

อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า: ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง INSOMNIA IN OLDER ADULTS WITH DEPRESSION: RELATED THEORIES

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D., R.N. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.)*

Abstract

Insomnia is a significant symptom found in major depressive disorder. Insomnia in older adults with major depressive disorders includes early bedtime, but having trouble falling asleep, waking up at the middle of the night and having difficulty maintaining sleep, and waking up too early in the morning, but not feeling refresh. These symptoms can have impact on older adults such as interfere with daily life during the daytime, cause suffering, leading to severity and recurrent of depressive disorder. Related theories include Spielman's 3 P model, a vicious cycle of insomnia model, and an integrative model. These theories explain causes and related factors, insomnia management, and consequences of individual with insomnia, as well as the development of the therapeutic guideline for insomnia in older adults with major depressive disorder focusing on restructuring cognition, belief, and behaviors about sleep. Moreover, a variety of the assessment of insomnia is identified as objective sleep measurement and subjective sleep report.

Keywords: Insomnia, Older adults, Major depressive disorder, Theory

บทคัดย่อ

อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สำคัญที่พบได้ในโรคซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มักจะมีลักษณะของการเข้านอนเร็วแต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นขึ้นมาแล้วไม่สดชื่น อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในตอนกลางวันเกิดความท้อทรมาน นำมาสู่ความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีปัจจัย 3 P ของสปีลแมน ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับและทฤษฎีบูรณาการเป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุ ปัจจัย การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับของบุคคล รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการบำบัดอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ รวมทั้งการประเมินอาการนอนไม่หลับสามารถประเมินได้จากเครื่องมือวัดและแบบบันทึกอาการนอนหลับ

คำสำคัญ: อาการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า ทฤษฎี

* Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

บทนำ

การนอนหลับส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ ระยะเวลาการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม (National Sleep Foundation [NSF], 2015) การนอนหลับตามปกติประกอบด้วย 4 ระยะ (Iber, Ancoli-Israel, Chesson, & Quan., 2007) ได้แก่ ระยะ non-rapid eye movement (NREM) อยู่ในระยะที่ 1-3 ในระยะแรก เป็นระยะเริ่มหลับมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะตื่นแล้วเริ่มเข้าสู่การนอนหลับอย่างเบาๆ ใช้เวลาช่วงนี้สั้นๆ (15-20 นาที) โดยการเต้นของหัวใจและการหายใจการเคลื่อนไหวของตาเริ่มช้าลง กล้ามเนื้อคลายตัว คลื่นสมองเริ่มช้าลงระยะที่สองยังเป็นการหลับแบบเบาๆ ต่อเนื่องจากระยะแรก ในระยะนี้ อุณหภูมิร่างกายลดลงและการเคลื่อนไหวของตายุติลง คลื่นสมองทำงานช้าลงระยะที่สามเป็นระยะการหลับลึกใช้เวลานานในช่วงครึ่งแรกของกลางคืน การเต้นของหัวใจการหายใจช้าที่สุดของการนอนหลับ กล้ามเนื้อคลายตัวมากที่สุด ยกที่จะตื่น คลื่นสมองช้าลงกว่าเดิม และระยะที่ 4 rapid eye movement (REM) เกิดขึ้นภายหลังการง่วงนอนประมาณ 90 นาที มีการเคลื่อนไหวของลูกตาในขณะที่เปลือกตายังปิดอยู่ คลื่นสมองเริ่มทำงานเหมือนใกล้ตื่น การหายใจเร็วขึ้นและไม่สม่ำเสมอ การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเกือบถึงระดับการตื่น ส่วนมากเกิดความฝันในระยะนี้ กล้ามเนื้อแขน ขา อยู่ในภาวะอัมพาตชั่วคราวเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวมากขึ้น และเป็นระยะที่สมองจัดระเบียบความจำ เมื่อผ่านช่วงนี้ก็จะกลับเข้าสู่ระยะที่ 1 ใหม่ เป็นวงจรของการนอนหลับ

ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับ-ตื่นเนื่องจากสรีรวิทยาและการทำงานของสมอง รวมทั้งสภาพแวดล้อม เช่น แสงที่สว่างเกินไป หรือ อุณหภูมิสูงหรือต่ำเกินไป (Wennberg, Canham, Smith, & Spira, 2013) กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีระยะเริ่มต้นการนอนหลับนานขึ้นกว่าปกติ (30 นาทีขึ้นไป) มีการตื่นบ่อยครั้งในตอนกลางคืนและตื่นเร็วกว่าปกติมีระยะการนอนหลับลึกสั้นกว่าปกติ การศึกษาพบ ระยะคลื่นสมองทำงานช้าลงนั้นใช้เวลายาวนาน ระยะเริ่มนอนระยะที่ 1-2 ใช้เวลาเพิ่มขึ้น (Edwards et al., 2010) การเปลี่ยนแปลงระยะเวลาและลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุจึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

อาการนอนไม่หลับ (insomnia) หมายถึง ความยากลำบากในการเริ่มเข้านอนหรือการนอนหลับได้ช่วงระยะเวลาหนึ่ง มีคุณภาพการนอนไม่ดี ทำให้เมื่อตื่นในตอนเช้าจะรู้สึกไม่ได้พักผ่อนที่ ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับอาการแสดงในตอนกลางวัน เช่น เหนื่อยล้า อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ง่วงนอนในตอนกลางวัน และวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ (Edinger et al., 2004; Franzen & Buysse, 2008) เป็นอาการทางกายทั่วไปที่พบบ่อย บางครั้งเป็นอาการนำของการเกิดโรคอื่นๆ หรือเป็นอาการที่เกิดร่วม เช่น โรคซึมเศร้า มีความชุกร้อยละ 20-45.5 (Benca & Peterson, 2008; Kim et al., 2009; Pigeon et al., 2008) นอกจากนั้นพบว่าอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า สูงถึงร้อยละ 40-80 (Manber & Chambers, 2009) และในรายที่กลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 (Benca & Peterson, 2008) ในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอน

ไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคามผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่มีความแปรปรวนตลอดเวลา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Gupta & Lahan, 2011; Hoertel, Limosin, & Leleu, 2014) จึงส่งผลต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Pigeon et al., 2008) ตลอดจนการดูแลรักษาพยาบาล ควรมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แต่ในปัจจุบันมีเพียงการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ยากุล (2554) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขตจังหวัด เชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นความชุกที่สูงกว่า การศึกษาในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับ ขณะได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นมากกว่า 6 เดือน (Pigeon et al., 2008) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น (Reynolds et al., 1997) และเมื่อทำการศึกษาในระยะยาว โดยการติดตามผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าในปีที่หนึ่ง และถ้ามีปัญหาด้านการนอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีแรกนั้น จะสัมพันธ์กับการคงอยู่ของโรคนานขึ้น หรือการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในปีที่สองถึง 5.2 เท่า ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หากมีปัญหาด้านการนอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีแรกนั้น สามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในปีที่สองเพิ่มขึ้นถึง 16 เท่า (Lee, Wuertz, Rogers, & Chen., 2013) นั่นคือ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่งผลถึงการคงอยู่หรือ

กลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น หากปล่อยให้ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดำเนินอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่าง ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว ตลอดจนสังคมและ ประเทศชาติ

ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับส่งผลต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม พบว่า ภูมิทัศน์ทางของร่างกายลดลง เจ็บป่วยง่ายขึ้น ใช้ระยะเวลานานในการฟื้นตัว เนื่องจากการที่ต่อมไพเนียลสร้างฮอร์โมนไม่สม่ำเสมอ ทำให้ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รู้สึกไม่สดชื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น (สุรางค์ เลิศกษาร, 2554) เพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค ความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Dombroski et al., 2008; Pigeon et al., 2008; Jaussent et al., 2011; Troxel et al., 2012; Lee et al., 2013) ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยจะแยกตนเอง ไม่พบปะบุคคลอื่น (Karp et al., 2009) พึงพาผู้อื่นมากขึ้น ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลง เป็นสาเหตุสำคัญที่โน้มนำไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย ในที่สุด (Franzen & Buysse, 2008) ผลกระทบต่อญาติและครอบครัว พบว่า ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้น ต้องฟังฟังผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในระยะยาวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจในครอบครัว สุดท้ายมีผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ สูญเสียทรัพยากรด้านการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น

คำรักษาพยาบาลที่จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหา(Asche, Joish, Camacho, & Drake, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงถึง อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือแนวทางการประเมินและการพยาบาลน้อยมาก

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า แนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและการประเมินอาการนอนไม่หลับ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับต่อไป

ความหมายและลักษณะอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการนอนไม่หลับหมายถึงการรับรู้ในขณะเข้านอน โดยมีการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) (Roth, 2007) การตื่นเร็วกว่าปกติ (waking up earlier than desire) (American Academy of Sleep Medicine, 2014) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-retroactive sleep) รวมทั้งความยากลำบากในการนอนหลับหรือตื่นกลางดึกหรือตื่นเชากว่าปกติแล้วหลับต่อไม่ได้ รู้สึกหลับไม่เพียงพอแม้ว่าหลับได้ปริมาณที่เพียงพอแล้ว ส่งผลกระทบให้เกิดความบกพร่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีช่วงการนอนหลับลึกในระยะสั้นๆ (สุรางค์ เลิศกษาร

2554) และอาการนอนไม่หลับจะส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (Morin 1993) ทำให้เกิดอาการในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอน อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดีความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง (สุรางค์ เลิศกษาร 2554)

อาจกล่าวได้ว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ความยากลำบากของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตของบุคคลที่ให้ความหมายต่อการนอนหลับและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับของบุคคลโดยมีอาการหลัก คือ 1) นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-retroactive sleep) ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกัน และทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (Roth, 2007)

ลักษณะอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นปัญหาที่พบบ่อย และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al.,

2008; Dombroski et al., 2008) อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีลักษณะดังนี้เข้านอนเร็ว และการตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) หรือตื่นเร็วกว่าปกติ (waking up earlier than desire) (American Academy of Sleep Medicine, 2014) รวมทั้งคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเนื่องจากการเจ็บป่วยโรคมะเร็ง (Edwards et al., 2005) เนื่องจากการควบคุมความสมดุลการนอนหลับลดลง จึงทำให้ปริมาณของคลื่นในการนอนหลับช้า (slow wave sleep) ลดลง รวมทั้งระยะเวลาช่วง rapid eye movement (REM) latency สั้นลง ช่วง rapid eye movement (REM) ช่วงแรกที่ยาวขึ้น (longer first REM period) และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle) ทำให้เกิดการตื่นขึ้นบ่อย จำนวนเวลานอนทั้งหมดและประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง (Susuki, Miyamoto, & Hirata, 2016)

พยาธิสรีรวิทยาของอาการนอนไม่หลับ

ความผิดปกติทางสรีรวิทยาอาการนอนไม่หลับแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะได้แก่ 1) ภาวะสิ่งเร้าสูง (hyperarousal) ในระบบประสาทซิมพาเทติก และ 2) การทำงานของกลุ่มฮอร์โมน The Hypothalamic–Pituitary–Adrenal axis (HPA axis) เพิ่มขึ้น (Roth, Roehrs, & Pies, 2007) ภาวะสิ่งเร้าสูง เกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน corticotropin releasing factor (CRF) โดยผ่านทางกรรมพันธุ์หรือความเครียด หรือเป็นความผิดปกติของกลไกการทำงานของฮอร์โมน corticotropin releasing factor จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งหรืออัตราการเผาผลาญและอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น (Bonnet & Arand, 1995; Lushington, Dawson, & Lack, 2000) ส่วนการ

ทำงานของ HPA axis เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับเช่นกัน เนื่องจากฮอร์โมน cortisol หรือ adrenocorticotrophic (ACTH) ที่เพิ่มขึ้นจะยังไปลดระยะ rapid eye movement (REM) หรือฮอร์โมน corticotropin releasing factor (CRF) ที่เพิ่มขึ้น ทำให้คลื่นการนอนหลับลดช้าลง นอกจากนั้น cortisol ที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ ไปลดการยับยั้งการย้อนกลับของ cortisol ทำให้ปริมาณของ cortisol เพิ่มขึ้นและส่งผลต่อการนอนหลับลดลง อาการนอนไม่หลับจึงเพิ่มขึ้น (Vgontzas et al., 2001)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับมีหลากหลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอกล่าวถึง 3 ทฤษฎีได้แก่ทฤษฎี 3 P ของสปีลแมน (Speilman, Saskin, & Thorpy, 1987) ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับ (Morin, 1993) และทฤษฎีบูรณาการ (Integrative model) (Lundh & Broman, 2000) ดังนี้

ทฤษฎี 3 P ของสปีลแมน

เป็นทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยของอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่างๆ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) ดังนี้ (Speilman et al., 1987)

ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยทั้งด้านชีววิทยาและด้านจิตสังคม ส่งผลต่อความทนทาน (threshold) ต่ออาการนอนไม่หลับ ลดลงด้านชีววิทยาได้แก่อัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการหลับ-ตื่น ด้านจิตสังคม

เช่น ความวิตกกังวล บุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ ความคิดวุ่น เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 3,824 คน พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่า 80 ปี การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jaussent et al., 2011)

ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับอย่างรวดเร็วทันที (acute insomnia) ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นความเครียดเฉียบพลัน (APA, 2000) เช่น การสูญเสียคนที่รัก การเกษียณอายุ หรือการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การศึกษาพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับที่เพิ่มขึ้น 1.36 เท่า (Gindin et al., 2014) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้านร่างกายและทางจิต (APA, 2000) เช่น ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความคิดก่อนนอน ความเชื่อและทัศนคติต่อการนอนหลับ ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (Gupta, 2016) หรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เช่น การเดินทางข้ามทวีป

ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับนั้นเป็นอยู่นานขึ้นหรือเรื้อรัง ได้แก่ การกระทำของบุคคลในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่น การใช้เวลาอยู่ในเตียงทำกิจกรรมอื่นแทนการนอนหลับ การคิดถึงปัญหาต่างๆ ขณะเข้านอน แนวโน้มของการอยู่ในเตียงนานเกินไป รวมไปถึงการดำเนินชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่ม

กาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับเป็นประจำ และการงีบหลับในเวลากลางวัน เป็นต้น ทฤษฎีของสปีลแมน อธิบายถึงปัจจัย 3 ประการ ที่ทำให้บุคคลมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเน้นปัจจัยทั้งจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการคิด การกระทำของบุคคลและนำมาสู่การจำกัดหรือเป็นอุปสรรคต่อการนอนหลับ ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในที่สุด

ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับของมอริน

ทฤษฎีนี้อธิบายการนอนไม่หลับเกิดจากความผิดปกติของการทำงานด้านการรู้คิด ความเชื่อที่ผิดปกติและทัศนคติเกี่ยวกับการนอน และสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993) การนอนไม่หลับมักเกิดจากเหตุการณ์ความเครียด เช่น การเปลี่ยนงาน การพลัดพราก การเจ็บป่วยหรือความเศร้าโศก เป็นต้น บุคคลที่มีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงจากวิถีชีวิต การงาน หรือ การเดินทาง อาจนำมาสู่อาการนอนไม่หลับเรื้อรัง บุคคลเหล่านี้มักนอนหลับยากเนื่องจากพฤติกรรมหรือความคิดของตนเอง อาการนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ถ้าบุคคลนั้นแปลความหมายสถานการณ์นอนไม่หลับว่าเป็นสัญญาณอันตรายหรือควบคุมไม่ได้และเริ่มที่จะเฝ้าระวังการนอนไม่หลับและกังวลเกี่ยวกับผลที่ตามมา Morin (1993) การนอนไม่หลับมีสาเหตุจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลที่ตามมา กล่าวคือ ความผิดปกติของการรู้คิด เช่น ความวิตกกังวล ความคิดวุ่นเกี่ยวกับผลของการนอนไม่หลับ ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริง การประเมินที่คลาดเคลื่อน มีผลต่อวงจรการนอนหลับ เป็นเหตุให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่นเดียวกับความทุกข์ทางอารมณ์และการรบกวนการนอนหลับ

จึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งเร้าทางสรีรร่างกาย อารมณ์ และการรู้คิด จะต่อต้านการผ่อนคลายที่ทำให้นอนหลับได้นอกจากนั้น อิทธิพลของนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้เวลานานเกินไปในที่นอน ตารางเวลาการนอนไม่สม่ำเสมอ การจับหลับในตอนกลางวัน ลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ส่งผลตามมา เช่น การมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเหนื่อยล้าการแสดงออกผิดปกติ และความไม่สุขสบาย และยังมีผลกลับไปสู่อาการนอนไม่หลับได้อีกด้วย

ตามทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับ Morin (1993) กล่าวถึง ลักษณะการคิดที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) คิดว่าความยากลำบากในการนอนเป็นปัญหาเรื้อรัง 2) ความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับปัญหาการทำงานในตอนกลางวันเป็นผลมาจากการนอนหลับไม่ดี 3) ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเนื่องจากความต้องการการนอนหลับของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน เช่น บุคคลตั้งความหวังไว้ว่า จะต้องนอนหลับ 8 ชั่วโมงทุกวัน ซึ่งไม่เป็นจริงได้ทุกวัน 4) แบบแผนการคิดที่ผิดปกติ เช่น การคิดแบบเหมารวมว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย การคิดเกินกว่าเหตุ และการคิดวกวน และ 5) มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับความพยายามในการนอนให้หลับ ซึ่งสัมพันธ์กับกิจกรรมในขณะเริ่มเข้านอน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าการรู้คิดที่เฉพาะเกี่ยวกับการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับ พบว่า ความคิดที่เกี่ยวกับการนอนไม่หลับเช่น “ถ้าตื่นขึ้นกลางดึกฉันรู้ว่าจะไม่สามารถหลับต่อได้อีก” หรือ “ความกลัวว่าไม่ได้นอน ทำให้นฉันเป็นประสาท” หรือ “เมื่อกำลังจะเข้านอนฉันรู้ว่าจะไม่สามารถหลับลงได้” เป็นต้น ความคิด

เกี่ยวกับการนอนไม่หลับนี้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเวลาการตื่นภายหลังการเข้านอนนั้นแสดงว่า ถ้าบุคคลมีการคิดมากเกี่ยวกับการนอนหลับแล้วจะสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหรืออาการนอนไม่หลับ (Spiegelhalter et al., 2012) แนวคิดวงจรการนอนไม่หลับของมอริน เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่เสนอสาเหตุของการนอนไม่หลับได้แก่ สิ่งเร้า ความผิดปกติของการรู้คิด และนิสัยที่ไม่เหมาะสมและผลที่ตามมาจากการนอนไม่หลับ หากจัดการกับสาเหตุต่างๆเหล่านี้ อาจเป็นแนวทางในการดูแลบุคคลหรือผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับ

ทฤษฎีบูรณาการ (integrative model)

เป็นทฤษฎีอธิบายถึงอาการนอนไม่หลับเกิดจากการบูรณาการระหว่างสิ่งเร้าและการแปลความหมายของการนอนหลับ อาการนอนไม่หลับเป็นการรับรู้ของบุคคลโดยผ่านคำบอกเล่า หรือเป็นการให้ความหมายเกี่ยวกับความยากลำบากในการนอน โดยบุคคลบอกเล่าปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ (sleep-interfering) และการแปลความหมายของการนอนหลับ (sleep-interpreting) สามารถอธิบายได้ดังนี้ (Lundh & Broman, 2000)

1) สิ่งเร้าที่มากระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านการรู้คิดของบุคคลที่เกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือเกิดร่วมกัน สิ่งเร้าทางกาย ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง (Lushington et al., 2000; Lack, Gradisar, Van Someren, Wright, & Lushington, 2008) ความ

เจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า หรือการใช้ยาในกลุ่ม hypnotic (Gindin, et al., 2014) สิ่งเร้าทางอารมณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับต่ำมีแนวโน้มในการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 2.09 เท่า (Gindin et al., 2014) สิ่งเร้าด้านการรู้คิด ได้แก่ แนวโน้มความคิดกังวลและคิดวุ่นเกี่ยวกับการนอนหลับมากเกินไป กลัวผลของการนอนไม่หลับ การกดดันตนเองให้นอนหลับ (Bélanger, Morin, Gendron, & Blais, 2005) หรือเหตุการณ์ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความขัดแย้ง เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงสิ่งเร้าทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการรู้คิดส่งผลกระตุ้นอาการนอนไม่หลับ

2) การแปลความหมายการนอนหลับ หมายถึง การตอบสนองของบุคคลที่แตกต่างกันตามความเชื่อที่มีต่อสิ่งเร้าที่มารบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการนอนหลับ การยอมรับระยะเวลา จำนวนชั่วโมงในการนอนของแต่ละบุคคล 2) ความสมบูรณ์แบบเป็นความคาดหวังของบุคคลที่มีมาตรฐานสูงในการกำหนดระยะเวลาการนอน ปฏิบัติการรู้คิดที่ตอบสนองต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการนอนหลับในแต่ละครั้ง ความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจการนอนหลับในแต่ละคืนที่ผ่านมา

3) ลักษณะการแสดงออกของการนอนไม่พอและการดำเนินชีวิตประจำวัน การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกในช่วงเวลาระหว่างวัน เช่น ความเหนื่อย หงุดหงิด จุนเจือหรือแยกตัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นต้น หากบุคคลนั้นแปลความหมายหรือรับรู้ไม่ถูกต้องตามที่กล่าวมาข้างต้น จะก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ

การนอนหลับและส่งผลให้อาการนอนไม่หลับนั้นดำเนินอยู่เรื่อยไป

ข้อดีและข้อจำกัดของทฤษฎี

ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนไม่หลับดังกล่าวข้างต้น ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สาเหตุและแนวทางการนำไปใช้ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด พฤติกรรม และสังคม อย่างไรก็ตาม ในแต่ละทฤษฎีย่อมมีทั้งข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ข้อดีของแนวคิดของสปีลแมนเน้นปัจจัยที่นำไปสู่การจำกัดการนอนหลับ ทำให้เป็นแนวทางในการจัดการปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยคงอยู่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้เวลาที่อยู่บนเตียงเฉพาะการนอนหลับ หรือการปรับพฤติกรรมให้คิดแต่เรื่องเชิงบวกก่อนนอน การไม่ดื่มกาแฟก่อนนอน เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวทางในการบำบัดการจำกัดการนอนหลับอย่างเดียว จึงทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดที่สะท้อนปัจจัยทั้งสามตามแนวคิดของสปีลแมน และไม่มีรายละเอียดที่อธิบายความเชื่อมโยงถึงปัจจัยกระตุ้นรบกวนการนอนหลับที่ปกติให้เป็นการนอนไม่หลับได้อย่างไร ส่วนแนวคิดบูรณาการมีข้อดีในการอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ รวมทั้งการแปลความหมายของการนอนหลับ โดยประเมินจากความเชื่อเกี่ยวกับการนอน ระยะเวลา ความสมบูรณ์ของการนอน และการดำเนินชีวิตประจำวันตามมาตรฐานที่คาดหวังสูง และลักษณะการแสดงออกในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถนำไปสู่แนวทางการประเมินอาการนอนไม่หลับและการจัดการแบบบูรณาการของสิ่งเร้าต่างๆ รวมทั้งการจัดการแปลผลเกี่ยวกับ

ความเชื่อ ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอน เพื่อลดอาการนอนไม่หลับตามแนวคิดนี้อาจมีความยุ่งยากในการบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัด ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของการนำไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่แนวคิดวงจรการนอนหลับของมอริโน มีข้อดีในการอธิบายอาการนอนไม่หลับในลักษณะเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิ่งเร้าและรายละเอียดของการรู้คิดตลอดจนนิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลต่ออารมณ์ให้เปลี่ยนแปลง การแสดงออกผิดปกติและความไม่สุขสบาย การอธิบายแบบนี้ ทำให้เข้าใจการเกิดอาการนอนไม่หลับ และหากมีการจัดการตัววงจรการนอนไม่หลับนี้ ณ ที่ส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น การรู้คิดและนิสัยที่ไม่เหมาะสม ทำให้สามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดอาการนอนไม่หลับต่อไปได้ ส่วนข้อจำกัดของแนวคิดนี้ อาจมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

การประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินอาการนอนไม่หลับแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การประเมินด้วยเครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) และการประเมินตามการรับรู้ (subjective sleep report) ดังนี้

1. การประเมินการนอนหลับโดยเครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) ได้แก่

1.1 Polysomnography (PSG) เป็นอุปกรณ์วัดการทำงานของร่างกายที่สะท้อนการ

นอนหลับ ได้แก่ ตรวจวัดการทำงานของคลื่นสมอง (electroencephalogram: EEG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (electroculogram: EOG) และการทำงานของกล้ามเนื้อ (electromyogram: EMG) แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญแปลผลการตรวจวัด การใช้อุปกรณ์ชนิดนี้ตรวจวัดการนอนหลับในผู้สูงอายุ อาจได้ผลไม่ตรงตามความเป็นจริง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมเนื่องจากคลื่นสมองมีการเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้อ่านผลการทำงานของคลื่นสมอง (electroencephalogram: EEG) ได้ยาก อีกทั้งความลำบากในการตรวจในห้องปฏิบัติการ (sleep laboratory) ต้องใช้เวลานาน อาจทำให้ผู้ป่วยทนต่อการตรวจได้น้อยกว่าในวัยอื่น (Martin, & Hakim, 2011)

1.2 Wrist Actigraphy เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวัดการเคลื่อนไหว (accelerometer) ซึ่งสามารถวัดความแรง (intensity) และความถี่ (frequency) ในการเคลื่อนไหวของร่างกาย การวัดด้วยเครื่องมือนี้จะสวมที่ข้อมือข้างที่ไม่ถนัด ซึ่งจะบันทึกการเคลื่อนไหวทุก 1-5 วินาที และนำข้อมูลจากการบันทึกการเคลื่อนไหวมาวิเคราะห์เพื่อประเมินการหลับและการตื่น ข้อดีของการใช้ Wrist Actigraphy ที่มากกว่าการวัดด้วย EEG คือสามารถนำไปวัดการนอนที่ปกติในสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป ไม่ต้องวัดในห้องปฏิบัติการ (sleep laboratory) ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ใช้ ราคาประหยัดและไม่มีผลกระทบในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่ต้องตรวจสอบให้มีการสวมใส่ Wrist Actigraphy เพื่อให้เกิดการบันทึกผลได้ถูกต้อง (Martin, & Hakim, 2011)

2. การประเมินการนอนหลับตามการรับรู้ (subjective sleep report) ได้แก่

2.1 การสังเกตพฤติกรรม (behavioral

observation) เป็นการสังเกตความถี่ของการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ การสังเกตจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นจากการสังเกตที่เพิ่มขึ้น (Martin, & Hakim, 2011) เป็นวิธีที่ใช้อย่างต่อเนื่องแต่ยังขาดความตรง (validity)

2.2 การบันทึกการนอนหลับ (sleep diary) เป็นการประเมินเพื่อการรบกวนการนอนหลับของตนเองในแต่ละคืนเพื่อวินิจฉัยปัญหาการนอนหลับ ประเด็นหลักของการบันทึกการนอนหลับ ได้แก่ เวลาเริ่มเข้านอนตามปกติ ช่วงเวลาการตื่นภายหลังการเริ่มเข้านอน เวลาทั้งหมดในการนอนหลับ เวลาที่อยู่ในเตียงคุณภาพของการนอนหลับคุณภาพและความพอใจในการนอนหลับ (Carney et al., 2012) หรือรวมทั้งปริมาณอาหาร การใช้แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้ยา การบันทึกการนอนหลับที่พบบ่อย ได้แก่ การบันทึกการนอนหลับทุกคืนภายใน 1-2 สัปดาห์ แบบบันทึกการนอนหลับอาจเกิดความคลาดเคลื่อน จึงมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 22 คน โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม โดยผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนและอาการไม่หลับพบว่า ได้แบบบันทึกการนอนหลับจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณ จำนวน ระยะเวลาเกี่ยวกับการนอนหลับ และมุมมองของผู้ป่วย เครื่องมือประเมินการนอนหลับแบบอื่น และรูปแบบการบันทึกที่แตกต่างกัน เช่น รูปหน้านาฬิกา หรือตารางบันทึก เป็นต้น (Carney et al., 2012)

2.3. การประเมินการนอนหลับด้วยแบบสอบถาม (questionnaires)

การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการนอนหลับมีข้อจำกัด คือ ผู้รับการประเมินต้องไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด จึงสามารถตอบแบบ

สอบถามได้อย่างตรงตามความเป็นจริง ได้แก่

2.3.1 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (the Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) พัฒนาโดย Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และวรวิญญ์ตันชัยสวัสดิ์ (2540) เป็นข้อคำถาม 9 ข้อคำตอบ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาในการเข้านอนและนอนหลับ ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยแต่ละองค์ประกอบจะมีคะแนน 0 ถึง 3 คะแนน โดยจะมีคะแนน 0 ถึง 21 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวม ถ้าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี หรือมีปัญหาการนอนหลับ

2.3.2 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ (the Veran and Snyder-Halpern Sleep Scale: VSH Sleep Scale) ของ Snyder-Halpern & Verran (1987) ได้มีการแปลและดัดแปลงโดย พรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านความแปรปรวน (sleep disturbance) 4 ข้อ, มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep effectiveness) 7 ข้อ และมิติเวลาในการงีบระหว่างวัน (sleep supplementation) 4 ข้อ การประเมินแบบวัดโดยผู้ป่วยให้คะแนนตามการรับรู้ในการนอนหลับของตนเองที่เกิดขึ้น โดยการประเมินเปรียบเทียบกับสายตา (visual analogue scale) เป็นเส้นตรง

ความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งคะแนนเป็น 0 ถึง 10 คะแนน รวม 150 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำ หมายถึง มีคุณภาพในการนอนหลับที่ดี ทั้งนี้ กัลยา สรรพอุดม (2546) ได้นำแบบทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha co efficiency) เท่ากับ .87

2.3.3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) (Bastien, Vallières, & Morin, 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธิญาแก้วแพง (2547) ประเมินอาการนอนไม่หลับด้านความรุนแรงของอาการ ความพึงพอใจของแบบแผนการนอน การรบกวนการทำงาน ผู้อื่นสังเกตปัญหาอาการนอนไม่หลับ ข้อคำถามเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต จำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนรวม 28 คะแนน ถ้า 0-7 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับ ถ้า 8-14 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับน้อย ถ้า 15-21 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง ถ้า 22-28 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง ทั้งนี้ นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกวรจิตปัญญาและปชาณัฐ์ตันติโกสม (2559) วิเคราะห์ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 นอกจากนี้ จุฑารัตน์จิราพงษ์ (2558) ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86 และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 จากการศึกษาพบว่าเครื่องมือนี้มีความเหมาะสมในการวัดอาการนอนไม่หลับได้ทุกช่วงอายุ และใช้ได้ผลดีในผู้สูงอายุในชุมชน (Sadler et al., 2015) และเป็นเครื่องมือที่เหมาะสม

ในการใช้ประเมินการบำบัดรักษาอาการนอนไม่หลับได้เป็นอย่างดี (Bastien et al., 2001; Geiger-Brown et al., 2015)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้สูงอายุใช้แบบวัดอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการนอนหลับ หรือคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งประเมินโดยเครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) และประเมินโดยการรับรู้ (subjective sleep report) เพื่อให้ได้ความน่าเชื่อถือของผลการประเมินมากที่สุด และไม่ควรรู้เพียงเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง เนื่องจากไม่สามารถทดแทนกันได้สำหรับแบบบันทึกการนอนหลับ อาจได้ข้อมูลที่มากเกินไปหรือน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากวัดจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

บทสรุป

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งนอกจากรบกวนชีวิตประจำวันแล้ว ยังทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ลักษณะการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า คือ เข้านอนเร็วแต่หลับยาก ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ตื่นเร็วหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นขึ้นมาแล้วไม่สดชื่น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในตอนกลางวัน ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ทฤษฎีปัจจัย 3 P ของสปีลแมน สามารถนำไปประยุกต์ในการประเมินการนอนหลับทั้งด้านคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับ รวมทั้งการจัดการกับปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับคงอยู่เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดอาการนอนไม่หลับลงได้ เช่นเดียวกับ การนำทฤษฎีบูรณาการระหว่างสิ่งเร้าและการประเมินการ

นอนหลับ มาจัดการกับสิ่งเร้าด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด เพื่อลดอาการนอนไม่หลับ รวมทั้งนำ ทฤษฎีวงจรการนอนไม่หลับเป็นแนวทางในการ บำบัดอาการนอนไม่หลับสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น โรคซึมเศร้าหรือผู้สูงอายุทั่วไปได้ โดยลดสิ่งเร้า ด้านต่างๆ ด้วยการสอนการจัดการสิ่งเร้า การตรวจ สอบความคิดที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเร้าหรือความคาดหวังที่ มากเกินไปให้อยู่ในความเป็นจริง มีแนวทางในการ ปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับ สุขวิทยา การนอนหลับ เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและ ลดอาการนอนไม่หลับ ในฐานะพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชจึงมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับจึงควรประเมิน อาการนอนไม่หลับ โดยการใช้เครื่องมือประเมิน การนอนหลับแบบบันทึกการนอนหลับแบบประเมิน อาการนอนไม่หลับและการใช้แบบสอบถาม เพื่อ วิเคราะห์สาเหตุของอาการนอนไม่หลับได้อย่าง ถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งสามารถเลือกแนวคิดต่างๆ เป็นแนวทางในการพัฒนาคู่มือการบำบัดอาการ นอนไม่หลับสำหรับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หรือ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาอาการนอนไม่หลับได้ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กัลยา สรรพอุดม. (2546). *ผลของการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม ระยะวิกฤติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฑารัตน์ จิราพงษ์. (2558). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความ สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของ พยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123-32.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรค ซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล ชนกวร จิตปัญญา และ ปชาณัฐ์ ดันติโกสม. (2559). ความสัมพันธ์ ระหว่างอาการหายใจลำบาก อาการนอน ไม่หลับและภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสาร การพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 1-12.

พรสรรค์ ไรจน์กิตติ (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม หลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทริญา แก้วแพง (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับใน ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,

- คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 สุรางค์เลิศอักษร. (2554). นอนไม่หลับทำอย่างไร
 การดูแลผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ. สืบค้น
 เมื่อ 18 กรกฎาคม 2558, จาก http://164.115.23.88/hbss/Files/เฝ้าระวัง/7.คลังความรู้/นอนไม่หลับ/นอนไม่หลับพญ.สุรางค์_เลิศ_อักษร.ppt
- American Academy of Sleep Medicine. (2014).
International classification of sleep disorders,
 3rd ed. Darien, IL: American Academy of
 Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2000).
*Diagnostic and Statistical Manual of Mental
 Disorders*. 4th ed. Text revision. Washington,
 DC: American Psychiatric Association.
- Asche, C. V., Joish, V. N., Camacho, F., & Drake,
 C. L. (2010). The direct costs of untreated
 comorbid insomnia in a managed care
 population with major depressive disorder.
Current Medical Research and Opinion,
 26(8), 1843-1853.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001).
 Validation of the Insomnia Severity Index
 as an outcome measure for insomnia research.
Sleep Medicine, 2(4), 297-307. doi: 10.1016/
 S1389-9457(00)00065-4
- Bélanger, L., Morin, C. M., Gendron, L., & Blais, F. C.
 (2005). Presleep Cognitive Activity and
 Thought Control Strategies in Insomnia.
Journal of Cognitive Psychotherapy, 19(1),
 19-28.
- Benca, R. M., & Peterson, M. J. (2008). Insomnia
 and depression. *Sleep Medicine*, 9(1),
 S3-S9.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1995). 24-Hour
 metabolic rate in insomniacs and matched
 normal sleepers. *Sleep*, 18(7), 581-588.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman,
 S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh
 Sleep Quality Index: a new instrument for
 psychiatric practice and research. *Psychiatry
 Research*, 28(2), 193-213.
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger,
 J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin,
 C. M. (2012). The consensus sleep diary:
 standardizing prospective sleep self-
 monitoring. *Sleep*, 35(2), 287-302.
- Cochen, V., Arbus, C., Soto, M. E., Villars, H.,
 Tiberge, M., Montemayor, T. et al. (2009).
 Sleep disorders and their impacts on healthy,
 dependent, and frail older adults. *Journal
 of Nutrition, Health and Aging*, 13(4),
 322-329.
- Dombroski, Y. A. Dombroski, Y. A., Cyranowski,
 J. M., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Buysse,
 D. J., Andreescu, C., Thase, M. E., Mallinger,
 A. G., & Frank, E. (2008). Which symptoms
 predict recurrence of depression in women
 treated with maintenance interpersonal
 psychotherapy. *Depression and Anxiety*,
 25(12), 1060-1066. doi: 10.1002/da.20467.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R.,
 Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A.,
 Jamieson, A. O., McCall, W. V., Morin, C. M.,

- & Stepanski, E. J. (2004). Derivation of Research Diagnostic Criteria for Insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. AASM Working group report, Diagnostic Criteria for Insomnia. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.
- Edwards, B. A., O'Driscoll, D. M. Ali, A., Jordan, A.S., Trinder, J., & Malhotra, A. (2010). Aging and Sleep: Physiology and Pathophysiology. *Seminars Respiratory and Critical Care Medicine*, 31(5), 618-633. doi:10.1055/s-0030-1265902.
- Franzen, P. L., & Buysse, D. J. (2008). Sleep disturbances and depression: Risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 10, 473-481.
- Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Review*, 23, 54-67. doi: 10.1016/j.smrv.2014.11.007.
- Gindin, J., Shochat, T., Chetrit, A., Epstein, S., Israel, Y. B., Levi, S., Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H., Hout, H. V., Henrard, J. C., Nikolaus, T., Topinkova, E., Fialová, D., & Bernabei, R. (2014). Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in Long TERM care Study. *Clinical Investigations*, 62(11), 2033-2039.
- Gupta, R., & Lahan, V. (2011). Insomnia associated with depressive disorder: Primary, secondary, or mixed? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33, 123-128.
- Gupta, R. (2016). Pre sleep thoughts and dysfunctional beliefs in subjects of insomnia with or without depression: Implications for cognitive behavior therapy for insomnia in Indian context. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(1), 77-82.
- Hoertel, N., Limosin, F., & Leleu, H. (2014). Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European. Psychiatry Journal*, 29, 358-364. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.12.001.
- Hsu, H.-M., Chou, K.-R., Lin, K.-C., Chen, K.-Y., Su, S.-F., & Chung, M.-H. (2015). Effects of cognitive behavioral therapy in patients with depressive disorder and comorbid insomnia: A propensity score-matched outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 73 (Supplement C), 143-150. doi: 10.1016/j.brat.2015.07.016.
- Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A. L., & Quan, S. F. (2007). The new sleep scoring manual - The evidence behind the rules. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(2), 107.
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly,

- T., Peres, K., Ritchie, K. et al. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34, 1103-1110.
- Karp, J. K., Skidmore, E., Lotz, M., Lenze, E., Dew, M. A., & Reynolds, C. F. (2009). Use of the late-life function and disability instrument to assess disability in major depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1612-1619.
- Kim, M. J., Stewart, R., Kim, S. W., Yang, S. J., Shin, S., & Yoon, J. S. (2009). Insomnia, depression, and physical disorders in late life: A 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep*, 32(9), 1221-1228.
- Lack, L. C., Grdisar, M., Van Someren, E. J., Wright, H. R., & Lushington, K. (2008). The relationship between insomnia and body temperatures. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 307-317.
- Lee, S. U., Wuertz, C., Rogers, R., & Chen, Y. P. (2013). Stress and sleep disturbances in female college students. *American Journal Health Behavior*, 37(6), 851-858.
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (1999). Insomnia as an interaction between sleep - interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 299-310.
- Lushington, K., Dawson, D., & Lack, L. (2000). Core body temperature is elevated during constant wakefulness in elderly poor sleepers. *Sleep*, 23(4), 504-510.
- Manber, R. & Chambers, A. S. (2009). Insomnia and depression: a multifaceted interplay. *Current of Psychiatry Reports*, 11, 437-442.
- Martin, J. L., & Hakim, A. D. (2011). Wrist Actigraphy. *Chest*, 139(6), 1514-1527.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608.
- National sleep foundation. (2015). *National sleep foundation recommends new sleep times*. Retrieved September 2, 2017, from <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times..>
- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unützer, J., Fan, M. Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., Phillips, C., & Perlis, M. L. (2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort?. *Sleep*, 31(4), 481 - 488.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Houck, P. R., Mazumdar, S., Dew, M. A., Cornes, C., Buysse, D. J., Begley, A., & Kupfer, D. J. (1997). Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication?. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 958-62.

- Roenneberg, T., & Merrow, M. (2007). Entrainment of the human circadian clock. Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative. *Biology*, 72, 293 – 299.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5), S7 - S10.
- Roth, T., Roehrs, T., & Pies, R. (2007). Insomnia: Pathophysiology and implications for treatment. *Sleep Medicine Reviews*, 11(1), 71-79. doi: 10.1016/j.smrv.2006.06.002
- Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Jenkins, M., & Harvey, J. (2015). Cognitive behaviour therapy for older adults experiencing insomnia and depression in a community mental health setting: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16, 538-550. doi: 10.1186/s13063-015-1066-6
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health*, 10, 155-163.
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45-56.
- Spiegelhalder, K., Regen, W., Feige, B., Hirscher, V., Unbehauen, T., Nissen, C., Riemann, D., & Baglioni, C. (2012). Sleep-related arousal versus general cognitive arousal in primary insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(4), 431-437.
- Susuki, K., Miyamoto, M., & Hirata, K. (2016). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 18, 61-71.
- Troxel, W. M., Kupfer, D. J., Reynolds, C. F. 3rd, Frank, E., Thase, M. E., Miewald, J. M., & Buysse, D. J. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 478-485.
- Tsuno, N., Besset, A., & Richie, K. (2005). Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1254-1269. doi:10.4088/JCP.v66n1008.
- Vgontzas, A. N., Bixler, E. O., Lin, H. M., Prolo, P., Mastorakos, G., Vela-Bueno, A., et al. (2001). Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis: clinical implications. *Journal of Clinical Endocrinology Metabolic*, 86(8), 3787-3794.
- Wennberg, A. M., Canham, S. L., Smith, M. T., & Spira, A. P. (2013). Optimizing sleep in older adults: Treating insomnia. *Maturitas*, 76(3), 247-252. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007