึกษาที่ไม่มีประโยชน์ต่ออาสาสมัครโดยตรงให้แจ้งให้อาสาสมัครทราบอย่างชัดเจน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยคือ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและวางแผนการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นข้อมูลสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ค่าตอบแทนหรือสิ่งของที่อาสาสมัครจากการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ระบุข้อมูลติดต่อผู้วิจัย และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 เลขที่ 96 ถนนสีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กทม.
10510 โทร 02-427-7482 ต่อ 444-446

โทรศัพท์มือถือ 081-032-5203 E-mail: yun_unso@hotmail.com

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRI) สถาบันประสาทวิทยา
เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 086-366-4307
0 2306 9899 ต่อ 2402, 0 2354 5357 โทรสาร 0 2354 5357 E-mail : irbpni@gmail.com

อนุวุฒิ

30 ส.ค. 2567

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว การเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้านี้ กระทำโดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และไม่เกิดผลกระทบท่อการปฏิบัติงานของข้าพเจ้า/การรักษาก็จะได้รับความปกติ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบของการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ

กรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือข้อซักถามเพิ่มเติม ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ที่

นางสาวจิตรลดา สมประเสริฐ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ แผนกการพยาบาล

ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 เลขที่ 96 ถนนสีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี

กทม. 10510 โทร 02-427-7482 ต่อ 444-446, เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-032-5203

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 อาคารวิจัยประสาทวิทยา (ตึก MRU) สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่ 312 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 086-366-4307 0 2306 9899 ต่อ 2402, 0 2354 5357 โทรสาร 0 2354 5357

E-mail : irbpni@gmail.com

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ

ความเต็มใจ

อนันต์

30 ส.ค. 2562

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว และข้าพเจ้าจึงได้ประทับลายนิ้วมือในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

ลงนาม พยาน

ลงนาม พยาน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง”

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความปวด	จำนวน 2 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง	จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่คนใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่เห็นว่าตรงกับความรู้สึกในขณะนี้มากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกขณะทดสอบ
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเล็กน้อยขณะทดสอบ
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกค่อนข้างมากขณะทดสอบ
มีมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุดขณะทดสอบ

ความรู้สึก	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้างมาก	มีมากที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ				
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจ				
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ				
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิด				
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น				
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจ				
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว				
10. ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุข				
11. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นใจในตนเอง				
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้น				
13. ข้าพเจ้ารู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดใจ				
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย				
16. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขใจ				
17. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจ				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงเด็ดเดี่ยว				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกสดชื่นแจ่มใส				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความปวด

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการปวดหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (โปรดระบุตำแหน่งที่เกิดอาการปวด)
- 2.1 ปวดแสบปวดร้อนที่ผิวหนัง
- 2.2 ปวดศีรษะ
- 2.3 ปวดไหล่
- 2.4 ปวดจากอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ
- 2.5 อื่นๆ.....

2. โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขเพื่อระบุความรุนแรงของความปวด



โดยคะแนนแต่ละระดับมีความหมาย ดังต่อไปนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มี	ปวดน้อย	ไม่มีความทุกข์		ปวดปานกลาง			ปวดมาก			ปวด
อาการ	ทรมาณ	ไม่รู้สีกังวลใดๆ		รู้สึกทรมาณจากอาการ			รู้สึกทรमारจากอาการ			รุนแรง
ปวด	ต่ออาการปวดในขณะนี้			ปวดพอสมควร			ปวดมาก			จนทน
				มีความกังวลไม่มากนัก			ทำให้เกิดความกังวลมาก			ไม่ไหว
				ยังมีความรู้สึกที่สามารถ			และไม่สามารถนอนหลับ			
				ทนได้			พักผ่อนได้			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ ประกอบด้วย 16 ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 - 10 คะแนน ขอให้ทำเครื่องหมาย × ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความเห็นของท่าน จะไม่มีตำแหน่งใดถูกหรือผิดเพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

ตัวอย่าง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

×

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดี

ในระหว่างวัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวันหรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. การนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน จะรบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในวันต่อมา

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ฉันควรกินยานอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นจะตื่นตัวแล้วทำงานได้ตามปกติ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ฉันคิดว่าถ้าหากฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนที่ผ่านมา จะทำให้หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลในระหว่างวันนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง มันจะรบกวนการนอนหลับของฉไปตลอดสัปดาห์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ฉันแทบจะทำอะไรไม่ได้ในวันถัดไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ฉันไม่สามารถคาดเดาได้เลยว่าจะนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. ฉันมีความสามารถน้อยมากในการจัดการกับผลเสียที่เกิดหลังจากการนอนหลับได้ไม่ดี

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือทำงานต่าง ๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวัน ส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. ฉันเชื่อว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. ฉันรู้สึกว่าการนอนไม่หลับทำลายความสามารถของฉันที่จะมีความสุขกับชีวิตและทำให้ไม่สามารถทำอะไรอย่างที่ยากทำได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. การใช้ยาน่าจะเป็นวิธีการเดียวที่จะแก้ปัญหานอนไม่หลับ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. ฉันคิดว่าถ้านอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน ฉันจะต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมหรือครอบครัว

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 - 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด

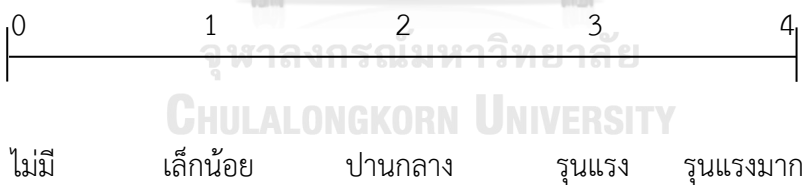
1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้าเกินไป



* ถ้าคำตอบของท่านคือ ไม่มี ทั้ง 3 ข้อ (ข้อ1-3) ให้ท่านข้ามไปทำข้อ 7

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	Chitralada Somprasert
วัน เดือน ปี เกิด	14 พฤษภาคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดพะเยา
วุฒิการศึกษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	27/125 หมู่บ้านพฤษภาวิไล ถนนสามวา แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY