

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA AMONG ELDERLY PATIENTS  
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Mrs. Jutarat Chirapongse



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับใน
	ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
โดย	นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

จุฑารัตน์ จิราพงษ์ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA AMONG ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 175 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกายและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 138 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 3) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ 4) แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ 5) แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ 6) แบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอนเครื่องมือทุกชุดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง .86-1 ค่าความเที่ยงระหว่าง .70-.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบร้อยละ 81.2 และอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 40.6 ( $x = 17.54, \pm S.D = 8.49$ )
2. สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ ( $r=.636, .607$ ) สิ่งเร้าด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับ ( $r=.558, .572$ ) จำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับ ( $r=.243$ ) ส่วน เพศและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677166236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: INSOMNIA / DEPRESSION / PHYSIOLOGICAL AROUSAL

JUTARAT CHIRAPONGSE: SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA AMONG ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 175 pp.

The purposes of this descriptive research was to 1) examine insomnia among elderly patients with Major Depressive Disorder (MDD) and 2) the relationships between gender, physiological arousal, cognitive arousal, depression, dysfunctional beliefs and attitudes about sleep, number of physical disorders and stressful life events. A sample was 138 patients with Major Depressive Disorder, aged  $\geq 60$  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 Content Validity Index .86-1 and reliability were .70-.89. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi square , Spearman's Rank and Pearson's Correlation Coefficient.

Results :

1) Insomnia among elderly patients with MDD were 81.2% and found 40.6 % at the severity level ( $x = 17.54, \pm S.D = 8.49$ ).

2) Cognitive arousal and dysfunctional beliefs and attitudes about sleep were significant high positive correlation with insomnia among elderly patients with MDD ( $r = .636, .607$ ), physiological arousal and depression were significant moderate positive correlation ( $r = .558, .572$ ), a number of physical disorders were significant low positive correlation with insomnia among elderly patients with MDD ( $r = .243$ ) but gender and stressful life events were not significant.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความเมตตากรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ามาให้คำปรึกษา ช่วยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่ายิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความรัก ความเอื้ออาทร คอยเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจที่สำคัญในยามที่ศิษย์ท้อถอยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีระ สีนเดชาธิกร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคุณอาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อเวียง คุณแม่นิพา เลิศศิริ ที่มอบชีวิต มอบความรัก คอยเอาใจใส่ห่วงใยและเป็นกำลังใจที่สำคัญเสมอมา ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บุญยืน จิราพงษ์ ผู้เป็นแรงผลักดันสำคัญสำหรับการตัดสินใจเรียนต่อในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณจิระบุญ จิราพงษ์ ผู้เป็นสามีที่รักยิ่ง ซึ่งคอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุนและทำหน้าที่แทนอย่างดีเยี่ยมในการช่วยดูแลบุตรทั้งสอง รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักและเป็นพลังใจสำคัญและให้การสนับสนุนช่วยเหลือดูแลมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านและเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลในทุกๆด้านทั้งการสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง รวมทั้งให้กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่งเสมอมา

หากมีคุณค่าและประโยชน์ใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ตลอดจนให้ผลบุญถึงแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทุกท่านด้วยเทอญ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า.....	15
2. แนวคิดทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ.....	25
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
4. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	70
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	83
สรุปผลการวิจัย .....	86
อภิปรายผลการวิจัย .....	89
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก .....	117
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและรายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา.....	118
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ.....	120
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วม การวิจัยโดยสมัครใจ.....	124
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	130
ภาคผนวก จ เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย เอกสารการขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัย และผลการพิจารณาจริยธรรม .....	146
ภาคผนวก ฉ ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	175



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการ คลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2557.....	61
ตารางที่ 2 แสดงช่วงวันและเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มา รับบริการคลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาล .....	62
ตารางที่ 3 แสดงความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล .....	68
ตารางที่ 4 การปรับภาษาของข้อคำถามแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน.....	69
ตารางที่ 5 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล.....	70
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138).....	75
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของจำนวนโรคทางกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138).....	76
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของโรคและการเจ็บป่วยทางกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138).....	77
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (n=138) .....	78
ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n=138).....	79
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138).....	79
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยของคะแนนประสบการณ์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้า จำแนกตามรายด้าน .....	80
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละของระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (n=138).....	80
ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของ การรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน ด้านการรู้คิด และด้านร่างกาย (n=138).....	81

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ จำนวนของโรคทางกาย สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่ หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า .....	82
ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ของจำนวนโรคทางกายที่เกิดร่วมกันในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	161
ตารางที่ 17 จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย ของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ จำแนกราย ชื่อ (n=138).....	163
ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละของระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำแนกรายด้าน (n=138).....	164
ตารางที่ 19 จำนวน (ร้อยละ) ของระดับ ความเครียดในผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ (n=138).....	166
ตารางที่ 20 จำนวน (ร้อยละ) ของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นก่อนนอน จำแนกรายชื่อ (n=138) .....	167

**สารบัญภาพ**

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000).....	32
ภาพที่ 2 แสดงการเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับตามแนวคิด Integrative model ( Lundh and Broman , 2000) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	33



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพัฒนาการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่งผลให้คนไทย มีอายุยืนยาวขึ้น จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2557 ที่ผ่านมามีพบว่ามีประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 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) หากการปรับตัวรับความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุนั้นไม่ดีพอก็จะส่งผลต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจและสังคมในเขตภาคตะวันออก (เครือข่ายบริการสุขภาพ เขตบริการที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้วและปราจีนบุรี) ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่สำหรับรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมจึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ขาดแคลนผู้ดูแล อันเนื่องมาจากการย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยแรงงานเพื่อมาแสวงหางานในเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตพื้นที่นี้ยังขาดการศึกษาที่จำเพาะเจาะจง มีเพียงการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, (2552) ที่พบว่าประชากรในเขตภาคตะวันออกมีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 82.4 ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ระยองและ ตราด ในปี 2554-2556 มีสถิติของอัตราการฆ่าตัวตายติด 1 ใน 10 อันดับของประเทศมาตลอด (กรมสุขภาพจิต , 2556) ส่วนภาพรวมของประเทศพบว่าช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 25-29 ปีและจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงอายุ 60-74 ปี (Lotrakul, 2006)

จากการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อยู่ในช่วงร้อยละ 8-16 (Blazer, 2003) ประเทศเกาหลีพบร้อยละ 5.8 (Han et al., 2008) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อยู่ในช่วง ร้อยละ 3-5.9 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ, 2554) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีอาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย และมีอาการแสดงด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า บางรายมีอาการกระวนกระวายนั่งไม่ติด วิตกกังวล จิตใจหม่นหมองหดหู่ ไม่สดชื่นหมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆรอบตัว แยกตัว ซอบอยู่เงียบๆคนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นภาระต่อผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

ซึ่งอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นอาการทางกายทั่วไปที่พบบ่อย บางครั้งเป็นอาการนำของการเกิดโรคหรือเป็นอาการที่เกิดร่วม ซึ่งมีความชุก อยู่ระหว่างร้อยละ 20-45.5 (Brazier, 1995; Benca & Peterson, 2008; Pigeon et al., 2008; Kim et al., 2009 ; Lee et al., 2013) นอกจากนั้นพบว่าอาการนอนไม่หลับ ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 56.2 (Benca & Peterson, 2008) สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าน้อยมาก ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่มีความแปรปรวนตลอดเวลา ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Evers & Martin, 2002; Hoertel et al., 2013) จึงส่งผลต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่แสดงออกตลอดจนกระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลควรมีความแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แต่ในปัจจุบันมีเพียงการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ (2554) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นความชุกที่สูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามียาอาการนอนไม่หลับขณะได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้นมากกว่า 6 เดือน (Pigeon et al., 2008) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น (Reynolds et al., 2008) และเมื่อทำการรักษาในระยะยาว โดยการติดตามผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าในปีที่หนึ่ง และถ้ามีปัญหาด้านการนอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีแรกนั้นจะสัมพันธ์กับการคงอยู่ของโรคนานขึ้น หรือการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในปีที่สอง ถึง 5.2 เท่า ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร่าหากมีปัญหาด้านการนอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีแรกนั้นสามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าในปีที่สองเพิ่มขึ้นถึง 16 เท่า (Lee et al., 2013) หากปล่อยให้ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าดำเนินอยู่ต่อไปโดยไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่าง

ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวตลอดจนสังคมและประเทศชาติ ดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม พบว่าภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดลง เจ็บป่วยง่ายขึ้น ใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัว เนื่องจากการที่ต่อมไพเนียลสร้างฮอร์โมนไม่สม่ำเสมอ ความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รู้สึกไม่สดชื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น (สุรางค์ เลิศคาธาร, 2554) เพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค ความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Dombroski et al., 2008; Pigeon et al., 2008; Reynolds et al., 2008; Cho et al., 2008; Jausse et al., 2011; Troxel et al., 2012; Lee et al., 2013) ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยจะแยกตนเอง ไม่พบปะบุคคลอื่น (Karp et al., 2009) มองตนเองไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกสิ้นหวัง ไม่สนใจตนเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง (สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) ด้านสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลงเป็นสาเหตุสำคัญที่โน้มน้าวไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด (Franzen & Buysse, 2008) ผลกระทบต่อญาติและครอบครัว พบว่า ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นต้อง พึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันจากปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจในครอบครัว (อรพิน คำโต, 2554) สุดท้ายมีผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติสูญเสียทรัพยากรด้านการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ต้องเพิ่มระยะเวลาในการดูแลรักษา (ธิตินันท์ ธานีรัตน์, 2555) และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Asche et al., 2010) ดังนั้นหากมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยตรงเพื่อนำมาสู่การวางแผนพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนั้น ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับตามแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าที่ผ่านมา การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอในการสนับสนุนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรและเลือกตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอและน่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยตรงจากแนวคิด Integrative model (Lundh &

Broman , 2000) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับ (sleep- interfering) และการตีความหมายของการนอนหลับที่แตกต่างกัน (sleep-interpreting) ซึ่งสิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับคือความเชื่อของบุคคลนั้นต่อการนอนหลับเป็นปัจจัยโน้มนำของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้น เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น ไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในลักษณะที่เรียบง่าย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแล้วกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้า มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ความขัดแย้งภายในตนเองซึ่งอารมณ์ต่างๆนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคล ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา ส่วนการตีความหมายของการนอนหลับที่แตกต่างกัน คือการประเมินการรับรู้การนอนหลับที่ผิดปกติ ได้แก่การประเมินลักษณะการนอนหลับ บุคลิกภาพสมบูรณ์แบบ (perfectionist) และความเชื่อของบุคคลนั้นที่มีต่อการนอนหลับ หากบุคคลนั้นมีบุคลิกภาพตามที่กล่าวมาข้างต้นจะก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและจะส่งผลให้อาการนั้นคงอยู่เรื่อยไป นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า

- เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Kim et al., 2009)
- สิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติที่เกิดขึ้นในช่วงที่บุคคลเหล่านั้นนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Nicassio et al., 1985; Lushington, 2000; Lack et al., 2008)
- สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ซึ่งเป็นลักษณะการคิดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่กังวลกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น การคิดไปเรื่อยโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือมีนิสัยชอบวางแผนล่วงหน้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่
- ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ (Lundh, 2005)
- ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ เช่นเดียวกัน (Lundh & Broman, 2000)
- จำนวนของโรคทางกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008 ; Kim et al., 2009) หากพบโรคทางกายที่มีมากกว่า 4 โรคขึ้นไปส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับคงอยู่เพิ่มขึ้น 3.1 เท่า (Kim et al., 2009) เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาทางด้านร่างกายจะส่งเสริมให้เกิดโรคทางกายซึ่งพบได้บ่อยเช่นโรคในระบบทางเดินหายใจหลอดเลือด เบาหวานตลอดจนอาการเจ็บปวดจากโรคกระดูกและข้อต่างๆ (สุภารัตน์ ชัยอาจ, 2548)

- เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียดโดยเฉพาะเหตุการณ์เชิงลบเช่นการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Rochrs et al., 2000)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ทั้งสิ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม จากการศึกษาการประเมินผลลัพท์ การใช้ดัชนีชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าการดูแลใน 3 ลำดับแรกที่สำคัญได้แก่ การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การบริหารสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และการดูแลเรื่องยา (ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรีและสุนทร ศรีโกสย, 2557) จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของสังคมไทยยังไม่ได้รับความสำคัญและมีการศึกษาที่เพียงพอต่อการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องการได้รับการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับทั่วไป ดังนั้นในฐานะพยาบาลด้านจิตเวช จึงตระหนักถึงความสำคัญของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อนำปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับได้อย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### คำถามการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
2. เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

Lundh and Broman (2000) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ที่ผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาโดยผ่านคำบอกเล่าหรือเป็นการให้ความหมายของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับความยากลำบากในการนอน โดยบุคคลนั้นๆ บอกเล่าปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านสิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับ (sleep-interfering) และ การตีความหมายของการนอนหลับ (sleep-interpretating) สามารถอธิบายได้ดังนี้ สิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับคือ 1) สิ่งเร้าที่มากกระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย อาการต่างๆ ของบุคคลนั้น และ ด้านการรู้คิด ที่เกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือเกิดร่วมกัน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น ไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในลักษณะที่เรียบง่าย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแล้วกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้า มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ความขัดแย้งภายในตนเองซึ่งอารมณ์ต่างๆ นี้ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา 2) การตอบสนองของบุคคลที่มีความแตกต่างกันต่อสิ่งเร้าที่มารบกวนตามความเชื่อของบุคคลนั้นๆ ที่มีต่อการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยโน้มนำไปสู่อาการนอนไม่หลับที่แตกต่างกันไป ส่วนการตีความหมายของการนอนหลับ คือการให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย 1) การยอมรับระยะเวลา จำนวนชั่วโมงในการนอนของแต่ละบุคคล 2) ความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ ที่เป็นตัวกำหนดระยะเวลาในการนอน 3) ปฏิกิริยาการรู้คิดที่ตอบสนองต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการนอนหลับในแต่ละครั้ง 4) ความรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจว่าการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาดีหรือไม่ 5) การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกในช่วงเวลาระหว่างวันเช่น ความเหน็ดเหนื่อย หงุดหงิด ฉุนเฉียวหรือแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นต้น หากบุคคลนั้นมีการตีความหมายหรือการรับรู้ไม่ถูกต้องตามที่กล่าวมาข้างต้นจะก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและส่งผลให้อาการนอนไม่หลับนั้นดำเนินอยู่เรื่อยๆ ไป

จากการศึกษาแนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000) และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยพิจารณาคัดสรรตัวแปรมาศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

**เพศ** คือสิ่งที่จำแนกความแตกต่างระหว่างชายหญิงซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องสรีรวิทยา สมรรถนะ บุคลิกภาพและบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว (นิชา สมานทรัพย์, 2554) ซึ่งมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาของ Kim และคณะ (2009) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ มากกว่าเพศชาย 1.4 เท่าและมีโอกาสที่เกิดอาการนอนไม่

หลับที่เร็วกว่าเพศชาย 1.2 เท่า ดังนั้นจึงสรุปว่าเพศชายจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม

**สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย (Physiological arousal)** ตามแนวคิดของ Integrative model สิ่งเร้าทางกาย คือการตอบสนองของร่างกายและสารเคมีในสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่กำลังจะหลับ เช่นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ส่งผลให้มีการหลั่งสารอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นซึ่งจะมีความรู้สึกแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ปากแห้ง ใจสั่น มือเท้าเย็น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Nicassio et al., 1985 ; Lundh & Broman, 2000 ; Lushington, 2000 ; Lack et al., 2008) ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.34, P<.001$ ) (Isaac and Greenwood, 2011) ดังนั้นจึงสรุปว่าสิ่งเร้าทางกายน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากแนวคิดของ Integrative model

**สิ่งเร้าทางด้านความรู้คิด (cognitive arousal)** คือรูปแบบและลักษณะทางความคิดที่เกิดขึ้นก่อนที่จะนอนหลับ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์วิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปแล้วหรือยังไม่เกิด การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการเป็นคนที่มีความวิตกกังวล ขอบวางแผนล่วงหน้า ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและใช้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นในการเข้าสู่ กระบวนการนอนหลับทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา (Lundh, 2005) จากการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับ พบว่าการรู้คิดด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับ ระยะเริ่มต้นของการนอนไม่หลับ (Spiegelhalder et al., 2012) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านความรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.41, P<.001$ ) (Isaac and Greenwood, 2011) ดังนั้นจึงสรุปว่าสิ่งเร้าทางความรู้คิดน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากแนวคิดของ Integrative model

**ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** คือ การแสดงออกทางอารมณ์โดย มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการนำ มีการแสดงออกทางสีหน้าที่เป็นทุกข์ เศร้า เจ็บขม ไร้ชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงาม เป็นต้น ซึ่งอารมณ์เศร้าอาจไม่คงที่และไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา นอกจากนี้อาจมีอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว กระวนกระวาย น้อยใจง่าย รู้สึกเหนื่อยหน่ายและหมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความรู้สึกผิดหรือคิดว่าตนเองไร้ค่า การแสดงออกทางความคิดเชิงซ้ำ ซ้ำๆ และการ ตัดสินใจไม่ดี มีความคิดอยากตาย มีความคิดทางลบกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่ง ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

ร้องไห้ง่าย(สายฝน เอกวารงกุล, 2553) อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และอาจทำร้ายตนเองในที่สุด(อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) อาการทางกายที่พบบ่อยได้แก่อาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาและพบว่ามักจะเกิดร่วมกับโรคซึมเศร้าซึ่งมีลักษณะที่ใช้เวลาในการเริ่มต้นนอนนาน ตื่นกลางดึก หรือตื่นเช้ามากเกินไป หรืออาจเกิดร่วมกันส่วนผู้สูงอายุ พบว่าการควบคุมจังหวะชีวภาพและสมดุลของการนอนหลับจะลดลงส่งผลให้มีช่วงการหลับลึกที่ลดลง ทำให้ตื่นบ่อยกลางดึก ตื่นเช้ามากเกินไปหรือรู้สึกว่อนไม่พอ (สุดารัตน์ ชัยอาจและ พวงพยอม ปัญญา, 2548) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.43, P<.001$ ) (Isaac and Greenwood, 2011) ดังนั้นจึงสรุปว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม

**ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ** (Dysfunction belief and attitude about sleep) คือความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อที่เป็นลบต่ออาการนอนไม่หลับ ที่ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความคิดที่ยึดติดกับความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบของอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลาาน โดยมีความเชื่อและคิดว่า 1) ไม่สามารถควบคุมการนอนหลับด้วยตนเองได้ 2) อาการนอนไม่หลับไม่มีแนวทางในการรักษา 3) ความคาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ 4) อาการนอนไม่หลับมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยาเท่านั้น (Morin, 2007) ซึ่งการที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนหลับได้ยากขึ้น (Carney et al., 2007) จากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.325, P<.001$ ) (Ellis et al., 2007) ดังนั้นจึงสรุปว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากแนวคิดของ Integrative model ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

**จำนวนโรคทางกาย** จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาทางด้านร่างกายจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บปวดต่างๆ (Hoertel et al., 2013) ซึ่งโรคที่พบบ่อยและส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคในระบบทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยต้องลุกขึ้นมาไอหรือเหนื่อยกลางดึก หลอดเลือดสมองและหัวใจ เบาหวาน ตลอดจนอาการเจ็บปวดจากโรคกระดูกและข้อต่างๆ (สุดารัตน์ ชัยอาจ, 2548) จำนวนของโรคทางกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า นอกจากนั้นหากพบโรคทางกายที่มีมากกว่า 4 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับที่คงอยู่นาน ถึง 3.1 เท่า (Kim et al., 2009) ดังนั้นจึง

สรุปว่าจำนวนโรคทางกายน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม

**เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต**วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่างๆ ความรู้สึกสะเทือนใจเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาโดยรวมเหตุการณ์ในเชิงลบจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถูกกระตุ้นทางความคิดและอารมณ์ก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (สุดารัตน์ ชัยอาจ, 2548; Rochrs , Zorick & Roth, 2000) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าประเทศเกาหลีที่มีอาการนอนไม่หลับพบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่ต่อเนื่องเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า (Kim et al., 2009) ดังนั้นจึงสรุปว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากการแนวคิดของ Integrative model ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. สิ่งเร้าทางการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
4. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
5. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
6. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
7. จำนวนโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางร่างกาย สิ่งเร้าด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนโรคประจำตัว และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เพศชาย หญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในเครือข่ายบริการที่ 6 (เครือข่ายบริการสุขภาพ เขตบริการที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดสมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้วและปราจีนบุรี)

**ตัวแปรต้น** ได้แก่ เพศ สิ่งเร้าทางร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

**ตัวแปรตาม** ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**อาการนอนไม่หลับ** หมายถึง การรับรู้ความทุกข์ทรมานของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตของบุคคลที่เป็นการตีความหรือให้ความหมายต่อการนอนหลับและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากปัจจัยที่หลากหลายซึ่งมีอิทธิพลต่อการนอนหลับของบุคคลโดยมีอาการหลักคือ 1. นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2. การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3. การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-retrograde sleep) ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนโดยมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกัน และทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดีไม่สามารถทำงานซับซ้อนที่ต้องการตัดสินใจฉับไวได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2548) จำนวน 7 ข้อ

**เพศ** หมายถึง สถานภาพ ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง การศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเพศชายและเพศหญิง ข้อมูลนี้ได้จากการระบุไว้ในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย** หมายถึง การตอบสนองของร่างกายและสารเคมีในสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่กำลังจะหลับ เช่นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกายที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ส่งผลให้มีการหลั่งสารอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นซึ่งจะมีความรู้สึกแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ Lichstein และคณะ(1980) พบว่าความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเครื่อง Polysomnography และการตรวจวัดด้วยเครื่องมืออื่นนอกจากนั้นสามารถประเมินได้จากแบบประเมินสิ่งเร้าขณะเข้านอนด้านร่างกาย (Pre-Sleep Arousal Scale ; PSAS) โดย Nicassio และคณะ (1985) มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

**สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด** หมายถึง คือรูปแบบและลักษณะทางความคิดที่เกิดขึ้นก่อนนอนมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่นกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปแล้วหรือยังไม่เกิด การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการมีนิยายขอบวางแผนล่วงหน้า ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและมีอาการคงอยู่ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา (Lundh, 2005) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินสิ่งเร้าขณะเข้านอนด้านกรู้คิด (Pre-Sleep Arousal Scale ; PSAS) โดย Nicassio และคณะ (1985) มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ

**ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เพลิดเพลิน ท้อแท้สิ้นหวัง โดยแสดงออกทางด้านอารมณ์เศร้า ความรู้สึก ปริมาณของภาวะซึมเศร้าแบ่งตามระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง(Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ

**ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ** หมายถึง คือความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อที่เป็นลบต่ออาการนอนไม่หลับ ที่ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความคิดที่ยึดติดกับความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบของอาการนอนไม่หลับส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลานาน โดยมีความเชื่อและคิดว่า 1) ไม่สามารถควบคุมการนอนหลับด้วยตนเองได้ 2) อาการนอนไม่หลับไม่มีแนวทางในการรักษา 3) ความคาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ 4) อาการนอนไม่หลับมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยยาเท่านั้น (Morin, 2007) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale;

DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) นำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) จำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ

**เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต** หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและลำคอประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดสะเทือนใจหรือผิดหวังในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ครอบครัว เพื่อน การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่เป็นที่รัก ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้นซึ่งส่งผลต่อตนเองและบุคคลอื่นทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความคิดในด้านลบทำให้เกิดความเครียดทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล,2547) สามารถประเมินได้จากแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในชีวิตผู้สูงอายุ (The Geriatric Social Readjustment Rating Scale ; GSRRS) ของ Kanchana (2010) นำมาปรับปรุงโดย นิชา สมานทรัพย์ (2554) จำนวนข้อคำถาม 25 ข้อ

**จำนวนโรคทางกาย** หมายถึง อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือโรคที่เกิดมาก่อนซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่เรื้อรังและรับการรักษาอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคทางกายที่เกิดขึ้นและส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโดยกำหนดโรคจากการศึกษาของ Kim และคณะ (2009) จำนวน 11โรค ดังนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ปัญหาด้านการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน อาการไอต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เบาหวาน แขนหรือขาอ่อนแรงหรืออัมพาตและความผิดปกติของผิวหนัง เช่นอาการคันต่างๆ แผลกดทับหรือผู้ที่มีภาวะไหม้ที่ผิวหนังในระดับรุนแรง สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ** หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เพศชายหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกโดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในเครือข่ายบริการที่ 6

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลที่แก้ไขและป้องกันอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและลำคอเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ด้านการบริหาร เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ เพื่อขยายความรู้ให้ครอบคลุมสำหรับการบำบัดผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไปโดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง





## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องและสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 1.1 อุบัติการณ์และระบาดวิทยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
  - 1.4 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดทั่วไปเกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ
  - 2.1 สรีรวิทยาของการนอนหลับ
  - 2.2 อาการนอนไม่หลับ
    - 2.2.1 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
    - 2.2.2 ระบาดวิทยาของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
    - 2.2.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ
  - 2.3 เกณฑ์ในการจำแนกอาการนอนไม่หลับ
  - 2.4 การประเมินอาการนอนไม่หลับ
  - 2.5 การรักษาและการพยาบาลผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ
  - 2.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีผลกระทบอย่างมากในผู้สูงอายุทั้งด้านความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต และสุขภาพ (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554) เนื่องจากโรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่มีความแปรปรวน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ ความจำลดลง มีปัญหาด้านโภชนาการ น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลง การเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคเรื้อรัง (Evers & Martin, 2002; Hoertel et al., 2013) ส่งผลต่ออาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าซึ่ง การแสดงอาการเศร้าของผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะมารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บป่วยทางกายเช่น อาการปวดหลัง ปวดเข่า หรือปวดเมื่อยไปทั่วทั้งตัว นอนไม่หลับ เป็นต้น ทำให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปได้ยากหรือถูกละเลย โดยทั่วไปผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้โดยมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ และเป็นครั้งคราวไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) อาการสำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป คือนอกจากอาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในด้านลบจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลง เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด (Franzen & Buysse, 2008) ซึ่งมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันไปดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2545) ให้คำจำกัดความโรคซึมเศร้าว่ามีลักษณะที่สำคัญของโรคคือผู้ป่วยจะมีการซึมเศร้าเป็นอาการเด่นชัด ร่วมกันกับอาการอื่น เช่น เบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรงไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่าและอยากตาย

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2550) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่สะท้อนใจได้ง่าย มักจะสื่อสารด้วยคำบอกเล่าว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม จะมีอารมณ์เศร้าเกือบตลอดเวลา ไม่อยากทำอะไร นานติดต่อกันเกือบทุกวัน มากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายที่คงอยู่ต่อเนื่องระยะหนึ่ง รับประทานอาหารได้น้อยส่งผลต่อน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง สมาธิและการตัดสินใจแย่งลง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า เก็บตัวไม่พูดคุยกับใคร มีปัญหาสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง

สรุป โรคซึมเศร้าเป็นการแสดงออกของความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านลบมีอาการเด่น เช่นมีอาการเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ท้อแท้ ไม่มีความสุขกับการทำในสิ่งที่ชอบ อาจมีอาการทางกายร่วมด้วยเช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ และอาการอื่นที่เกิดขึ้น จะกระตุ้นให้อาการเพิ่มขึ้น

ระยะเวลาที่คงอยู่ของอาการเหล่านี้มากกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวังจนบางครั้งมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง

### 1.1 อุบัติการณ์และระบาดวิทยาของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ข้อมูลการศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านคำจำกัดความของโรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า กลุ่มประชากรที่ศึกษา รวมถึงเครื่องมือที่ใช้การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปีขึ้นไป) จะอยู่ในช่วงร้อยละ 1-5 ส่วนความชุกที่มีผลต่อทางคลินิกจะอยู่ในช่วงร้อยละ 8-16 (Blazer, 2003; Hoertel et al., 2013) การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ามีความชุกในชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 17.5 - 82.3 (ณททัย วงศ์ปการัญย์, 2551) ส่วนสรยุทธ วาสิกนานนท์ (2547) พบความชุกโดยเฉลี่ยของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 20 - 40 ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาซึ่ง เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) ได้ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire พบว่ามีค่าความชุกโดยรวม ร้อยละ 5.9 ส่วนเพศชายมีค่าความชุก ร้อยละ 7.0 และเพศหญิงมีค่าความชุก ร้อยละ 5.2

1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

#### 1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่น ๆ

ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในครอบครัว (family studies) ซึ่งพบว่า ยังมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากเท่าใด ก็ยิ่งเพิ่มโอกาสที่บุตรจะป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น เช่น หากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 10 - 25 แต่หากบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทั้งคู่ โอกาสป่วยของบุตรจะสูงขึ้นถึง 2 เท่า (Sadock & Sadock, 2007)

จากการสรุปของ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่าความผิดปกติของระบบประสาท (neurotransmitters) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความผิดปกติของสารไปโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) โดยมีการลดลงของสารเหล่านี้ ได้แก่ norepinephrine และ serotonin รวมถึง dopamine โดยพบความผิดปกติของปริมาณเมทาโบไลต์ของสารเหล่านี้ เช่น 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) homovanilic acid (HVA) 3-methoxy-4-

hydroxyphenyl-glycol (MHPG) ทั้งในเลือด ในปัสสาวะ และในน้ำไขสันหลัง และพบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย (suicide) จะพบว่ามีปริมาณของเมทาโบไลต์ของ serotonin ในน้ำไขสันหลังในระดับต่ำ

ความผิดปกติของระบบประสาทฮอโมน(neuroendocrine dysregulation) มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ดังนี้ ความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติของระบบสารไอโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) ด้วย ซึ่งจะพบว่า HPA axis จะทำงานเพิ่มขึ้น (elevated HPA activity) ในภาวะที่มีความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) และในภาวะซึมเศร้า (depression) ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของฮอโมนต่าง ๆ ได้แก่ adrenal axis ซึ่งจะพบการเพิ่มการผลิตสาร steroid โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 50 – 60 มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นมากเกินปกติ (hypersecretion of cortisol) (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2553)

### 1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors)

1.2.2.1 ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (inadequate mothering) ดังนี้ (Silber,1989; Gabbard, 2000; Akiskal,2005;Markowitz & Milroc , 2005)

Sigmund Freud และ Karl Abraham อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลที่สูญเสียนั้นจะซึมซับเอาผู้ที่เสียชีวิตเก็บไว้ในตัวเอง ความรู้สึกโกรธที่หันเข้าหาตนเองนั้นก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้น(พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2553)

นอกจากนั้นรวมถึง บุคลิกภาพที่ผิดปกติ (personality disorder) ได้แก่ บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder) บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder)ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้าวร่วมด้วย(พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย,2553)

1.2.2.2 ปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นกันโดยพบว่า ความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (distortion of cognition or thinking) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า Aaron Beck (1979) อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่า

ตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาไรต์เอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและความล้มเหลว (พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553)

1.2.2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำ ๆ (repeated failures and disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก (feelings of helplessness and hopelessness) จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, 1995) และยังพบว่าพฤติกรรมเช่น การย่ำคิดถึงเรื่องเดิม ๆ เป็นเวลานาน ๆ ทำให้บุคคลนั้น ๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องไปอีกหรือเป็นมากขึ้น (World Health Organization Collaborating Centre, 2001)

1.2.2.4 ปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมเป็นตัวกระตุ้นได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (any life changes) ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย (Kendler et al., 1995) ปัญหาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน (Weissman et al., 2000) ซึ่ง พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย ได้สรุปไว้ดังนี้

1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึง การขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึง การแยกตัวทางสังคม (social isolation)

ปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดและคงอยู่ของ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หากผู้ป่วยสามารถจัดการและผ่านพ้นปัญหา อาการของโรคซึมเศร้าใน ผู้ป่วยสูงอายุจะดีขึ้น

### 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะพบว่าความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงอย่างชัดเจน (markedly diminished interest or pleasure) มักใช้เวลา นานกว่าที่ควร เนื่องมาจากเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญ ส่งผลต่อผู้ป่วยสูงอายุทำให้เบื่อหน่าย ไม่อยากทำ อะไรจนรู้สึกว่าคุณเองเหมือนคนขี้เกียจ ความอยากอาหารลดลง หรือเพิ่มขึ้นกว่าปกติส่งผลต่อ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ในบางรายอาจพบว่า มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้ามักจะบอกถึงอาการทางร่างกาย (somatic complaints) ที่เกิดร่วมด้วยหลายอย่าง เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้นมีอาการ ของโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างจากวัยอื่นแต่จะพบว่าผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกของกลุ่มอาการ ทางด้านความคิดเช่นมีความรู้สึกว่าคุณเองไร้ค่า ลึกลับหวัง ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ (functioning impairment) แยกตัว และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นภายในครอบครัวลดลง นอนไม่หลับ โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening or terminal insomnia) หรือการตื่นกลางดึกหลายครั้ง (multiple awakenings at night)หรือนอนมากเกินไป สมาธิและ ความจำบกพร่อง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจึงมีอาการรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ(สมภพ เรืองตระกูล,2547; อรพิน คำโต,2554; นิษา สมานทรัพย์,2554; Abe et al., 2012)

#### 1.3.1 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์การจำแนกภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทาง พฤติกรรมและทางจิต ครั้ง 10 ( International Classification of Disease[ICD 10]) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับดังนี้

1.3.1.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สด ชื่นแจ่มใส เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้ บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งไม่มีสาเหตุ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1.3.1.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าใน ระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ การแสดงออกด้านต่างๆมี ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ไม่สดชื่น หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่างๆ มีความรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

2) ด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในด้านต่างๆ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากบางครั้งไม่พูดเลย

4) ด้านจิตใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

1.3.1.3 ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แสบจะไม่มีความเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆ ในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจมุดลูกมุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างช้าๆ เจ็บ ซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

สรุป ระดับภาวะซึมเศร้าเป็นการบอกความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติ ซึ่งเกิดจากสารสื่อประสาทมีการทำงานที่ลดลง ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ การใช้ความคิดและสติปัญญาในการตัดสินใจ และความสนใจต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การให้ความหมายและการแปลความไปในทางลบเพิ่มขึ้น มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงรวมถึงความผิดปกติด้านร่างกายที่เกิดขึ้น แรงจูงใจลดลง สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

1.3.2 การประเมินอาการซึมเศร้าประเภทที่ 1 แบบอาการซึมเศร้าโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scale)

1.1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 โดยมีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์และคณะ, 2544) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมามีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อวัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton, 1967, 1969, 1980) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ โดยจำนวนข้อและการรวมคะแนนเช่นเดิม แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0 - 7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 - 12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 - 29 คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

1.2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบอร์ก (Montgomery & Asberg, 1979 อ้างในรณชัย คงสกัลล์และคณะ, 2539) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนน หมายถึง ปกติ 15 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง และ 44 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรงมาก แบบวัดมีค่า internal consistency .95 (Galinowski & Lehert, 1995 อ้างในรณชัย คงสกัลล์และคณะ, 2539) แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกัลล์และคณะ ในปี พ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและค่าคะแนนเช่นเดิม มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 ถือได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีความไว และความเที่ยงตรงสูงต่ออาการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบ



กับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล(รณชัย คงสกลร์ และคณะ , 2546)

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง (self – report) ซึ่งนิยมนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้

2.1) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีหา , 2536)

2.2) Thai Geriatric Depression Scale ชื่อย่อว่า TGDS หรือแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปีพ.ศ. 2537 โดยกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองเครื่องมือนี้มีรากฐานจาก Yasavage et al., (1978)ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย อรรพรรณ ลีทองอินทร์ (2533) การแปลผล 0-12 คะแนน หมายถึงปกติ 13-18 คะแนนหมายถึงมีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง 15-30 คะแนน หมายถึงมีความเศร้ารุนแรง เครื่องมือนี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศพบว่ามีค่าความคงที่ภายใน เท่ากับ 0.93 (นุสรา นามเดช, 2539) อ่างใน สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2543) แบบประเมินนี้เหมาะที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคและภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)มีความเหมาะสมและความสอดคล้องในการนำมาใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

**1.4 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า** มาโนช หล่อตระกูล และคณะ(2548) ได้จำแนกรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

1) การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในรายที่มีอาการมาก เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก นอนไม่หลับหรือหลับยาก กระวนกระวายมาก ไม่ทานอาหาร หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ ให้รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง

## 2) การรักษาด้วยยา การรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินของโรค

2.1) การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เป็นการรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาพบขณะมีอาการไปจนถึงหายจากอาการ คือ เข้าสู่ระยะ emission ยาหลักที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาแก้อิมเม็สตราในระยะนี้ยาแก้อิมเม็สตราได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 70-80

2.2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (continuation treatment) เป็นการให้การรักษาต่ออีกประมาณ 3-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ recover ทั้งนี้พบว่าหากหยุดยาการรักษาก่อนนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

2.3) การป้องกันระยะยาว (prophylactic treatment) การให้ยาเพื่อป้องกันจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด recurrence สูง

## 3) จิตบำบัด

3.1) Cognitive-behavior therapy เชื่อว่าอาการของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการมีแนวคิดที่ไม่ตามความเป็นจริง การรักษามุ่งแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้นรวมถึงการปรับพฤติกรรม ใช้ทักษะใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคตและสิ่งแวดล้อมมากกว่าวัยอื่นๆเนื่องจากปัจจัยต่างๆมักใช้ได้ดี

3.2) Interpersonal therapy เป็นการรักษาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น มุ่งให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและผู้อื่นที่ดีขึ้น ไม่เน้นถึงความขัดแย้งในจิตใจ สำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าผู้สูงอายุปัญหาการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว สังคมเป็นปัญหาหลัก ปัญหาหนึ่งการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว

3.3) Behavior therapy มีผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้า โดยเฟอร์สเตอร์ และอธิบายว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การพลาจากการเสียชีวิตของผู้เป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงของสถานะความเป็นอยู่ เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็น สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และการขาดทักษะทางสังคมทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับแรงเสริมจากสังคมยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีหลักการว่าเมื่อพฤติกรรมเปลี่ยนอารมณ์และความคิดจะเปลี่ยนตามไปด้วย พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นการเสริมแรงด้านบวก และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบ การประสบเหตุการณ์ที่ดีจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

### 1.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าควรเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติพยาบาลตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยครอบคลุมการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า หรือยา

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของยา และการพยาบาลที่คำนึงถึงสภาพจิตสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน เชาวน์ ล่องซุผล, 2547) แบ่งเป็น 3 ประการ ดังนี้

**ประการแรก** ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้ได้รับความปลอดภัยและความสุขสบาย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ควรให้การดูแล ดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมบรรยากาศให้ปลอดภัยไม่ควรวาง ของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ที่อาจนำไปเป็นอาวุธที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง และ ไม่ควรสะสมยาที่เหลือใช้ในการรักษาโรคประจำตัวเพื่อป้องกันการรับประทานยาเกินขนาด

2) ดูแลให้ได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

3) ดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และติดตามอาการข้างเคียงของยา หากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนร่วมด้วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการช็อตไฟฟ้า กรณีที่มีการผูกยึด ควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการและปลดเครื่องผูกยึดบ่อยๆ เพราะการผูกยึดอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

4) ลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ด้วยการดูแลสุขภาพด้านร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีโรคประจำตัวร่วมด้วยดังนั้นควรให้การรักษาควบคู่ไปกับอาการซึมเศร้า

5) สอบถามกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยตรงเกี่ยวกับความคิดเรื่องการทำร้ายตนเอง เพื่อหาแนวทางป้องกันผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการทำร้ายตนเอง

**ประการที่สอง** ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว ควรให้การพยาบาลดังนี้

1) ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดย

1.1) ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า รับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ ยังมีผู้ที่ห่วงใยในตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ

ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรเสริมแรงให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและทำทางที่แสดงต่อผู้ป่วย ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

1.2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก

1.3) รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เช่นอารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ เพราะผู้ป่วยจะไวต่อการถูกปฏิเสธหรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งผู้ป่วยพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.4) ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง ได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

1.5) กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน หรือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้ป่วยได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัดหรือ มีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

## 2. แนวคิดทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

การนอนหลับ หมายถึง สภาวะที่ไม่รับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนสอดคล้องกับจังหวะการทำงานและการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งความต้องการการนอนหลับของแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากันเนื่องจากมนุษย์มีวงจรการนอนหลับหมุนเวียนเป็นวงจรในรอบ 24 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับความมืด ความสว่าง และ อุณหภูมิของร่างกายที่ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทในสมอง โดยระยะเวลาของการนอนหลับจะแตกต่างกันตามวัยหรือช่วงอายุของบุคคลและลดน้อยลงตามวัยของอายุที่เพิ่มขึ้น สำหรับผู้สูงอายุมีความต้องการการนอนหลับประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวัน (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2558)

### 2.1 สรีรวิทยาของการนอนหลับ

จากการศึกษาของ นันทิวัน แซ่ซื่อ (2551) อธิบายว่าสรีรวิทยาของการนอนหลับเป็นวงจรที่มีความซับซ้อนประกอบด้วยการทำงานส่วนเมดูลลา (medulla) พอนส์(pons) และสมองส่วนกลาง (midbrain) รวมถึงบริเวณก้านสมองที่มีแขนงของเซลล์ประสาทที่เรียกว่า reticular

formation อยู่บริเวณสมองส่วนกลาง ทำหน้าที่กระตุ้นให้สมองมีการทำงานรวมทั้งควบคุมวงจรหลับ - ตื่นซึ่งเกิดขึ้นภายในร่างกายมีทางเดินติดต่อโดยตรงระหว่างเรตินาและไฮโปธาลามัส เรียกว่า retinohypothalamic pathway วงจรการนอนหลับของคนเราจะถูกควบคุมโดยนาฬิกาชีวภาพ (biological clock) ของร่างกาย คือ suprachiasmatic nucleus: SCN มีตำแหน่งอยู่เหนือ optic chiasma ทั้งสองข้างเพื่อควบคุมวงจรการหลับตื่นซึ่งสอดคล้องกับความสว่างและความมืดตลอด 24 ชั่วโมง ดังนี้

เมื่อแสงกระทบจอรับภาพในจอตา(retina)จะส่งสัญญาณผ่านเส้นประสาทไปยัง suprachiasmatic nucleus และส่งต่อไปยังสมองส่วนต่างๆรวมถึง superior cervical ganglion ไปยังต่อมไพเนียล (pineal gland) ทำให้เกิดการยับยั้งการหลั่งของเมลาโทนิน (melatonin) เมื่อเข้าสู่ความมืดร่างกายจะเกิดการหลั่งสารเมลาโทนินเพิ่มขึ้นจึงทำให้คนเรามีอาการง่วงนอน

นอกจากนี้วงจรการหลับ - ตื่น ยังมีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบ reticular activating system (RAS) ที่อยู่ในก้านสมอง (brainstem reticular formation) โดยการทำงานของระบบ RAS ยังเกี่ยวข้องกับระดับของสารเคมีในร่างกาย 3 ชนิดได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งพบว่าสารเคมีทั้ง 3 ชนิดจะทำงานแตกต่างกันตามวงจรการหลับ - ตื่น โดยพบว่าขณะที่มีการตื่นนอนจะมีการเพิ่มขึ้นของซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และอะซิติลโคลีน (acetylcholine) และจะลดลงในช่วงของการหลับ โดยเฉพาะระยะที่มีการกลอกตอย่ารวดเร็ว (rapid eye movement sleep: REM) (Garcia, 2002) ซึ่งวงจรการนอนหลับประกอบด้วย

1)ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตอย่ารวดเร็ว (Non Rapid Eye Movement sleep [NREM]) จากการศึกษาของ Morton (1993) แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การนอนหลับจะเป็นแบบหลับๆตื่นๆแบบเคลิ้มหลับ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย อัตราการหายใจช้าลง บางครั้งพบว่าการหายใจไม่สม่ำเสมอ ถูกปลุกตื่นได้ง่าย หากตื่นในระยะนี้จะเหมือนว่านอนไม่หลับ คลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (Alpha wave) เป็นคลื่นเบตา (Beta wave) และคลื่นเธตา (Theta wave) ใช้เวลานาน 1-7 นาที

ระยะที่ 2 พบว่าร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น จะตรวจพบคลื่นสปินเดิล (Spindle) และคลื่น เคคอมเพล็กซ์ (K-complex) ซึ่งทั้งสองชนิดจะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีการหลับจริง ระยะที่ 3 เป็นระยะที่หลับสนิท มักจะเกิดภายหลังการนอนประมาณ 30-45 นาที ปลุกตื่นยาก คลื่นสมองช้าและมีขนาดใหญ่ขึ้น คลื่นที่พบในระยะนี้คือ คลื่นเดลต้า (Delta wave)

ระยะที่ 3 นี้กล้ามเนื้อจะคลายตัวมากขึ้น ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเผาผลาญอยู่ในระดับต่ำ พบประมาณร้อยละ 10-20 ของระยะการนอนทั้งหมด

ระยะที่ 4 คือระยะหลับลึกที่สุดเป็นการบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับในคืนนั้นๆ จะพบคลื่นเดลต้า (Delta wave) เป็นส่วนใหญ่ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง ร้อยละ 20-50 จากขณะตื่น นอกจากนั้นยังมีการหลั่ง Growth hormone และฮอร์โมนตัวอื่นๆซึ่งจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและสร้างภูมิคุ้มกันโรค

2) ระยะการนอนหลับ ที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement sleep [REM ]) ส่วนใหญ่จะเรียกการนอนหลับในระยะนี้ว่า Paradoxical sleep เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในบางส่วนในขณะที่ร่างกายของคนเราหลับสนิท ซึ่งระยะนี้จะเกิดภายหลังหลับแล้วประมาณ 90-100 นาที ปลูกตื่นยากกว่าในระยะ NREM ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ระบบประสาทซิมพาเทติก จะหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ระดับความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น การนอนในระยะนี้มีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำและการรับรู้

## 2.2 อาการนอนไม่หลับ

Morin (1993) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ คือการรับรู้ในขณะที่เข้านอนประกอบด้วยอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้คือนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน(difficulty initiating sleep)การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก(difficulty maintaining sleep)การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening)หรือ การตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม(non-retrotrative sleep)และอาการนอนไม่หลับจะส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าร่วมด้วย

Buysse et al., (2008) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับคือการหลับที่ต้องใช้ระยะเวลาในการเริ่มเข้านอน ตื่นบ่อยๆกลางดึก คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีช่วงการนอนหลับลึกในระยะสั้นๆ

สุตารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพะยอม ปัญญา(2548) กล่าวว่า การมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกันระหว่างนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน(difficulty initiating sleep)การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก(difficulty maintaining sleep)การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening)หรือ การตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม(non-retrotrative sleep)

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2539) ได้ให้ความหมายว่าการนอนไม่หลับ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกว่านอนไม่เพียงพอ กลางวันง่วงนอนหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

สรยุทธ วาสิกนันทน์ (2543) ให้ความหมายว่าอาการนอนไม่หลับคือการนอนหลับยาก การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง หรือการนอนหลับไม่เพียงพอซึ่งระยะเวลาของอาการอาจเป็นเพียงการนอนไม่หลับชั่วคราว การนอนไม่หลับระยะสั้น หรือ การนอนไม่หลับระยะยาวเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วไปและพบมากขึ้นตามอายุ

สุรางค์ เลิศชาธาร(2554) ให้ความหมายอาการนอนไม่หลับคือ การที่มีความลำบากในการเริ่มหลับ หรือคงการนอนหลับให้ต่อเนื่องได้ตลอดคืน หรือการนอนหลับที่ไม่รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนตอนเช้า (non refreshing, on restorative) มีผลทำให้เกิดอาการในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอน อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี ความสามารถในการคิดตัดสินใจลดลง

สรุป อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ความทุกข์ทรมานของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางจิตของบุคคลที่เป็นการตีความหรือให้ความหมายต่อการนอนหลับและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากปัจจัยที่หลากหลายซึ่งมีอิทธิพลต่อการนอนหลับของบุคคลโดยมีอาการหลัก คือ 1.นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) 2.การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) 3.การตื่นเร็วกว่าปกติ(early morning awakening) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-retrotrative sleep) ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนโดยมีอาการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการร่วมกัน และทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดีไม่สามารถทำงานซับซ้อนที่ต้องการตัดสินใจฉับไวได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

### 2.2.1 อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าวร่วมด้วย โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อการรักษาและการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (Pigeon et al., 2008 ; Dew & Reynolds, 1997; Dombroski et al., 2008 ; Nierenberg, 2010)

อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีลักษณะดังนี้ ส่วนใหญ่จะมีรูปแบบการตื่นเร็วกว่าปกติ (terminal insomnia) หรือตื่นเชากว่าปกติ (early morning awakening) ในขณะที่วัยรุ่นโรคซึมเศร้านอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน(difficulty falling asleep)(Prinz et al.,1990) จากผลการตรวจด้วย Polysomnographic พบว่าคลื่นสมองของ delta

wave รวมทั้งความหนาแน่นมีการลดลงอย่างมากในช่วงแรกของการนอนในระยะเวลา NREM (Prinz et al.,1990; Buysse et al.,1999) รวมทั้งการสั้นลงของ rapid eye movement (REM) latency (shortened REM latency) ช่วง rapid eye movement (REM) period แรกที่ยาวขึ้น (longer first REM period) และความผิดปกติของวงจรการนอนและการตื่น (abnormal regulation of sleep-wake cycle) ซึ่งสอดคล้องกันจากหลายการศึกษาที่พบว่าความผิดปกติของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ มีความเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับคล้ายกับที่เกิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งไม่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น(พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553;Lustberg & Reynolds, 2000)

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดอาการนอนไม่หลับ (พิชญา กุศลรักษ์ , ปรรธนา สวัสดิสุธา และ อัมพร โรจนสกุล,2554) ได้อธิบายว่าความกังวลและคิดหมกมุ่นเรื่องความเครียดในชีวิต ไปรบกวนการนอนทำให้ เกิดอาการนอนไม่หลับขึ้นก่อน ต่อมาบุคคลนั้นจึงเกิดความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการนอนและ ผลกระทบในช่วงกลางวัน ที่มาจากการนอนไม่หลับมาแทนที่ความกังวลเรื่องความเครียดในชีวิต

ส่วนทางด้านร่างกายนั้นแสดงให้เห็นว่ามีภาวะ hypermetabolism  
ดังนี้

1. อัตราการเต้นของหัวใจโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และ variability ในแต่ละ stage ของ sleep ลดลง
2. Oxygen consumption (VO<sub>2</sub>) เพิ่มขึ้น
3. Neuroendocrine system พบว่ามี chronic activation ของ stress response system โดยมีการเพิ่มขึ้นของ ระดับ 24-hour urinary free cortisol (ซึ่งพบว่า ระดับ 24-hour urinary free cortisol สัมพันธ์กับ total wake time และระดับของ urinary catecholamines สัมพันธ์กับ stage 1 sleep percentage และ wake time after sleep onset) แสดงถึงการทำงานที่เพิ่มขึ้นของ HPA axis ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาของ insomnia
4. PET scan พบว่ามี cerebral glucose metabolism เพิ่มขึ้นในช่วง ตื่นนอนและ NREM sleep และในบริเวณ สมองที่กระตุ้นการตื่น มีการลดลงของ metabolism เพียงเล็กน้อยในช่วง NREM เทียบกับตอนตื่นนอน ซึ่งทั้งหมดนี้แสดงถึง interaction ของ neural network ทั้ง general arousal system, emotion-regulating system และ cognitive system ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนไม่หลับ

### 2.2.2 ระบาดวิทยาของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าอาการนอนไม่หลับ เป็น ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบช่วงความชุกร้อยละ 20-45.5 (Brazier,1995; Bencă & Peterson, 2008; Pigeon et al. 2008; Kim et al.,2009 ; Lee et al., 2013) อาการนอนไม่



หลับที่เกิดอย่างต่อเนื่องมีความชุก ร้อยละ 30.3 (Lee et al., 2013) และในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการกลับเป็นซ้ำพบว่ามีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 56.2 (Benca & Peterson, 2008) สำหรับในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงเรื่องนี้น้อยมาก มีเพียงการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ (2554) ที่ศึกษาความชุกชนิดจุดเวลาของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีอาการนอนไม่หลับมากกว่า ร้อยละ 60

### 2.2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

แนวคิดหรือทฤษฎีที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในการศึกษาอาการนอนไม่หลับได้แก่

แนวคิดของสปีลแมน (Spelman, 1986) อาการนอนไม่หลับเป็นผลจากปัจจัยต่างๆรวมกัน 3 ประการคือ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) สามารถอธิบายจากการสรุปของสตาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา (2548) ได้ดังนี้

1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้ความทนทาน (threshold) ต่ออาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งมักจะเป็นปัจจัยที่มาจากตัวบุคคลนั้นๆ โดยพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะถูกกระตุ้นได้ง่ายทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืน มีบุคลิกแบบย้ำคิดย้ำทำ จึงมีความวิตกกังวลได้ง่าย รวมถึงลักษณะส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในปัจจัยนี้ (Morin, 1993)

2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (acute insomnia) ในกรณีเช่นนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับนั้นจะเกิดพร้อมๆกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นการสูญเสียคนที่รัก การเกษียณอายุหรือการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมขณะนอนหลับเช่น แสงสว่าง เสียงที่รบกวนการนอน ลักษณะของเพื่อนร่วมเตียง ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับได้ทั้งสิ้น

3) ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับนั้นเป็นอยู่นานขึ้นหรือเรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลง บุคคลจะสามารถกลับมาอนหลับได้ตามปกติ แต่สำหรับบางคนถึงปัจจัยเหล่านี้จะหายไปแล้ว บุคคลนั้นก็ยังไม่สามารถที่จะนอนได้ตามเดิมเนื่องมาจากปัจจัยคงอยู่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดเนื่องมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้น ซึ่งได้แก่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่นการใช้เวลาบนเตียงสำหรับทำกิจกรรมอื่น คิดถึงปัญหาต่างๆขณะเข้านอน รวมไปถึงการดำเนินชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่นการดื่มกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับเป็นประจำ และการงีบหลับในเวลากลางวัน เป็นต้น

รวมทั้ง ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับก็ถือว่าเป็นผลกระทบด้านลบ ที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับให้ดำเนินต่อไป

แนวคิด Integrative model โดยLundh and Broman(2000) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นการรับรู้ของบุคคลนั้นๆที่ผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาโดยผ่านคำบอกเล่าหรือเป็นการให้ความหมายของผู้ป่วยเองเกี่ยวกับความยากลำบากในการนอน โดยบุคคลนั้นๆบอกเล่าปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านสิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับ(sleep-interfering) และ การตีความหมายของการนอนหลับ(sleep-interpretng) สามารถอธิบายได้ดังนี้ สิ่งเร้าที่รบกวนการนอนหลับคือ

1) สิ่งเร้าที่มากระตุ้นและรบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย อารมณ์ต่างๆของบุคคลนั้น และ ด้านการรู้คิด ที่เกิดเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งหรือเกิดร่วมกัน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น ไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในลักษณะที่เรียบง่าย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตแล้วกลับคืนสู่สภาพปกติได้ช้า มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์ความขัดแย้งภายในตนเองซึ่งอารมณ์ต่างๆนี้ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา

2) การตอบสนองของบุคคลที่มีความแตกต่างกันต่อสิ่งเร้าที่มารบกวนตามความเชื่อของบุคคลนั้นๆที่มีต่อการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยโน้มนำไปสู่อาการนอนไม่หลับที่แตกต่างกันไป ส่วนการตีความหมายของการนอนหลับ คือการให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย

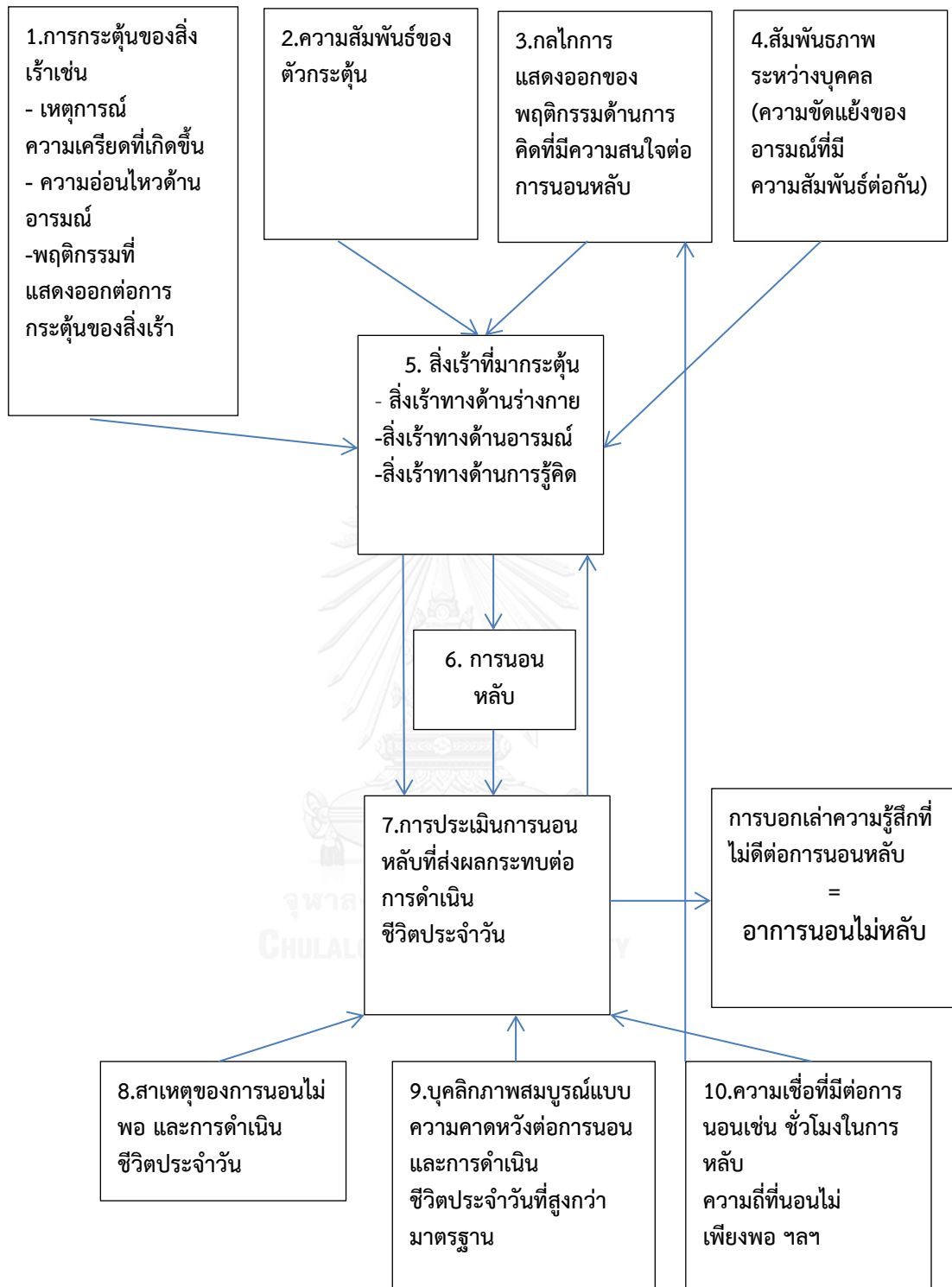
1) การยอมรับระยะเวลา จำนวนชั่วโมงในการนอนของแต่ละบุคคล

2) ความคาดหวังของบุคคลนั้นๆที่เป็นตัวกำหนดระยะเวลาในการนอน

3) ปฏิบัติการรู้คิดที่ตอบสนองต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของการนอนหลับในแต่ละครั้ง

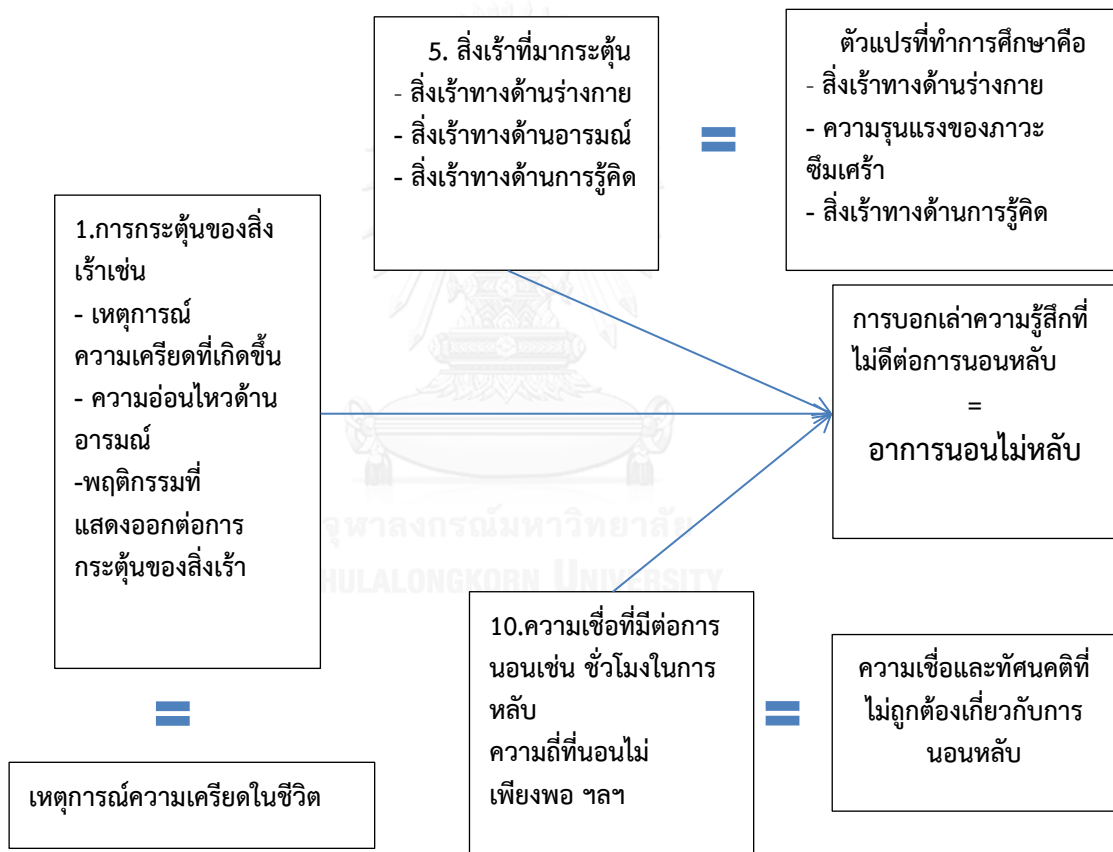
4) ความรู้สึกของบุคคลที่ตัดสินใจว่าการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาดีหรือไม่

5) การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกในช่วงเวลาระหว่างวัน เช่น ความเหน็ดเหนื่อย หงุดหงิด ฉุนเฉียวหรือแยกตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เป็นต้น หากบุคคลนั้นมีการตีความหมายหรือการรับรู้ไม่ถูกต้องตามที่กล่าวมาข้างต้นจะก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและส่งผลให้อาการนอนไม่หลับนั้นดำเนินอยู่เรื่อยไปดังแสดงในรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000)

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้องและมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอในการศึกษาโดยนำตัวแปรบางส่วนมาจากแนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000) จะพบว่าในกล่องที่ 5 นั้นมีสิ่งเร้าอยู่ทั้งหมด 3 ด้าน แต่จากแนวคิดนี้พบว่าสิ่งเร้าทางด้านอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล อารมณ์หดหู่เศร้าหมอง ฯลฯ ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลนั้นมีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้าทางการรู้คิดอย่างใกล้ชิดจึงลดความซับซ้อนของตัวแปรนี้ออกไป โดยคงไว้เพียงความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เนื่องจากทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล และตัวแปรที่เลือกมาศึกษาเพิ่มคือ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอให้ทำการศึกษาเพิ่มเติม ดังแสดงในรูปภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงการเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับตามแนวคิด Integrative model (Lundh and Broman, 2000) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย

## 2.3 เกณฑ์ในการจำแนกอาการนอนไม่หลับ

### 2.3.1 จำแนกตามระยะเวลา มีการจำแนกหลายลักษณะ ได้แก่

2.3.1.1 National Institute of Mental Health (1984) ได้จำแนกดังนี้

1) นอนไม่หลับเป็นครั้งคราว (transient insomnia) มีอาการนอนไม่หลับไม่เกิน 2-3 วัน พบในคนปกติที่มีความเครียดฉับพลัน เช่น เปลี่ยนเวลานอนทันทีหรือการเดินทางข้ามเส้นแบ่งเวลาโลก (time zone) ส่งผลให้เกิดภาวะ jet lag ต้องพบในที่สาธารณะในวันรุ่งขึ้นถ้าร่างกายมีการปรับตัวที่ดีอาการนอนไม่หลับจะหายไป(สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2546)

2) นอนไม่หลับช่วงสั้นๆ (short-term or short-lasting insomnia) มีอาการนอนไม่หลับเป็นเวลาติดต่อกัน 1-3 สัปดาห์ มักสัมพันธ์กับความเครียดในครอบครัว การทำงาน ความกังวลต่อการเจ็บป่วยทางร่างกายที่รุนแรง การผ่าตัดต่างๆ

3) นอนไม่หลับเรื้อรัง (long-term, chronic insomnia) มีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันนานกว่า 3 สัปดาห์ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นโรคทางจิตเวช เป็นโรควิตกกังวล ซึมเศร้า โรควิต หรือติดเหล้า ติดสารเสพติด มีโรคทางกายที่เรื้อรัง โรคทางการนอนหลับ เช่น Sleep apnea , Periodic limb movement (PLMD), Obstructive sleep apnea , Circadian rhythm disorder และ Primary insomnia

2.3.1.2 International Classification of Sleep Disorders (ICSD) (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550) จำแนกดังนี้

1) Inadequate Sleep Hygiene เป็นอาการนอนไม่หลับเนื่องจากกิจวัตรที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับที่ดี มีภาวะตื่นตัวในเวลากลางวันมีพฤติกรรมหลายอย่างที่ขัดขวางการนอนโดยเพิ่มการตื่นตัวของระบบประสาทในช่วงเวลาใกล้นอนหรือเปลี่ยนแปลงจังหวะชีวิต(Circadian rhythm) เช่นการออกกำลังกายอย่างหนัก รับประทานอาหารอิมมากเกินไป รับประทานอาหารหรือมีเรื่องเครียดก่อนนอน

2) Primary Insomnia or Psychophysiological Insomnia (ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV) การนอนไม่หลับจากภาวะตื่นตัวซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับการพยายามที่จะนอนหลับเช่นเตียงและห้องนอนเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับ จึงเรียกอีกอย่างว่า conditioned insomnia ภาวะนี้มักมีสาเหตุอื่นร่วมเช่นความเครียด ความวิตกกังวล การใชยานอนหลับ อาการขาดยา และ delay sleep phase syndrome ซึ่งจะแตกต่างจากโรคทางจิตเวชคือการปรับตัวในการดำเนินชีวิตเวลากลางวันเป็นปกติ เพียงแค่แสดงอาการอ่อนเพลียร่วมกับลักษณะอื่นๆ

2.1) มีความวิตกกังวลอย่างมากที่นอนไม่หลับ

2.2) ใช้ความพยายามอย่างมากในการนอน

- 2.3) มีการครุ่นคิดไปต่างๆนาๆขณะที่จะนอนให้หลับ
- 2.4) มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น
- 2.5) มีอาการทางกายเนื่องจากภาวะวิตกกังวล
- 2.6) นอนหลับได้ดีขึ้นในที่อื่น
- 2.7) นอนหลับได้ถ้าไม่ตั้งใจหรือพยายามเช่น ขณะดูโทรทัศน์

3) Sleep State Misperception ผู้ป่วยจะบอกว่ามีอาการหลับยาก และหลับไม่ได้นานซึ่งเกิดจากการสูญเสียการรู้ตัวเมื่อเริ่มต้นนอนหลับร่วมกับกระบวนการภายในจิตใจ และทางชีวภาพไม่มีความสอดคล้องกัน มักจะเกิดภายหลังมีภาวะวิตกกังวลสูงสามารถแก้ไขด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับเป็นต้น

4) Idiopathic Insomnia จะพบว่ามีอาการเริ่มต้นตั้งแต่วัยน้อยๆและมีอาการต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่ทราบสาเหตุที่เกิดขึ้นแต่มีการสันนิษฐานว่าเกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีใน brainstem reticular formation มีความบกพร่องของการควบคุม sleep generator ใน brainstem เช่น raphe nuclei และ locus cerules หรือ basal forebrain dysfunction การรักษาจะได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรส่วนใหญ่จะเน้นที่การคลายเครียด ปรับปรุงสุขภาพการนอน เป็นต้น

## 2.4 การประเมินอาการนอนไม่หลับ

2.4.1 การตรวจประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective sleep measurement) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีดังนี้

1) Polysomnography เป็นเครื่องมือในการตรวจสุขภาพการนอนแบบสมบูรณ์เพื่อศึกษาถึงสภาพและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับโดยวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography, EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ Electromyogram, EMG) กล้ามเนื้อ ลูกตา (Electrooculogram, EOG) คลื่นไฟฟ้า หัวใจ การตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด การตรวจวัดลมหายใจสามารถตรวจวัดระยะ REM และ NREM ข้อเสียคือราคาแพงต้องใช้งานโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น(ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2) การตรวจสุขภาพการนอนหลับแบบสมบูรณ์ โดยวิธีการประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Body movement) โดยติดเครื่องมือไว้ที่แขนและขา ซึ่งประกอบด้วย หมวกวัดการนอนหลับ (Night cap) สามารถใส่ไว้บนศีรษะ สามารถเคลื่อนย้ายได้แต่การวิเคราะห์ผลการตรวจนั้นไม่สามารถจำแนกระยะความผิดปกติ 1 ถึง 4 แบบ NREM ได้วิเคราะห์เพียงระยะการตื่นของ REM และ NREM เท่านั้น (Ajilore et al., 1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543) และ การใช้เครื่องมือข้อมือ (Wrist actigraphy) ใช้การแปลผลด้วยคลื่นไฟฟ้ามีความสามารถในการวัดทั้งในระยะเวลาการนอนหลับและตื่นได้ดี ใช้งานสะดวกเหมาะสมกับทุกคน ไม่รบกวนผู้ป่วย เพียงมีข้อจำกัดต้องแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (Schweb, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2.4.2 การตรวจประเมินทางจิตพิสัย (Subjective sleep) ซึ่งสามารถประเมินได้หลากหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะมาจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง ดังนี้

1) การประเมินค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales) เป็นลักษณะของการใช้มาตรวัดแบบเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร กำหนดข้อความในแต่ละช่วงการวัดเพื่อสื่อความหมายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจคำถาม ข้อเสียในการใช้คือผู้ป่วยอาจจะเข้าใจไม่ตรงกับความหมายที่ตนเองรู้สึก ได้แก่ Verran and Snyder Halpem (VSH Sleep Scale) ข้อจำกัดคือไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Snyder & Veran, 1997 อ้างถึงใน พัทธิญา แก้วแพง, 2547)

2) Stanford Sleepiness Scale (SSS) เป็นแบบวัดปริมาณการนอนหลับแบบมาตราส่วนประมาณค่าด้วยตนเอง (Subjective rating Scales) เป็นวิธีที่ง่ายต่อการรับรู้ด้านอารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ข้อจำกัดคือไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง เนื่องจากความโน้มเอียงในการรับรู้และให้คะแนนอาการนอนไม่หลับของตนเอง (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

3) การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการสอบถามรูปแบบการนอนหลับ การงีบหลับในเวลากลางวัน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดต่างๆ อัตรการหายใจที่เปลี่ยนแปลง ข้อเสียคือใช้ระยะเวลาในการสื่อสารข้อมูลอาจทำให้เกิดผิดพลาดได้ (Chediak, Kiel & Cohn, 1990 อ้างถึงใน พัทธิญา แก้วแพง, 2547)

4) การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep Diaries) เป็นการให้ผู้ป่วยบันทึกการนอนหลับและตื่น จำนวนชั่วโมง ความรู้สึกต่อการนอนไม่หลับ การรับประทานยา ในแต่ละวัน ต้องบันทึกด้วยตนเอง จึงง่ายและสะดวกแต่มีข้อจำกัดในผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น การเขียน และผู้สูงอายุ (Hoythornthwaite et al., 1991 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

5) การสังเกตอาการของผู้ป่วยโดยตรงเหมาะกับการประเมินในหอผู้ป่วยมากกว่าและการประเมินอาจผิดพลาดได้

6) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ผู้ป่วยเติมคำ หรือเลือกตอบ แบบประเมินนี้มีหลากหลายได้แก่

St. Mary Hospital Sleep Questionnaire: SMH เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ โดยวัดตัวแปรของการนอนหลับ ได้แก่ 1) ความแปรปรวนของการนอนหลับ (sleep disturbance) ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (sleep effectiveness) ประกอบด้วยจำนวนชั่วโมงในการหลับ และความพึงพอใจต่อการนอนหลับ (Richardson, 1997)

The Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและความแปรปรวนในการนอนหลับช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาที่ใช้หลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้อานอนหลับและผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน (Buysee et al., 1989)

นอกจากแบบประเมินที่กล่าวมายังมีแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับที่พัฒนามาจากแบบสอบถามของ SMH และมาตรวัดการนอนหลับของ Verran Synder Halpern Sleep Scale :VSH โดย วราภา แหลมเพชร (2544) ซึ่งใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด 6 ข้อ ได้แก่เวลาเข้านอนและตื่นนอน ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างการนอน ระยะเวลาทั้งหมดในการนอน และการงีบหลับในช่วงเวลากลางวัน และคำถามปลายปิดอีก 3 ข้อ ได้แก่ความรู้สึกหลังตื่นนอน ความลึกในการหลับและความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ

Insomnia Severity Index: ISI เป็นแบบประเมินการรับรู้การนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้นซึ่งพัฒนาโดย Morin (1993) และนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการ การตื่นเช้ากว่าปกติ และผลกระทบที่เกิดขณะมีอาการนอนไม่หลับ โดยใช้ มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับและแบ่งระดับความรุนแรง 4 ระดับ โดยมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางโดย Blastein และ Morin (2001) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 145 ราย ที่มีอาการนอนไม่หลับที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาและ ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)เท่ากับ 0.74-0.78 การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกแบบประเมิน Insomnia Severity Index (ISI) มาใช้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เคยศึกษามาก่อน

## 2.5 การรักษาและการดูแลผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ

2.5.1 การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยใช้ยา (pharmacologic management) ในผู้สูงอายุ ได้แก่

กลุ่ม benzodiazepine receptor agonist ได้แก่ แอสตาโซแลม (estazolam) ฟุราซีแปปม (flurazepam) ควาซีแปปม (quazepam) ทีมาซีแปปม (temazepam) ไทรอะโซแลม (triazolam) การใช้อานอนหลับโดยเฉพาะ เบนโซไดอะเซพีนส์ นั้นได้ผลดีกับอาการนอนไม่หลับในระยะแรกและอาการไม่เรื้อรัง หากใช้ในระยะเวลายาวพบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดยา การใช้อย่างเกินขนาดมากกว่าความจำเป็น และการติดยา ดังนั้น ควรใช้ยาต่อเนื่องไม่เกิน 4 สัปดาห์ แต่หากเกิน



กว่านั้น ก็ควรพิจารณาในในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ยาต้านเศร้า เพื่อใช้ร่วมกันไปด้วย (Sadock & Sadock, 2001)

กลุ่มยารักษาอารมณ์เศร้า (Anti-depressant) ได้แก่อะมิทริปไทลีน (amitriptyline) ด็อกเซปิน (doxepin) ทริมีพรามีน (trimipramine) ทราโซโดน (trazodone) นอกจากนี้ ต้องระมัดระวังผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการร่วงซึมและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2544)

กลุ่มแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) เป็นยาที่ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่มีอาการนอนไม่หลับได้แก่ไดเฟนไฮดรามีน (diphenhydramine) ด็อกซีลามีน (doxylamine) ขนาด 25-30 มิลลิกรัม โดยให้ประมาณ 30-40 นาทีก่อนนอน ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีโอกาสสูงในการดื้อยาหากใช้ติดต่อกัน (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2544)

เมลาโทนิน (melatonin) หรือ N-acetyl-5-methoxytryptamine จะถูกหลั่งจากต่อมไพเนียลในสมอง ช่วยควบคุมวงจรชีวภาพในการหลับตื่น และอารมณ์ให้เป็นปกติ ซึ่งเมลาโทนิน ถูกสังเคราะห์มาจากซีโรโทนิน โดยเอนไซม์ arylalkylamine-N-acetyltransferase และ hydroxyindole-O-methyltransferase กล่าวคือ ความมืดจะมีผลต่อการสร้างเมลาโทนินให้เพิ่มขึ้นเมื่อเกิดความมืดซึ่งเมลาโทนินจะมีผลยับยั้งการตื่นตัวในเรติคูลาร์พอร์เมชันทำให้เข้าสู่กระบวนการนอนหลับได้เร็วขึ้น ส่วนแสงสว่างจะยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน

2.5.2 การดูแลรักษาแบบไม่ใช้ยาเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ มาปรับใช้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งสามารถส่งเสริมการดูแลได้อย่างเหมาะสมโดย เทอดศักดิ์ เดชคง (2540) สรุปไว้ดังนี้

การดูแลด้านสุขอนามัยการนอน (Sleep Hygiene education) เช่น เข้านอนและตื่นนอนตรงเวลา โดยหลีกเลี่ยงการนอนดึก ใช้เตียงเมื่อต้องการนอนเท่านั้น ไม่ควรทำกิจกรรมอื่นไม่ควรนอนกลางวันโดยเฉพาะในช่วงบ่าย ออกกำลังกายก่อนอาหารเย็นเล็กน้อยควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มคาเฟอีนโดยเฉพาะในเวลาหลังบ่าย 3 โมงการปฏิบัติตัวตามแนวทางของสุขอนามัยการนอนมีส่วนร่วมแก้ปัญหาการนอนได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีปัญหาการนอนเรื้อรัง ก็จำเป็นต้องใช้เทคนิควิธีการอื่น ๆ เข้าเสริมด้วย

Stimulus Control Therapy (การรักษาด้วยการควบคุมเงื่อนไขการนอน) เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นการสร้างเชื่อมโยงของการนอนหลับเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยเฉพาะเตียงนอนและห้องนอนนั่นก็คือ หากนอนบนเตียงย้อมคิดถึงการนอนสบาย มากกว่าการหวนคิดว่าจะนอนไม่หลับนั่นเอง

การจำกัดเวลานอน (Sleep Restriction Therapy) เป็นวิธีการที่เน้นการสร้างประสิทธิภาพการนอน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องบันทึกข้อมูลการนอนของตนเองเพื่อดูช่วงเวลาที่ยอนหลับเมื่อเทียบกับ เวลาที่อยู่บนเตียงทั้งหมด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ใช้เวลาหลับจริงบนเตียง น้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์จะได้รับคำแนะนำให้ลดช่วงเวลาการอยู่บนเตียงจนกว่าเปอร์เซ็นต์เวลาที่ใช้ในการนอนหลับจะเพิ่มถึง 80 – 90 เปอร์เซ็นต์ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนได้ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ ก็อาจพิจารณาเพิ่มเวลาเข้านอนทีละ 15 นาที )

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Therapy) และยังมีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ ได้แก่การค้นหาความคิดที่รบกวนต่อการนอน เช่น ความคิดที่ว่าตนเอง “นอนไม่หลับ” แล้วใช้โปรแกรมที่ดีกว่า มาทดแทน วิธีการเช่นนี้ มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับจากความวิตกกังวล รวมทั้งผู้ที่เผชิญกับเรื่องราวอันเลวร้ายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติ หรือการตกเป็นเหยื่อถูกทำร้ายร่างกาย

การใช้แสงบำบัด (Light therapy) ด้วยการให้ผู้ป่วยได้สัมผัส(การเห็นและอยู่ในแสงสว่าง)แสงสว่างประมาณ 4000 ลักส์เป็นเวลา 30 – 60 นาทีทุกวัน ทั้งนี้หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่หลับยากและง่วงนอนตอนเช้า(delayed phase)ก็อาจพิจารณาให้สัมผัสแสงสว่างในช่วงเช้า ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ที่หลับเร็วและตื่นเร็วเกินไป (advanced phase) ก็จะพิจารณาให้สัมผัส (มองเห็น) แสงสว่างในช่วงเย็นแทนการใช้แสงบำบัดนี้ มีความเหมาะสมกับผู้ที่นอนไม่หลับเนื่องจากการทำงานเป็นกะ การนอนไม่หลับในนักเดินทาง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพักฟื้น อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังในผู้ที่ผิวหนังหรือสายตาไวต่อแสงเพราะอาจเกิดอันตรายได้

การออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายที่ไม่หนัก เช่น โยคะ ไทเก๊ก และซีกง นั้นมีส่วนช่วยส่งเสริมการนอนได้ดีมาก ที่จริงแล้วการฝึกหายใจยาว แบบโยคะและการเคลื่อนไหวช้าๆเป็นจังหวะแบบไทเก๊ก ก็ให้ผลผ่อนคลายสร้างเสริมการนอนทั้งสิ้น

สมาธิการฝึกสมาธิ ช่วยให้การนอนเป็นไปได้ดีด้วยดี ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นการปรับสมดุลของสรีระวิทยาของร่างกายให้เหมาะสมต่อการนอน รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งรบกวนการนอนหลับ

การจัดการความเครียด (Stress management) หรือการฝึกผ่อนคลายความเครียด วิธีการเหล่านี้ได้แก่ การฝึกหายใจ (diaphragmatic breathing exercise) การฝึกควบคุมประสาทอัตโนมัติ (autogenic training) การสะกดจิตตนเอง (self hypnosis) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation training) ฯลฯ วิธีการเหล่านี้เหมาะสมในกรณีที่อาการนอนไม่หลับนั้นมีสาเหตุมาจากความเครียด

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากองค์ความรู้ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทำ

ให้ เกิดการพัฒนาบทบาทต่างๆของผู้ปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (Advanced Practice Nurse: APN) ดังต่อไปนี้

1) บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน และการปฏิบัติการโดยตรง การศึกษาในครั้งนี้ เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ ปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยนำข้อมูลและ สถิติของ ผู้ป่วยที่มารับบริการ รวบรวมข้อมูลจากประวัติ จากการสัมภาษณ์ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

2) บทบาทพัฒนาจัดการ โดย การสร้างทีมในการดูแลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลที่มีคุณภาพและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบสุขภาพ การ ส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสร้างฐานข้อมูลกับผู้ป่วยสูงอายุโรค ซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ

3) บทบาทในการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับที่มีอาการ นอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัวเกี่ยวกับ กระบวนการความคิดที่ทำให้เกิด อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและประโยชน์ที่จะได้รับการพยาบาล

4) บทบาทในการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลแผนกอื่น ๆ ที่ต้องทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล ทั้งให้การ พยาบาลเบื้องต้นได้ระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยพบปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือ

5) บทบาทในการประสานงานในกรณีไม่มีจิตแพทย์จึงต้องการส่งต่อไปโรงพยาบาล เครื่องข่ายบัตรทองกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ประสานงานภายในระบบเครือข่าย ชี้แจงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินงานเพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา และประสานงานพื้นที่ชุมชนเพื่อการส่งต่อ และติดตาม ปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

6) บทบาทในการเป็นผู้นำโดย การพัฒนา และศึกษานำร่อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแล รักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ ให้ได้ประสิทธิภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจน ช่วยลดและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตรายบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วย หรือป่วยซ้ำด้วยอาการ นอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ความสามารถ ในการดูแลตนเองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

7) บทบาทในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบบริการงาน สุขภาพจิตและจิตเวช จากการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาล และตัวชี้วัดที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ของ(Jones, 1993) การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เห็น ได้ชัดเจน

ตอบสนองความต้องการความคาดหวังหรือเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่ได้จากการรับบริการพยาบาล ผู้รับบริการสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ และสามารถดูแลตนเองได้ภายใต้ราคาที่เหมาะสม และการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ การวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัด ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า 4 ด้าน ควรประกอบด้วย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, 2547)

1) ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษา คือ ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านหน้าที่(Functional outcome indicators)เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆดำเนินการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ความสามารถในการปรับตัว สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ดังเครียดได้อย่างเหมาะสมมีแนวทางการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกันครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุขทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

3) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและครอบครัว ที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4) ตัวชี้วัด และผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดการพึ่งยา และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงงบประมาณของประเทศชาติในระยะยาว

สรุป สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและจิตใจ พันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ และอิทธิพลของสังคมวัฒนธรรม นอกจากนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ต้องมีการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล สามารถเผชิญกับสภาพปัญหา หรือภาวะซึมเศร้าได้ จึงต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ สรรยุทธ์ วาสิกานานนท์ (2547)พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัญหาจากโรคทางกายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากพยาธิสภาพของทางร่างกายที่เสื่อมถอยและจำนวนเซลล์สมองที่ลดลงจึงเกิดโรคทางกายหลายโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอาการนอนไม่หลับที่เกิดร่วมในผู้ป่วย

สูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะส่งผลกระทบต่อมากขึ้น ส่วนด้านจิตใจ ก็พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการพลัดพราก จากคนที่รักหรือญาติเสียชีวิตได้มาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ความภูมิใจในตัวเองลดลง ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาล้วนเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆในสถานพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนรักษาและการพยาบาลที่วางไว้อย่างครบถ้วนรูปแบบความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Team Collaboration) มุ่งเน้นการดูแลฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

อาการนอนไม่หลับมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากการศึกษาแนวคิด Integrative model โดย Lundh and Broman (2000) และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยพิจารณาคัดสรรตัวแปรมาศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

**2.6.1 อายุ** การนอนหลับของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุ 35 ปี (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2542) ซึ่งจะพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโครงสร้างการนอนหลับจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าในระยะที่ 3 และ 4 ของระยะ NREM หรือมีการเสื่อมหน้าที่ของระบบส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพที่ควบคุมการนอนหลับ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2544) หรือเนื่องจากความสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมี โครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบประสาท ซึ่งเกิดความไม่สมดุลระหว่างการกระตุ้น การยับยั้ง และการปล่อยสารสื่อประสาท บริเวณ synapses เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะพบว่าการทำงานของเซลล์ประสาท catecholaminergic neuron ใน locus ceruleus ลดลง จึงส่งผลต่อการทำงานในระบบชีวภาพของร่างกายเสียจังหวะทำให้วงจรการนอนหลับผิดปกติไปจากเดิม (Richard, 1996) การนอนหลับในระยะที่ 1 คือ NREM เพิ่มขึ้น การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 และการนอนหลับในระยะ REM ลดลง

ดังนั้นอายุที่มากขึ้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 3,824 คนพบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุมากกว่า 80 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) (Jausent et al., 2011) จึงนำมากำหนดเป็นประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา

**2.6.2 เพศ (Gender)** เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างในเรื่องของสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพหน้าที่ความรับผิดชอบส่งผลต่อการเกิดสุขภาวะที่แตกต่างโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต (นิษา สมานทรัพย์, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศหญิงมีปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับหลายประการ ได้แก่ ความไม่สุขสบายต่างๆจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศภายหลังการหมดประจำเดือน (สุตาร์ตัน ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548) นอกจากนี้วัยสูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การทำงาน เช่นการเกษียณอายุ การปรับตัวต่อหน้าที่ต่างๆภายในครอบครัว การสูญเสียชีวิตของคนใกล้ชิดหรือคู่สมรส ซึ่งก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆตามมาเช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

จากการศึกษาของ Kim และคณะ (2009) พบว่าเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับ แตกต่างจากเพศชาย (OR 1.4,95%CI= 0.8-2.3) และจากการศึกษาเดียวกันสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับที่เพิ่มขึ้น 1.2 เท่า (OR 1.2,95%CI= 0.9-1.6) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจึงสรุปว่า เพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยนี้เป็นการคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรม

### 2.6.3 จำนวนโรคทางกาย

สุพรรณ มหิตติ (2553) กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic illness) หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่เกิดจากทางร่างกายและ จิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงและเบี่ยงเบนไปจากปกติ มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่ง เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวรรักษาไม่หายขาด มีความบกพร่องหลงเหลืออยู่พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Duryea, 2007)

Curtin & Lubkinas (2002) ให้ความหมายว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุมาจากโรคที่ต้องอาศัยระยะเวลา ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การหายของโรคเป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น พยาธิสภาพ ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผลของความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องจะเกี่ยวข้องกับคนและสิ่งแวดล้อมทั้งหมดซึ่งต้องการ การช่วยเหลือแบบสนับสนุน และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษารายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2009) ได้กำหนดชนิดโรคเรื้อรังออกเป็น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 60 ของประชากรโลกผู้ป่วยเหล่านี้มักจะประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคอื่นร่วมที่เรียกว่า ภาวะโรคร่วม (co-morbidity) ซึ่ง หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีโรคมามากกว่าหนึ่งโรคตลอดชีวิต (lifetime) หรือในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเป็นภาวะที่มีอีกโรคหนึ่งเกิดร่วมกับโรคเดิมที่เป็นอยู่ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์, 2548)

วิกิพีเดีย (Wikipedia, 2008) ได้ให้ความหมายของภาวะโรคร่วม คือ ภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งโรค ร่วมกับภาวะเจ็บป่วยหรือโรคเดิม

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2547) ให้ความหมายว่า โรคเรื้อรังคือโรคที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย อยู่แล้ว เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ฯลฯ ต่อมาเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค อื่นๆ ที่เป็นโรคในปัจจุบัน เช่นโรคซึมเศร้า เป็นต้น

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงสรุปว่า จำนวนโรคทางกาย หมายถึง อาการ เจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือโรคที่เกิดมาก่อนซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่เรื้อรังและรับการรักษา อยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคทางกายที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ โดยกำหนดโรคจากการศึกษาของ Kim และคณะ(2009) จำนวน 11โรค ดังนี้ โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรู มาตอยด์ ปัญหาด้านการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน อาการไอต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาใน ระบบทางเดินหายใจ อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ชนิดต่างๆ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เบาหวาน แขนหรือขาอ่อนแรงหรืออัมพาตและความผิดปกติของผิวหนัง เช่นอาการคันต่างๆ แผลกดทับหรือผู้ที่มีภาวะไหม้ที่ผิวหนังในระดับรุนแรงวัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักมีความผิดปกติ เกี่ยวกับด้านร่างกายหลายโรค (Hoertel et al.,2013) จะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากพยาธิ สภาพของโรค ได้แก่ การรักษาที่ใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายกับความเจ็บป่วยที่ยาวนาน การไปตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวที่เคร่งครัดเพื่อต้อง ควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีอาการกำเริบลักษณะอาการของโรคที่มีช่วงสงบและกำเริบจะส่งผลให้ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนต่างๆ เกิดความเครียด วิตกกังวลและ รู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย (สุพรรณ มหิตติ, 2553)ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของโรคต่างๆที่ เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับได้ดังนี้

โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากการที่ร่างกายมีการ ตอบสนองของฮอร์โมนอินซูลินต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ (Punjabi et al., 2004) โดยส่วน ใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอาการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (Stepanski, 2002) จึงส่งผลกระทบต่อ ให้ผู้ป่วยถูกรบกวนการนอน ซึ่งมีลักษณะที่เด่นชัดคือเข้านอนแล้วหลับยาก ตื่นบ่อยกลางดึก(Parish, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกายผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะทำงาน ลดลง ส่งผลต่อน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจผิดปกติขณะนอน หลับ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงตามมารวมด้วย (Sharma et al., 2007)

โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากการที่ผู้ป่วยกลุ่ม นี้ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม beta-blockers ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่ง beta-blockers ออกฤทธิ์โดยการ block ที่ beta-receptor ทำให้ beta-adrenergic agonists

ออกฤทธิ์ไม่ได้ จึงส่งผลในการลดสัญญาณในระยะ REM และ NREM sleep ส่งผลต่อระยะเวลาการนอนหลับทำให้ตื่นเช้ามากกว่าปกติ และอาจมีฝันร้ายในเวลาครึ่งคืนร่วมด้วย(Koella, 1985)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ (2013) พบว่าเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประเทศไต้หวัน จำนวน 4,063 คน ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาในกลุ่ม beta-blockers เมื่อติดตามในระยะเวลา 1 ปี พบว่าหากใช้ยาในกลุ่มนี้จะทำให้มีอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นมากกว่าการใช้ยาในกลุ่มอื่น 0.48 เท่า

โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์และความเจ็บปวดชนิดต่างๆที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งกุสมาลย์ รามศิริ (2544) ได้อธิบายไว้ดังนี้ บริเวณที่มีพยาธิสภาพของโรคนี้จะมีการหลั่งสาร bradykinin antihistamine และสารพี (substance-P) ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการส่งกระแสประสาทไปยังสมองบริเวณการรับรู้ความเจ็บปวดและแปลผลความเจ็บปวดนั้นออกมาจากการที่ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบรุนแรงหรือเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลับยาก และขัดขวางช่วงจังหวะของการนอนทำให้นอนได้ในช่วงเวลาสั้นๆและมักจะตื่นกลางดึก (Ohayon, 2005) และจากการศึกษาของ Ohayon (2005) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง เช่น ข้อเข่าเสื่อม ปวดหลัง กล้ามเนื้ออักเสบ และอื่นๆ อายุระหว่าง 15-65 ปี ซึ่งอาศัยในเขตทวีปยุโรป พบว่า ร้อยละ 40 มีอาการปวดจากสาเหตุที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งอาการ คิดเป็นร้อยละ 5.1 ใช้เวลาในการเริ่มต้นนอนนาน ร้อยละ 7.5 ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามากเกินไป ร้อยละ 4.8 และรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน ร้อยละ 4.5 ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากข้อเสื่อมในตำแหน่งต่างๆและอาการปวดหลังที่ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่นานขึ้น ถึง 5 และ 4.1 เท่า

โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ที่หลั่งออกมามากขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ทำให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นปัจจัยที่รบกวนกระบวนการนอนหลับ (Zhuang et al., 2015) ระยะการนอนหลับ ที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement sleep [REM ]) ส่วนใหญ่จะเรียกการนอนหลับในระยะนี้ว่า Paradoxical sleep เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในบางส่วนในขณะที่ร่างกายของคนเราหลับสนิท ซึ่งระยะนี้จะเกิดภายหลังหลับแล้วประมาณ 90-100 นาที หลุกตื่นยากกว่าในระยะ NREM ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ระบบประสาทซิมพาเทติก จะหลั่งอะดรีนาลินเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ระดับความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น จึงมีความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มักจะถูกรบกวนการนอนหลับจากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM sleep ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องตื่นกลางดึกบ่อยๆ (จรรยา ฉิมหลวง, 2554) จากการศึกษารายงานของจรรยา ฉิมหลวง (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการนอนไม่หลับ ในกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 340 คนที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ 10 แห่ง พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลววัยสูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับคิดเป็นร้อยละ 17.94 ชนิดของอาการนอนไม่หลับที่พบมากที่สุดคือ การเริ่มต้นนอนหลับยาก และตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้วต้องใช้เวลาอนานจึงจะสามารถหลับได้อีกครั้ง

ปัญหาด้านการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seixas และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในประเทศสเปนจำนวน 307 คน ที่มีอายุระหว่าง 25-95 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 72.64 ปี พบว่ามีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 48.4 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43 ที่มีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย

ปัญหาด้านการได้ยินมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความอดทนต่อเสียงที่ได้ยินลดลงและรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นจากอาการดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alster และคณะ(1993) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านการนอนหลับกับผู้มีอาการหูอื้อหรือเสียงดังในหูแบบเรื้อรังที่มีความสามารถในการได้ยินลดลง จำนวน 80 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการนอนหลับ ร้อยละ 77 ใช้ระยะเวลาในการนอนนานมากขึ้น ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามากเกินไป มีอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นขึ้นมา และมีอาการอ่อนเพลียแบบเรื้อรังและนอกจากนั้นพบว่าภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับปัญหาด้านการนอนหลับร่วมด้วยซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าจำนวนโรคทางกายที่กล่าวมาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จึงคัดสรรตัวแปรนี้เพื่อนำมาทำการศึกษา

**2.6.4 สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย(Physiological arousal)** สิ่งเร้าหรือสภาวะตื่นตัว (arousal) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นสภาวะของร่างกายที่มีการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นจะมีสิ่งเร้าหรือตื่นตัวได้เมื่อมีการทำงานในระบบ Reticular Activating System (RAS) ในก้านสมองซึ่งมีการทำงานอย่างอิสระ (Autonomic nervous system) และระบบต่อมไร้ท่อส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและสิ่งเร้าทางด้านความรู้สึกและความคิด สามารถอธิบายทางสรีรวิทยาได้ดังนี้ RAS มีหน้าที่ในการควบคุมสิ่งเร้าที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตื่นตัว และการตื่นหลับ (sleep – wake transitions) ซึ่งอยู่บริเวณก้านสมอง มีหน้าที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาท ซึ่งรวมการหลั่งสารอะเซทิลโคลีน นอร์อิพิเนฟริน โดปามีนและซีโรโทนิน เมื่อมีการทำงานที่สัมพันธ์กันในเขตประสาทส่วนต่างๆ ที่รับสารสื่อประสาทจะเพิ่มความไวต่อการรับสัญญาณและตอบสนองต่อสัญญาณที่เข้ามาในเขตประสาท (วิกิพีเดีย, 2558) โดยอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเครื่อง Polysomnography และการตรวจวัดด้วยเครื่องมืออื่น (Lichstein et al.,1980 อ้างถึงใน Nicassio et al.,1985) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของระดับออกซิเจน อัตราการเผาผลาญที่ใช้ในร่างกายโดยรวมรวมทั้งอุณหภูมิของร่างกาย อัตราการหายใจ และความดันโลหิตที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการนอนไม่หลับในแต่

ละบุคคล ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งรบกวนทางด้านร่างกายมากจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น

สรุปได้ว่าสิ่งรบกวนทางด้านร่างกาย หมายถึง ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสารเคมีในสมองเพื่อตอบสนองต่ออาการนอนไม่หลับ เช่นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกาย การหลั่งสารอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นโดยบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกแตกต่างกัน เช่น ปากแห้ง ใจสั่น มือเท้าเย็น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น สิ่งรบกวนทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Lundh & Broman, 2000; Lushington, 2000; Lack et al., 2008) ซึ่งตัวแปรนี้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman ,2000)

**การประเมินสิ่งรบกวนทางด้านร่างกาย** สามารถตรวจประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์(Objective sleep measurement) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน มีดังนี้

1) Polysomnography เป็นเครื่องมือในการตรวจสุขภาพการนอนแบบสมบูรณ์เพื่อศึกษาถึงสภาพและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับโดยวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง ( Electroencephalography,EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ Electromyogram,EMG)กล้ามเนื้อ ลูกตา(Electrooculogram,EOG) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด การตรวจวัดลมหายใจสามารถตรวจวัดระยะ REM และ NREM ข้อเสียคือราคาแพงต้องใช้งานโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น(ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

2) การตรวจสุขภาพการนอนหลับแบบสมบูรณ์ โดยวิธีการประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกาย(Body movement)โดยติดเครื่องมือไว้ที่แขนและขา ซึ่งประกอบด้วย หมวกวัดการนอนหลับ(Night cap) สามารถใส่ไว้บนศีรษะ สามารถเคลื่อนย้ายได้แต่การวิเคราะห์ผลการตรวจนั้นไม่สามารถจำแนกระยะความผิดปกติ 1ถึง 4 แบบ NREM ได้วิเคราะห์เพียงระยะการตื่นของ REMและ NREM เท่านั้น(Ajilore et al.,1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543) และการใช้เครื่องสวมข้อมือ (Wrist actigraphy)ใช้การแปลผลด้วยคลื่นไฟฟ้ามีความสามารถในการวัดทั้งในระยะเวลาการนอนหลับและตื่นได้ดี ใช้งานสะดวกเหมาะสมกับทุกคน ไม่รบกวนผู้ป่วย เพียงมีข้อจำกัดต้องแปลผลโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น(Schweb, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

การประเมินด้วยแบบประเมินสิ่งรบกวนก่อนเข้านอน(Pre-Sleep Arousal Scale) ของ Nicassio และคณะ (1985) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนามาจากกลไกการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นๆเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเครื่องมือนี้สามารถประเมินได้ทั้งสิ่งรบกวนทางด้านร่างกายและสิ่งรบกวนด้านการรู้คิดที่แสดงออกก่อนที่บุคคลนั้นจะนอนหลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ การประเมินสิ่งรบกวนทางด้านร่างกาย คือข้อคำถามตั้งแต่ 9-16 โดยสอบถามถึง

อาการทางกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการนอนไม่หลับแบ่งส่วนการคิดคะแนนออกจากสิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด แต่ละข้อมีการแบ่งระดับคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้น และจากการศึกษามีค่าความเที่ยง เท่ากับ .79 (Lichstein et al.,1980 อ้างถึงใน Nicassio et al.,1985) โดยไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและอายุ จึงนำแบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอน (Pre-Sleep Arousal Scale) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้ระยะเวลาในการทำประมาณ 10 นาที

**2.6.5 สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด (cognitive arousal)** เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นในลักษณะของความวิตกกังวลต่ออาการนอน ไม่สามารถหยุดความคิดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เกิดในช่วงเวลานั้น การคิดเพื่อวางแผนล่วงหน้าหรือการวิเคราะห์สถานการณ์ไปก่อนเป็นลักษณะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและอารมณ์ที่เกิดขึ้นขณะเข้านอนที่มีผลกระทบต่อบุคคลนั้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Lundh & Broman, 2000) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (distortion of cognition or thinking) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า Beck (1979) ได้อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้ง และคอยเอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานและประสบแต่ความล้มเหลวในชีวิต (พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2553) สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งเร้าด้านการรู้คิดเป็นลักษณะการคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการที่บุคคลนั้นชอบวางแผนล่วงหน้า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะของความกังวลต่ออาการนอน จะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและส่งเสริมให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่และส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา (Lundh, 2005) ซึ่งตัวแปรนี้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman ,2000)

#### 2.6.5.1 การประเมินสิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด

แบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอน Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS) โดย Nicassio และคณะ (1985) เป็นเครื่องมือที่มีการพัฒนามาจากกลไกการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อข้อที่ 1-8 เป็นการประเมินสิ่งเร้าด้านการรู้คิด (Cognitive arousal) เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือคิดเรื่องต่างๆโดยไม่สามารถกำจัดความคิดนั้นได้ ในขณะที่เริ่มเข้านอน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Cronbach's) เท่ากับ 0.88 ความเที่ยง เท่ากับ 0.76 (Lichstein et al.,1980 อ้างถึงใน Nicassio et al.,1985)

**การแปลผล** โดยให้คะแนนแบบ Rating scale ตามระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 5 ระดับ กำหนดค่าคะแนน 1 หมายถึงไม่มีอาการ 2 หมายถึงมีอาการเล็กน้อย 3 หมายถึงมีอาการปานกลาง 4 หมายถึงมีอาการมาก 5 หมายถึงมีอาการมากที่สุด คิดคะแนนแยกเป็น 2 หัวข้อคือ สิ่งเร้าด้าน

ร่างกาย(ตั้งแต่ข้อ 9-16) มีคะแนนตั้งแต่ 8-40 คะแนน สิ่งเร้าด้านการรู้คิด (ตั้งแต่ข้อ 1-8)มีคะแนนตั้งแต่ 8-40 คะแนน การกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ระหว่าง 8 - 15 คะแนน	หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
ระหว่าง 16 - 23คะแนน	หมายถึง มีอาการปานกลาง
ระหว่าง 24 - 31คะแนน	หมายถึง มีอาการรุนแรง
ระหว่าง 32 - 40 คะแนน	หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

จึงนำแบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอน Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากง่ายในการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้ระยะเวลาในการทำประมาณ 10 นาที

### 2.6.6 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

Christmas (1990) กล่าวว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการปรับตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

Phipps (1995) กล่าวว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและแสดงให้เห็นภาวะซึมเศร้าที่แสดงออกมาของผู้ป่วยร่วมด้วย

Kennard (2011) กล่าวว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าประเมินได้จากการแสดงออกทางด้านร่างกายที่ปรากฏ เช่นการนอนหลับที่ผิดปกติไป เบื่อหน่าย ซึมเศร้า หดหู่ อ่อนล้า หมดเรียวแรง ไม่สนใจอยากจะทำอะไร มีความคิดอยากตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของผู้ป่วย

ฐนัชฐา กลีบบัว (2558) กล่าวว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการปรับตัว และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

หลักเกณฑ์การจำแนกภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้ง 10 ( International Classification of Disease[ICD 10]) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับดังนี้

ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส เหนงาหงอยชั่วคราว ซึ่งผู้สูงอายุทั่วไปรู้สึกได้ บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งไม่มีสาเหตุ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จะมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว หน้าที่การงาน แต่ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การแสดงออกด้านต่างๆมี ดังนี้

1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ มีอารมณ์ไม่สดชื่น หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่างๆ มีความรู้สึกว่าคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง

2) ด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจในด้านต่างๆ ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3) ด้านร่างกาย ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง นอนไม่หลับ มีความต้องการทางเพศลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะแสดงอาการตรงข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น ไม่สนใจตนเอง การเคลื่อนไหวช้าลง อาจมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบากบางครั้งไม่พูดเลย

4) ด้านจิตใจ ได้แก่ สูญเสียแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่สนใจตนเอง

ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่นานและตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้สึกไร้ความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งนิ่งๆ ในท่าเดียวกันนานๆ หรืออาจผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างซ้ำๆ เจ็บ ซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้ายกระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักจะถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจในสิ่งแวดล้อม พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีอาการหลงผิด และประสาทหลอน

สรุป ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองทางด้านจิตใจที่มีความรู้สึก เบื่อหน่ายไม่เพลิดเพลิน ท้อแท้สิ้นหวัง โดยแสดงออกทางด้านอารมณ์เศร้า ความรู้สึก ปริมาณของภาวะซึมเศร้าแบ่งตามระดับความรุนแรง 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 40.6 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและน้อยมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 18.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8 สามารถอภิปรายผลได้ว่าภาวะซึมเศรานั้นเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีความรู้สึกว่าคุณค่า ขาดความเชื่อมั่น แยกตัวซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มี

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปจะมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบและจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558)

อาการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการหนึ่งในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาและพบว่ามีมักจะเกิดร่วมกันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการควบคุมจังหวะชีวภาพและสมดุลของการนอนหลับจะลดลง โดยพบว่าเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าที่แสดงถึงการหลับลึกในระยะที่ 3,4 ของ NREM มีการทำงานลดลง หากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีอาการนอนไม่หลับ มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า (Stepanski, 2002) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับแรงขับของสมดุลของการนอนหลับ (homeostatic sleep drive) ที่ลดลง โดยพบว่าลักษณะเด่นของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคือ ตื่นเช้ามากเกินไป การตื่นบ่อยกลางดึกและรู้สึกว่านอนไม่เต็มอิ่ม จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะการนอนหลับยาก ใช้ระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีอาการตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 37 และตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับคิดเป็นร้อยละ 34 นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายสาเหตุที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเนื่องมาจากเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า ระดับของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) จะสูงขึ้นซึ่งสารตัวนี้จะออกฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลายและหลับได้อย่างต่อเนื่อง (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558) ได้แก่ ซีโรโทนิน นอร์อิพิเนฟริน ซึ่งซีโรโทนิน มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมเรื่องการแสดงอารมณ์ ช่วยควบคุมการนอนหลับ อุดหนุนภูมิและความดันโลหิตในร่างกาย รวมทั้งการรับรู้ความเจ็บปวด เมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ ซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟริน มีการลดระดับลง (สายฝน เอกวรารกุล, 2553) จึงส่งผลให้อาการนอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในผู้สูงอายุ การควบคุมจังหวะชีวภาพของการนอนหลับยังมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับคงอยู่นานขึ้น (สุดารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) ซึ่งตัวแปรนี้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman ,2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.6.6.1 การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีแบบประเมินที่หลากหลาย ยกตัวอย่างดังนี้

1) Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ต่อมา มีการปรับปรุงแบบประเมินนี้ มีคำถามจำนวน 21 ข้อวัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่น ๆ 4 ข้อ (Hamilton,1967,1969,1980) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 0 -7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า 8 -12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 17 คะแนนหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 18 - 29

คะแนน หมายถึงมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทย มีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.738 Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ -.824 แบบประเมินนี้เหมาะสมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบอร์ก (Montgomery & Asberg, 1979 อ้างในรณชัย คงสกุลและคณะ, 2539) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการ และอาการแสดงที่รุนแรงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงการรักษาและใช้เป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 7 คะแนน หมายถึง ปกติ 15 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย 25 คะแนนหมายถึงซึมเศร้าระดับปานกลาง 31 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง และ 44 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรงมาก แบบวัดได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยรณชัย คงสกุลและคณะ ในปี พ.ศ. 2539 โดยคงจำนวนข้อและค่าคะแนนเช่นเดิม มีความเชื่อมั่นที่ .80 มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิตใจจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

3) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี พ.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยาม ความซึมเศร้าของ Beck ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหาร และวิจัยมาก ใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ลัดดา แสนสีทา , 2536)

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression :HRS-D) ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มาใช้ในการประเมินครั้งนี้

เนื่องจากแบบประเมินนี้เหมาะสมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ในการสัมภาษณ์

### 2.6.7 ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

(Dysfunction belief and attitude about sleep) คือผู้ที่ต้องทนทุกข์จากอาการนอนไม่หลับมักจะมีความคิดที่ยึดติดกับความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลด้านลบของอาการนอนไม่หลับทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลานาน เช่นการคิดว่าไม่สามารถควบคุมการนอนหลับด้วยตนเองได้ อาการนอนไม่หลับไม่มีแนวทางในการรักษา คาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต้องมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปเป็นต้น(สุदारตัน ชัยอาจ, 2548; Morin,1993) การที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับจะส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนไม่หลับได้ยากขึ้น (Carney et al., 2007)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น เนื่องจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นเวลานานโดยผ่านกลไกของความวิตกกังวลซึ่ง Morin (1993) ได้อธิบายถึงลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับไว้ดังนี้ ลักษณะแรกคือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเองซึ่งการรับรู้แบบนี้จะทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการเรียนรู้ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ (learned helplessness) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับมักจะมี ความกังวลเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง การไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองการคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของตนเองนั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆไม่มีใครที่จะช่วยเหลือได้และปัญหานี้จะบั่นทอนความสุขในชีวิต ลักษณะที่สองคือ ความเชื่อว่าผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวันเช่นอาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับคนอื่นๆ การทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้นซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดมาจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการนอนไม่หลับการรับรู้ผลกระทบนี้ถึงแม้จะตรงความเป็นจริงหรือมากเกินไปเป็นการย้ำเตือนให้ผู้ที่ไม่หลับคิดว่าอาการนอนไม่หลับของตนเองแย่มากเพียงใดความคิดเช่นนี้จะทำให้เกิดความเครียด(สุदारตัน ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) กระตุ้นให้มีการเฝ้าทางความคิดและรบกวนการนอนหลับ ลักษณะที่สามคือความคาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต้องมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปเป็นต้น (Morin, 2007) ดังนั้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนไม่หลับได้ยากขึ้น (Carney et al., 2007) สอดคล้องกับ Bluestein และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ



รุนแรงของอาการนอนไม่หลับ กับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไปทีหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .31$   $p < .01$ ) ซึ่งตัวแปรนี้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### การประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back translate และผ่านการรับรองจากสถาบันภาษาทั้งสองแห่งคือมหาวิทยาลัยมหาสารคามและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ดังนี้

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5, 7, 9, 12 และ 16)
2. ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3, 4, 8, 10, 11 และ 14)
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1 และ 2)
4. ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ (ข้อ 6, 13 และ 15)

เกณฑ์ในการให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาวต่อเนื่อง 100 mm บนเส้นตรง (0-10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อ และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในคลินิก เท่ากับ .77 เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ .79 และมีความเที่ยงเท่ากับ .83 (Carney et al., 2007)

**การแปลผล** ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ

ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง

จากการศึกษาในครั้งนี้จึงนำแบบประเมินนี้มาใช้โดยใช้เวลาในการตอบ 10 นาที

### 2.6.8 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับ

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่างๆ ความรู้สึกสะท้อนใจเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาโดยรวมเหตุการณ์ในเชิงลบจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าถูก

กระตุ้นทางความคิดและอารมณ์ก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา(สุตารัตน์ ชัยอาจ,2548; Rochrs,Zorick&Roth, 2000)ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และความคิดเชิงลบที่แสดงออกมาในด้านต่างๆทั้ง อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและยังเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดและความรุนแรงขึ้น ประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ 1) กระบวนการรับรู้หรือลักษณะทางความคิดเชิงลบของบุคคล และ 2) ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Abramson et al.,1989อ้างถึงใน นิษา สมานทรัพย์,2554) ซึ่งเหตุการณ์ในชีวิตไม่ว่าบวกหรือลบล้วนเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อการนอนไม่หลับได้ได้แก่ เหตุการณ์ ความเครียดต่าง ๆ ในชีวิต (stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (any life changes) ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์ และการเจ็บป่วย (Kendler et al., 1995)ปัญหาความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน(Weissman et al. , 2000) ซึ่ง พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย ได้สรุปไว้ดังนี้

1) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก เช่น คู่สมรส หรือญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด

2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal role disputes) หมายถึง ความขัดแย้งหรือความเห็นไม่ลงรอยกับบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนสนิท เจ้านายหรือผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน

3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การเกษียณอายุ และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การแยกทางหรือการหย่าร้าง การตกงาน การย้ายที่อยู่ ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง

4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal deficits) หมายถึงการขาดทักษะทางสัมพันธภาพ หรือทักษะทางสังคม (interpersonal or social skills) ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์หรือรักษาความสัมพันธ์ที่มีอยู่ให้ดี หรือการขาดการสนับสนุนทางสังคม (lack of social support) รวมถึง การแยกตัวทางสังคม (social isolation)

ปัญหาสัมพันธภาพทั้ง 4 ด้าน เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญของการเกิดและคงอยู่ของ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ หากผู้ป่วยสามารถจัดการและผ่านพ้นปัญหา อาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุจะดีขึ้น

จากการศึกษาของ Gindin และคณะ (2014) ได้ทำการศึกษาอาการนอนไม่หลับ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้จักดี ภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การออกกำลังกาย ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด และการใช้ยานอนหลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบ ระหว่าง 7ประเทศในทวีปยุโรป และประเทศอิสราเอลเพื่อหาแนวทางในการจัดระบบบริการด้านสุขภาพแบบระยะยาวใน

การดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,156 คนพบว่ามียอดความชุกของอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 24 (13-30%) ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปจะพบอาการนอนไม่หลับสูงที่สุด และจากการวิเคราะห์ ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม hypnotosedatives มีแนวโน้มในการเพิ่มอาการนอนไม่หลับ 2.73 เท่า ภาวะซึมเศร้าที่มีคะแนนระดับต่ำขึ้นไป มีแนวโน้มในการเพิ่มอาการนอนไม่หลับ 2.09 เท่า และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันทำนายอาการนอนไม่หลับที่เพิ่มขึ้น 1.36 เท่า ซึ่งตัวแปรนี้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### 2.6.8.1 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ (The Geriatric Social Readjustment Rating Scale :GSRRS) ผู้วิจัยนำแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุของ Kanchana (2010) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) นำมาปรับปรุงโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวน 156 ราย ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ ด้านสังคมจำนวน 6 ข้อ ด้านการรู้คิดจำนวน 9 ข้อ ด้านอารมณ์จำนวน 3 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น .87 ซึ่งถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที

**2.6.9 สิ่งแวดล้อม** สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับเช่น แสงสว่าง สี เสียง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และผู้ที่นอนร่วมห้อง เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลต่อการนอนจากการศึกษาพบว่าเสียงที่ดังแบบไม่ต่อเนื่องส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากกว่าเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่อง (Pollak, 1993 อ้างใน สุดารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพะยอม ปัญญา, 2548) อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียส จะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และระยะ REM ลดลงกระตุ้นให้ตื่นบ่อยขึ้น ส่วนที่นอนที่แข็งหรือนิ่มเกินไป จะส่งผลต่อความเจ็บปวดและไม่สบายของผู้นอนทำให้เกิดการพลิกตะแคงตัว หรือเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยครั้ง อีกปัจจัยคือเพื่อนร่วมห้องที่มีพฤติกรรม การนอนกรน การละเมอ และการนอนตื่นเป็นต้น (สุดารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพะยอม ปัญญา, 2548) ซึ่งตัวแปรนี้ไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอที่จะนำมาศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

**2.6.10 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ** สุดารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพะยอม ปัญญา (2548) อธิบายว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่น การพยายามที่จะเข้านอนให้เร็วทำให้ใช้เวลาบนเตียงนอนนานขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่หลับ โดยคิดว่าอีกไม่นานก็จะหลับไปเอง หากยิ่งใช้เวลาบนเตียงนอนนานเท่าใดก็ยิ่งทำให้มีอาการนอนไม่หลับมากขึ้นซึ่งตัวแปรนี้ไม่ได้

นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอที่จะนำมาศึกษาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

**สรุป** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับแต่การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการสนับสนุนเพียงพอต่อการศึกษาความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยที่คัดสรรครั้งนี้ ได้แก่ เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มาทำการศึกษาเพิ่มเติม

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในบริบทของสังคมไทยโดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในโรคทางกายเรื้อรังร่วมกับอาการนอนไม่หลับโดยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ทำการศึกษาพร้อมด้วยดังนั้น จึงมีการศึกษาเพิ่มเติมและพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กฤษมาลย์ รามศิริ (2544) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดเลยผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับพบว่าด้านร่างกาย คือความเจ็บปวด ด้านจิตใจคือความวิตกกังวลและด้านสิ่งแวดล้อมคือ เสียง ส่วนการจัดการกับปัญหาการนอนหลับด้านต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดนั้นคือการเปลี่ยนท่านอน การทำสมาธิ และหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน

พัทธิญา แก้วแพง (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ประวัติของการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิด ระยะการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 170 คน ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ( $r = .348, .573 < .05$  ตามลำดับ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยมะเร็งและความซึมเศร้าสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับได้ร้อยละ 32.9 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ( $=.475$ )

จรรยา ฉิมหลวง (2554) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 340 คนที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ 10 แห่ง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ

17.94 ชนิดของอาการนอนไม่หลับที่พบมากที่สุดคือ การเริ่มต้นนอนหลับยาก และตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้ว ต้องใช้เวลานานจึงจะสามารถหลับได้อีกครั้ง และพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .387, .398$  และ  $.185$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้า ยังสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ( $OR = 2.519$ ) และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับ เพิ่มขึ้น 4 เท่า ( $OR = 4.156$ )

Gindin และคณะ (2014) ศึกษาอาการนอนไม่หลับ และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การออกกำลังกาย ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด และการใช้ยานอนหลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบ ระหว่าง 7 ประเทศในทวีปยุโรป และอิสราเอลเพื่อจัดระบบบริการด้านสุขภาพแบบระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 4,156 คนพบว่าอัตราความชุกของอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 24 (13-30%) ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะพบอาการนอนไม่หลับสูงที่สุด และจากการวิเคราะห์ ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม hypnotosedatives ( $OR = 2.73, 95\% CI = 2.27-3.28$ ) ภาวะซึมเศร้า ระดับต่ำขึ้นไป ( $OR = 2.09, 95\% CI = 1.78-2.45$ ) และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น ( $OR = 1.36, 95\% CI = 1.08-1.71$ )

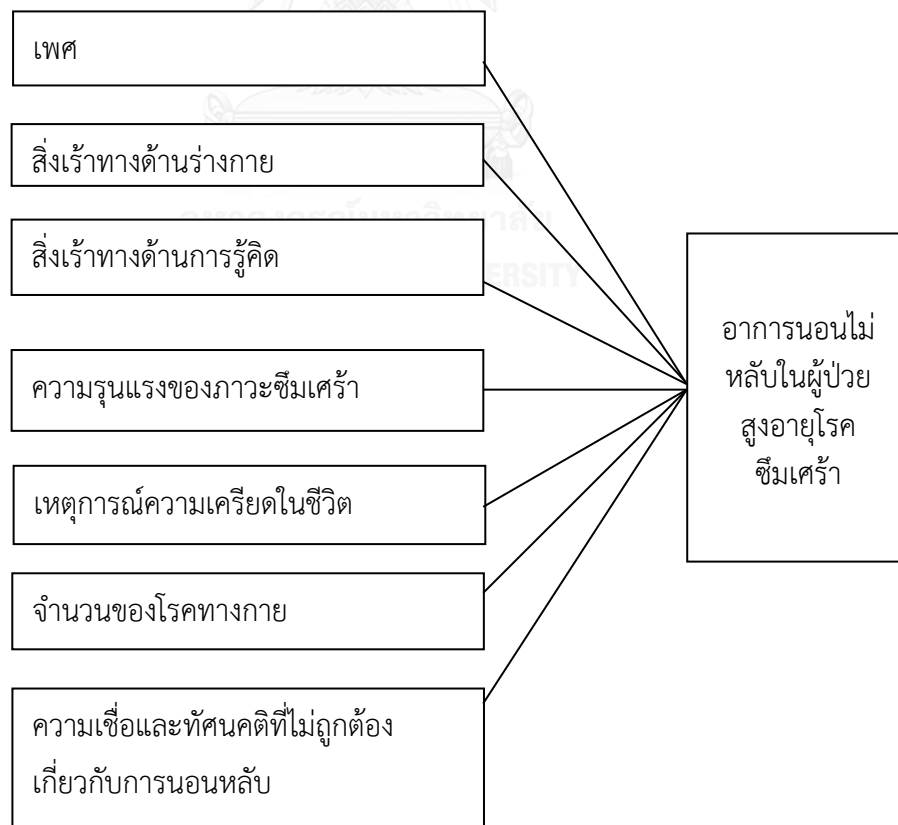
Kim และคณะ (2009) ทำการศึกษาแบบติดตามระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ (> 65 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีอาการนอนไม่หลับชนิดตื่นบ่อยๆกลางดึกและใช้เวลานานในการเริ่มหลับ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 1204 คน หลังจากติดตามภายหลัง 2 ปี เหลือจำนวน 909 คน เพื่อศึกษาอัตราความชุกในผู้ป่วยรายใหม่และเการวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในระยะยาว ประกอบด้วย จำนวนของโรคประจำตัว เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต อายุ เพศ การพร่องด้านสติปัญญา (cognitive impairment) ความวิตกกังวล และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย (เพศหญิง  $OR = 1.2, 95\% CI = 0.9-1.6$ ) โรคซึมเศร้า ( $OR = 1.6, 95\% CI = 1.0-2.4$ ) จำนวนของโรคประจำตัวที่มากกว่า 4 โรคขึ้นไป ( $OR = 3.1, 95\% CI = 1.2-8.1$ ) มีความสัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับในระยะยาว

Bluestein และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ กับ อายุ เพศ สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไปพบว่า สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง

เกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ( $r = .36, .39$  และ  $.31$ ตามลำดับ  $P < .01$ ) ส่วน อายุ เพศ และความสามารถแห่งตน(self efficacy)มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ( $r = -.034, -.065$  และ  $-.52$ ตามลำดับ  $P < .01$ )และปัจจัยที่ร่วมทำนายความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับคือความสามารถแห่งตนในระดับต่ำและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. กรอบแนวคิดการวิจัย

สรุป จากปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับตามแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman ,2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่า เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านารรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า วิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกจิตเวช เครือข่ายบริการที่ 6 ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease / ICD 10) ทั้งเพศชาย และ หญิง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test ) เพื่อควบคุมความผิดพลาด Type I และ Type II โดยการกำหนด Effect size = 0.30 เพื่อควบคุมขนาดของความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (Cohen ,1978 อ้างใน รัตน์ศิริ ทาโต ,2552) กำหนดค่า Alpha = 0.01 ที่ Power = 80% และกำหนดความสัมพันธ์= 0.30 จึงนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 125 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % ของการคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (รัตน์ศิริ ทาโต ,2552) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 138 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า(Major depression disorder)ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease / ICD 10) ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป

3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

#### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการทางร่างกายรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชเช่น วิตกกังวล อาการของโรคจิต อื่นๆที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขัดต่อการตอบแบบสอบถาม

2. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย

#### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้

1. สุ่มโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกจิตเวชในเครือข่ายบริการที่ 6 สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จาก 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ได้ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับการสุ่มคือ โรงพยาบาลตราด โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

2. แต่ละโรงพยาบาลกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้สัดส่วนเท่า ได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการคลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2557

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพุทธโสธร	98	49
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	53	26
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	40	20
โรงพยาบาลระยอง	85	43
รวม	276	138



3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการอ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าฟังจนเข้าใจ โดยใช้วิธีคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเก็บทุกรายจนครบตามจำนวน หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีมากกว่าจำนวนตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการจะทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการนับจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่และเลือกเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่เป็นเลขคู่ โดยสอบถามทีละราย โดยใช้สถานที่มุมสงบของแผนกจิตเวชขณะที่ผู้ป่วยนั่งรอพบแพทย์ในการทำแบบสอบถามซึ่งหมุนเวียนเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาที่มีคลินิกจิตเวชดังนี้

**ตารางที่ 2** แสดงช่วงวันและเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการคลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	วัน	ช่วงเวลา
โรงพยาบาลพุทธโสธร	จันทร์, อังคาร, พุธ	8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	จันทร์, อังคาร, พุธ	8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	จันทร์, อังคาร, พุธ	8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลระยอง	พุธ, พฤหัสบดี, ศุกร์	8.00-16.00 น.

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยมาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Flostein et al., (1975) พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย (2536) เป็นแบบทดสอบคัดกรองวินิจฉัย ตรวจสอบความบกพร่องของสมองด้านการรู้คิด 6 ด้าน คือการรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) และใช้ติดตามประเมินผลในผู้ป่วยความจำเสื่อม ผ่านการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุชาวไทยจำนวน 50 คน พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ของแบบทดสอบเท่ากับร้อยละ 82 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 70 (ศรนรินทร์ กานจนะโนพินิจ, 2557) คะแนนรวมเท่ากับ 30 คะแนน จุดตัดอยู่ที่ 23 คะแนน หากคะแนนรวมต่ำกว่า 23 คะแนน หมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย, 2536) แบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการคือ

การรับรู้ (Orientation)	ประกอบด้วย 6	ข้อคำถาม	6	คะแนน
การจดจำ (Registration)	ประกอบด้วย 3	ข้อคำถาม	3	คะแนน
ความตั้งใจ (Attention)	ประกอบด้วย 5	ข้อคำถาม	5	คะแนน
การคำนวณ(Calculation)	ประกอบด้วย 3	ข้อคำถาม	3	คะแนน
ภาษา (Language)	ประกอบด้วย 10	ข้อคำถาม	10	คะแนน
การระลึกได้ (Recall)	ประกอบด้วย 3	ข้อคำถาม	3	คะแนน

#### เกณฑ์ในการแปลผล

คะแนนน้อยกว่า 11	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง
คะแนนระหว่าง 11-17	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 18-23	หมายถึง	มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย
คะแนนมากกว่า 23	หมายถึง	มีความสามารถในการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม/แบบประเมินกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 6 แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองใน ส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2-5 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ โดยได้รับอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 ส่วนที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาจากเครื่องมือต้นฉบับ โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำเครื่องมือต้นฉบับมาแปล และใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2558 มีรายละเอียด ดังนี้

**ส่วนที่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดย อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิด ส่วนเพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา เป็นคำถามปลายปิด จำนวนโรคทางกายอยู่ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีตัวเลือกให้เลือกจำนวน 11 โรค ดังนี้โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ปัญหาด้านการมองเห็น การสูญเสียการได้ยิน ไออย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ โรคกระเพาะอาหารอักเสบและอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เบาหวาน แขนหรือขาอ่อนแรงหรืออัมพาตและความผิดปกติของผิวหนัง เช่นอาการคันต่างๆ แผลกดทับหรือผู้ที่มีภาวะไหม้ที่ผิวหนัง และอื่นๆหากมีอาการในแต่ละหัวข้อนำคะแนนมารวมและกำหนดเป็น 4 กลุ่ม (Kim et al., 2009)

**ส่วนที่ 2.2 แบบวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)** สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Hamilton (1960) มีจุดประสงค์ในการใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร สิริวิทยวงศ์และคณะ, 2544) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ผ่านการทดสอบดูความแม่นยำและความ

สอดคล้องภายในแล้วพบว่า ค่า Internal reliability ของแบบวัดมีค่า Kappa เท่ากับ 0.87 ความ  
 แม่นตรงของแบบวัดเมื่อเทียบกับ Global Assessment scale พบว่ามีค่า Spearman's  
 correlation coefficient = -0.8239 ความสอดคล้องภายในของแบบวัดมีค่า standard cronbach's  
 alpha coefficient = 0.7380 แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ แบ่งระดับคะแนนความ  
 รุนแรงของอาการดังนี้

0 - 2 คะแนน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 4,5,6,12,13,14 ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

รุนแรง (2 คะแนน)

0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,7,8,9,10,11,15 ให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย (0 คะแนน)

ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน)

เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน)

ปานกลางถึงรุนแรง(3 คะแนน)

รุนแรงมาก (4 คะแนน)

ยกเว้นข้อ 16,17 ให้คะแนนดังนี้

ข้อ 16 เลือกถามเพียง ก หรือ ข อย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น โดย ก ถามจากผู้ป่วย ข  
 เป็นความเห็นจากจิตแพทย์ผู้ดูแลในกรณีผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก  
 ข้อ ก ทุกราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก

ก ให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0 ไม่มีน้ำหนกลด

1 อาจมีน้ำหนกลด ซึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้

2 น้ำหนกลดลงชัดเจน

3 ไม่ได้ประเมิน

ข้อ 17 0-3 คะแนนดังนี้

0 ตระหนักว่าตนเองซึมเศร้าและเจ็บป่วย

1 ตระหนักว่าตนเองกำลังป่วย แต่โยงสาเหตุจากดิน ฟ้า อากาศ การทำงาน  
 หนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่รุนแรง

คิดคะแนนโดยนำคะแนนแต่ละข้อมานับรวมกัน

**การแปลผล** มีช่วงคะแนน จาก 0 -52 คะแนนโดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 5 ระดับ ดังนี้

0-7	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8-12	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
13-17	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
18-29	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
และ 30	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

**ส่วนที่ 2.3** แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index:ISI) โดย Morin (1993) เป็นแบบประเมินการรับรู้การนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้น (จรรยา ฉิมหลวง, 2554) ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2548) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการ การตื่นเช้ามืดเกินไป และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาและ ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.74-0.78 ค่าความเที่ยง 0.67 (Blastein & Morin, 2001) โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ(0 คะแนน =ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและ 4 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

**การแปลผล** มีช่วงคะแนน จาก 0 -28 คะแนนโดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-7	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระหว่าง 8-14	คะแนน	หมายถึง	มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย
ระหว่าง 15-21	คะแนน	หมายถึง	มีอาการนอนไม่หลับปานกลาง
ระหว่าง 22-28	คะแนน	หมายถึง	มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง

**ส่วนที่ 2.4** แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ (The Geriatric Social Readjustment Rating Scale :GSRRS) นำแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุของ Kanchana (2010) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) และนำมาปรับปรุงโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 7,8,9,10,11,14,15,16

ด้านสังคมจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,2,3,4,5,6

ด้านความรู้คิดจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 12,13,17,18,19,20,21,22,23

ด้านอารมณ์จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 24,25

มีค่าความเชื่อมั่น .87 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 (นิษา สมานทรัพย์, 2554) ซึ่งถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

**การแปลผล** ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลดีให้ 0 คะแนน ถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดแล้วส่งผลเสียให้ 1 คะแนนหรือถ้าเกิดเหตุการณ์แล้วส่งผลดีและผลเสียให้ 1 คะแนน แล้วคิดค่าคะแนนรวมทั้งหมด กำหนด เกณฑ์ในการประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระหว่าง 1-8 คะแนน หมายถึง มีระดับประสบการณ์ความเครียด เล็กน้อย

ระหว่าง 9-16 คะแนน หมายถึง มีระดับประสบการณ์ความเครียด ปานกลาง

ระหว่าง 17-25 คะแนน หมายถึง มีระดับประสบการณ์ความเครียด รุนแรง

**ส่วนที่ 2.5** แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี back translate และผ่านการรับรองจากสถาบันภาษาทั้งสองแห่งคือมหาวิทยาลัยมหาสารคามและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ดังนี้

1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ข้อ 5,7,9,12 และ 16
2. ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ข้อ 3,4,8,10,11และ 14
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับได้แก่ข้อ 1และ 2
4. ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับได้แก่ข้อ6,13และ 15

**เกณฑ์ในการให้คะแนน** เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาวต่อเนื่อง 100 mm บนเส้นตรง (0-10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อ และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในคลินิกเท่ากับ .77 เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ .79 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (Carney et al.,2007)

**การแปลผล** ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติฯในระดับต่ำ

ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติฯในระดับสูง

**ส่วนที่ 2.6** แบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอน Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS) โดย Nicassio และคณะ (1985) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายและความคิดขณะที่เข้านอนการพัฒนามาจากกลไกการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ มีจำนวน 16 ข้อคำถามประกอบด้วย

1. ประเมินสิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะเข้านอน (Somatic arousal ) เช่น ปากแห้ง ใจสั่นเหงื่อออกที่บริเวณฝ่ามือ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ มือเท้าเย็นได้แก่ ข้อ 9,10,11,12,13,14,15 และ16 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ0.79 มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81

2. ประเมินสิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก (Cognitive arousal) เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือคิดเรื่องต่างๆโดยไม่สามารถกำจัดความคิดนั้นได้ ในขณะที่เริ่มเข้านอน ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7 และ 8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 ความเที่ยง เท่ากับ 0.76 (Lichstein et al.,1980 อ้างถึงใน Nicassio et al.,1985)

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำเครื่องมือต้นฉบับมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2558 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาแปลและปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในสังคมไทยผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาของแบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอนด้วยวิธีการแปลภาษาแบบย้อนกลับ (Back translation) กล่าวคือ ผู้วิจัยแปลแบบประเมินต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Bilingual translation) จำนวน 2 คน คนแรกตรวจสอบความถูกต้องของการแปลข้อความจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คนที่ 2 ตรวจสอบการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำเครื่องมือภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับที่ได้คือต้นฉบับ (Original version) และฉบับที่ได้รับการแปล (Back translation version) นำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาเปรียบเทียบ ตรวจสอบความแตกต่างของข้อความภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับที่ได้รับการแปลทีละข้อ โดยให้มีความหมายตรงกันกับความหมายต้นฉบับมากที่สุด และปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

**การแปลผล** โดยให้คะแนนแบบ Rating scale ตามระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 5 ระดับ กำหนดค่าคะแนน 1 หมายถึงไม่มีอาการ 2 หมายถึงมีอาการเล็กน้อย 3 หมายถึงมีอาการปานกลาง 4หมายถึงมีอาการมาก 5 หมายถึงมีอาการมากที่สุด คิดคะแนนแยกเป็น 2 หัวข้อคือ สิ่งเร้าด้านร่างกาย(ตั้งแต่ข้อ 9-16) มีคะแนนตั้งแต่ 8-40 คะแนน สิ่งเร้าด้านความรู้สึก (ตั้งแต่ข้อ 1-8) มีคะแนนตั้งแต่ 8-40 คะแนน การกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ระหว่าง 8 - 15 คะแนน	หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
ระหว่าง16 - 23คะแนน	หมายถึง มีอาการปานกลาง
ระหว่าง24 - 31คะแนน	หมายถึง มีอาการรุนแรง
ระหว่าง32 - 40 คะแนน	หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ รายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถามผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญโดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนความคิดเห็นระดับ 1-4 คะแนน (1คะแนนคือ ไม่เห็นด้วย และ 4คะแนนคือ เห็นด้วยมากที่สุด) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index: CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องโดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ที่มาของสูตรที่ใช้ในการคำนวณ Hambleton และคณะ (1975) อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2544) โดยใช้สูตร

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ตารางที่ 3 แสดงความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ	ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ
แบบประเมินแบบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า(HRSD)	0.94
แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (ISI)	0.86
แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ(GSRRS)	1.00
แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (DBAS-16)	1.00
แบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน (PSAS)	0.88

ส่วนแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอนภายหลังทำการแปลภาษาย้อนกลับและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยจึงนำมาปรับภาษาภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาดังรายละเอียดในตารางที่ 4 ดังนี้

**ตารางที่ 4** การปรับภาษาของข้อคำถามแบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. ท่านรู้สึกกังวลขณะกำลังจะหลับ	1. ท่านรู้สึกกังวลว่าจะหลับหรือไม่
2. ท่านทบทวนหรือไตร่ตรองครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน	-
3. ท่านรู้สึกซึมเศร้า หรือคิดกังวล	-
4. ท่านกังวลเกี่ยวกับปัญหาอื่น ๆ มากกว่าการนอนหลับ	4. ท่านกังวลเกี่ยวกับปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากเรื่องการนอนหลับ
5. ท่านรู้สึกตื่นกลัวและกระฉับกระเฉง	5. ท่านรู้สึกสมองตื่นตัวและกระฉับกระเฉง
6. ท่านหยุดคิดไม่ได้	-
7. ท่านรู้สึกยังมีความคิดวนเวียนอยู่ในหัวตลอดเวลา	7. ท่านมีความคิดหมกมุ่นตลอดเวลา
8. ท่านถูกรบกวนโดยเสียงต่างๆจากสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว	-
9. ท่านรู้สึกใจเต้นแรงผิดปกติ	9. ท่านรู้สึกใจเต้นเร็ว, แรงผิดปกติหรือเต้นไม่เป็นจังหวะ
10. ท่านรู้สึกเครียด กระวนกระวายใจ	10. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย, กระวนกระวายในร่างกายนของท่าน
11. ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม	-
12. ท่านรู้สึกว่ากล้ามเนื้อตึงตัวหรือเกร็ง	-
13. ท่านรู้สึกมือเท้าเย็น หรือตัวเย็น	-
14. ท่านรู้สึกท้องไส้ปั่นป่วน มวนท้อง คลื่นไส้ ท้องอืด จุกแน่น แสบร้อนที่หน้าอก	14. ท่านรู้สึก ปั่นป่วนในกระเพาะ ,อาการแสบร้อนหน้าอก คลื่นไส้หรือ มีลมในกระเพาะอาหารเป็นต้น
15. ท่านมีเหงื่อออกชุ่มในอุ้งมือ หรือส่วนอื่นๆของร่างกาย	15. ท่านมีเหงื่อออกชุ่มในฝ่ามือ หรือส่วนอื่นๆของร่างกาย
16. ท่านรู้สึกปากคอแห้งผาก	16. ท่านรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้ง



2. ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการศึกษาโดยนำแบบประเมินต่างๆที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลแปลงยาว ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง	
	กลุ่มทดลองใช้ (n=30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n=138)
แบบประเมินแบบระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (HRSD)	0.72	0.87
แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (ISI)	0.82	0.93
แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ (GSRRS)	0.70	0.82
แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (DBAS-16)	0.89	0.92
แบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน (PSAS)	0.86	0.93

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง แล้วทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ในคน ของโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง

3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง หลังจากนั้น ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### 4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

4.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหน่วยงานเพื่อชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ ซึ่งพยาบาลประจำหน่วยงานจะเป็นผู้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างฟังคร่าวๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการให้บริการ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับแล้วนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยจึงทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม โดยเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยังแบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้นซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมิน Pre-Sleep Arousal Scale ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 40 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 94 ข้อ การดำเนินการทำแบบสอบถามจะทำบริเวณที่ใกล้จุดนั่งรอตรวจ โดยทำการเก็บข้อมูลครั้งละหนึ่งคน ไปเรื่อยๆตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนดไว้โดยไม่ได้สุ่ม หากมีผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้หลายคนผู้วิจัยจะแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้แก่ผู้ป่วยอ่านระหว่างที่นั่งรอ หรือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำก่อนเช่นการพบแพทย์ การรับยาเป็นต้น ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมนั้นๆก่อน

และขอความร่วมมือให้กลับมาทำแบบสอบถามต่อให้สมบูรณ์ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมต่างๆแล้ว บางข้อคำถามต้องถามหลายครั้งกว่าจะเข้าใจหรือใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกจะตอบแบบสอบถามอย่างต่อเนื่องต้องพักให้ไปตรวจหรือรับยาก่อนแล้วจึงทำแบบสอบถามต่อ

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

6. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติพร้อมให้ของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง คือ ผ้าขนหนูขนาดเช็ดหน้า และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมอบของที่ระลึกเพื่อขอบคุณเจ้าหน้าที่ในแผนกจิตเวชร่วมด้วย

7. การดำเนินการตามข้อ 1-6 ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล 3 เดือนระหว่าง ตุลาคม – ธันวาคม 2558 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทั้งสิ้น 138 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งและนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อสรุปผลการวิจัย

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มี การเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากมีการรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวน 138 ราย กำหนดรหัสของข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อนำไปลงในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคส์แคว (chi square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จำนวนของโรคทางกาย (ordinal scale)กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank =  $\rho$ ) (รัตนศิริ ทาโต,2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (interval scale) กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient =  $r$ ) (รัตนศิริ ทาโต,2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป เครือข่ายบริการที่ 6 โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มได้ โรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 49 คน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจำนวน 26 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 20 คน โรงพยาบาลระยองจำนวน 43 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 138 คน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 6-9

ตอนที่ 2 อาการนอนไม่หลับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต นำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 10-16

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 6-9

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละ ของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	28.3
หญิง	99	71.7
อายุ (ปี) $\bar{X}$ = 67.37, S.D. = 7.04		
	Min=60Max=86	
60 - 70	99	71.7
71 - 80	32	23.2
> 80	7	5.1
สถานภาพสมรส		
คู่	78	56.5
โสด	10	7.2
หม้าย	35	25.4
หย่า	5	3.6
แยกกันอยู่	10	7.2
รายได้เพียงพอ	84	60.9
รายได้ไม่เพียงพอ	54	39.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	13	9.4
มัธยมศึกษา	21	15.2
อาชีวศึกษา,อนุปริญญา	6	4.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	7.2
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า(ปี)		
	$\bar{X}$ =6.93, S.D. = 7.55 Min=1 Max=30	
1-2	52	37.7
3-5	33	23.9
6-10	24	17.4
>10	29	21.0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 99 คนคิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 และช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปพบน้อยที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 67.37 ปี (S.D.=7.04) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนอยู่ในระดับเพียงพอจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามานาน 1-2 ปีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมา 3-5 ปีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 6.93 ปี (S.D.=7.55)

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของจำนวนโรคทางกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138)

จำนวนโรคทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคทางกาย	20	14.5
มีโรคทางกาย 1 โรค	33	23.9
มีโรคทางกาย 2-3 โรค	61	44.2
มีโรคทางกายมากกว่า 4 โรคขึ้นไป	24	17.4

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายจำนวน 2-3 โรค มากที่สุดจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือ มีจำนวนโรคทางกาย 1 โรค จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 จำนวนโรคทางกายมากกว่า 4 โรคขึ้นไป จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 และไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของโรคและการเจ็บป่วยทางกายในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138)

โรคหรือการเจ็บป่วยทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์	23	16.67
ปัญหาด้านการมองเห็น	30	21.74
ไออย่างต่อเนื่อง/ปัญหาในระบบทางเดินหายใจ	2	1.45
อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด	10	7.25
ความดันโลหิตสูง	75	54.35
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	6	4.35
แขนหรือขาอ่อนแรงหรืออัมพาต	4	2.90
แผลกดทับ	0	0.00
เบาหวาน	50	36.23
การสูญเสียการได้ยิน	7	5.07
โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ	18	13.04
ความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร	7	5.07
อาการคันตามร่างกาย	2	1.45
โรคอื่นได้แก่		
ไขมันในเลือดสูง	34	24.64
ไทรอยด์	5	3.62
พาร์กินสัน	2	1.45
โรคไต	2	1.45
ปวดหลัง	3	2.17
ธาลัสซีเมีย	1	0.72
มะเร็ง	2	1.45
ไวรัสตับอักเสบ	1	0.72
HIV	1	0.72

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหากล้ามเนื้อ และโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ซึ่งมีจำนวน 75,50,30 และ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 54.35,36.23,21.74 และ 16.67 ตามลำดับส่วนโรคอื่นๆพบว่ามีการไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 24.64



**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ อาการนอนไม่หลับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต นำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 9-14

**ตารางที่ 9** จำนวน ร้อยละของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (n=138)

อาการนอนไม่หลับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ	0-7	26	18.8
มีอาการนอนไม่หลับ	8-28	112	81.2
ระดับเล็กน้อย	8-14	21	15.2
ระดับปานกลาง	15-21	35	25.4
ระดับรุนแรง	22-28	56	40.6
รวม		138	100
$\bar{X} = 17.54$ S.D.=8.49 Min = 0 Max= 28			

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 จำแนกเป็น อาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 อาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 อาการนอนไม่หลับในระดับเล็กน้อยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และไม่มีอาการนอนไม่หลับเลยจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n=138)

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 -7	19	13.8
มีภาวะซึมเศร้า	8-40	119	86.2
ระดับเล็กน้อย	8 -12	26	18.8
ระดับปานกลาง	13 - 17	26	18.8
ระดับมาก	18 - 29	56	40.6
ระดับรุนแรง	> 30	11	8
รวม		138	100
$\bar{X} = 17.64$ S.D.=8.86 Min = 0 Max= 40			

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลางในจำนวนเท่ากันคือ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 มีภาวะซึมเศร้าระดับมากจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ตามลำดับ และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละของเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า (n=138)

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดระดับ ปานกลาง	9 - 16	4	2.9
ความเครียดระดับ รุนแรง	17 - 25	134	97.1
$\bar{X} = 23.32$ S.D.=2.63 Min =13 Max=25			

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีประสบการณ์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับรุนแรง จำนวน 134 คนคิดเป็นร้อยละ 97.1 รองลงมาคือเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตระดับปานกลางจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 2.9

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ยของคะแนนประสบการณ์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า จำแนกตามรายด้าน

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จำแนกตามรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.
ด้านร่างกาย	0.966	0.092
ด้านสังคม	0.955	0.104
ด้านการรู้คิด	0.876	0.198
ด้านอารมณ์	0.989	0.073

จากตารางที่ 12 เมื่อนำคะแนนประสบการณ์ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มาจำแนกตามรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 0.989 รองลงมาคือด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านการรู้คิดเป็นลำดับสุดท้ายซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 0.966, 0.955 และ 0.876 ตามลำดับ

**ตารางที่ 13** จำนวน ร้อยละของระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (n=138)

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การนอนหลับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0 – 3.8	16	11.6
ระดับสูง	3.9 - 10	122	88.4
$\bar{X}$ = 6.91 S.D.=2.03 Min =2 Max= 10			

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูงจำนวน 122 คนคิดเป็นร้อยละ 88.4 และมีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 11.6

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของ การรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน ด้านการรู้คิด และด้านร่างกาย (n=138)

ระดับความรุนแรง	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด (ข้อ1-8)			
อาการเล็กน้อย	8 - 15	41	29.7
อาการปานกลาง	16 - 23	24	17.4
อาการรุนแรง	24 - 31	43	31.2
อาการรุนแรงมาก	32 - 40	30	21.7
$\bar{X}= 22.88$ S.D.=9.49 Min =8 Max=38			
สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย (ข้อ9-16)			
อาการเล็กน้อย	8 - 15	49	35.5
อาการปานกลาง	16 - 23	51	37.0
อาการรุนแรง	24 - 31	24	17.4
อาการรุนแรงมาก	32 - 40	14	10.1
$\bar{X}=19.17$ S.D.=8.34 Min =8 Max= 40			

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน ด้านการรู้คิดมีอาการในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 31.2 อาการในระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 29.7 อาการในระดับรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนสิ่งเร้าด้านร่างกายมีอาการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.0 อาการในระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 35.5 อาการในระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 17.4

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคส์แคว (chi square= $\chi^2$ ) จำนวนของโรคทางกายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank =  $p$ ) สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient =  $r$ ) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ใน ตารางที่ 15

**ตารางที่ 15** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ จำนวนของโรคทางกาย สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์			p-value
	$\chi^2$	r	p	
เพศ	2.335			0.506
จำนวนของโรคทางกาย			0.243	0.004 *
สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย		0.558		<0.001 **
สิ่งเร้าทางการรู้คิด		0.636		<0.001 **
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า		0.572		<0.001 **
ความเชื่อและทัศนคติ		0.607		<0.001 **
เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต		0.064		0.454

\*  $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.001$

จากตารางที่ 15 จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ( $p=0.243$ )กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สิ่งเร้าทางการรู้คิดและความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r =.636$  และ  $r =.607$  ตามลำดับ) ส่วนสิ่งเร้าทางด้านร่างกายและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r =.558$  และ  $r =.572$  ตามลำดับ) ส่วนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สิ่งเร้าด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศและสิ่งเร้าทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. สิ่งเร้าทางด้านความรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและจำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558 ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคลินิกจิตเวช เครือข่ายบริการที่ 6

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease / ICD 10) ทั้งเพศชาย และ หญิง ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยองและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 138 คนซึ่งได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า(Major depression disorder ; F.32)โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 10 (International Classification of Disease / ICD 10) ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ไม่มีความเสี่ยง

ซึ่งประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) และมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ไม่มีอาการทางร่างกายรุนแรงหรือโรคทางจิตเวชเช่นวิตกกังวล อาการของโรคจิตอื่น ๆ ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขัดต่อการตอบแบบสอบถาม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่ง มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยมาเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (TMSE) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม/แบบประเมินกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 6 แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเองในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2-5 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วมาใช้ ส่วนที่ 6 ผู้วิจัยได้ทำการแปลภาษาจากเครื่องมือต้นฉบับ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ จำนวนโรคทางกาย มีตัวเลือกให้เลือกจำนวน 11 โรค (Kim et al., 2009)

ส่วนที่ 2.2 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (Hamilton, 1967, 1969, 1980) ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์และคณะ, 2544) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 17 ข้อ

ส่วนที่ 2.3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index : ISI) โดย Morin (1993) เป็นแบบประเมินการรับรู้อาการนอนไม่หลับด้วยตนเองแบบสั้น (จรรยา ฉิมหลวง, 2554) ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2548) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2.4 แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ (The Geriatric Social Readjustment Rating Scale :GSRRS) นำแบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุของ Kanchana (2010) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Amster and Kraus (1974) และนำมาปรับปรุงโดย นิษา สมานทรัพย์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 2.5 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ของ Morin และคณะ (2007) เป็นแบบประเมินด้วย Visual analog scales จำนวน 16 ข้อ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับและความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ

ส่วนที่ 2.6 แบบประเมิน สิ่งเร้าก่อนเข้านอน (Pre-Sleep Arousal Scale: PSAS) โดย Nicassio และคณะ (1985) เป็นแบบประเมินสิ่งเร้าทางด้านร่างกายและสิ่งเร้าทางด้านความรู้สึกขณะเข้านอนซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ข้อที่ 1-8 เป็นการประเมินสิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก (Cognitive arousal) ข้อ 9-16 เป็นการประเมินสิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะเข้านอน (Somatic arousal) (Lichstein et al., 1980 อ้างถึงใน Nicassio et al., 1985)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินส่วนที่ 1-6 ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินทั้ง 6 ส่วน เท่ากับ 0.94, 0.86, 1.00, 1.00 และ 0.88 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ที่โรงพยาบาลแปลงยาว นำไปหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินส่วนที่ 1-6 เท่ากับ 0.72, 0.82, 0.70, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำ



วิจัยของโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2558
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติไคส์แคว (chi square) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จำนวนของโรคทางกายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank =  $p$ ) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient =  $r$ ) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 71-80 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 และช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปพบน้อยที่สุดจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 67.37 ปี (S.D.=7.04) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนอยู่ในระดับ

เพียงพอกำหนด 84 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามานาน 1-2 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 รองลงมา 3-5 ปีจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 และพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 6.93 ปี (S.D.=7.55) การศึกษาในส่วนจำนวนโรคทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคทางกายจำนวน 2-3 โรค มากที่สุดจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยคือโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาการมองเห็น และโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ซึ่งมีจำนวน 75,50,30 และ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 54.35,36.23,21.74 และ 16.67 ตามลำดับ ส่วนโรคอื่นๆพบว่ามีความไข่ม้วนในเลือดสูงร่วมด้วยจำนวน 34 คนคิดเป็นร้อยละ 24.64 โดยกลุ่มที่มีจำนวนโรคทางกาย 1 โรคส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 6.5 และ 5.8 ตามลำดับ จำนวนโรคทางกาย 2 โรค ที่พบมากที่สุดได้แก่โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.9 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับปัญหาการมองเห็น มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 2.2 ส่วนจำนวนโรคทางกาย 3โรค โดยส่วนใหญ่จะประกอบด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ปัญหาการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 1.4 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันอีก 2 ลำดับต่อมาคือโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,ไข่ม้วนในเลือดสูง และปัญหาการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง,ไข่ม้วนในเลือดสูง ส่วนจำนวนโรคทางกาย 4โรคที่พบมากที่สุดคือโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆคิดเป็นร้อยละ 2.2

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 แบ่งเป็นระดับรุนแรง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 ระดับปานกลางจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 ระดับเล็กน้อยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8

4. จากการศึกษาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 82.2 แบ่งเป็นระดับมาก จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลางซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ตามลำดับ และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8

5. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับรุนแรง จำนวน 134 คนคิดเป็นร้อยละ 97.1รองลงมามีประสบการณ์ความเครียดในระดับปานกลางจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 2.9

6. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูงจำนวน 122 คนคิดเป็นร้อยละ 88.4 และมีระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำจำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 11.6

7. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้สิ่งเร้าก่อนเข้านอน สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด มีอาการในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 31.2 อาการในระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 29.7 อาการในระดับรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนสิ่งเร้าทางด้านร่างกายมีอาการในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 37.0 อาการในระดับเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 35.5 อาการในระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 17.4

8. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

9. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนของโรคทางกายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงมีโรคทางกายมากกว่า 4 โรคขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือมีโรคทางกาย 2-3 โรคคิดเป็นร้อยละ 41.0 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่มีปัญหาด้านการนอนไม่หลับพบว่ากลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่จะไม่มีโรคทางกายร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมาคือมีโรคทางกาย 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 30.3 และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าจำนวนของโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ( $p = .243$   $p = .004$ ) กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

10. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า

10.1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\chi^2 = 2.335$   $p = .506$ )

10.2 สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .558$   $p = < .001$ )

10.3 สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .636$   $p = < .001$ )

10.4. ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .572$   $p = < .001$ )

10.5. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .607$   $p = < .001$ )

10.6. เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .064$   $p = .454$ )

10.7. จำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .243$   $p = .004$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านความรู้สึก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดังกล่าว ข้างต้นสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1. การศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลระยอง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ( $n = 138$ ) มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 แบ่งตามระดับความรุนแรงได้ดังนี้ มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 มีอาการนอนไม่หลับในระดับเล็กน้อยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 และไม่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.49 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 0 คะแนนและสูงสุดเท่ากับ 28 คะแนน ซึ่งมีลักษณะในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับโดยใช้ระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที มีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 มีอาการตื่นเข้ามามากกว่าที่ต้องการมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 37 และตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับมีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 34 นอกจากนั้นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีปัญหากับการนอนจำนวน 59 คนคิด

เป็นร้อยละ 42.8 รู้สึกกังวลและหดหู่กับอาการนอนไม่หลับ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจกับการนอน จำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 29.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 เพศชายจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 เมื่อพิจารณาแบ่งตามเพศพบว่า เพศชายมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 76.9 มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.1 และมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.5 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 82.8 มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 43.4 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 26.3 และ มีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.1

สามารถอธิบายได้ว่าอาการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการหนึ่งในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาและพบว่ามักจะเกิดร่วมกันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการควบคุมจังหวะชีวภาพและสมดุลของการนอนหลับจะลดลง โดยพบว่าเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าที่แสดงถึงการหลับลึกในระยะที่ 3,4 ของ NREM มีการทำงานลดลง หากมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีอาการนอนไม่หลับ มากกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า (Stepanski, 2002) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับแรงขับของสมดุลของการนอนหลับ (homeostatic sleep drive) ที่ลดลงร่วมด้วยจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านอนหลับลึกได้ไม่นาน รู้สึกตัวตื่นเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ (2554) ทำการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 60 ตามลำดับโดยพบว่าลักษณะเด่นของอาการนอนไม่หลับคือ ตื่นเช้ามากเกินไป การตื่นบ่อยกลางดึกและรู้สึกว่านอนไม่เต็มอิ่ม ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Jaussent และคณะ (2011) ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 3,824 คนในประเทศฝรั่งเศส พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงจำนวน 618 คนมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 45.79 มีอาการนอนแต่ไม่คอยหลับใช้ระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 23.62 ตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 29.29 และมีอาการตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการคิดเป็นร้อยละ 21.20 และจากการศึกษาของ Shahar ละคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศราร่วมกับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุประเทศมาเลเซีย จำนวน 71 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.8 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไปมีอาการนอนไม่หลับคิดเป็นร้อยละ 94.6 ส่วน Abe & Germain (2012) ที่ศึกษาอาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24,551 คน พบว่า ผู้สูงอายุ (60-69ปี) ที่มีภาวะซึมเศราร่วมกับอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 4.5 และช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 ซึ่งความแตกต่างนี้อาจจะมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น การศึกษา รายได้ ความสามารถในการ

การดูแลตนเอง บริบททางสังคม และการใช้เครื่องมือในการประเมินที่แตกต่างกันไปจึงทำให้ผลการศึกษาในต่างประเทศมีความแตกต่างกับของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรมีการประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมด้วยร่วมกับการรักษาโรคซึมเศร้า ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวตลอดจนกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อแบบแผนการนอนรวมทั้งทัศนคติที่มีต่ออาการนอนไม่หลับดีขึ้น ปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดสิ่งเร้าทั้งร่างกายและความคิด เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีคุณภาพและการนอนหลับที่ดี

**2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวนของโรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสามารถวิเคราะห์ที่ได้ดังนี้ ตัวแปรเพศ ใช้สถิติไคส์แคว (chi square) ส่วน สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient= $r$ ) และจำนวนของโรคทางกาย ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank =  $p$ ) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**2.1 เพศ** ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า หมายความว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าสังคมไทยเป็นลักษณะของสังคมที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลและยังมีลักษณะความเป็นครอบครัวขยายมากกว่าครอบครัวเดี่ยวโดยเฉพาะในเขตชนบท แม้ว่าเพศจะเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะของแต่ละบุคคล โดยเพศชายจะถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงทำหน้าที่เป็นแม่บ้านเลี้ยงดูบุตรหลาน แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทั้งสองเพศมีการปรับตัวและสลับบทบาทหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) และเมื่อต้องเผชิญความเจ็บป่วยผลกระทบต่อร่างกายจิตใจไม่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทั้งในครอบครัว และสังคมทั้งเพศชายและเพศหญิง (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kim และคณะ (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ ที่ประเทศเกาหลี โดยใช้เวลาในการศึกษานาน 2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,204 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.3 เท่า และจากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาจะพบว่าเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย (Ohayon & Roth, 2001)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 เพศชายจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 เมื่อพิจารณาแบ่งตามเพศพบว่า เพศชายมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 76.9 มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.1 และมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.5 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 82.8 มีอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 43.4 มีอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 26.3 และมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.1 ตามลำดับ ลักษณะการนอนไม่หลับนั้นมีทั้งตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้ สามารถอธิบายได้ว่าเพศเป็นลักษณะที่บอกความแตกต่างระหว่างบุคคล แต่ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อจิตใจและอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากความรู้สึนึกคิด ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่าง ซึ่งปัจจุบันหญิงชาย มีบทบาทที่ไม่แตกต่างกันมากนัก (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558) จึงไม่มีผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงานในวัยสูงอายุและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเช่น การหย่าร้าง การสูญเสียคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้นอนไม่หลับ ตามมา (Shaver & Zenk, 2000) และจากพื้นที่ที่มาของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทางสังคม และวัฒนธรรม เช่นในจังหวัดระยองส่วนใหญ่จะเป็นชุมชนด้านการประมง การเกษตร และอุตสาหกรรมส่วนจังหวัดอื่นๆประกอบอาชีพด้านเกษตรเพียงอย่างเดียวเป็นต้น ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทต่างๆแตกต่างกัน ซึ่งสรุปได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้า

**2.2 สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย (Physiological arousal)** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.558$   $p<.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งเร้าด้านร่างกายมากจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น ซึ่งสิ่งเร้าหรือสภาวะตื่นตัว (arousal) สามารถอธิบายได้ว่าเป็นสภาวะของร่างกายที่มีการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นจะมีสิ่งเร้าหรือตื่นตัวได้เมื่อมีการทำงานในระบบ Reticular Activating System (RAS) ในก้านสมองซึ่งมีการทำงานอย่างอิสระ (Autonomic nervous system) และระบบต่อมไร้ท่อส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและสิ่งเร้าทางด้านความรู้สึกและความคิด สามารถอธิบายทางสรีรวิทยาได้ดังนี้ RAS มีหน้าที่ในการควบคุมสิ่งเร้าที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตื่นตัว และการตื่นหลับ (sleep - wake transitions) ซึ่งอยู่บริเวณก้านสมอง มีหน้าที่ทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสื่อประสาท ซึ่งรวมการหลั่งสารอะเซทิลโคลีน นอร์อิพิเนฟริน โดปามีนและซีโรโทนิน เมื่อมีการทำงานที่สัมพันธ์กันในเขต

ประสาทส่วนต่างๆ ที่รับสารสื่อประสาทจะเพิ่มความไวต่อการรับสัญญาณและตอบสนองต่อสัญญาณที่เข้ามาในเขตประสาท (วิกิพีเดีย, 2558)

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสิ่งเร้าด้านร่างกายหรือปฏิกิริยาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะเข้านอน ได้แก่ ความรู้สึกวากล้ามเนื้อมีความตึงตัวหรือเกร็ง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.70 มีอาการหายใจไม่อิ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.59 มีความรู้สึกว้างกายกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.57 และรู้สึกว้างปากคอแห้งผากขณะก่อนเข้านอน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 2.47 สามารถอภิปรายได้ตามแนวคิดของ Integrative model (Lundh & Broman, 2000) ว่าสิ่งเร้าด้านร่างกายเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ร่างกายและสารเคมีในสมองมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่ออาการนอนไม่หลับ เช่นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกาย การหลั่งสารอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นโดยบุคคลนั้นจะมีความรู้สึกแตกต่างกัน เช่น ปากแห้ง ใจสั่น มือเท้าเย็น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นหากแต่ละบุคคลมีความตื่นตัวหรือการรับรู้สิ่งเร้าแตกต่างกันก็จะส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกันร่วมด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Lushington และคณะ (2000) ทำการศึกษาทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ กลุ่มละ 16 คนโดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะนอนไม่หลับด้วยเครื่อง Polysomnographic (PSG) ร่วมกับการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักโดยมีการเฝ้าติดตามใน 24 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มทดลองที่มีอาการนอนไม่หลับมีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของการตรวจประเมินด้วยเครื่อง Polysomnographic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Chiu และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาปัญหาด้านการนอนหลับในผู้สูงอายุชาวจีนร่วมกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,034 คน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านร่างกาย(somatic complaint) ตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไปสามารถร่วมทำนายอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 7 เท่า

**2.3 สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด (cognitive arousal)** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.636$   $p<.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยซึ่งตัวแปรนี้ได้มาจากแนวคิด Integrative model (Lundh & Broman, 2000) กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีสิ่งเร้าด้านการรู้คิด มากจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุผล (distortion of cognition or thinking) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า Beck (1979) ได้อธิบายว่าบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตัวเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอก รวมถึงอนาคต โดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการ



ของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอาไรต์เอาเปรียบ และมองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานและประสบแต่ความล้มเหลวในชีวิต (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งเร้าด้านการรู้คิดเป็นลักษณะการคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการที่บุคคลนั้นชอบวางแผนล่วงหน้า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะของความกังวลต่อการนอน จะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและส่งเสริมให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่และส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา (Lundh, 2005) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะของความคิดที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างคือมีความคิดแบบวนเวียนอยู่ในหัวตลอดเวลาเมื่อล้มตัวลงนอน ไม่สามารถหยุดความคิดนั้นได้ ครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีตและมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมากเกินไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Spiegelhalder และคณะ (2012) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งเร้าด้านการรู้คิด กับอาการนอนไม่หลับในระยะแรก (Primary Insomnia) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 182 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับโดยนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 54 คน ที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับด้วยการใช้เครื่อง Polysomnographic (PSG) ตรวจประเมินเป็นระยะเวลา 2 คืนร่วมกับการใช้แบบสอบถามที่ประเมินสิ่งเร้าด้านการรู้คิดร่วมด้วย พบว่าสิ่งเร้าด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้านอนและการตื่นกลางดึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2.4 ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.572$   $p<.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ารระดับมาก ร้อยละ 40.6 ภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลางและน้อยมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 18.8 และมีภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรง ร้อยละ 8 สามารถอภิปรายผลได้ว่าภาวะซึมเศร้านั้นเป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ขาดความเชื่อมั่น แยกตัวซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลางขึ้นไปจะมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบและจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558)

สามารถอธิบายสาเหตุที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้นเมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเนื่องมาจากเมื่อเกิดอาการซึมเศร้า ระดับของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) จะสูงขึ้นซึ่งสารตัวนี้จะออกฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทในสมองที่ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลายและหลับได้อย่างต่อเนื่อง (ฐนิษฐา กลีบบัว, 2558) ได้แก่ ซีโรโทนิน นอร์อิพิเนฟริน ซึ่งซีโรโทนิน มีหน้าที่โดยตรงในการควบคุมเรื่องการแสดงอารมณ์ ช่วยควบคุมการนอนหลับ อุณหภูมิและความดันโลหิตในร่างกาย รวมทั้งการรับรู้ความเจ็บปวด เมื่อมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ ซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟริน มีการลดระดับลง (สายฝน เอกวารงกุล, 2553) ซึ่ง

เซโรโทนินทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เมลาโทนินทำงานหากหลังออกมาน้อยจะส่งผลให้วงจรการนอนหลับทำงานช้าลง จึงส่งผลให้อาการนอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

นอกจากนั้นในผู้สูงอายุการควบคุมจังหวะชีวภาพของการนอนหลับยังมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมส่งผลต่อวงจรการหลับ ตื่น ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่นานขึ้น (สุตารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gindin และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในสถานดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว เพื่อนำไปจัดระบบบริการสุขภาพแบบระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุประเทศในแถบทวีปยุโรป และประเทศอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,156 คนพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Bluestein และคณะ (2010) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไป พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ( $r = .39$   $p < .01$ ) และปัจจัยที่ทำนายความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับคือภาวะซึมเศร้าในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .60$   $p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ (2009) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศเกาหลี จำนวน 1,204 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2.5 ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ** (Dysfunction belief and attitude about sleep) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .607$   $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น เนื่องจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นเวลานานโดยผ่านกลไกของความวิตกกังวลซึ่ง Morin (1993) ได้อธิบายถึงลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับไว้ดังนี้ ลักษณะแรกคือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับโดยเฉพาะการรับรู้ที่อาการนอนไม่หลับเป็นผลเนื่องมาจากการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเองซึ่งการรับรู้แบบนี้จะทำให้ปัญหารุนแรงขึ้นโดยผ่านความวิตกกังวล (sleep related anxiety) และการรับรู้ที่ความเชื่อที่ว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้

การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับมักจะมี ความกังวลเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตนเอง การไม่สามารถคาดเดาเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง การคิดว่าปัญหาการนอนไม่หลับของตนเองนั้นเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีใครที่จะช่วยเหลือได้และปัญหา

นี้จะบั่นทอนความสุขในชีวิต ลักษณะที่สองคือ ความเชื่อว่าผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวัน เช่นอาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ การทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้นซึ่งถือว่าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากผลกระทบดังกล่าวอาจเกิดมาจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากการนอนไม่หลับการรับรู้ผลกระทบนี้ถึงแม้จะตรงความเป็นจริงหรือมากเกินไปเป็นการย้ำเตือนให้ผู้ที่นอนไม่หลับคิดว่าการนอนหลับของตนเองแย่มากเพียงใดความคิดเช่นนี้จะทำให้เกิดความเครียด(สตุอาร์ตัน ซัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) กระตุ้นให้มีการเร่งทางความคิดและรบกวนการนอนหลับ ลักษณะที่สามคือ ความคาดหวังเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต้องมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปเป็นต้น (Morin, 2007) ดังนั้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวกับอาการนอนหลับได้ยากขึ้น (Carney et al., 2007) สอดคล้องกับ Bluestein และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ กับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .31$   $p < .01$ ) นอกจากนี้ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับยังร่วมทำนายอาการนอนไม่หลับ ที่เพิ่มขึ้น 4 เท่า และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการนอนโดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการนอนพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ellis et al., 2007)

**2.6 จำนวนของโรคทางกาย** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.243$   $p<.004$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนโรคทางกาย เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการผิดปกติหรือโรคทางด้านร่างกายที่เกิดร่วมกับโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาด้านการมองเห็น และโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ ส่วนโรคอื่นๆพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย โดยกลุ่มที่มีจำนวนโรคทางกาย 1 โรคส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูง จำนวนโรคทางกาย 2โรค ที่พบมากได้แก่โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับปัญหาการมองเห็น ส่วนจำนวนโรคทางกาย 3 โรค โดยส่วนใหญ่จะประกอบด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรู

มาตอยด์, ปัญหาด้านการมองเห็น, ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวนเท่ากันอีก 2 ลำดับต่อมาคือโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง และปัญหาด้านการมองเห็น, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง ส่วนจำนวนโรคทางกาย 4 โรคที่พบสูงสุดคือ โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ เป็นต้น จากการที่ผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาทางด้านร่างกายจึงส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บปวดต่างๆเพิ่มขึ้น (Hoertel et al., 2013) เช่นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการได้ยิน โรคหลอดเลือดและหัวใจ และไขมันในเลือดสูงซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากการที่ร่างกายมีการตอบสนองของฮอร์โมนอินซูลินต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ (Punjabi et al., 2004) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน (Stepanski, 2002) จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยถูกรบกวนการนอน ซึ่งมีลักษณะที่เด่นชัดคือเข้านอนแล้วหลับยาก ตื่นบ่อยกลางดึก (Parish, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกายผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะทำงานลดลง ส่งผลต่อน้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐานซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจผิดปกติขณะนอนหลับ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงตามมาพร้อมด้วย (Sharma et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gislason & Almqvist (1987) พบว่าผู้ชายสวีเดนจำนวน 3,201 คน ซึ่งเป็นโรคเบาหวานมีปัญหาด้านการนอน โดยใช้ระยะเวลาในการเริ่มนอนนาน ร้อยละ 21.1 มีอาการตื่นกลางดึก ร้อยละ 21.9 และง่วงนอนในเวลากลางวัน ร้อยละ 12.2 และจากการศึกษาของ Sridhar & Madhu (1994) เมื่อเปรียบเทียบปัญหาการนอนในผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาด้านการนอนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 33.7 ซึ่งในบุคคลทั่วไปพบว่ามีปัญหาการนอนเพียง ร้อยละ 8.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ramos และคณะ (2015) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ มีปัญหาหยุดหายใจขณะหลับ ร้อยละ 48 และมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 10 ซึ่งมักจะนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (BMI  $\geq 30$ ) การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะซึมเศร้า

โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากการที่ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบรุนแรงหรือเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลับยาก และขัดขวางช่วงจังหวะของการนอนทำให้นอนได้ในช่วงเวลาสั้นๆและมักจะตื่นกลางดึก (Ohayon, 2005) และจากการศึกษาของ Ohayon (2005) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดแบบเรื้อรัง เช่น ข้อเข่าเสื่อม ปวดหลัง กล้ามเนื้ออักเสบ และอื่นๆ อายุระหว่าง 15-65 ปี ซึ่งอาศัยในเขตทวีปยุโรป พบว่า ร้อยละ 40 มีอาการปวดจากสาเหตุที่แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งอาการ คิดเป็นร้อยละ 5.1 ใช้เวลาในการเริ่มต้นนอน ร้อย

ละ 7.5 ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามากเกินไป ร้อยละ 4.8 และรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน ร้อยละ 4.5 ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากข้อเสื่อมในตำแหน่งต่างๆและอาการปวดหลังที่ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่นานขึ้น ถึง 5 และ 4.1 เท่า ตามลำดับ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Affleck และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาผู้หญิงวัยกลางคนจำนวน 50 คน ที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะเวลา 30 วัน พบว่าคุณภาพและประสิทธิภาพในการนอนไม่ดี เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลานานในการเริ่มต้นนอนนานมากกว่า 30 นาที เนื่องจากทุกข์ทรมานและมักจะนอนได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆเนื่องจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในแถบแอสแคนดิเนเวียน พบว่าอาการปวดชนิดต่างๆเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร่วมด้วย(Giron et al.,2002)

โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากความผิดปกติของ hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ที่หลั่งออกมามากขึ้น ส่งผลให้มีการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ทำให้ซีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นปัจจัยที่รบกวนกระบวนการนอนหลับ (Zhuang et al., 2015) ระยะการนอนหลับ ที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement sleep [REM ]) ส่วนใหญ่จะเรียกการนอนหลับในระยนี้ว่า Paradoxical sleep เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในบางส่วนในขณะที่ร่างกายของคนเราหลับสนิท ซึ่งระยะนี้จะเกิดภายหลังหลับแล้วประมาณ 90-100 นาที ปลูกตึ้นยากกว่าในระยะ NREM ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น ระบบประสาทซิมพาเธติก จะหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ส่งผลให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ระดับความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น จึงมีความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะถูกรบกวนการนอนหลับจากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM sleep ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องตื่นกลางดึกบ่อยๆ (จรรยา ฉิมหลวง, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhuang และคณะ (2015) ที่ทำการศึกษาอาการนอนไม่หลับกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 2,982 คน พบว่ามีผู้สูงอายุโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอาการนอนไม่หลับอัตราความชุก ร้อยละ 38.62 มีแนวโน้มที่เกิดอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.73 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ฉิมหลวง (2554) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีอาการนอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 340 คนที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ 10 แห่ง พบว่าผู้ป่วยหัวใจ

ภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhan และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไขมันในเลือดสูงกับอาการนอนไม่หลับ ในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 10,054 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับอาการนอนไม่หลับในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 และมีแนวโน้มในการเกิดอาการนอนไม่หลับ 1.19 เท่า ส่วนเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.2 และมีแนวโน้มในการเกิดอาการนอนไม่หลับ 1.23 เท่า และจากการศึกษาของ Lin และคณะ (2015) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคลอเลสเทอรอลในเลือดสูงกับอาการนอนไม่หลับ ในประเทศไต้หวัน กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 19-64 ปี จำนวน 1,533 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับนั้นสามารถนอนพักได้น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอเลสเทอรอลในเลือดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาด้านการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seixas และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในประเทศรัสเซียจำนวน 307 คน ที่มีอายุระหว่าง 25-95 ปี ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 72.64 ปี พบว่ามีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 48.4 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 43 ที่มีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วยนอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการมองเห็นมีแนวโน้มในการเกิดอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 2.73 เท่า ส่งผลให้มีปัญหาในการแยกตัว ร่วมกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.68 เท่า ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าร่วมกับปัญหาด้านการมองเห็นมีแนวโน้มในการเกิดอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 2.20 เท่า

ปัญหาด้านการได้ยินมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความอดทนต่อเสียงที่ได้ยินลดลงและรู้สึกไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นจากอาการดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alster และคณะ(1993) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับกับผู้ที่มีการหูอื้อหรือเสียงดังในหูแบบเรื้อรังที่มีความสามารถในการได้ยินลดลง จำนวน 80 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 77 ใช้ระยะเวลาในการนอนนานมากขึ้น ตื่นกลางดึก ตื่นเช้ามากเกินไป มีอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นขึ้นมา และมีอาการอ่อนเพลียแบบเรื้อรังและนอกจากนั้นพบว่าภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีจำนวนของโรคทางกายหลายโรคจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Kim และคณะ (2009) ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี จำนวน 1,204 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และโรคประจำตัวกับอาการนอนไม่หลับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 41 และส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.3 เท่า จำนวนโรคทางกายหลายโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า นอกจากนั้นพบว่าผู้ที่มีปัญหาการมองเห็น การสูญเสียการได้ยินชนิดที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆรวมทั้งโรคในระบบทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์

กับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ สามารถร่วมทำนายความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับที่เพิ่มขึ้นเป็น 2.4 เท่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Jausset et al.,(2011) ที่ทำการศึกษารื่องอาการนอนไม่หลับและการนอนกลางวันที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 4 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 3,824 คน ในประเทศฝรั่งเศส พบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับสูงที่มีโรคประจำตัว 1 โรค มีแนวโน้มการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.17 เท่า หากมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นถึง 1.44 เท่า ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าจำนวนของโรคทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและการเกิดโรคซึมเศร้า

**2.7 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า**ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 97.1 และเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 2.9 ซึ่งเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญบ่อยๆได้แก่ รู้สึกว่าตนเองทำอะไรได้ช้าลงกว่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 45.65 นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและสายตาไม่ดีเหมือนเดิม มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.26 การมีปากเสียวกับลูกหลานคิดเป็นร้อยละ 26.8 และมีอาการเจ็บปวดจากข้ออักเสบ เป็นต้น

สามารถอภิปรายได้ว่าอาจมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้หลักคำสอนในศาสนาที่ตนเองนับถืออยู่เป็นเครื่องช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Limpawattana และคณะ (2014) ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับอาการนอนไม่หลับในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับด้วยวิธีการสวดมนต์และนั่งสมาธิ คิดเป็นร้อยละ 59.7 ดูโทรทัศน์เพื่อผ่อนคลายและออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 21.1 พยายามที่จะนอนอยู่บนเตียงเพื่อให้หลับคิดเป็นร้อยละ 17.6 และวิธีอื่นๆ ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงมีความสามารถในการปรับตัวรับมือกับความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นโดยยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ซึ่งสอดคล้อง กับ Bluestein และคณะ(2010) ที่ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยมีคะแนนของอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำขึ้นไป พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ดีซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Gindin และคณะ (2014) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบ ระหว่าง 7 ประเทศในทวีปยุโรป และ ประเทศอิสราเอลเพื่อหาแนวทางในการจัดระบบบริการด้านสุขภาพแบบระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,156 คนพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุสามารถร่วมกัน ทำนายอาการนอนไม่หลับที่เพิ่มขึ้น 1.36 เท่า ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด เช่น ความสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การทำงานต่างๆ การ เกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นผู้นำมาเป็นสมาชิกภายในครอบครัวแทน ความรู้สึกสะท้อนใจเกี่ยวกับชีวิตที่ผ่านมาโดยรวมและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรของร่างกายที่แย่ง ประกอบกับความรู้สึกที่มองเหตุการณ์นั้นในเชิงลบจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถูกกระตุ้นทาง ความคิดและอารมณ์เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (สุดารัตน์ ชัยอาจ, 2548; Rochrs , Zorick & Roth, 2000)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ โรคซึมเศร้าผู้วิจัยขอเสนอแนวทางในการส่งเสริมดูแลและป้องกันอาการนอนไม่หลับมีรายละเอียด ดังนี้

#### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าจำนวนโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เกิด ร่วมในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับโดยตรง ใน ฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ควรมีการคัดกรองและติดตาม ผลการรักษา ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยควรเพิ่มการคัดกรองและซักประวัติให้ ครอบคลุม ทำให้สามารถวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการ วินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการรักษาอาการทางจิต สามารถเฝ้า ระวังและป้องกันก่อนที่จะส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

2. จากผลการวิจัยพบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางด้านร่างกาย สิ่งเร้าทางด้านการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นในฐานะพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการ นอนไม่หลับ แบบเฉพาะเจาะจงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานและความ รุนแรงที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น



3. ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอาการนอนไม่หลับโดยการจดบันทึกการนอนหลับ (Sleep diary) เพื่อช่วยประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยและวางแผนแก้ไขได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

#### ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านของปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาตัวแปรแทรกซ้อนเช่นการใช้ยาต่างๆ การจำแนกลักษณะอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นให้มีความชัดเจนตลอดจนการประเมินคุณภาพการนอนหลับหรือปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมในการจัดการเพื่อลดระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.รายงานการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแยกตามเขตบริการ  
ประจำปี 2554-2556. <http://www.dmh.go.th/report/suicide/> สืบค้นข้อมูลเมื่อ 8มิย.58  
เกษม ดันติพลาชิวะ และ กุลยา ดันติพลาชิวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ:  
อรุณการพิมพ์.
- กุสุมาลย์ รามศิริ.(2543). *คุณภาพการนอนหลับปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุ:  
เชียงใหม่,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง.(2536). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State  
Examination (TMSE)* . สารศิริราช.45(6) : 359-374.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ธนา นิลชัยโกวิทย์ .(2540).ปัญหาในการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ  
ประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* ,  
42,66-73.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง.(2547).โรคซึมเศร้า.ใน:พิเชษฐ อดมรัตน์ บรรณาธิการ. *ระบาดวิทยาของปัญหา  
สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย.สงขลา,ลิบราเดอ์การพิมพ์:127-145.*
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง.(2011-11-18). ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ .สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2557.  
[http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/eldersleepingproble  
m/](http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/eldersleepingproblem/)
- จรรยา ฉิมหลวง.(2552). *อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศา  
สตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนกพร จิตปัญญา.(2543).บทความวิชาการ มโนคติและการวัดการนอนหลับ. *วารสารพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,12(1),1-9.*
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน  
โรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. (2547). *ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค  
ซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐนิษฐา กลีบบัว.(2558). *ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี  
อาการซึมเศร้า*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่งและอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล.(2554).ความชุกของโรคซึมเศร้าใน  
ประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4),103-116.

เทอดศักดิ์ เดชคง.วิธีจัดการนอนไม่หลับโดยการไม่ใช้ยา

[www.drterd.com/news/admin/2311254910272.doc](http://www.drterd.com/news/admin/2311254910272.doc) สืบค้นข้อมูลเมื่อ12/05/2558

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. ( 2549). องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทาง  
วิชาการ.กระทรวงสาธารณสุข. เบสท์สเต็ปแอดเวอร์ไทซิง.

ธรณินทร์ กองสุข. (2550). โรคซึมเศร้า องค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ เล่ม 1,  
อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.

ธรณินทร์ กองสุขและคณะ.(2551).ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย:การศึกษาระดับชาติปี 2551.

นิภาภัทร อยู่พุ่ม.การนอนหลับอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ

[http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1\\_2.html](http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_2.html)สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12

ธันวาคม 2558

นิชา สมานทรัพย์. (2554).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
วัยสูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณรงค์ สหเมธาพัฒน์.(2557).ข่าวสาธารณสุขสืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2558.จาก

[http://beid.ddc.moph.go.th/th\\_2011/news.php?items=1661#](http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=1661#)

ณททัย วงศ์ปการันย์. (2551).จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุใน ประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง  
ประเทศไทย. 53 ,(ฉบับผนวก 1) , 39-46. วิทยาลัย

บุญศรี นุเกตุ. (2550). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน กรุงเทพฯ: บริษัท  
ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV  
ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD -10 ). พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ชวนชม.

บุญยภาพ สิทธิพรอนันต์. (2550). ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.

ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2552). การสำรวจสถิติ  
จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค ระหว่าง พ.ศ. 2549 – 2552. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ  
เจ้าพระยา.

พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553).การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับ  
โรคซึมเศร้า(พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ:บริษัทธนาเพลส จำกัด.

พัทรีญา แก้วแพง. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง

- วัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลัย แสงวิไลสาร.(2546).ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ และการสวดมนต์ต่อปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ,มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 2 ). กรุงเทพฯ: เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- รณชัย คงสกotch และคณะ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48(4),211-218.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี และ สุนทรี ศรีโกไสย .(2557).การใช้ดัชนีชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและพยาบาล.พยาบาลสาร,41(1).
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วรภา แผลมเพ็ชร.(2544).การนอนหลับและปัจจัยการรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจารณ์ วิชัชยะ. (2533). *Management of depression(1990)*. กรุงเทพฯ: อาร์ ดี พี.
- วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี[http://th.wikipedia.org/wiki/สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่\\_07/05/2558](http://th.wikipedia.org/wiki/สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่_07/05/2558)
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). ตำราจิตเวชสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวชุดที่7.กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551).โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini Mantal State Examinination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. [http://www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090422\\_70743.pdf](http://www.agingthai.org/files/users/3451/page/20090422_70743.pdf). [12 ธันวาคม 2556].
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.(2552).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร:บริษัท ที่คิวพี จำกัด.

- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมิพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สุชีรา ภัทรยุตวรรัตน์. (2548). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ.
- สุดารัตน์ ชัยอาจและพวงพยอม ปัญญา.(2548).การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.วารสารสภาการพยาบาล, 20,(2),1-20.
- สุพรรณ มหิตติ.(2553).การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนห้วยแมง จังหวัดอุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล.(2544).ปัญหาอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอ. วารสารคลินิก:เวชปฏิบัติจากการใช้ยา,17(1),5-10.
- สายฝน เอกวารงกุล.(2553).รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า.กรุงเทพฯ:บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989)จำกัด.
- ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ.(2557).การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.59(4):410-418.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. UNIVERSITY
- อรพิน คำโต.(2554).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรรณ ลีทองอินทร์.(2533).ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีรัตน์ สุพทุธิธาดาและคณะ. (2550). มุ่งสู่สังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ: จากวิทยาศาสตร์พื้นฐานสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- Abe,Y.and Germain,A..(2012). Insomnia and Its Correlates Current Concepts,Epidemiology, Pathophysiology and Future Remarks . Public health. Methodology Environmental and Systems. Jay Maddock , 387-416.

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P. and Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain*;68:363–8.
- Akiskal, H.S. (1995). Mood disorder: Introduction and overview. In Kaplan, H.I., Sadock, B.J. eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Vol. 1. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1067-79.
- Alster, J., Shemesh, Z., Ornan, M. and Attias, J. (1993). Sleep Disturbance Associated with Chronic Tinnitus. *Society of Biological Psychiatry*, 34:84-90.
- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-70.
- Ando, S., Kawakami, N. (2012). Utility of self-reported sleep disturbances as a marker for major depressive disorder (MDD): Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2006. *Psychiatry Research*, 198, 146–153.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. and Lapsey, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal Psychiatry*, 184, 526-33.
- 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), 1843-53.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guildford Press.
- Belanger, L., Morin, C.M., Gendron, L. and Blais, F.C. (2005). Presleep Cognitive Activity and Thought Control Strategies in Insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1). 17-27.
- Benca, R.M. and 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.
- Blazer, D.G. and Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241.
- Blazer, D.G., Heys, J.C. and Foley, D.J. (1995). Sleep complaints in older adults: a racial comparison. *Journal Gerontology A Biology Science Medicine*, 50, M, 280-4.

- Bluestein, D., Rutledge, C.M. and Healey, A.C.. (2010). Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care. *Journal of American Board of Family Medicine*, 23(2), 204-211.
- Brabbins, C.J., Dewey, M.E., Copeland, J.R. and Davidson, J.A. (1993). Insomnia in the elderly: Prevalence, gender differences and relationships with morbidity and mortality. *International journal geriatric psychiatry*, 8, 473-80.
- Budhiraja, R., Parasarathy, S., Budhiraja, P., Habib, M.P., Wendel, C. and Quan, S.F. (2012). Insomnia in Patients with COPD. *SLEEP*, 35 (3), 369-375.
- Buysse, D.J., Nofzinger, E.A., Keshavan, M.S. et al. (1999). Psychiatric disorders associated with disturbed sleep and circadian rhythms. In: Turek F, Zee P (eds) *Regulation of Sleep and Circadian Rhythms*. New York: Marcel Dekker, Inc. , 597-641.
- Buysse, D.J., Monahan, J.P., Cherry, C.R., Kupfer, D.J. and Frank, E. (1997). Persistent effects on sleep EEG following fluoxetine discontinuation. *Sleep Research*, 26, 285.
- Cannon, B., Mulroy, R., Michael, W. Otto et al. (1999). Dysfunctional attitudes and poor problem solving skills predict hopelessness in major depression. *Journal of Affective Disorder*, 55, 45-49.
- Chang, C.H., Yang, Y. K., Lin, S.J., Su J.J., Cheng, C.L. and Lin, L.J. (2013). Risk of Insomnia Attributable to Beta-Blockers in Elderly Patients with Newly Diagnosed Hypertension *Journal of Drug Metabolism Pharmacokinetics*, 28 (1): 53-58.
- Chisholm, D., Sanderson, K., Ayuso-Mateos, J.L. and Saxena, S. (2004). Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal Psychiatry*, 184, 393-403.
- Chiu et al. (1999). Sleep Problem in Chinese Elderly in Hong Kong. *Sleep*, 22(6): 717-726.
- Cole, M.G., Bellavance, F. and Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : a systematic review and meta analysis. *American Journal Psychiatry*, 156 , 1182-9.

- Cole ,M.G. and Dendukuri,N..(2003).Risk factors for depression among elderly community subjects:a systemic review and meta-analysis.*American Journal Psychiatry*,160,1147-56.
- Conwell ,Y., Brent ,D.. (1996). *Suicide and aging I : Patterns of psychiatric diagnosis*. In : Pearson, JL : Conwell, Y. Editors. *Suicide : international perspectives*. Springer ; New York,15-30.
- Dew, M.A, Reynolds ,C.F., 3rd, Houck, P.R., et al..( 1997).Temporal profiles of the course of depression during treatment. Predictors of pathways toward recovery in the elderly. *Archive General Psychiatry*,54,1016-1024.
- Dombroski ,Y.A.et al.(2008).Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy.*Depress Anxiety*,25(12),1060-1066.
- Ever, M. and Martin, D.B., (2002). Mood disorder in the geriatric patient. *Geriatric Nursing* , 57(10), 36-40.
- Fawcett ,J.,Scheftner,W.A.,Fogg,L.,et al..(1990).Time related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*,147,1189-1194.
- Folstein,M.F. and Folstein,S.E..(1975). Mini-Mental-State A practical method for Grading the Cognitive State of Patient for The Clinician.*Journal of Psychiatric*.(12):189-19.
- Franzen, L.P. and Buysse , J. D. .(2008).Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Clinical research*,10(4),473-481.
- Friedman ,M.E., Bootzin ,R.R., Hazlewood ,L.and Tsao ,C.. (1992). Anevaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. *Journal Clinic Psychology*,48(1), 77-89 .
- Garcia,R. E.. (2002). *Mechanisms of sleep and wakefulness*. In T. L. Lee-Choing, M. J. Sateia, M. A. Carskadon (Eds.), *Sleep medicine* (pp. 31-40). Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Gindin ,J.,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.



- Gislason ,T.and Almqvist ,M..(1987).Somatic diseases and sleep complaints:an epidemiological study of 3,201 Swedish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221:475–481.
- Giron ,M.S., Forsell, Y., Bernsten, C., Thorslund, M., Winblad, B.and Fastbom, J.. (2002).Sleep problems in a very old population: drug use and clinical correlates. *Journal of Gerontology A Biological Sciences Medical Sciences* ; 57: M 236–40.
- Han ,C., et al.. (2008).Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan geriatric study. *Comprehensive Psychiatry*,49,218-23.
- Hasin ,D.S., Goodwin ,R.D., Stinson ,F.S.and Grant ,B.F.. (2005). Epidemiology of major depressive disorder : results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archive General Psychiatry*, 62,1097-106.
- Hantsoo,L.,Khou,S.C,White,N.C. and Ong,C.J.(2013).Gender and cognitive-emotional factors as predictors of pre-sleep arousal and trait hyperarousal in insomnia.*Journal of Psychomatic Research*,74,283-289.
- Hoertel, N.,Strat , Y.L,Gorwood ,P.,Potelle,C.B.,Schuster,J.P.,Manetti,A.,Dubertret,C.and 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.
- Isaac,F. & Greenwood,K.M..(2011).The relationship between insomnia and depressive symptoms:genuine or artifact?. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*: (7),57-63.
- Jaussent, I.et al..(2011).Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly.*SLEEP*,34,1103-10.
- Julie, C. L., Henrik ,S., Catherine, D. and Jean ,E. .(2013).Effects of once-daily extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR)on quality of life and sleep in elderly patients with major depressive disorder *Journal of Affective Disorders*, 149, 189–195.

- Kendler, K.S., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability and the onset of an episode of major depression in women. *American Journal Psychiatry*, 152, 883-42.
- Kennedy, G.J., Kelman, H.R. and Thomas, C. (1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *American Journal Psychiatry*, 148, 174-8.
- Kevorkian, R. (2005). Depression in the elderly. Division of Geriatric Medicine, St. Louis School of Medicine. [www.TheDoctorWillSeeYouNow.com/articles/behavior/depression](http://www.TheDoctorWillSeeYouNow.com/articles/behavior/depression). (cite in 13/05/2015).
- Kim, M.J. et al. (2009). Insomnia, Depression, and Physical Disorders in Late Life: A 2-year Longitudinal Community Study in Koreans. *SLEEP*, 32(9), 1221-28.
- Koella, W. P. (1985). CNS-related side-effects of beta-blockers with special reference to mechanisms of action. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 28 (Suppl):55-63.
- Kouzis, A., Eaton, W.W. and Leaf, P.J. (1995). Psychopathology and mortality in the general population. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 30, 165-70.
- Keyes, C.L. and Good, S.H. (2006). *Woman and Depression*. USA: Cambridge University Press.
- Krishnan, K. R. R., et al. (2002). Comorbidity of Depression with Other Medical Disease in the Elderly. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 559-588.
- Lack, L.C. et al. (2008). The relationship between insomnia and body temperatures. *Sleep Medicine Reviews*, 12, 307-317.
- 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.
- Limpawattana, P., Euawiriyankool, W. and Sawanyawisuth, K. (2014). Self management and factors associated with the impact of insomnia among older adults with chronic medical illnesses at outpatient clinic. *Science Direct*, 5:103-107.
- Lin, C. L. , Tsai, Y. H. and Yeh, M.C. (2015). The relationship between insomnia with short sleep duration is associated with hypercholesterolemia: a cross-

- sectional study. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000.doi: 10.1111/jan.12844.
- Liu, X., Buysse ,D.J., Gentzler ,A.L., et al.(2007).Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. *Sleep*,(30),83-90.
- Lotrakul , M.(2006).Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 60,90-5.
- Lundh , L.G. and Broman ,J. E. .(2000 ).Insomnia as an interaction between sleep interfering and sleep interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research* ,(49),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., and Lack ,L. (2000). Core body temperature is elevated during constant wakefulness in elderly poor sleepers. *Sleep*, 23, 504–10.
- Lustberg , L.and Reynolds,C.F..(2000).Depression and insomnia : question of cause and effect. *Sleep Medicine Reviews*,4(3),253-262.
- Lyness,J.M.,Caine,E.D.,King,D.A.,Conwell,Y.,Duberstein,P.R.and Cox,C..(2002).Depressive Disorders and symptoms in older primary care patients:one-year outcomes. *American Journal Geriatric Psychiatry*,10,275-82.
- Maurice M. Ohayon .(2002).Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*,6(2) ,97-111.
- Mallon ,L., Broman ,J.E. and Hetta ,J..(2000).Relationship between insomnia, depression, and mortality: a 12-year follow-up of older adults in the community. *International Psychogeriatrics*,12,295-306.
- Mortin ,C.M., Culbert, J.P.and Schwartz ,S.M. .(1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta analysis of treatment efficacy. *American Journal Psychiatry*; 151(8): 1772-80.
- Murphy, E.. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* ,141, 135-142.

- Murphy ,P.E ,Joseph,W., Ciarrocchi. Ralph, L. ,Piedmont. ,Cheslon,S. and Peyrot , M. (2000). The Relation of Religious Belief and Practices , Depression , and Hopelessness in Persons With Clinical Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1102–1106.
- Morin,C.M.(1993).Insomnia:Psychological assessment and management.New York:Guilford Press.
- Nicassio, P.M.,Mendlowitz, D. R.,Fussell, J.J.and Petras,L.(1985). The phenomenology of the pre-sleep state:The development of the pre-sleep arousal scale.*Behavior Reserch and Therapy*,23, 263-271.
- Nierenberg, A.A., Husain, M.M., Trivedi, M.H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S.R., Miyahara, S.and Rush, A.J., (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR\*D report. *Psychological Medicine* ,40, 41–50.
- Ohayon ,M.M..(2005).Relationship between chronic painful physical condition and insomnia.*Journal of Phychiatric Research*,39:151-159.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. and Brilman, E.. (2001) .Theinterplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal first and recurrent depressive episodes in later life. *American journal of Psychiatry* , 158, 885-891.
- Parish ,J.M..(2009).Sleep Related Problems in Common Medical Conditions.*Chest Journal*,(2):563-572.
- Park,C.S.,Kim,M.J.,Jun,Y.T.,Lee,S.M.,Kim,B.J.,Jeong,H.S. and Park,C.Y..(2013).Prevalence and Clinical Correlates of Insomnia in Depressive Disorders:The CRESCEND Study.*Psychiatry Investigation*,10,373-381.
- Pertlis ,M.L., Smith, L.J., Lyness ,J.M., et al..(2006). Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behavior Sleep Medicine*,4,104-113.
- Pertlis ,M.L., Giles, D.E., Buysse ,D.J., Tu ,X. and Kupfer ,D.J.(1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal Affect Disorder*,42, 209-212.
- Pigeon ,W.R., Hegel ,M., Unutzer ,J., et al..(2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *.Sleep*, 31,481-488.

- Prinz ,P.N., Vitiello ,M.V., Raskind, M.A.and Thorpy,M.J..(1990) .Geriatrics: sleep disorders and aging. *England Journal Medicine*, 323, 520–526.
- Punjabi ,N.M., Shahar, E., Redline, S., et al..(2004). Sleep-disordered breathing, glucose intolerance, and insulin resistance: the Sleep Heart Health Study. *American of Journal Epidemiology*, 160:521–530.
- Reynolds ,C.F., 3rd, Frank ,E., Houck ,P.R., et al..(1997). Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *American Journal Psychiatry*, 154,958-962.
- Richarson, S. J. (1997). A comparison of tools the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 16(5), 226-242.
- Roberts, R.E., Shema, S.J., Kaplan ,G.A.and Strawbridge ,W.J..(2000).Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *American Journal Psychiatry*,157,81-88.
- Roehrs, T., Zorick, F. J., and Roth, T. (2000). Transient and short-term insomnias. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders. (3rd ed., pp. 624-632).
- Sadock,B.J. and Sadock,V.A. .(2001).*Pocket handbook of clinical psychiatry* , Lippincott William & Wilkins 3<sup>rd</sup> edition .
- Saunders, E.F.H.,Novick, D.M.,Fernandez,M., J.,Kamali, M.,Ryan, K.A.,Langenecker, S.C.,Gelenberg, A.J.and McInnis, M.G..(2013).Sleep quality during euthymia in bipolar disorder:the role of clinical features,personality traits,and stressful life events.*International Journal of Bipolar Disorders*,1-16.
- Sharma ,S.K., Kumpawat, S., Goel, A., et al.. (2007). Obesity, and not obstructive sleep apnea, is responsible for metabolic abnormalities in a cohort with sleep-disordered breathing. *Sleep Medical*; 8:12–17.
- Shahar,S. et al..(2011).Determinants of depression and insomnia among institutionalized elderly people in Malaysia.*Asia Journal of Psychiatry*,4:188-195.

- Spiegelhalder,K.,Regen,W.,Feige,B.,Hirscher,V.,Unbehaun,T.,Nissen,C.,Riemann,D.and Baglioni,C..(2012).Sleep-Related Arousal Versus General Cognitive Arousal in Primary Insomnia.*Journal of Clinical Sleep Medicine*,8(4),431-7.
- Schmidt, R.E, Gay, P, Ghisletta, P.and Linden, M.V..(2009).Linking impulsivity to dysfunctional thought control and insomnia:a structural equation model. *Journal Sleep Research*,19,3-11.
- Seixas,A., Ramos,A.R., Strachan,G.M.S., Fonseca,V.A.S, Zizi,F., and Louis,G.J..( 2014). Relationship between Visual Impairment, Insomnia, Anxiety/Depressive Symptoms among Russian Immigrants. *Journal of Sleep Medicine Disorder*, 1(2).
- Shahzadi, N. and Ijaz,T..(2014).Reliability and Validity of Pre-sleep Arousal Scale for Pakistani University Students*Journal of Social Sciences*,8(1),78-82.
- Staner, L..(2010). Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Medicine Reviews* ,14,35–46.
- Stepanski,E.J. ,In T.L.,Lee-Chiong,M.J.Sateia,M.A.and Carskadon,(Eds.). (2002).Etiology of insomnia. *Sleep medicine Philadelphia: Hanley & Belefus*,161-168.
- Sridhar, G.R.and Madhu ,K.. (1994) .Prevalence of sleep disturbances in diabetes mellitus. *Diabetes Clinical Practice*, 23:183–186.
- Su,T.P,et al.(2015).Prevalence of insomnia and regular hypnotic use by age and gender.*Science Direct*,4:706-713.
- Taylor, D.J. ,Lichstein ,K.L., Durrence ,H.H. et al..(2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *SLEEP*,28(11), 1457-1464.
- United Nation.(2007).*World Population Ageing 2007*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Weissman, M.M.,Markowitz,J.C.and Klerman,G.L..(2000).*Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York :Basic books.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2001).Conquering depression: you can get out of the blue. New Delhi WHO Regional office for South-East Asia.
- Yin-Chieh, L. ,Ming-Chyi ,H. ,His-Chung , C.,Ming-Kun , L.,Yi-Hang,C. ,Shen , W.S.,Ru-Band , L.and Po-Hsiu , K..(2014).Familiality and clinical outcomes of sleep

disturbances in major depressive and bipolar disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 61-67.

Yokoyama, E., Kaneita, Y., Saito, Y., Uchiyama, M., Matsuzaki, Y., Takami, T., Munezawa, T., and Ohida, T. (2010). Association between Depression and insomnia Subtypes: A Longitudinal Study on the elderly in Japan. *SLEEP*, 12(33), 1693-1702.

Zhan, Y., Zhang, F., Lu, L., Wang, J., Sun, Y., Ding, R., Hu, D. and Yu, J. (2014). Prevalence of dyslipidemia and its association with insomnia in a community based population in China. *BMC Public Health*, 14:1050.

Zhuang J, Zhan Y, Zhang F, Tang Z, Wang J, Sun Y, Ding R, Hu D and Yu J. (2015). Self-reported insomnia and coronary heart disease in the elderly. *Clinical and Experimental Hypertension*. DOI:10.3109/10641963.2015.1060983.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและรายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. ทรรษา เศรษฐบุปผา	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชา การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

### รายนามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
นายกริณ จันทจรส์วัฒน์	นักวิเทศสัมพันธ์ปฏิบัติการ สำนักงานเลขาธิการสถานติบัญญัติแห่งชาติ

ภาคผนวก ข  
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 173



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ โทร. 08-9444-0879

ที่ ศธ 0512.11/ 1173



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

|๐ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

เนื่องด้วย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชทยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ھرรชฌา เศรษฐบุปผา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชววงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. ھرรชฌา เศรษฐบุปผา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชทยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ โทร. 08-9444-0879

ที่ ศธ 0512.11/๙๙3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

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

เนื่องด้วย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เวทิส ประทุมศรี นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ เวทิส ประทุมศรี

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ โทร. 08-9444-0879

ภาคผนวก ค  
เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย  
และแบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเปล่งยาว 60 ม.4 ต.วังเย็น อ.เปล่งยาว จ.ฉะเชิงเทรา  
24190

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089-4440879 ที่ทำงาน 038-589002-3 ต่อ 159 E-mail jutharat  
252728@gmail.com

ข้อมูลที่ประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยโดยก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่าง ๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ สิ่งเร้าด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวกับการนอนหลับ โรคทางกาย และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กับ อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

#### เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งรายเก่าและรายใหม่

2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร



### เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

4. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้หรือขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

5. ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนเวลาประมาณ 40 นาที กับผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง ซึ่ง แบบสอบถามมี จำนวนทั้งหมด 94 ข้อ ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนนอน แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่เกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามความเครียดในผู้สูงอายุ

ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถามจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้

6.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และ หญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และแพทย์อนุญาตให้ตอบแบบสอบถามได้ที่คลินิกในโรงพยาบาลทั่วไปเขตบริการที่ 6 ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 138 คน ผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติโดยได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ และผู้วิจัยช่วยทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม

6.2 ในการคัดกรองภาวะสมอง นั้น หากพบว่าท่านได้คะแนนแบบทดสอบเกี่ยวกับสมองไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะ ให้คำแนะนำแก่ญาติและส่งต่อให้จิตแพทย์ตรวจเพิ่มเติม

6.3 หากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัย เช่นเกิดอาการเศร้าเสียใจหรือร้องไห้ระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและดูแลตลอดจนให้การพยาบาลและส่งต่อให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบอาการเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง จนผู้เข้าร่วมวิจัยอาการดีขึ้น

6.4 ประโยชน์โดยตรงที่ผู้มีส่วนร่วมวิจัยจะได้รับคือการสอบถามปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับนอกจากนั้น การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่แก้ไขและป้องกันอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และขยายความรู้ให้ครอบคลุมสำหรับการบำบัดผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป

6.5 การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

6.6 หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางจุฑารัตน์ จิราพงษ์หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 089-4440879 ที่ทำงาน 038-589002-3หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6.7 ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถามจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

6.8 การวิจัยนี้ไม่มีค่าชดเชย แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย แต่จะมอบของที่ระลึกคือ ผ้าขนหนูเช็ดหน้า และคู่มือเรื่องโรคซึมเศร้า

6.9 “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

## แบบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ ที่อยู่ติดต่อ(ที่ทำงาน)โรงพยาบาลแปลงยาว 60 หมู่ที่ 4 ตำบลวังเย็น อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา 21490 โทรศัพท์(ที่ทำงาน)038-589002-3ต่อ 159 โทรศัพท์มือถือ 089-4440879

ข้าพเจ้า**ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงหรืออันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า**จึงสมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 40 นาที ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการรับรู้สิ่งเร้าก่อนนอน แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามความเครียดในผู้สูงอายุ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** “หากข้าพเจ้าถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น”

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า และหากเกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัย เช่นเกิดอาการเศร้าเสียใจ หรือร้องไห้ระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและดูแลตลอดจนให้การพยาบาลและส่งต่อให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบอาการเพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง จนผู้เข้าร่วมวิจัยอาการดีขึ้นและจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นถ้าหากมี

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-320 E-mail:eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แบบทดสอบ TMSE

TMSE ( Thai Mental State Examination ) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question	Points
1. Orientation ( 6 คะแนน )	
วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน	4
ที่ไหน	1
ใคร ( คนในภาพ )	1
2. Registraion ( 3 คะแนน ) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตามต้นไม้ รถยนต์ มือ	3
3. Attention ( 5 คะแนน ) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์	
ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5
4. Calculation ( 3 คะแนน ) 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง	
100    93    86    79	3
5. Language ( 10 คะแนน )	
5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร ( นาฬิกา, เสื้อผ้า )	2
5.2 ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1
5.3 ทำตามคำ ( 3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน )	
หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1
พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1
แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1
5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”	1
5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	2
5.6 กล้ายกันสัมพันธ์กันคือ.....(เป็นผลไม้)	
แมวกับหมาเหมือนกันคือ.....(เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)	1
6. Recall ( 3 คะแนน ) ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2	
ต้นไม้ รถยนต์ มือ	3

ภาวะสมองเสื่อม    คะแนน ≤ 23

คะแนนรวม

<b>ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล</b>
---

**คำชี้แจง** แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อความที่กำหนดให้

1. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
2. ปัจจุบัน ท่านมีอายุ.....ปี (อายุเกิน 6 เดือนคิดเป็น 1ปี)
3. สถานภาพสมรส  
(.....) 1. คู่ (.....) 2. โสด (.....) 3. หม้าย (.....) 4. หย่า (.....) 5. แยกกันอยู่
4. รายได้ ของท่านเป็นอย่างไร  
(.....) เพียงพอ (.....) ไม่เพียงพอ
5. ระดับการศึกษา  
(.....) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ (.....) 2. ประถมศึกษา  
(.....) 3. มัธยมศึกษา (.....) 4. อาชีวศึกษา , อนุปริญญา  
(.....) 5.ปริญญาตรี (.....) 6. อื่น ๆโปรดระบุ.....
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้า ..... ปี ( นับจำนวนเต็มปี )
7. ท่านมีโรคหรือการเจ็บป่วยทางกายหรือไม่ (คืออาการหรือโรคทางกายที่ต้องรับการรักษาคือ) ต่อเนื่อง)  
(.....) ไม่มี  
(.....) มี โปรด ✓ ที่ตรงกับกรเจ็บป่วยของท่าน(เลือกได้มากกว่า 1 โรคหรืออาการ)  
(.....)โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์ (.....) เบาหวาน  
(.....)ปัญหาด้านการมองเห็น (.....)การสูญเสียการได้ยิน  
(.....)ไออย่างต่อเนื่องปัญหาในระบบทางเดินหายใจ (.....)อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด  
(.....)ความดันโลหิตสูง (.....)โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ  
(.....)โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (.....)ความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร  
(.....)แขนหรือขาอ่อนแรงหรืออัมพาต (.....)อาการคันตามร่างกาย  
(.....)แผลกดทับ (.....)โรคอื่นโปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D 17) ฉบับภาษาไทย

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามและประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง ถึงอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1.) อาการซึมเศร้า (เศร้าใจ , ลึกลับ , หดหนทาง , ไร้ค่า)

0. ไม่มี

1. จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น

2. บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง

3. สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ทางการแสดงสีหน้า, ท่าทาง , น้ำเสียง และมักร้องไห้

4. ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจนทั้งการบอกออกมาเอง และภาษากาย

2.) ความรู้สึกผิด

0. ไม่มี

1. ตีเตียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้คนอื่นเสียใจ

2. รู้สึกผิด หรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต

3. ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองผิด

4. ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3.) การฆ่าตัวตาย

0. ไม่มี

1. รู้สึกชีวิตไร้ค่า

2. คิดว่าตนเองน่าจะตายหรือความคิดใดๆเกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง

3. มีความคิดหรือท่าทีที่จะฆ่าตัวตาย

4. พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใดๆที่รุนแรงให้คะแนนเท่ากับ 4)

4.) การนอนไม่หลับในช่วงต้น

0. ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก

1. แจ้งว่าเข้านอนแล้วหลับยากบางครั้ง ได้แก่นานกว่าครึ่งชั่วโมง

2. แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5.) การนอนไม่หลับในช่วงกลาง

0. ไม่มีปัญหา

1. แจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน



2. ตื่นกลางดึก หากมีลูกจากที่นอนให้คะแนนเท่ากับ 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

#### 6.) การตื่นนอนเช้าว่าปกติ

0. ไม่มีปัญหา
1. ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้
2. นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

#### 7.) การงานและกิจกรรม

0. ไม่มีปัญหา
1. มีความคิดและความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ , อ่อนเปลี้ย , หรือหยาบ กำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ : งานอดิเรก
2. หหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ: งานอดิเรกหรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น , ลังเลใจและเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
3. เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล ให้คะแนนเท่ากับ 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ในการทำกิจกรรม(งานของโรงพยาบาล หรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล
4. หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล ให้คะแนนเท่ากับ 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

#### 8.) อาการเชิงข้อ (ความช้าของความคิดและการพูดจา: สมารถิบพร่อง , การเคลื่อนไหวลดลง)

0. การพูดจาและความคิดปกติ
1. มีอาการเชิงข้อเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
2. มีอาการเชิงข้อชัดเจนขณะสัมภาษณ์
3. สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
4. อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง

#### 9.) อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

0. ไม่มี
1. งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข
2. เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
3. เดินไปมา นั่งไม่ติดที่
4. บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

**10.) ความวิตกกังวลในจิตใจ**

- 0. ไม่มีปัญหา
- 1. รู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
- 2. กังวลในเรื่องเล็กน้อย
- 3. การพูดจาหรือสีหน้ามีท่าที่ห้วนกล้าว
- 4. แสดงความหวาดกลัวโดยไม่ต้องถาม

**11.) ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย**

- 0. ไม่มี
- 1. เล็กน้อย
- 2. ปานกลาง
- 3. รุนแรง
- 4. เสื่อมสมรรถภาพ

**12.) อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร**

- 0. ไม่มี
- 1. เบื่ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น  
-รู้สึกหิวในท้อง
- 2. รับประทานอาหารหากไม่มีคนคอยกระตุ้น  
-ขอหรือจำเป็นต้องได้ยาระบายหรือยาเกี่ยวกับลำไส้หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

**13.) อาการทางกาย อาการทั่วไป**

- 0. ไม่มี
- 1. ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หมดแรงและอ่อนเพลีย
- 2. มีอาการใดๆ ที่ชัดเจนให้คะแนนเท่ากับ 2

**14.) อาการทางระบบสืบพันธุ์**

- 0. ไม่มีอาการ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ,ปัญหาด้านประจำเดือน
- 1. เล็กน้อย
- 2. ปานกลาง

**15.) อาการคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย**

- 0. ไม่มี
- 1. ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หมดแรงและอ่อนเพลีย
- 2. หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)
- 3. แจ้งถึงอาการต่าง ๆ บ่อยเรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ

4. มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย

**16.) น้ำหนักลดเลือกข้อ ก. หรือ ข.**

**ก.เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ**

0. ไม่มีน้ำหนักลด
1. อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
2. น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)
3. ไม่ได้ประเมิน

**ข. จากการให้คะแนนประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อช่วงวัตน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง**

0. น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
1. น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
2. น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์
3. ไม่ได้ประเมิน

**17.) การหยั่งรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง**

0. ยอมรับว่ากำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1. ยอมรับความเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับ อาหารที่เลว ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวร้ส

การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2. ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่าน

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ

0                      1                      2                      3                      4

---

ไม่มี                      เล็กน้อย                      ปานกลาง                      รุนแรง                      รุนแรงมาก

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ

0                      1                      2                      3                      4

---

ไม่มี                      เล็กน้อย                      ปานกลาง                      รุนแรง                      รุนแรงมาก

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่

0                      1                      2                      3                      4

---

ไม่มี                      เล็กน้อย                      ปานกลาง                      รุนแรง                      รุนแรงมาก

4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน

0                      1                      2                      3                      4

---

ไม่มี                      เล็กน้อย                      ปานกลาง                      รุนแรง                      รุนแรงมาก

5. ....

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

**คำชี้แจง** คำกล่าวต่างๆ ตามรายการข้างล่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ กรุณาแสดงระดับความคิดเห็นของคุณว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับคำกล่าวในแต่ละข้อ คำตอบของคุณจะไม่มีถูกหรือผิด ในแต่ละข้อให้คุณทำเครื่องหมาย (X) ที่หมายเลขที่ตรงกับระดับความเชื่อของคุณเองกรุณาตอบคำถามทุกข้อแม้ว่าบางข้ออาจจะไม่เกี่ยวกับสถานการณ์ของคุณโดยตรง

#### ตัวอย่าง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

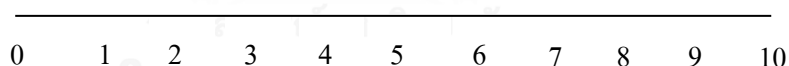
เห็นด้วยอย่างยิ่ง



1. การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีในระหว่างวัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

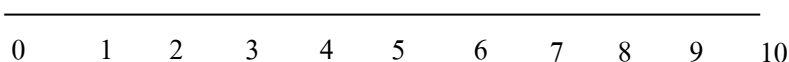
เห็นด้วยอย่างยิ่ง



2. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวันหรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง



3. การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือเพียงแต่ดูเหมือนจะทำงานต่าง ๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวัน ส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ฉันเชื่อว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ฉันรู้สึกว่าอาการนอนไม่หลับทำลายความสามารถของฉันที่จะมีความสุขกับชีวิตและทำให้ฉันไม่สามารถทำอะไรอย่างที่ยากทำได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

ส่วนที่ 5 แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง :** ใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ดังต่อไปนี้บ้างหรือไม่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่แสดงถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านและกรณาระบุโดยทำเครื่องหมาย ✓ ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลดี หรือว่า ส่งผลเสียต่อตัวท่าน(ท่านสามารถตอบมากกว่า 1 ข้อ)

	ถ้ามีเหตุการณ์ เกิดขึ้นกับท่าน ใช่ ✓	ประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับ ท่าน	ผลที่เกิดขึ้นกับท่าน		สำหรับ ผู้วิจัย
			ส่งผลดี ต่อท่าน	ส่งผลเสีย ต่อท่าน	
1	.....	การเสียชีวิตของคู่สมรส	.....	.....	.....
2	.....	การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	.....	.....	.....
3	.....	การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว	.....	.....	.....
4	.....	การเจ็บป่วยหนักหรือได้รับบาดเจ็บ สาหัส	.....	.....	.....
5	.....	การหย่าร้าง	.....	.....	.....
6	.....	การเกษียณ	.....	.....	.....
7	.....	สายตาไม่ดีเหมือนเดิมหรือแยลง	.....	.....	.....
8	.....	สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง อย่างมาก	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
15	.....	รู้สึกทำอะไรได้ช้าลงกว่าเดิม	.....	.....	.....
16	.....	การสูญเสียเงินและความสามารถในการ ขบเคี้ยว	.....	.....	.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสิ่งเร้าก่อนเข้านอน Pre – Sleep Arousal Scale (PSAS)

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน อาการก่อนที่ท่านจะหลับ โดยตอบตามความรู้สึกที่ท่านมีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย(✓) ตาม ข้อคำถามที่กำหนดให้

ข้อคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกกังวลว่าจะหลับหรือไม่					
2. ท่านทบทวนหรือไตร่ตรองครุ่นคิดถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน					
3. ท่านรู้สึกซึมเศร้า หรือคิดกังวล					
4. ท่านกังวลเกี่ยวกับปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องการนอนหลับ					
5. ท่านรู้สึกสมองตื่นตัวและ กระฉับกระเฉง					
6. ท่านหยุดคิดไม่ได้					
7. ท่านรู้สึกยังมีความคิดวนเวียนอยู่ในหัว ตลอดเวลา					
8. ท่านถูกรบกวนโดยเสียงต่างๆจาก สิ่งแวดล้อม รอบๆตัว					
9. ท่านรู้สึกใจเต้นเร็ว,แรงผิดปกติหรือเต้นไม่เป็นจังหวะ					
10. ท่านรู้สึกร่างกายกระสับกระส่าย กระวนกระวาย					



## Pre-Sleep Arousal Scale

**Instructions to Patient:**

This scale is fairly self-explanatory. We are interested in finding out about how you are feeling in your mind and in your body before you fall asleep. Please describe how intensely you experience each of the symptoms mentioned below as you attempt to fall asleep, by circling the appropriate number.

**Further instructions to the clinician:**

Two separate scores can be obtained for the PSAS. The sub-scale score for cognitive arousal comprises the total of items 1-8, and the sub-scale score for somatic arousal comprises the total of items 9-16.

	Not at all	Slightly	Moderately	A lot	Extremely
1. Worry about falling asleep.	1	2	3	4	5
2. Review or ponder the events of the day.	1	2	3	4	5
3. Depressing or anxious thoughts.	1	2	3	4	5
4. Worry about problems other than sleep.	1	2	3	4	5
5. Being mentally alert active.	1	2	3	4	5
6. Can't shut off your thoughts.	1	2	3	4	5
7. Thoughts keep running through your head.	1	2	3	4	5

	Not at all	Slightly	Moderately	A lot	Extremely
8. Being distracted by sounds, noise in the environment.	1	2	3	4	5
9. Heart racing, pounding or beating irregularly.	1	2	3	4	5
10. A jittery, nervous feeling in your body.	1	2	3	4	5
11. Shortness of breath.	1	2	3	4	5
12. A tight, tense feeling in your muscles.	1	2	3	4	5
13. Cold feeling in your hands, feet, or your body in general.	1	2	3	4	5
14. Have stomach upset (knot or nervous feeling in stomach, heartburn, nausea, gas, etc.)	1	2	3	4	5
15. Perspiration in palms of your hands or other parts of your body.	1	2	3	4	5
16. Dry feeling in mouth or throat.	1	2	3	4	5

### หนังสือขออนุญาตในการแปลเครื่องมือ PSAS

Jutarat Chirapongse, Pleangyao Hospital, No.60, 331 Road, Wang Yen, Pleangyao, Chachoengsao 24190 Thailand. Tel : 0894440879 E-mail: jutharat 252728 gmail.com

May 9, 2015

Dear , Professor Nicassio M. Perry

My name is Mrs. Jutarat Chirapongse. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master thesis entitled "Factors Related To insomnia Among Elderly Patients with Major Depressive Disorder". I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the amount of elderly patients with Major Depressive Disorder in Thailand is rapidly increasing. Insomnia are very important in part of intervention and treatment. As a psychiatric nurse, I am interested in study the factors related to insomnia among elderly patients with Major Depressive Disorder. I have reviewed the literature in order to search for the factors related to insomnia and I found the pre-sleep arousal is the one of all factors in the study with measure by Pre-sleep Arousal Scale. This will be helpful for my study. The PSAS is very impressive and I am interested in applying your questionnaire to use with clients of elderly patients with Major Depressive Disorder in Thailand. I believe that will be very helpful and could properly be used to find the cognitive and somatic arousal for insomnia among elderly with MDD in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your questionnaire that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for improving. I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: **jutharat 252728 @ gmail.com**

Sincerely yours,

Jutarat Chirapongse.

## หนังสือตอบตกลงอนุญาตในการแปลเครื่องมือ PSAS

The screenshot shows a Gmail interface with the following details:

- Browser:** Google Chrome, address bar shows <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14d39b039e451217>
- Search:** Google search bar with the text "I would like to kindly ask f x"
- Account:** +Jutharat
- Navigation:** Back, Forward, Refresh, Stop, Home, Search, and Add buttons. "4 จาก 199" (4 of 199) items are shown.
- Left Sidebar:**
  - เขียน (Compose)
  - กล่องจดหมาย (Inbox)
  - ติดต่อ (Contacts)
  - สำคัญ (Important)
  - จดหมายที่ส่งแล้ว (Sent Mail)
  - จดหมายร่าง (12) (Drafts)
  - แฉวง (Spam)
  - การเดินทาง (Travel)
  - ส่วนหัว (Header)
  - เพิ่มเติม (More)
- Selected Email:**
  - From:** Jutharat Chirapongse <jutharat252728@gmail.com>
  - To:** Nicassio, Perry
  - Subject:** I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.
  - Date:** 10 พ.ค. (5 วันที่ผ่านมา)
  - Attachment:** Letter to Prof. Nic...
- Reply Email:**
  - From:** Nicassio, Perry
  - Date:** 10 พฤษภาคม 2558 04:00
  - Text:** Permission granted for the translation. PN
  - Metadata:** From: Jutharat Chirapongse [jutharat252728@gmail.com], Sent: Saturday, May 09, 2015 10:19 AM, To: Nicassio, Perry, Subject: I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.
- Taskbar:** Shows active windows for "I would like to kn...", "รูปฉบับสมบูรณ์เสร็จที่ 1", and "รูปฉบับสมบูรณ์เสร็จ...". System tray includes Desktop, Lit, and date/time: 20:43, 15/05/2558.

ภาคผนวก จ  
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย  
เอกสารการขอตกลงใช้เครื่องมือวิจัยและผลการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1151
วันที่	29 ก.ย. 58
เวลา	13.00 น.
ผู้รับ	CG

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน ศุภกิจ ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวพัทธริญา แก้วแพง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๗

ลงนาม ..... จุฑารัตน์ จิราพงษ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์)  
23 / 10 / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>เห็นชอบ</p> <p>ลงนาม ..... จิราพงษ์ ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 23 / 10 / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>เห็นชอบ</p> <p>ลงนาม ..... จิราพงษ์ ..... (ผอ. ร. อภิศร จิตประทุม) 29 / 10 / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>เห็นชอบ</p> <p>ลงนาม ..... พัทธริญา แก้วแพง ..... (ผอ. ดร. พัทธริญา แก้วแพง) 29 / 10 / 58</p>	<p>อนุญาต</p> <p>อนุมัติ</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 31 / 10 / 58</p>

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1132
วันที่	24 ก.ค. 58
เวลา	10.55 น.
ผู้รับ	Con

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน ศุภกิจ ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความล้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวนิชา สมานทรัพย์
- ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๔

ลงนาม ..... จุฑารัตน์ จิราพงษ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์  
23 / ก.ค. / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>..... น.น.น.</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... จิราพงษ์</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา)</p> <p>23 / ก.ค. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... น.น.น.</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... จิราพงษ์</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา)</p> <p>..... / ..... / .....</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>..... เพ็ญนิม</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... น.น.น. ปรีดีพงษ์</p> <p>(ผอ. ดร. สุวิมล ปรีดีพงษ์)</p> <p>..... / ..... / .....</p>	<p>อนุญาต</p> <p>..... จุฑารัตน์ จิราพงษ์</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์)</p> <p>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>31 / ก.ค. / 58</p>

240  
24 ก.ค. 58

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ ..... 1151 .....  
วันที่ ..... 29 ก.ย. 58 .....  
เวลา ..... 13.00 น. ....  
ผู้รับ ..... [Signature] .....

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน สุขุมวิท ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวพัทริญา แก้วแพง
- ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๗

ลงนาม ..... จาก [Signature] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ..... ผู้ยื่นคำร้อง

(นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์)

23 / ก.ย. / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>[Signature]</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] .....</p> <p>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชทยา)</p> <p>23 / ก.ย. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>[Signature]</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] .....</p> <p>(ศส. ร. วนิดา จิตต์ประทุม)</p> <p>29 / ก.ย. / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>[Signature]</p> <p>ลงนาม ..... [Signature] .....</p> <p>(ผศ. ดร. สวิตา มีจิตต์)</p> <p>29 / ก.ย. / 58</p>	<p>อนุญาต</p> <p>[Signature]</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)</p> <p>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์</p> <p>31 / ก.ย. / 58</p>



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	.....158.....
วันที่	29 ก.ค. 58
เวลา	13.01 น.
ผู้รับ	.....

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน สุขุมวิท ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวจรรยา ฉิมหลวง.
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๒

ลงนาม ..... จุฑารัตน์ จิราพงษ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์)  
29 / ก.ค. / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... จุฑารัตน์ ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชทยา) 29 / ก.ค. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... จุฑารัตน์ ..... (ศ.ดร.ฉิมพร ชัดเจน) 29 / ก.ค. / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม ..... จุฑารัตน์ ..... (ศ.ดร.ฉิมพร ชัดเจน)</p>	<p>อนุญาต</p> <p>.....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร อนุศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 31 / ก.ค. / 58</p>

29 ก.ค. 58

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1191
วันที่	24 ก.ค. 58
เวลา	10.55 น.
ผู้รับ	จก

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน ศุภกิจ ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา  
รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า”

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวนิชา สมานทรัพย์
- ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๔

ลงนาม ..... จก จิราพงษ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(  
นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์)  
26 / ก.ค. / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ น.ช.ชว</p> <p>..... ..... .....</p> <p>ลงนาม ..... จก ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา) 23 / ก.ค. / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ น.ช.ชว</p> <p>..... ..... .....</p> <p>ลงนาม ..... จก ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรโชชา) ..... / ..... / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี</p> <p>..... ..... .....</p> <p>ลงนาม ..... สหค มิตรวาท ..... (ผอ.ดร. สุจิตต์ ปรีชวาท) ..... / ..... / .....</p>	<p>อนุญาต</p> <p>..... ..... .....</p> <p>(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 31 / ก.ค. / 58</p>

24  
29 ก.ค. 58

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	1152
วันที่	29.01.58
เวลา	13.01 น.
ผู้รับ	CPS

เรื่อง ขอนั่งสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ข้าพเจ้า นางจุฬารัตน์ จิราพงษ์ รหัสประจำตัว 5677166236 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 475/36 ถนน ศุภกิจ ตำบล หน้าเมือง อำเภอ เมืองฉะเชิงเทรา จังหวัด ฉะเชิงเทรา รหัสไปรษณีย์ 24000 โทรศัพท์ 08-9444-0879

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
"ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า"

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ เครื่องมือ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวจรรยา ฉิมหลวง.
- ปีของวิทยานิพนธ์ ๒๕๕๒

ลงนาม ..... จุฬารัตน์ จิราพงษ์ ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(นางจุฬารัตน์ จิราพงษ์)  
29 / 1 / 58

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ..... ..... ลงนาม ..... จุฬารัตน์ ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 29 / 1 / 58</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ..... ..... ลงนาม ..... จุฬารัตน์ ..... (ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา) 29 / 1 / 58</p>
<p>ความเห็นรองคณบดี ..... ..... ลงนาม ..... สนิต ปรีชากวี ..... (ผศ. ดร. สนิต ปรีชากวี)</p>	<p>อนุญาต ..... ..... ลงนาม ..... สนิต ปรีชากวี ..... (รองศาสตราจารย์ ดร. สุวัชร ธนศิลป์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 31 / 1 / 58</p>

29/1/58



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
ฝ่ายวิชาการ	
เลขที่หนังสือรับ	1600
ว.ค.บ.	ร.ค.บ. 58
ก.บ.	ร.บ. 2 &

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑๑๕๒๙ โทรสาร ๐๒-๒๐๐-๓๕๔-๗๒๙๙

ที่ ศร ๐๕๑๓.๐๖๕/๑๐๖๑๙

วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
แผนกเอกสารพิเศษ	
เลขที่หนังสือรับ	7103
ว.ค.บ.	ร.ค.บ. 58
ก.บ.	ร.บ. 2 &

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑/๑๓๐๙

ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์  
นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์  
เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” จึงมีความประสงค์  
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัด Hamilton Rating Scale For Depression ฉบับภาษาไทย  
ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล เพื่อนำไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวข้างต้น

ในการนี้ ภาควิชา ได้พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ เพื่อนำไป  
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม นำสู่คุณภาพ

ที่ ศธ 0512.11/ 1209



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

14 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปล่งยาว

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

เนื่องด้วย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D 17) แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับแบบประเมิน Pre - Sleep Arousal Scale (PSAS) แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามประสบการณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ โทร. 08-9444-0879

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 202/2558

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 169.1/58 : บังคับคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยหลัก : นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 9 พฤศจิกายน 2558

วันหมดอายุ : 8 พฤศจิกายน 2559

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

RYH 58/2557



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลระยอง

โครงการวิจัย

ภาษาไทย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ภาษาอังกฤษ SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA AMONG ELDERLY PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

ผู้วิจัยหลัก โดย นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้วิจัยร่วม -

สถานที่ดำเนินการวิจัย แผนกผู้ป่วยคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘

เอกสารที่แนบมาเพื่อพิจารณา

- ๑.สรุปย่อโครงร่างงานวิจัย
- ๒.ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม
- ๓.แบบฟอร์มให้คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- ๔.เอกสารคำแนะนำหรือแจ้งข้อมูลแก่ผู้ยินยอมให้วิจัย
- ๕.แบบสอบถาม
- ๖.ผู้รับผิดชอบที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อได้สะดวก กรณีมีเหตุจำเป็นฉุกเฉิน

คณะกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง ได้พิจารณาโครงร่างงานวิจัยแล้วอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้น ทั้งนี้ขอให้ท่านรายงานผลการศึกษาให้คณะกรรมการทราบเมื่อ สิ้นสุดการทำวิจัยและหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิจัย รวมถึงเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างหรือเมื่อมีการยุติการทำวิจัย



(.....)

นายแพทย์สมบูรณ์ มะลิขาว

ประธานคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง

ที่ สก.๐๐๓๒.๒๐๒ / ๗๕๔๙



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว  
๒๘๓ ถนนสุวรรณศร ตำบลสระแก้ว  
อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ๒๗๐๐๐

๑ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ  
โรคซึมเศร้า

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๒๐๒ ลงวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๘

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ให้  
นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย เรื่อง: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการ  
นอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่มีอายุ ๖๐ ปี  
บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
ได้ตอบรับและอนุญาตให้ท่านเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว อนึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลวิจัยเสร็จ  
สิ้นแล้ว ขอให้ส่งรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ให้กับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมศักดิ์ เชาว์ศิริกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๑๔๓๗

โทรสาร. ๐ ๓๗๒๔ ๒๕๓๑





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

เลขที่ BSH-IRB 001/๒๕๕๙

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ  
โรคซึมเศร้า”

ผู้วิจัยหลัก : นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์  
ให้การรับรอง โครงร่างการวิจัยตามขอบข่ายที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๘

วันหมดอายุ : ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๙

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

๑. มีกระบวนการคุ้มครองอาสาสมัครงานวิจัย ตามรายละเอียดที่เสนอขออนุมัติจริยธรรมวิจัย
๒. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๔. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๕. ส่งรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์แก่โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน ๑ เล่ม

ลงนาม

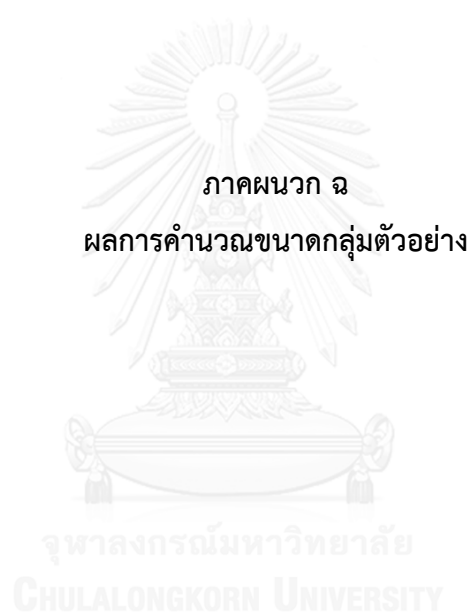
(นายสมชาย หาญชัยพิบูลย์กุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม

(นายวีระศักดิ์ อนุตรอังกูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร



### One Correlation Power Analysis

#### Numeric Results when $H_a: R_0 \neq R_1$

Power	N	Alpha	Beta	R0	R1
0.80278	125	0.01000	0.19722	0.00000	0.30000
0.80034	84	0.05000	0.19966	0.00000	0.30000

#### References

- Graybill, Franklin. 1961. An Introduction to Linear Statistical Models. McGraw-Hill. New York, New York.
- Guenther, William C. 1977. 'Desk Calculation of Probabilities for the Distribution of the Sample Correlation Coefficient', The American Statistician, Volume 31, Number 1, pages 45-48.
- Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis. Second Edition. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

#### Report Definitions

- Power is the probability of rejecting a false null hypothesis. It should be close to one.
- N is the size of the sample drawn from the population. To conserve resources, it should be small.
- Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.
- Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.
- R0 is the value of the population correlation under the null hypothesis.
- R1 is the value of the population correlation under the alternative hypothesis.

#### Summary Statements

A sample size of 125 achieves 80% power to detect a difference of -0.30000 between the null hypothesis correlation of 0.00000 and the alternative hypothesis correlation of 0.30000 using a two-sided hypothesis test with a significance level of 0.01000.

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ของจำนวนโรคทางกายที่เกิดร่วมกันในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

จำนวนการเจ็บป่วยทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนโรคทางกาย 1 โรค		
เบาหวาน	9	6.5
ความดันโลหิตสูง	8	5.8
ไขมันในเลือดสูง	4	2.9
อาการหายใจลำบากหรือหอบหืด	3	2.2
จำนวนโรคทางกาย 2 โรค		
เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง	15	10.9
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง	3	2.2
ปัญหาด้านการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง	3	2.2
ปัญหาด้านการมองเห็น,โรคหัวใจและหลอดเลือดฯ	2	1.4
เบาหวาน,ไขมันในเลือดสูง	2	1.4
จำนวนโรคทางกาย 3 โรค		
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ปัญหาด้านการมองเห็น, ความดันโลหิตสูง	2	1.4
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,ไขมันใน เลือดสูง	2	1.4
ปัญหาด้านการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง,ไขมันในเลือดสูง	2	1.4
ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,ไขมันในเลือดสูง	2	1.4
จำนวนโรคทางกาย 4 โรค		
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน, โรคหัวใจและหลอดเลือดฯ	3	2.2
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ปัญหาด้านการมองเห็น, ความดันโลหิตสูง,การสูญเสียการได้ยิน	2	1.4
โรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ปัญหาด้านการมองเห็น, ความดันโลหิตสูง,โรคหัวใจและหลอดเลือดฯ	2	1.4
ปัญหาด้านการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,ไขมัน ในเลือดสูง	2	1.4

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามีจำนวนโรคทางกาย 1 โรคส่วนใหญ่มักป่วยเป็นโรคเบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 6.5 และ 5.8 ตามลำดับ จำนวนโรคทางกาย 2 โรคจะป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 10.9 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์และโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับปัญหาด้านการมองเห็น มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 2.2 ส่วนจำนวนโรคทางกาย 3 โรคพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ปัญหาด้านการมองเห็น,ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 1.4 ซึ่งมีจำนวนเท่ากันอีก 2 ลำดับต่อมาคือโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,ไขมันในเลือดสูง และปัญหาด้านการมองเห็น,ความดันโลหิตสูง,ไขมันในเลือดสูง ส่วนจำนวนโรคทางกาย 4 โรคที่พบสูงสุดคือโรคข้อเข่าเสื่อมหรือรูมาตอยด์,ความดันโลหิตสูง,เบาหวาน,โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆคิดเป็นร้อยละ 2.2



**ตารางที่ 17** จำนวน (ร้อยละ) และค่าเฉลี่ย ของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ จำแนกรายข้อ (n=138)

	0	1	2	3	4	$\bar{x}$	SD
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ	12 (8.7)	14 (10.1)	20 (14.5)	30 (21.7)	62 (44.9)	2.84	1.33
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ	22 (15.9)	24 (17.4)	21 (15.2)	24 (17.4)	47 (34.1)	2.36	1.49
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเช้ามากกว่าที่ต้องการหรือไม่	34 (24.6)	23 (16.7)	18 (13.0)	12 (8.7)	51 (37.0)	2.17	1.65
4. ท่านมีความรู้สึกพอใจกับการนอนของท่านมากแค่ไหน	20 (14.5)	22 (15.9)	24 (17.4)	31 (22.5)	41 (29.7)	2.37	1.43
5. ท่านคิดว่าคนรอบข้างหรือบุคคลอื่นบอกท่านว่าท่านมีอาการนอนไม่หลับ	18 (13.0)	18 (13.0)	22 (15.9)	37 (26.8)	43 (31.2)	2.50	1.39
6. ท่านคิดว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่	16 (11.6)	18 (13.0)	13 (9.4)	32 (23.2)	59 (42.8)	2.72	1.42
7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหดหู่แค่ไหนกับการนอนไม่หลับ	17 (12.3)	20 (14.5)	17 (12.3)	35 (25.4)	49 (35.5)	2.57	1.41

จากตารางที่ 17 พบว่ามีในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในกลุ่มตัวอย่างพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.33 คิดว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.42 และรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับอาการนอนไม่หลับมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.41

**ตารางที่ 18** จำนวน ร้อยละของระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับจำแนกรายด้าน (n=138)

ด้าน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5,7,9,12 และ 16)			
ความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ	0 – 3.8	23	16.7
ความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง	3.9 - 10	115	83.3
ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3,4,8,10,11และ 14)			
ความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ	0 – 3.8	19	13.8
ความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง	3.9 - 10	119	86.2
ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1และ 2)			
ความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ	0 – 3.8	8	5.8
ความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง	3.9 - 10	130	94.2
ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ(ข้อ 6,13และ 15)			
ความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ	0 – 3.8	23	16.7
ความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง	3.9 - 10	115	83.3
<b>รวม</b>			
ความเชื่อและทัศนคติในระดับต่ำ	0 – 3.8	16	11.6
ความเชื่อและทัศนคติในระดับสูง	3.9 - 10	122	88.4
$\bar{X}$ = 6.91 S.D.=2.03 Min =2 Max= 10			

จากตารางที่ 18 การจำแนกรายด้านของระดับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีคะแนนในระดับสูงของกลุ่มตัวอย่างพบว่าด้านความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับมีจำนวนสูงสุด รองลงมาคือความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ และการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับซึ่งมีจำนวนเท่ากับความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 94.2,86.2,83.3และ83.3 ตามลำดับ

**ตารางที่ 19** ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ  
จำแนกรายข้อ (n=138)

ข้อที่	ร้อยละความคิดเห็น											$\bar{x}$	SD
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. การนอนวัน ละ 8 ชั่วโมง	0.7	0.7	2.2	2.9	1.4	1.4	5.1	5.1	10.1	15.9	54.3	8.61	2.22
2. เมื่อฉันนอน หลับ	1.4	2.9	4.3	5.1	0.7	3.6	5.8	8.0	18.1	10.9	39.1	7.72	2.76
3. การนอนไม่ หลับเรื้อรัง	0.7	0.7	2.2	2.9	2.2	1.4	3.6	6.5	10.9	16.7	52.2	8.56	2.23
4. ฉันรู้สึก กังวล...	4.3	3.6	4.3	3.6	4.3	1.4	3.6	15.9	18.8	9.4	30.4	7.21	2.99
5. การนอน หลับได้ไม่ดี.	1.4	3.6	4.3	7.2	3.6	2.2	5.8	11.6	25.4	9.4	25.4	7.17	2.77
6. ฉันควรกิน ยานอนหลับ	5.1	6.5	3.6	5.1	3.6	1.4	3.6	11.6	15.2	13.0	31.2	7.04	3.24
7. ฉันคิดว่าถ้า หากฉันนอน หลับ	4.3	5.1	3.6	5.1	1.4	3.6	6.5	13.8	15.9	17.4	23.2	7.03	3.00
8. เมื่อฉันนอน หลับได้ไม่ดี	3.6	8.7	6.5	8.7	5.8	9.4	10.1	8.0	13.0	13.0	13.0	5.87	3.09
9. ฉันคิดว่าถ้า ฉันนอน...	2.2	8.0	2.9	9.4	5.1	7.2	5.1	10.9	19.6	13.8	15.9	6.45	2.98
10. ฉันไม่ สามารถคาด เดา...	2.9	8.7	4.3	10.1	5.8	4.3	3.6	10.1	16.7	14.5	18.8	6.38	3.18
11. ฉันมีความ สามารถ...	2.2	7.2	6.5	8.0	7.2	5.1	6.5	10.1	9.4	15.9	21.7	6.45	3.16
12. เมื่อฉันรู้สึก เหนื่อย...	5.1	5.1	5.8	5.1	4.3	3.6	6.5	14.5	16.7	13.8	19.6	6.61	3.09
13. ฉันเชื่อว่า อาการนอน	8.7	10.1	13.8	9.4	7.2	6.5	2.9	2.9	13.8	9.4	15.2	5.12	3.50
14. ฉันรู้สึกกว่า อาการนอน	3.6	8.0	5.8	4.3	4.3	5.1	6.5	14.5	18.8	8.7	20.3	6.48	3.10
15. การใช้ยา...	2.9	7.2	5.8	2.2	3.6	2.9	3.6	4.3	10.1	10.9	46.4	7.49	3.29
16. ฉันคิดว่าถ้า ฉันนอน หลับ	5.1	4.3	5.8	10.9	6.5	3.6	6.5	9.4	19.6	6.5	21.7	6.30	3.17



ตารางที่ 19 จำนวน (ร้อยละ) ของระดับ ความเครียดในผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ (n=138)

ลำดับ	ประสบการณ์ความเครียดที่เกิดกับท่าน	ผลที่เกิดขึ้นกับท่าน			
		ส่งผลดี	ส่งทั้งผลดีและผลเสีย		
1	การเสียชีวิตของคู่สมรส	2	(1.4)	136	(98.6)
2	การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	3	(2.2)	135	(97.8)
3	การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัว			138	(100)
4	การเจ็บป่วยหนักหรือได้รับบาดเจ็บสาหัส	4	(2.9)	134	(97.1)
5	การหย่าร้าง	8	(5.8)	130	(94.2)
6	การเกษียณ	20	(14.5)	118	(85.5)
7	สายตาไม่ดีเหมือนเดิมหรือแยลง	2	(1.4)	136	(98.6)
8	สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรม สุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างมาก	6	(4.3)	132	(95.7)
9	ทำกิจกรรมที่ท่านชอบลดลงอย่างเห็นได้ชัด	6	(4.3)	132	(95.7)
10	การได้ยินของท่านลดลงหรือแยลง	2	(1.4)	136	(98.6)
11	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ	16	(11.6)	122	(88.4)
12	การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน	17	(12.3)	121	(87.7)
13	การเปลี่ยนที่พักอาศัย เช่น การย้ายที่อยู่จากที่อยู่เดิมไป อยู่ที่อยู่ใหม่หรือ การย้ายจากบ้านเดิมไปอยู่บ้านลูกหลาน	17	(12.3)	121	(87.7)
14	อาการเจ็บปวดจากโรคข้ออักเสบ	4	(2.9)	134	(97.1)
15	รู้สึกทำอะไรได้ช้าลงกว่าเดิม	1	(0.7)	137	(99.3)
16	การสูญเสียฟันและความสามารถในการขบเคี้ยว	1	(0.7)	137	(99.3)
17	คู่สมรสเลิกทำงานนอกบ้าน	25	(18.1)	113	(81.9)
18	การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	27	(19.6)	111	(80.4)
19	การเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมทางสังคม	15	(10.9)	123	(89.1)
20	ใบขับขี่หรือเอกสารสำคัญสูญหาย	3	(2.2)	135	(97.8)
21	การมีลูกหลานหรือญาติย้ายเข้ามาอยู่ด้วย	24	(17.4)	114	(82.6)
22	อายุย่างเข้า 65 ปี	17	(12.3)	121	(87.7)
23	อายุย่างเข้า 70 ปี	9	(6.5)	129	(93.5)
24	การมีปากเสียงกับลูกหลาน	2	(1.4)	136	(98.6)
25	การมีปากเสียงกับคู่สมรส	1	(0.7)	137	(99.3)

ตารางที่ 20 จำนวน (ร้อยละ) ของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นก่อนนอน จำแนกรายข้อ (n=138)

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$	SD
1. ท่านรู้สึกกังวลว่าจะหลับหรือไม่	48 (34.8)	21 (15.2)	12 (8.7)	32 (23.2)	25 (18.1)	2.75	1.57
2. ท่านทบทวนหรือไตร่ตรองครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน	31 (22.5)	24 (17.4)	17 (12.3)	32 (23.2)	34 (24.6)	3.10	1.52
3. ท่านรู้สึกซึมเศร้า หรือคิดกังวล	36 (26.1)	19 (13.8)	21 (15.2)	29 (21.0)	33 (23.9)	3.03	1.54
4. ท่านกังวลเกี่ยวกับปัญหาอื่น ๆ นอกเหนือจากเรื่องการนอนหลับ	33 (23.9)	12 (8.7)	29 (21.0)	34 (24.6)	30 (21.7)	3.12	1.47
5. ท่านรู้สึกสมองตื่นตัวและกระฉับกระเฉง	37 (26.8)	39 (28.3)	25 (18.1)	17 (12.3)	20 (14.5)	2.59	1.38
6. ท่านหยุดคิดไม่ได้	38 (27.5)	16 (11.6)	19 (13.8)	22 (15.9)	43 (31.2)	3.12	1.62
7. ท่านรู้สึกยังมีความคิดวนเวียนอยู่ในหัวตลอดเวลา	31 (22.5)	20 (14.5)	18 (13.0)	38 (27.5)	31 (22.5)	3.13	1.49
8. ท่านถูกรบกวนโดยเสียงต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม รอบ ๆ ตัว	69 (50.0)	32 (23.2)	12 (8.7)	12 (8.7)	13 (9.4)	2.04	1.34
9. ท่านรู้สึกใจเต้นเร็ว, แแรง ผิดปกติหรือเต้นไม่เป็นจังหวะ	62 (44.9)	24 (17.4)	25 (18.1)	12 (8.7)	15 (10.9)	2.23	1.38
10. ท่านรู้สึกร่างกายกระสับกระส่าย กระวนกระวาย	42 (30.4)	32 (23.2)	25 (18.1)	21 (15.2)	18 (13.0)	2.57	1.40
11. ท่านมีอาการหายใจไม่อิ่ม	48 (34.8)	24 (17.4)	25 (18.1)	19 (13.8)	22 (15.9)	2.59	1.48
12. ท่านรู้สึกว่ากล้ามเนื้อตึงตัวหรือเกร็ง	40 (29.0)	24 (17.4)	31 (22.5)	24 (17.4)	19 (13.8)	2.70	1.41

## ตารางที่ 20 (ต่อ)

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	$\bar{x}$	SD
13. ท่านรู้สึกมือเท้าเย็น หรือตัวเย็น	74 (53.6)	28 (20.3)	10 (7.2)	10 (7.2)	16 (11.6)	2.03	1.40
14. ท่านรู้สึกผิดปกติที่ระบบทางเดินอาหารเช่น ปั่นป่วน กระเพาะ แสบร้อน	50 (36.2)	30 (21.7)	24 (17.4)	15 (10.9)	19 (13.8)	2.44	1.43
15. ท่านมีเหงื่อออกชุ่มในฝ่ามือ หรือส่วนอื่นๆของร่างกาย	66 (47.8)	30 (21.7)	13 (9.4)	14 (10.1)	15 (10.9)	2.14	1.40
16. ท่านรู้สึกปากแห้งหรือคอแห้ง	56 (40.6)	24 (17.4)	20 (14.5)	13 (9.4)	25 (18.1)	2.47	1.53

## Crosstabs

## ISI1\_7\_gr \* เพศ Crosstabulation

			เพศ		Total
			ชาย	หญิง	
ISI1_7_gr	ไม่มีอาการ	Count	9	17	26
		% within เพศ	23.1%	17.2%	18.8%
	นอนไม่หลับเล็กน้อย	Count	8	13	21
		% within เพศ	20.5%	13.1%	15.2%
	นอนไม่หลับปานกลาง	Count	9	26	35
		% within เพศ	23.1%	26.3%	25.4%
	นอนไม่หลับในระดับรุนแรง	Count	13	43	56
		% within เพศ	33.3%	43.4%	40.6%
Total		Count	39	99	138
		% within เพศ	100.0%	100.0%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.335 <sup>a</sup>	3	.506	.511		
Likelihood Ratio	2.288	3	.515	.538		
Fisher's Exact Test	2.437			.498		
Linear-by-Linear Association	1.838 <sup>b</sup>	1	.175	.186	.102	.026
N of Valid Cases	138					

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.335 <sup>a</sup>	3	.506	.511		
Likelihood Ratio	2.288	3	.515	.538		
Fisher's Exact Test	2.437			.498		
Linear-by-Linear Association	1.838 <sup>b</sup>	1	.175	.186	.102	.026
N of Valid Cases	138					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.93.

b. The standardized statistic is 1.356.



## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ISI1_7_gr * disease	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%

## ISI1\_7\_gr \* disease Crosstabulation

			จำนวนโรคทางกาย				Total
			ไม่มีโรค ประจำตัว	มีโรค ประจำตัว 1 โรค	มีโรค ประจำตัว 2-3 โรค	มีโรค ประจำตัว มากกว่า 4 โรคขึ้นไป	
ISI1_7_gr	ไม่มีอาการ	Count	7	10	9	0	26
		%					
		within	35.0%	30.3%	14.8%	.0%	18.8%
		disease					
นอนไม่หลับ เล็กน้อย		Count	2	5	9	5	21
		%					
		within	10.0%	15.2%	14.8%	20.8%	15.2%
		disease					
นอนไม่หลับปาน กลาง		Count	5	7	18	5	35
		%					
		within	25.0%	21.2%	29.5%	20.8%	25.4%
		disease					
นอนไม่หลับใน ระดับรุนแรง		Count	6	11	25	14	56
		%					
		within	30.0%	33.3%	41.0%	58.3%	40.6%
		disease					
Total		Count	20	33	61	24	138
		%					
		within	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		disease					

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.677 <sup>a</sup>	9	.100
Likelihood Ratio	18.178	9	.033
Linear-by-Linear Association	8.748	1	.003
N of Valid Cases	138		

a. 4 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.04.



## Correlations

			ISI1_7_gr	disease
Spearman's rho	ISI1_7_gr	Correlation	1.000	.243 <sup>**</sup>
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	138	138
	disease	Correlation	.243 <sup>**</sup>	1.000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	138	138

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).





		ISI1_7	age	illness	PSAS9_16	PSAS1_8	HRSD1_17	DBAS1_16	GSRRS1_25
PSAS1_8	Pearson Correlation	.636**	-.202*	-.116	.611**	1	.647**	.594**	-.042
	Sig. (2-tailed)	.000	.018	.176	.000		.000	.000	.627
	N	138	138	138	138	138	138	138	138
HRSD1_17	Pearson Correlation	.572**	-.047	-.001	.537**	.647**	1	.522**	-.003
	Sig. (2-tailed)	.000	.586	.988	.000	.000		.000	.977
	N	138	138	138	138	138	138	138	138
DBAS1_16	Pearson Correlation	.607**	-.085	.037	.441**	.594**	.522**	1	.001
	Sig. (2-tailed)	.000	.320	.664	.000	.000	.000		.992
	N	138	138	138	138	138	138	138	138
GSRRS1_25	Pearson Correlation	.064	-.046	.180*	.071	-.042	-.003	.001	1
	Sig. (2-tailed)	.454	.590	.035	.405	.627	.977	.992	
	N	138	138	138	138	138	138	138	138

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจุฑารัตน์ จิราพงษ์ เกิดวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี ในปีการศึกษา 2540 และปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2544 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ งานคลินิกพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

