

การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Insomnia and related factors

สุदारัตน์ ชัยอาจ* พย.ด.

Sudarat Chairj Ph.D. (Nursing)

พวงพยอม ปัญญา** ปร.ด. (ประสาทวิทยาศาสตร์)

Paungpayom Panya Ph.D. (Neurosciences)

บทคัดย่อ

การนอนไม่หลับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและพบได้บ่อยที่สุดในบรรดาปัญหาของการนอนหลับ การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทำให้เกิดผลเสียในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และ เศรษฐกิจ ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะและกลไกการเกิดการนอนไม่หลับจากปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมตามแนวคิดการนอนไม่หลับของ สปีลแมน ซึ่งมีปัจจัยร่วมกัน 3 ปัจจัย อันได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และ ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors)

คำสำคัญ : การนอนไม่หลับ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Insomnia, the most frequent complaint of all sleep disturbances, is an important health problem. Insomnia can adversely affect a person's life causing significant physical, psychological, social and professional, and economic repercussions. The aim of this article is to describe the characteristics and mechanism of each factor related to insomnia following the conceptual model of insomnia by Spielman, classified into 3 factors, predisposing factors, precipitating factors, and perpetuating factors.

Key words : Insomnia, Related factors

* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่

บทนำ

การนอนไม่หลับ (insomnia) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยที่สุดในบรรดาปัญหาของการนอนหลับ การนอนไม่หลับ หรือ การนอนหลับไม่เพียงพอ หมายถึง การมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือ มากกว่าหนึ่งอาการ ร่วมกันระหว่างการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน

(difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือ การตื่นนอนด้วยความรู้สึกที่ไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-restorative sleep) (Hauri, 1998) นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกาจะระบุว่า การวินิจฉัยว่ามีปัญหาการนอนไม่หลับหรือไม่นั้นจะต้องพิจารณาว่า ปัญหาการนอนไม่หลับนั้นส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และอาชีพของบุคคลร่วมด้วย (American Psychiatric Association, 1994)

การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่างๆ อันได้แก่ ด้านร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่นอนไม่หลับมักจะมีอาการไม่สบายต่างๆ มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น มีปัญหาด้านความคิด ง่วงนอนเวลากลางวัน มีรายงานการวิจัยระบุว่าผู้ที่นอนไม่หลับมีโอกาสที่จะเป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับประมาณ 2 เท่า (Schwartz, Anderson, Cole, Comoni-Huntley, Hays & Blazer, 1999) ด้านอารมณ์ ผู้ที่นอนไม่หลับมีโอกาสมากถึง 38 เท่าที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ (Ford & Kamerow, 1989) การนอนไม่หลับยังทำให้หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ และวิตกกังวล ด้านสังคม ผู้ที่นอนไม่หลับมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความพึงพอใจต่อการทำงานลดลง และขาดงานบ่อยครั้งเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Leger, Guilleminault, Bader, Levy & Paillard, 2002) การนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจอย่างมากมาย มีการใช้เงินจำนวนมากถึง 13.93 ล้านเหรียญสหรัฐเพื่อเป็นค่ายาที่ช่วยส่งเสริม

การนอนหลับ ค่าใช้จ่ายจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษาปัญหาการนอนไม่หลับ ในขณะที่มูลค่าที่สูญเสียไปกับการลดลงของผลผลิตทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากความพิการและการเสียชีวิตของบุคคลนั้น ไม่สามารถประเมินค่าเป็นตัวเงินได้ (Walsh & Engelhardt, 1999)

จากผลกระทบของการนอนไม่หลับดังกล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าการนอนไม่หลับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจ และเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหานี้ เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหานี้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับมีหลายประการด้วยกัน แนวคิดที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาเรื่องการนอนไม่หลับ คือแนวคิดของ สปีลแมน (Spielman, 1986) ซึ่งกล่าวว่า การนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่างๆ ร่วมกัน 3 ประการคือ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และ ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors)

1. ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors)

ปัจจัยโน้มนำเป็นปัจจัยที่ทำให้ความทน (threshold) ต่อการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งปัจจัยนี้มักจะเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลเอง โดยพบว่าร่างกายของคนที่นอนไม่หลับมักจะถูกกระตุ้นได้ง่ายในช่วงกลางวันและกลางคืน มีบุคลิกเป็นแบบย้ำคิดย้ำทำและวิตกกังวลง่าย นอกจากนี้คุณลักษณะส่วน

บุคคล โดยเฉพาะอายุ และ เพศ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในปัจจุบันนี้ (Morin, 1993)

อายุ

เมื่ออายุมากขึ้นโครงสร้างของการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไปทั้งนี้เนื่องมาจากการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลตาซึ่งเป็นคลื่นสมองที่แสดงถึงการนอนหลับชนิดลึก ในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM หรือเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพที่ควบคุมการนอนหลับ (circadian rhythm) การมีระยะหลับลึกลดลงทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่ายจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ (Bliwise, 1992) ลักษณะการนอนไม่หลับที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเป็นชนิดตื่นกลางดึกแล้วหลับต้อยากมากกว่าชนิดอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการที่จะสรุปว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการนอนไม่หลับนั้นยังต้องคำนึงถึงปัจจัยรบกวนอื่นๆ (confounding factors) เช่น ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งเมื่อควบคุมตัวแปรเหล่านี้แล้วปรากฏว่าการนอนไม่หลับไม่ได้สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นเสมอไป (Foley, Monjan, Brown, Simmonsick, Wallace & Blazer, 1995) นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุยังต้องประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตของการสูญเสียคู่ครอง การเกษียณอายุ การที่บุตรแยกครอบครัวออกไป หรือการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความโศกเศร้าและความเครียดจากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับได้

เพศ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของการนอนไม่หลับ พบว่าเพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย (Ohayon & Roth, 2001; Pallesen et al., 2001) ลักษณะการนอนไม่หลับในเพศหญิงนั้นมีรูปแบบทั้งการตื่นกลางดึกแล้วหลับต้อยาก หรือ เป็นร่วมกันระหว่างการนอนหลับต้อยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและการตื่นกลางดึกแล้วหลับต้อยาก นอกจากนี้ยังพบว่าเพศหญิงใช้ยานอนหลับมากกว่าเพศชาย (Quera-Salva, Orluc, Goldenberg & Guilleminault, 1991) สาเหตุที่ทำให้เพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าผู้ชายนั้น อาจมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความไม่สบายจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนการมีรอบเดือน และระหว่างการมีรอบเดือน ได้แก่ การตัดตึงเต้านม เป็นตะคริว และ ปวดศีรษะ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้รบกวนการนอนหลับตอนกลางคืน (Anderson & Falestiny, 2000) การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศในภาวะหมดประจำเดือนทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออก ซึ่งรบกวนการนอนหลับได้เช่นกัน นอกจากนี้ในวัยหมดประจำเดือนยังเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ลูกๆ แยกครอบครัวออกไป มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ หรือเลี้ยงดูเด็กเล็กๆ และการปรับตัวต่อการตาย หรือ การหย่าร้างของคู่สมรส การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความเครียด และความวิตกกังวล ส่งผลให้รบกวนการนอนและทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับตามมาได้ (Shaver & Zenk, 2000)

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors)

หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (acute insomnia) ในกรณีเช่นนี้พบว่าการนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การถูกไล่ออกจากงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ เช่น แสง เสียง ลักษณะที่นอนและผู้ที่นอนร่วมห้อง ส่งผลทำให้เกิดการนอนไม่หลับได้ทั้งสิ้น

ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย

โรคและความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลรบกวนการนอนหลับ โดยโรคที่พบทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ทำให้ตื่นบ่อยและระยะเวลาการนอนหลับลดลง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบาก โรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงรบกวนการนอนหลับจากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM โรคคอกพอกเป็นพิษทำให้นอนหลับยาก โรคกระเพาะอาหารรบกวนการนอนหลับเนื่องจากอาการปวดท้องจากการหลั่งกรดมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะ REM โรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจึงรบกวนการนอนหลับ (Stepanski, 2002) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักจะมีปัญหาตื่นเช้ากว่าปกติ ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาหอบหืดและหลอดเลือด มักจะมีปัญหาหอนอนหลับยาก (Klink, Quan, Kaltenborn & Lebowitz, 1992) นอกเหนือจากโรคต่างๆ แล้ว อาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด อาการไอ ไข้ ผื่นคัน

ท้องเสีย ทำให้นอนไม่หลับได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายๆ ชนิด รบกวนต่อการนอนหลับ โดยยาที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ยาบาบิบูเรต ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาปิดกั้นบีตา (beta-blockers) ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม เช่น theophylline และ isoproterenol และยาด้านอาการซึมเศร้า (Miller, 1999)

สภาวะอารมณ์

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) กำหนดให้อาการนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งของโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล สภาวะอารมณ์มีอิทธิพลต่อการนอนไม่หลับอย่างมาก นอกจากจะเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับแล้วยังเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการนอนไม่หลับได้เช่นกัน ลักษณะของการนอนไม่หลับในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การตื่นบ่อยกลางดึก การตื่นเช้ากว่าปกติ และรู้สึกว่าการนอนหลับได้ไม่เต็มอิ่ม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ม่มีภาวะนี้ประมาณ 2 - 4 เท่า โดยสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับเนื่องมาจากแรงขับของสมดุลของการนอนหลับ (homeostatic sleep drive) ลดลง หรือ การควบคุมจังหวะชีวภาพ ของการนอนหลับผิดปกติ (Stepanski, 2002) ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับยาก ตื่นบ่อยตอนกลางคืน และรู้สึกว่านอนหลับได้ไม่เต็มอิ่ม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจาก ต่อมหมวกไตขึ้นในและคอร์ติโซนจากต่อมหมวกไตขึ้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต

และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (Green, 1997) ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล 3-4 เท่า และเมื่อควบคุมผลของตัวแปรอื่น ๆ แล้วทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลยังคงเป็นตัวแปรที่สำคัญของการนอนไม่หลับ (Frisoni, DeLeo, Rozzini, Bernardini, Buono & Trabucchi, 1992)

เหตุการณ์ในชีวิต

เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ในเชิงบวก เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การถูกขอแต่งงาน การประสบความสำเร็จในการทำงาน หรือเหตุการณ์ในเชิงลบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือ ญาติสนิทในครอบครัว หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เหตุการณ์ทั้งสองลักษณะนี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวและอาจเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลขึ้นและส่งผลให้มีการรบกวนทางความคิดและอารมณ์ ทำให้ชบวนการนอนหลับเป็นไปได้ยากขึ้น (Roehrs, Zorick & Roth, 2000) ฮิลเลีย์ และคณะ (Healey, Kales, Monroe, Bixler, Chamberlin & Soldatos, 1981) ศึกษาเปรียบเทียบในผู้ที่นอนไม่หลับและผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล พบว่า 70% ของผู้ที่นอนไม่หลับมีเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดมาก่อนหน้าที่จะมีอาการนอนไม่หลับ ผู้ที่นอนไม่หลับมักจะมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะเหตุการณ์ของการสูญเสีย

สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ เช่น เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และ ผู้ที่นอน

ร่วมห้อง เป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ โดยปกติแล้วบุคคลมีความไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับแตกต่างกัน บางคนสามารถปรับตัวได้ต่อทุกสภาพสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ ในขณะที่บางคนนอนไม่หลับชนิดในสิ่งแวดล้อมที่แปลกไปจากสภาพแวดล้อมของการนอนหลับ ตามปกติเสียงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับโดยทำให้คนนอนหลับยากและทำให้ตื่นเร็วกว่าที่ต้องการ พบว่าเสียงที่เกิดขึ้นบางครั้งบางครั้งส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับได้มากกว่าเสียงที่ตั้งอย่างต่อเนื่อง (Pollak, 1993) ส่วนการสัมผัสแสงตลอดเวลาจะทำให้รู้สึกไม่สบายและรบกวนการนอนหลับ (Lindberg, Hunter & Kruszewski, 1998) อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียส จะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และการนอนหลับระยะ REM ลดลง ทำให้ตื่นบ่อยขึ้นและมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียส จะทำให้เกิดความไม่สบายและรบกวนการนอนหลับได้ (Morton, 1993) ความชื้นของที่นอนเป็นสาเหตุหนึ่งที่รบกวนการนอนหลับ ที่นอนที่แข็งเกินไปมักจะก่อปัญหาให้กับผู้ที่เป็นโรคข้ออักเสบ ส่วนที่นอนที่นิ่มเกินไปมักจะทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ง่าย สาเหตุอีกประการหนึ่งของการนอนไม่หลับ คือการรบกวนจากพฤติกรรมนอนหลับของเพื่อนร่วมห้องนอน เช่น การนอนกรน การพลิกตะแคงตัว การนอนละเมอ การนอนกัดฟัน และ การนอนดิ้น เป็นต้น

3. ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors)

หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลง บุคคลจะสามารถกลับมานอนหลับได้ตามปกติ แต่สำหรับบางคนถึงแม้ปัจจัยนี้จะหายไปแล้ว บุคคลนั้น ๆ ก็ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ตามเดิมทั้งนี้เนื่องมาจากการมีปัจจัยคงอยู่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้น ซึ่งตัวแปรที่สำคัญในปัจจัยนี้ได้แก่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การใช้เวลาอยู่บนเตียงนอนนานเกินไป การใช้เตียงนอนและห้องนอนสำหรับคิดถึงปัญหาต่าง ๆ รวมไปถึงการมีวิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ และการงีบหลับตอนกลางวัน สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้บุคคลมีปัญหาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง (chronic insomnia) นอกจากนี้การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับเช่นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อผลกระทบทางลบหรือความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เป็นจริงล้วนทำให้ปัญหายังคงอยู่ต่อไปเป็นเวลานาน (Morin, 1989)

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการนอนไม่หลับที่เกิดจากสาเหตุในปัจจัยกระตุ้น โดยผู้ที่นอนไม่หลับจะพยายามเข้านอนให้เร็วขึ้นและใช้เวลาบนเตียงนอน

นานขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่หลับก็ตาม เนื่องจากคิดว่าจะน้อยการอยู่บนเตียงนอนจะทำให้มีโอกาสที่จะนอนหลับได้มากขึ้นและการอยู่บนเตียงเฉย ๆ อย่างน้อยก็เป็นการพักผ่อนและช่วยให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ยิ่งใช้เวลาบนเตียงนอนนานเท่าใดก็ยิ่งทำให้การนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่องมากเท่านั้น การไม่สามารถนอนหลับในเวลากลางคืนทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างความไม่สงบนอนกับห้องนอนและเตียงนอน ทำให้สิ่งเร้าของการนอนหลับนี้ลดความสามารถในการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยแวดล้อมการนอนหลับ (sleep circumstance) และการนอนหลับ ส่งผลให้นอนหลับยากขึ้น (Bearpark, 1994) พฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่ดีอีกประการหนึ่งได้แก่ การใช้เตียงนอนและห้องนอนสำหรับการคิดถึงปัญหาต่าง ๆ และการวางแผนงานสำหรับวันรุ่งขึ้น ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างเวลานอนกับความคิดฟุ้งซ่าน (frustration) และการนอนหลับไม่ได้ (sleeplessness) การศึกษาพฤติกรรมเหล่านี้ในผู้ที่นอนไม่หลับพบว่าคนกลุ่มนี้มักจะคิดถึงการพยายามที่จะนอนให้เพียงพอ ปัญหาสุขภาพ ความตาย และปัญหาส่วนตัว ผู้ที่นอนไม่หลับมักจะมีพฤติกรรมคิดวางแผนการทำงานล่วงหน้าก่อนนอนและเข้านอนไม่เป็นเวลามากกว่าผู้ที่นอนหลับได้ดี (Kageyama et al., 1997)

นอกจากพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมการนอนหลับดังกล่าวมาแล้ว วิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้เช่นกัน คาเฟอีนจะรบกวนการนอนหลับโดยออกฤทธิ์กระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง

(Roehrs, 1993) ผลของคาเฟอีนรบกวนการนอนหลับโดยทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับไป (sleep onset) นานขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระยะที่ 2 และ 4 ของ NREM ลดลง และทำให้ตื่นบ่อยขึ้น (Bonnet & Arand, 1992) มีรายงานพบว่าผู้ที่ดื่มกาแฟเป็นประจำจะนอนหลับยากและตื่นกลางดึกมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มกาแฟ (Tachibana, Izumi, Honda & Takemoto, 1998) ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาที่พบว่าคาเฟอีนไม่มีผลต่อการนอนหลับ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าแต่ละคนมีการตอบสนองต่อคาเฟอีนแตกต่างกันโดยพบว่าผู้ที่นอนไม่หลับจะไวต่อการกระตุ้นของคาเฟอีนมากกว่าคนปกติ (Riedel, 2000) แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ระดับของ catecholamine เพิ่มขึ้นและรบกวนการนอนหลับโดยทำให้ตื่นบ่อยระหว่างคืน การใช้แอลกอฮอล์ในขนาดน้อยๆทำให้หลับได้ง่ายขึ้น แต่การใช้ปริมาณที่มากขึ้นทำให้ตื่นบ่อย จากการปวดศีรษะ และมีเหงื่อออกมาก (Zarcone, 2000) นิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นและทำให้ตื่นตัว (Shiromani, 1993) นิโคตินในระดับต่ำๆ มีฤทธิ์ในการผ่อนคลาย แต่ในขนาดสูงจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ระดับความเข้มข้นของ catecholamine สูงขึ้น อาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้นอนหลับยาก และตื่นบ่อย (Zarcone, 2000) เวตเตอร์และยัง (Wetter & Young, 1994) ศึกษาอิทธิพลของการสูบบุหรี่ต่อการนอนหลับ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 1.2 - 2.6 เท่า และเป็นที่น่าสังเกตว่าทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไป

ได้สองทางคือผู้ที่นอนไม่หลับจะใช้บุหรี่เพื่อการผ่อนคลายและทำให้หลับและ ในขณะที่เดียวกันการสูบบุหรี่ก็รบกวนการนอนเช่นกัน

การงีบหลับในเวลากลางวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่รบกวนการนอนหลับ โดยทำให้นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและรบกวนความต่อเนื่องของการนอนหลับในช่วงเวลากลางคืน ฟลอยด์ (Floyd, 1995) พบว่าผู้สูงอายุที่งีบหลับตอนกลางวันจะตื่นบ่อยครั้งมากกว่าและนอนหลับยากกว่าผู้ที่ไม่งีบหลับตอนกลางวัน โดยเฉพาะถ้าหากงีบหลับมากเกินไป 50 นาที การศึกษาความสัมพันธ์ของการงีบหลับต่อการนอนไม่หลับนั้นยังให้ผลที่ไม่สอดคล้องในแต่ละการศึกษาโดยบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์นี้ อย่างไรก็ตามระยะเวลาการงีบหลับที่นานขึ้นนั้นมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการนอนหลับยากและตื่นบ่อย

การใช้ยานอนหลับโดยไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์และการใช้อย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ โดยภายหลังจากการใช้ยานอนหลับในระยะเวลาสั้นๆจากการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็วบางคนยังใช้ยาต่อไปเนื่องจากคิดว่าเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาขึ้นมาอีก การใช้ในลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดปัญหาการดื้อยา เมื่อยาออกฤทธิ์ในขนาดสูงสุดแล้ว การเพิ่มขนาดยาไม่ได้ทำให้ยามีฤทธิ์มากขึ้น แต่กลับทำให้เมื่อพยายามหยุดยาจะยิ่งทำให้มีอาการของการนอนไม่หลับมากยิ่งขึ้นเรียกว่ามี rebound insomnia เมื่อมีอาการมากขึ้น ผู้ที่นอนไม่หลับอาจจะรับประทานยานอนหลับเพิ่มขึ้นโดยหวังว่าจะทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามกลับทำให้เสี่ยงต่อการใช้ยาในระยะยาวและการติดยานอนหลับ ส่งผลให้ปัญหาการนอนไม่หลับยังคง

ดำเนินต่อไปอย่างเรื้อรัง (Lader, 1992)

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการนอนหลับ

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสม
เกี่ยวกับการนอนหลับ (dysfunctional beliefs and attitudes about sleep) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลาาน โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ยังมีน้อยมาก มอริน (Morin, 1993) อธิบายถึงลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับต่อปัญหาการนอนไม่หลับไว้น่าสนใจดังนี้

ลักษณะแรก คือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าการนอนไม่หลับเป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะยังทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านขบวนการของความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการเรียนรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ (learned helplessness) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับมีความกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง การไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง การคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของตนเองนั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีใครที่จะช่วยเหลือได้ และปัญหานี้บั่นทอนความสุขในชีวิตของเขามากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ

ลักษณะที่สองคือ ความเชื่อว่าผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวัน เช่น อารมณ์อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การไม่สนุกสนานกับการทำ

กิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดเนื่องมาจากสาเหตุอื่นๆ นอกเหนือจากการนอนไม่หลับ การรับรู้ผลกระทบนี้ถึงแม้จะตรงตามความเป็นจริงหรือมากเกินไป เป็นการย้ำเตือนให้ผู้ที่นอนไม่หลับคิดว่า การนอนหลับของตนเองแย่มากเพียงใด ความคิดเช่นนี้จะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ กระตุ้นให้มีการเร่งทางความคิด และรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้ความกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานในเวลากลางวันจะทำให้ผู้ที่นอนไม่หลับทำงานหนักมากขึ้นและนำงานกลับมาทำที่บ้าน เป็นผลให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้นและรบกวนการนอนหลับต่อไป (Spielman, Nunes & Gloinsky, 1996)

ลักษณะที่สามคือ ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับของตนเอง ผู้ที่นอนไม่หลับมักจะยึดติดและเข้มงวดเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับของตนเอง เช่น ความเชื่อว่าการนอนหลับให้ได้ 8 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในช่วงเวลากลางวันได้อย่างเพียงพอ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนนั้นแตกต่างกันออกไป (Morin, Blais & Savard, 2002) การเข้มงวดกับมาตรฐานการนอนหลับของตนเองเช่นนี้ เมื่อไม่สามารถจะนอนหลับได้ตามที่คาดหวังไว้จะยังทำให้เกิดความวิตกกังวลและครุ่นคิดเกี่ยวกับผลกระทบทางลบและปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา และทำให้มีพฤติกรรมนอนหลับที่ไม่

เหมาะสม เช่น พยายามที่จะนอนหลับตอนกลางวัน ทดแทนการนอนที่สูญเสียไปในเวลากลางคืน ทำให้ใช้เวลานานขึ้นบนเตียงนอน ดังจะเห็นได้จากความต้องการการนอนหลับกับการนอนหลับที่หลับได้จริงมีความแตกต่างกันมากในผู้ที่นอนหลับได้ไม่ดี เปรียบเทียบกับในกลุ่มที่นอนหลับได้ดี (Morin & Gramling, 1989) การใช้เวลานอนเตียงนอนที่มากขึ้น ก่อให้เกิดเงื่อนไขของการนอนไม่หลับกับเวลานอน และห้องนอน เป็นเหตุให้การนอนไม่หลับรุนแรงขึ้นและเพิ่มความตึงเครียดทางอารมณ์และตอกย้ำความเชื่อที่ว่า การนอนไม่หลับนั้นเป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลรบกวนการนอนหลับเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

สรุป

การนอนไม่หลับมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง การเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้บุคลากรทางสุขภาพ สามารถให้การดูแลผู้มีปัญหาอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ปัจจัยหลายๆปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่สามารถส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับและพัฒนาวีธีการเพื่อการส่งเสริมการนอนหลับที่ดี และสามารถและการป้องกันการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV** (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, W. M., & Falestiny, M. (2000). Women and sleep. **Primary Care Update in Obstetrical and Gynecology**, 7(4), 131-137.
- Bearpark, H. M. (1994). Insomnia: cause, effects and treatment. In R. Cooper (Ed.), **Sleep** (pp. 587-613). London: Chapman & Hall Medical.
- Bliwise, N. G. (1992). Factors related to sleep quality in healthy elderly women. **Psychology and Aging**, 7(1), 83-88.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1992). Caffeine use as a model of acute and chronic insomnia. **Sleep**, 15(6), 526-536.
- Floyd, J. A. (1995). Another look at napping in older adults. **Geriatrics Nursing**, 16(3), 136-138.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simmonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: An epidemiologic study of three communities. **Sleep**, 18(6), 425-432.

- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?. **Journal of American Medical Association**, **262** (11), 1479-1484.
- Frisoni, G. B., De Leo, D., Rozzini, R., Bernardini, M., Buono, M. D., & Trabucchi, M. (1992). Psychic correlates of sleep symptoms in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, **7**, 891-898.
- Green, J. A. (1997). Anxiety disorder. In B. S. Johnson (Ed.). **Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth** (4th ed., pp.453-470). Philadelphia: Lippincott.
- Hauri, P. J. (1998). Insomnia. **Clinics in Chest Medicine**, **19**(1), 157-168.
- Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. **Psychosomatic Medicine**, **43** (5), 439-451.
- Kageyama, T., Kabuto, M., Nitta, H., Kurokawa, Y., Taira, K., Suzuki, S., et al. (1997). A population study on risk factors for insomnia among adult Japanese women: a possible effect of road traffic volume. **Sleep**, **20** (11), 963-971.
- Klink, M. E., Quan, S. F., Kaltenborn, W. T., & Lebowitz, M. D. (1992). Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: influence of previous complaints of insomnia. **Archives of Internal Medicine**, **152**, 1634-1637.
- Leger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socioprofessional impact of insomnia. **Sleep**, **25**(6), 625-629.
- Lader, M. (1992). Rebound insomnia and newer hypnotics. **Psychopharmacology**, **108**, 248-255.
- Lindberg, J. B., Hunter, M. L., & Kruszewski, A. Z. (1998). **Introduction to nursing: Concept issues and opportunities** (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Miller, C. A. (1999). **Nursing care of elderly adult: theory and practice** (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Morin, C. M. (1993). **Insomnia: Psychological assessment and management**. New York: The Guilford Press.
- Morin, C. M. & Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia?. **Behaviour Research and Therapy**, **40**, 741-752.

- Morin, C. M., & Gramling, S. E. (1989). Sleep patterns and aging: comparison of older adults with and without insomnia complaints. **Psychology and Aging**, **4**(3), 290–294.
- Morton, P. G. (1993). **Health assessment in nursing** (2nd ed.). St. Louis: Spring House.
- Ohayon, M. H., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population. **Journal of Psychosomatic Research**, **51**, 745–755.
- Pallesen, S., Nordhus, I., Nielsen, G., Havik, O., Kvale, G., Johnsen, H. B., & Skjotskift, S. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. **Sleep**, **24**(7), 771–779.
- Pollak, C. P. (1993). Noise. In Carskadon, M. A. (Ed.). **Encyclopedia of sleep and dreaming** (pp.412–413). New York: Macmillan Publishing Company.
- Quera-Salva, M. A., Orluc, A., Goldenberg, F., & Guilleminault, C. (1991). Insomnia and use of hypnotics: study of a French population. **Sleep**, **14**(5), 386–391.
- Riedel, B. W. (2000). Sleep hygiene. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.). **Principles and practice of sleep medicine** (3rd ed., pp.125–146). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Roehrs, T. A. (1993). Caffeine. In Carskadon, M. A. (Ed.). **Encyclopedia of sleep and dreaming** (pp.88–90). New York: Macmillan Publishing Company.
- Roehrs, T., Zorick, F. J., & Roth, T. (2000). Transient and short-term insomnias. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.). **Principles and practice of sleep medicine** (3rd ed., pp. 624–632). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Schwartz, S., Anderson, W. M., Cole, S. R., Cornoni-Huntley, J., Hays, J. C., & Blazer, D. (1999). Insomnia and heart disease: A review of epidemiologic studies. **Journal of Psychosomatic Research**, **47**(4), 313–333.
- Shaver, J. L. F., & Zenk, S. N. (2000). Sleep disturbance in menopause. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**, **9**(2), 109–118.
- Shiromanni, P. J. (1993). Nicotine. In Carskadon, M. A. (Ed.). **Encyclopedia of sleep and dreaming** (pp.404–405). New York: Macmillan Publishing Company.
- Spielman, A. J. (1986). Assessment of insomnia. **Clinical Psychology Review**, **6**, 11–25.
- Spielman, A. J., Nunes, J., & Glovinsky, P. B. (1996). Insomnia. **Neurological Clinics**, **14**(3), 513–543.
- Stepanski, E. J. (2002). Etiology of insomnia. In T. L. Lee-Chiong, M. J. Sateia, M. A. Carskadon

- (Eds.). **Sleep medicine** (pp. 161-168). Philadelphia: Hanley & Belefus.
- Tachibana, H., Izumi, T., Honda, S., & Takemoto, T. (1998). The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial workers: relationship between psychosocial stress and type of insomnia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, **52**, 397-402.
- Walsh, J. K., & Engelhardt, C. L. (1999). The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. **Sleep**, **22** (suppl. 2), s386-s393.
- Wetter, D. V., & Young, T. (1994). The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. **Preventive Medicine**, **23**, 328-334.
- Zarcone, V. P. (2000). Sleep hygiene. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.). **Principles and practice of sleep medicine** (3rd ed., pp. 657-661). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Shapiro, C. M., Devins, G. M., & Hussain, M. R. (1993). ABC of sleep disorders. Sleep problems in patients with medical illness. **Bmj**, **306**(6891), 1532-1535.