

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า*

FACTORS RELATED TO INSOMNIA AMONG ELDERLY PATIENTS WITH
MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

จุฑารัตน์ จิราพงษ์, พย.บ. (Jutarat Chirapongse, BNS.)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Sunthornchaiya, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: The objectives of this descriptive correlational research were to 1) examine insomnia among elderly patients with Major Depressive Disorder (MDD) and 2) study the relationships between gender, physiological arousal, cognitive arousal, depression, dysfunctional beliefs and attitudes about sleep, number of physical disorders and stressful life events and insomnia in elderly patients with Major Depressive Disorder (MDD).

Methods: A sample was 138 patients with major depressive disorder, aged ≥ 60 years, who were randomly selected from the outpatient department at general hospital. The research instruments were: 1) Personal Questionnaire, 2) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D), 3) Insomnia Severity Index (ISI),

4) The Geriatric Social Readjustment Rating Scale (GSRRS), 5) Dysfunction belief and attitude scale (DBAS-16) and 6) Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS). All instruments were verified for validity and reliability with Content Validity Index ranged from .86 - 1 and Chronbach Alpha ranged from .70 - .89, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi square, Spearman's Rank and Pearson's Correlation Coefficient.

Results: 1) 81.2% of elderly patients with MDD experienced insomnia and 40.6 % were at severe level (\bar{X} = 17.54, SD = 8.49).

2) Cognitive arousal and dysfunctional beliefs and attitudes about sleep were significantly and positively correlated with insomnia among elderly patients with MDD

* วิทยาลัยพยาบาลสุทธปัญญาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดบุรีรัมย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเปล่งยาว

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Rangsiman.S@chula.ac.th

($r = .636, .607$; $p < .001$, respectively). Physiological arousal and depression had significant and moderate positive correlation with insomnia ($r = .558, .572$; $p < .001$, respectively), and a number of physical disorders had significant and low positive correlation with insomnia among elderly patients with MDD ($r = .243$; $p < .001$). Gender and stressful life events were not significantly correlated with insomnia in elderly patients with MDD.

Keywords: Insomnia, Major depressive disorder, Elderly

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 138 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ 4) แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดใน

ผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ 6) แบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอนเครื่องมือทุกชุดมีความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .86 - 1 ค่าความเที่ยงระหว่าง .70 - .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติโคสแควร์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: สรุปได้ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบร้อยละ 81.2 และอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 40.6 ($\bar{X} = 17.54$, $SD = 8.49$)

2. สิ่งเร้าทางการรู้คิดความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .636, .607$) สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .558, .572$) จำนวนโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับ ($r = .243$) ส่วนเพศและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

คำสำคัญ: อาการนอนไม่หลับ โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพัฒนาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 ที่ผ่านมามีพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 6.8

ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ และผลการสำรวจปี 2557 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด (ชายร้อยละ 13.8 และหญิงร้อยละ 16.1) แสดงถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) คือการที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองความสุขจำนวน 15 ข้อ ประเมินการณ์ว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) หากการปรับตัวรับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุนั้นไม่ดีพอก็จะส่งผลกระทบต่อ การเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จากการศึกษานานาชาติพบความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 8-16 (Blazer, 2003) ประเทศเกาหลีพบร้อยละ 5.8 (Han et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบค่าความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 3-5.9 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่อาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย และมีอาการแสดงด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า บางรายมีอาการกระวนกระวาย นั่งไม่ติด วิตกกังวล ใจจดจ่อหม่นหมองหดหู่

ไม่สดชื่นหมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัว ซอบบ่อยๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นภาระต่อผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

อาการนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นอาการทางกายทั่วไปที่พบบ่อย บางครั้งเป็นอาการนำของการเกิดโรคหรือเป็นอาการที่เกิดร่วม ซึ่งมีความชุก อยู่ระหว่างร้อยละ 20-45.5 (Benca & Peterson, 2008; Kim, Kim, Stewart, Shin, Yang, & Yoon, 2009; Lee et al., 2013; Pigeon et al., 2008) นอกจากนั้นพบว่าอาการนอนไม่หลับ ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 (Benca & Peterson, 2008) สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าน้อยมาก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่มีความแปรปรวนตลอดเวลา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Hoertel et al., 2013) จึงส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่แสดงออกพร้อมด้วยหากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับขณะได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นมากกว่า 6 เดือน (Pigeon et al., 2008) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น (Reynolds et al., 1997) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับใน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยตัวแปรคัดสรรตามแนวคิดนี้มี 3 ตัวแปรดังนี้คือ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเพิ่มเติมพบปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับอีก 4 ตัวแปร คือ เพศ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและจำนวนโรคทางกาย

จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งสิ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยครอบครัวและสังคม ในปัจจุบันพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของสังคมไทย ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอต่อการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับทั่วไป ซึ่งจากการศึกษาการประเมิน ผลลัพธ์การใช้ดัชนีชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าการดูแลใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การบริหารสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และการดูแลเรื่องยา (ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี และสุนทร ศรีโกไศย, 2557) ดังนั้นในฐานะพยาบาลด้านจิตเวช จึงตระหนักถึงความสำคัญของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย

สูงอายุโรคซึมเศร้าและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อนำปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพต่อไป

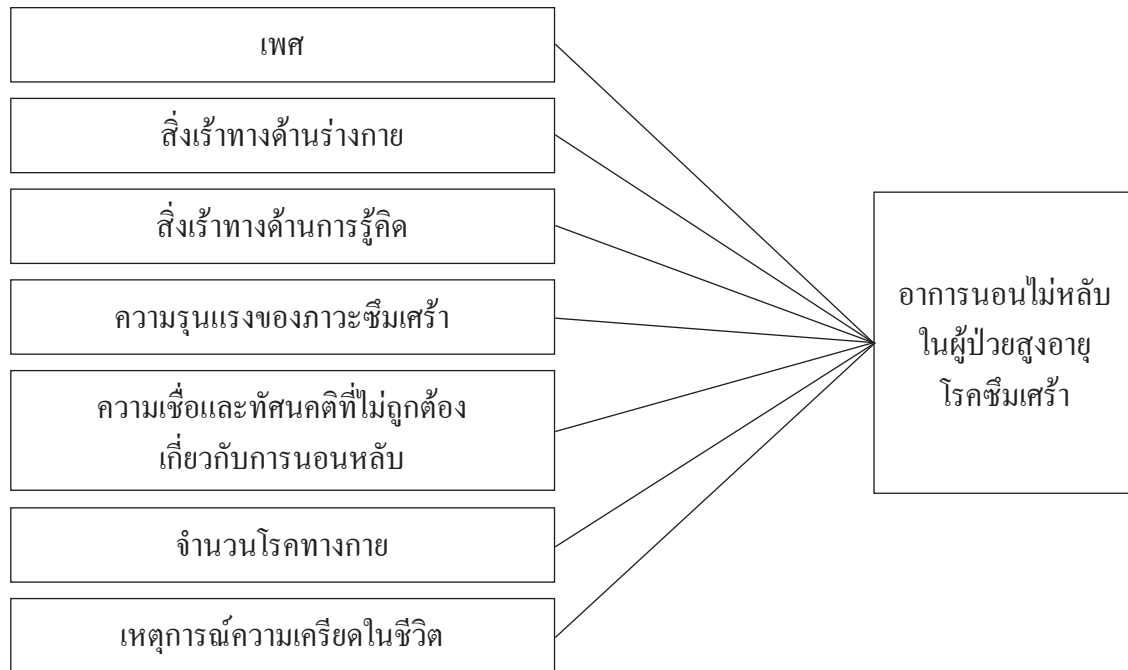
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนโรคทางกายและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ที่มารับบริการต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - มกราคม 2559 ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกจิตเวช หรือข่ายบริการที่ 6

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (major depression disorder; F32) โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease / ICD 10) ที่มีอายุ 60 ปี

บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่คลินิกจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) ใช้สถิติสหสัมพันธ์ กำหนด Effect size = .30 ค่า Alpha = .01 ที่ Power = 80% คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 125 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 % ของการคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (รัตนศิริทาโต, 2552) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ 138 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป

2. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการทางร่างกายรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชเช่น วิตกกังวล อาการของโรคจิตอื่นๆ ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขัดต่อการตอบแบบสอบถาม

2. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขอลอนตัวออกจากการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยโดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วโดยใช้เวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลจริงระหว่างเดือนตุลาคม 2558-มกราคม 2559 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์สิทธิประโยชน์ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการทำต่อสามารถบอกเลิกได้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มาจาก การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วย มาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม/แบบประเมินกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 6 แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2-5 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ส่วนที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาจากเครื่องมือต้นฉบับ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ จำนวนโรคทางกายมี ตัวเลือกให้เลือกจำนวน 11 โรค (Kim et al., 2009)

2.2 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (Hamilton, 1967, 1969, 1980) ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2549) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ

2.3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (insomnia severity index: ISI) โดย Morin (1993) เป็นแบบประเมินการรับรู้การนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้น (จรรยา ฉิมหลวง, 2554) ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2548)

ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

2.4 แบบประเมินประสพการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ (The Geriatric Social Readjustment Rating Scale: GSRRS) นำแบบประเมินประสพการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุของ Kanchana (2010) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kraus (1974) และนำมาปรับปรุงโดย นิยามานทรัพย์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสพการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุจำนวน 25 ข้อ

2.5 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction Belief and Attitude Scale, DBAS-16) ของ Morin et al. (1993) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ความรู้สึกกังวล/หมกหมองในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรักษาอาการนอนหลับ

2.6 แบบประเมิน Pre-Sleep Arousal Scale(PSAS) โดย Nicassio, Mendlowitz, Fussell, & Petras (1985) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยโดย จุฑารัตน์ จิราพงษ์ จากนั้นนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 2 ท่าน

ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาร่วมกับความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ข้อที่ 1-8 เป็นการประเมินสิ่งเร้าด้านการรู้คิด (cognitive arousal) ข้อ 9 - 16 เป็นคำถามที่ใช้ประเมินความรู้สึกต่ออาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะเข้านอน (somaticarousal) (Nicassio et al., 1985)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบประเมินส่วนที่ 1-6 ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินส่วนที่ 2-6 เท่ากับ 0.94, 0.86, 1.00, 1.00 และ 0.88 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่โรงพยาบาลเปล่งยาว นำไปหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินส่วนที่ 2-6 เท่ากับ .72, .82, .70, .89 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2558 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระยองในวันจันทร์-พุธ (8.00-16.00น.) โรงพยาบาลพุทธโสธรในวันพฤหัสบดี-ศุกร์ (8.00-16.00น.) ช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2558 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรในวันจันทร์-พุธ (8.00-16.00 น.) ช่วงเดือนธันวาคม 2558 -มกราคม 2559 และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในวันพฤหัสบดี-ศุกร์ (8.00-16.00 น.) ช่วงเดือนธันวาคม 2558 -มกราคม 2559

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการนอนหลับ จำนวนโรค

ทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติไคสแคว (chi square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำนวนโรคทางกายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (spearman's rank = Ps) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's correlation coefficient = r) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 มีอายุเฉลี่ย 67.37 ปี (SD = 7.04) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนอยู่ในระดับเพียงพอจำนวน

84 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านาน 1-2 ปีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 6.93 ปี (SD = 7.55) ส่วนจำนวนโรคทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายจำนวน 2-3 โรคมากที่สุดจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางกาย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาการมองเห็น และโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ซึ่งมีจำนวน 75, 50, 30 และ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 54.35, 36.23, 21.74 และ 16.67 ตามลำดับส่วนโรคอื่นๆ พบว่ามีภาวะไข้มันในเลือดสูงร่วมด้วยจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 24.64 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับมากจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับรุนแรง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 97.1 ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูงจำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 88.4 การรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอนด้านการรู้คิดมีอาการในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 31.2 สิ่งเร้าด้านร่างกายมีอาการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.0 เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 43.4

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 มีอาการนอนไม่หลับในระดับเล็กน้อยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ

15.2 และไม่มีอาการเลย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ซึ่งมีลักษณะในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับใช้ระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีอาการตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 37 และตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 34 นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนจำนวน 59 คนคิดเป็นร้อยละ 42.8 รู้สึกกังวลและหดหู่กับอาการนอนไม่หลับจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับการนอน จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับจำนวนโรคทางกายและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าสิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .636, .607; p < .001$) สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .558, .572, p < .001$) จำนวนโรคทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .243$; $p < .001$) ส่วนเพศและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย

สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 2.335$, $p = .506$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์สัมพัทธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคส์แคว (X^2) สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (r_s) สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)

ปัจจัย	X^2	r_s	r	p-value	ระดับ
เพศ	2.335			.506	-
จำนวนโรคทางกาย		.243		.004	ต่ำ
สิ่งเร้าด้านร่างกาย			.558	< .001	ปานกลาง
สิ่งเร้าด้านความรู้สึก			.636	< .001	สูง
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า			.572	< .001	ปานกลาง
ความเชื่อและทัศนคติฯ			.607	< .001	สูง
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต			.064	.454	-

การอภิปรายผลการวิจัย

ตามสมมติฐานการวิจัย และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

เพศ: เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kim et al. (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ ที่ประเทศเกาหลี โดยใช้เวลาในการศึกษานาน 2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,204 คน พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ แต่การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนของเพศหญิง

และเพศชายใกล้เคียงกันจึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้อาจเกิดจากเพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์ชีวิตและความสามารถในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับได้ไม่แตกต่างกันตลอดจนบริบททางสังคมที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในต่างประเทศซึ่งอาจจะไม่เข้ากับบริบทของประเทศไทย

สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย (physiological arousal): สิ่งเร้าทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยกล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งเร้าด้านร่างกายมากจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้นซึ่งสอดคล้อง

กับ แนวคิดของ Lundh and Broman (2000) กล่าวว่าสิ่งเร้าด้านร่างกายเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ร่างกายและสารเคมีในสมองมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่ออาการนอนไม่หลับ เช่น การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกาย การหลั่งสารอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นโดยบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกแตกต่างกัน เช่น ปากแห้ง ใจสั่น มือเท้าเย็น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Lushington et al. (2000) ที่ทำการศึกษาคัดลองในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปโดยแบ่งกลุ่มทดลองที่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 16 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่มีอาการ 16 คน นำมาศึกษาด้วยเครื่อง Polysomnographic (PSG) และการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักและฝ่าเท้าติดตามใน 26 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเปรียบเทียบกันพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสิ่งเร้าด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับนั้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

สิ่งเร้าด้านการรู้คิด (cognitive arousal): สิ่งเร้าด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งเร้าด้านการรู้คิดมากจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้นสอดคล้องกับ Spiegelhalder et al. (2012) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 182 คนที่ได้รับการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับและนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 54 คน ที่ไม่มีอาการด้วยการใช้เครื่อง

Polysomnographic (PSG) ตรวจสอบประเมิน 2 คืน ร่วมกับการใช้แบบสอบถามที่ประเมินสิ่งเร้าด้านการรู้คิดร่วมด้วย พบว่าสิ่งเร้าด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้านอนและการตื่นกลางดึก และจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าสิ่งเร้าด้านการรู้คิดเป็นลักษณะการคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการที่บุคคลนั้นชอบวางแผนล่วงหน้า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะของความกังวลต่อการนอนจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและส่งเสริมให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่และส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา (Lundh, 2005)

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า: ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับซึ่งจะไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้นสอดคล้องกับ Gindin et al. (2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในทวีปยุโรปจำนวน 7 ประเทศ และประเทศอิสราเอลเพื่อนำไปจัดระบบบริการสุขภาพแบบระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,156 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีความรู้สึกกว่าตนเองไม่มีค่า ขาดความเชื่อมั่น แยกตัว ในขณะที่อาการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการหนึ่งในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา

และพบว่ามักจะเกิดร่วมกันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการควบคุมจังหวะชีวภาพและสมดุลของการนอนหลับจะลดลง เซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าที่แสดงถึงการหลับลึกในระยะที่ 3, 4 ของ NREM ลดลง หากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ผู้สูงอายุจะมีอาการนอนไม่หลับ มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า (Graci, 2005) และภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับแรงขับของสมดุลของการนอนหลับ (homeostatic sleep drive) ลดลงหรือการควบคุมจังหวะชีวภาพของการนอนหลับที่ผิดปกติ (สุตารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) ลักษณะเด่นของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า คือ ตื่นเช้ามากเกินไป การตื่นบ่อยกลางดึกและรู้สึกว่าการนอนไม่เต็มอิ่ม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการนอนหลับยาก ใช้ระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที มีอาการตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการ และตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ อาจจะมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยอื่นที่หลากหลาย ตลอดจนการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคมจึงอาจส่งผลให้มีลักษณะของอาการนอนไม่หลับไม่ตรงตามทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (dysfunction belief and attitude about sleep): ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรค

ซึมเศร้าที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น สอดคล้องกับ Bluestein, Rutledge, and Healey (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ กับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ จึงสรุปได้ว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนอนไม่หลับคงอยู่เป็นเวลานาน โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวลซึ่ง Morin (1993) ได้อธิบายถึงลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับไว้ดังนี้ ลักษณะแรก คือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง ซึ่งการรับรู้แบบนี้จะทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการเรียนรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ (learned helplessness) ดังนั้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนหลับได้ยากขึ้น (Carney, Edinger, Manber, Garson, & Segal, 2007)

จำนวนโรคทางกาย: จำนวนโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นไป

ตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนโรคทางกาย เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2009) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 41 นอกจากนั้นอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สุคาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา (2548) กล่าวว่าโรคและความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกายส่งผลต่อการนอนหลับโดยโรคที่พบบ่อยได้แก่โรคพาร์กินสันทำให้ตื่นบ่อยและระยะเวลาการนอนลดลง โรคหอบหืดและความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบากโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงรบกวนการนอนหลับจากการเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะในระยะ REM โรคคอกพอกเป็นพิษทำให้นอนหลับยาก โรคกระเพาะอาหารรบกวนการนอนจากการหลังกรดที่เพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดท้องในเวลากลางคืนเนื่องจากระบบการย่อยอาหารที่ทำงานผิดปกติ โดยเฉพาะในระยะ REM โรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Stepanski, 2002 อ้างถึงในสุคาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) ส่วนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีปัญหาตื่นเช้ามากกว่าปกติในขณะที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดมักจะนอนหลับยาก (Klink et al., 1992 อ้างถึงในสุคาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) นอกจากนั้นยังพบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ไอ ไข้ ผื่นคัน ส่งผลต่อการนอนหลับได้เช่นกัน หรือการใช้ยาในผู้สูงอายุบางชนิดส่งผลข้างเคียงให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมารวมด้วย เช่น ยาบาบิเพนต ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

กลุ่ม beta-blockers ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม เช่น theophylline, isoproterenol และยาต้านอาการซึมเศร้าบางชนิดเป็นต้น (Miller, 1999 อ้างถึงในสุคาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต: เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งสอดคล้องกับ Bluestein et al. (2010) ที่ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ กับ อายุ เพศ สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไปพบว่า สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ส่วน อายุ เพศ และความสามารถแห่งตน (self efficacy) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ดี จะพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ความสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การทำงานต่างๆ การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงบทบาทใน

การเป็นผู้นำมาเป็นสมาชิกภายในครอบครัวแทนความรู้สึกสะเทือนใจเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาโดยรวมเหตุการณ์ในเชิงลบจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถูกกระตุ้นทางความคิดและอารมณ์ก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (สุดารัตน์ ชัยอาจ, 2548) ซึ่งไม่เป็นไปตามผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้หลักคำสอนในศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่เป็นเครื่องช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงทำให้ผลการศึกษารายนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าสิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่กล่าวมาเพื่อส่งเสริมให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้การดำเนินโรคดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาล

ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและบุคลากรโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยองทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอ่ยนามในที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ฉิมหลวง. (2552). *อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48(4), 103-116.
- นิษา สมานทรัพย์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทรีญา แก้วแพง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ:

- โรงพยาบาลแห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 ถัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี และสุนทร ศรีโกสโย. (2557).
 การใช้ดัชนีชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:
 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและพยาบาล. *พยาบาลสาร*,
 41(1), 109-121.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐาน
 และโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุภารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา. (2548).
 การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
วารสารสภาการพยาบาล, 20(2), 1-20.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจ
 ประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. เข้าถึง
 เมื่อ 20 พฤษภาคม 2560, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf>
- อัญราพร สี่หิรัญวงศ์. (2549). การประเมินอาการ
 ซึมเศร้า: ข้อคิดในการใช้เครื่องมือ. *วารสาร
 สภาการพยาบาล*, 21(2), 17-30.
- Benca, R. M., & Peterson, M. J. (2008). Insomnia
 and depression. *Sleep Medicine*, 9(Suppl. 1),
 s3-s9.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life:
 review and commentary. *The Journal of
 Gerontology: Medical Sciences*, 58, 249-65.
- Bluestein, D., Rutledge, C. M., & Healey, A.C.
 (2010). Psychosocial correlates of insomnia
 severity in primary care. *Journal of
 American Board of Family Medicine*,
 23(2), 204-211.
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Manber, R., Garson,
 C., & Segal, Z. V. (2007). Beliefs about
 sleep in disorders characterized by sleep
 and mood disturbance. *Journal of
 psychosomatic Research*, 62(2), 179 - 88.
- Gindin, J., Shochat, T., Chetrit, A., Epstein, S.,
 Ben Israel, Y., Levi, S., et al. (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.
- Graci, G. (2005). Pathogenesis and management
 of cancer-related insomnia. *The Journal
 of Support Oncology*, 3(5), 349-359.
- Han, C., Jo, S. A., Jo, I., Kwak, J., Pae, C., Park,
 M. H., & Steffens, D. L. (2008). Validation
 of the Patient Health Questionnaire-9
 Korean version in the elderly population:
 the Ansan Geriatric study. *Comprehensive
 Psychiatry*, 49(2), 218-23.
- Hoertel, N., Strat, Y. L., Gorwood, P., Potelle, C. B.,
 Schuster, J. P., Manetti, A., Dubertret, C.,
 & Limosin, F. (2013). Why does the lifetime
 prevalence of major depressive disorder
 in the elderly appear to be lower than in
 younger adults? Results from a national
 representative sample. *Journal of Affective
 Disorders*, 149, 160-165.
- Kim, J., Kim, S., Stewart, R., Shin, I., Yang, S.,
 & Yoon, J. (2009). Insomnia, depression,
 and physical disorders in late life:

- A 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep*, 32(9), 1221-28.
- Lee, E., Cho, J. H., Olmstead, R., Levin, J. M., Oxman, N. M., & Irwin, R. M. (2013). Persistent sleep disturbance: A risk factor for recurrent depression in community-dwelling older adults. *Sleep*, 36(11), 1685-91.
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep interfering and sleep interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 299-310.
- Lundt, L., (2005). Use of the Epworth Sleepiness Scale to evaluate the symptom of excessive sleepiness in major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 27, 146-148.
- Lushington, K., Dawson, D., & Lack, L. (2000). Core body temperature is elevated during constant wakefulness in elderly poor sleepers. *Sleep*, 23, 504-10.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Nicassio, P. M., Mendlowitz, D. R., Fussell, J. J., & Petras, L. (1985). The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the pre-sleep arousal scale. *Behavior Research and Therapy*, 23, 263-271.
- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unutzer, J., Fan, M. Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., et al. (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. (1997). Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication?. *American Journal Psychiatry*, 154(7), 958-962.
- 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), 431-7.