

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่บุคคลจะมีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างการพักผ่อน และการมีกิจกรรม การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ มนุษย์ใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตในการนอนหลับ (Fontaine, 1993; Hodgson, 1991) การนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในขณะที่สุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย กล่าวคือ ในช่วงของการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement หรือ NREM) ในระยะที่ 3 และ 4 ร่างกายจะมีการสังเคราะห์โปรตีน สังเคราะห์กรดไรโบนิวคลีอิก (ribonucleic acid หรือ RNA) ทำให้กรดอะมิโนเข้าสู่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย เซลล์เกิดการแบ่งตัวโดยเฉพาะเซลล์กระดูก กระดูกอ่อน ไขกระดูกและผิวหนัง ร่างกายมีการเจริญเติบโต ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการหายของแผล (Evans & French, 1995) ซึ่งมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ และหายจากการเจ็บป่วย (Ersser, 1999) ส่วนในระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement หรือ REM) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้น 2 เท่าจากปกติ มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต และอุณหภูมิสูงขึ้น ช่วยในการฟื้นฟูด้านอารมณ์ และสมองจะมีการรวบรวมข้อมูลที่ได้ในเวลากลางวัน จัดเป็นหมวดหมู่ มีการกำจัดความจำที่ไม่สำคัญทิ้งไป (Evans & French, 1995) เป็นการช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และความจำ (Hodgson, 1991) ดังนั้นการนอนหลับจึงมีความจำเป็นต่อความผาสุก และคุณภาพชีวิตของทุกคน (Jensen & Herr, 1993)

ในผู้สูงอายุนั้น การนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM เพิ่มขึ้น แต่ระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และ REM ลดลง (Ross, Hare, & McPherson, 1986) ซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลตา (delta wave) ในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM (Lankford, 1994) หรือการเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพที่ควบคุมการนอนหลับ หรือเนื่องจากกระบวนการชราภาพ (Fordham, 1991) ซึ่งปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้ทั่วไป โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ จากการศึกษาของแมกกีและคณะ (Maggi et al., 1998) กับผู้สูงอายุในเขตชนบท ประเทศอิตาลีพบว่า มีอุบัติการณ์การ

เกิดปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36 ในเพศชาย ส่วนเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 34 และ การศึกษาผู้สูงอายุในประเทศบราซิลพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาในการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 59.3 (Almeida, Tamai, & Garrido, 1999) ส่วนในประเทศไทย จากรายงานการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 58.8 (ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540) และจากการศึกษา แนวโน้มของปัญหาการนอนหลับและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กันของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 826 คน พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของประชากรมีแนวโน้มในการเกิด ปัญหาการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยพบผู้มีปัญหาการนอนหลับมากที่สุดในกลุ่มอายุ 61 - 70 ปี ซึ่งพบ ร้อยละ 42.5 (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และธนา นิลชัยโกวิทย์, 2540) โดยปัญหาการ นอนหลับที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ การหลับยากเมื่อเข้านอน ตื่นบ่อยระหว่างช่วงเวลานอนหลับ การนอนหลับยากภายหลังการตื่นขึ้นมาระหว่างช่วงเวลานอนหลับ ตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าเวลา ปกติ และอาการง่วงนอนอย่างมากในช่วงเวลากลางวัน (Roberts, 1990) และการศึกษาของ พัสมณท์ คุ่มทวีพร กันยา ออประสิทธิ์ และพัชร ดันศิริ (2540) กับผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน พบว่าผู้สูงอายุ นอนหลับยากร้อยละ 31.7 นอนหลับไม่สนิทตื่นบ่อยๆ กลางดึกร้อยละ 23 นอนหลับได้น้อยเพราะ ต้องตื่นเช้ากว่าปกติร้อยละ 12.7 มีอาการง่วงนอนตลอดวันร้อยละ 23 ผู้สูงอายุมีการงีบหลับในตอน กลางวันเพิ่มขึ้น (Foreman & Wykle, 1995) ซึ่งการงีบหลับดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง ผู้สูงอายุที่นอนหลับได้ดีและไม่ดี ดังจะเห็นได้จากการศึกษาพฤติกรรมการนอนหลับของผู้สูงอายุ จำนวน 212 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการงีบหลับเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีผลต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน (Hayter, 1983) และจากการศึกษาการงีบหลับและแบบแผนการนอนหลับของวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุที่งีบหลับในตอนกลางวันที่แตกต่างกันจะมีระยะเวลาการนอนหลับในตอนกลางคืนที่ ไม่แตกต่างกัน (Buysse, Browman, Monk, Reynolds, Fasiczka, & Kupfer, 1992) และจากการให้ ผู้สูงอายุงีบหลับประมาณ 50 นาที ในตอนกลางวันพบว่า การงีบหลับไม่มีผลต่อการนอนหลับในตอน กลางคืนของผู้สูงอายุ (Aber & Webb, 1986 cited in Buysse et al. , 1992) จะเห็นได้ว่าการงีบหลับใน ตอนกลางวันของผู้สูงอายุ ไม่มีผลทำให้ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุลดลง

ปัญหาการนอนหลับมีผลกระทบต่อร่างกายได้แก่ เฉื่อยชา อ่อนเพลีย ขาดความ กระตือรือร้น ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ความไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง เนื่องจากแกรนูโลไซต์และลิมโฟไซต์ ซึ่งมีหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคจะทำหน้าที่ลดลง (McIntosh, 1989) เวียนศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Ezyguire & Fidone, 1975 cited in Evans & French, 1995) มือสั่น ปฏิกริยาสะท้อน (reflex) ลดลง เมื่อต้องมีการติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดหรือเมื่อสนทนาอาจทำให้พูดติดอ่างหรือพูดตะกุกตะกัก

(dysarthria) ความสามารถในการมองเห็นและได้ยินลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความสามารถในการระบายอากาศของร่างกายลดลง (Brewer, 1985) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น (Evans & French, 1995) ก้าวร้าว แรงจูงใจลดลง รู้สึกไม่สบายกาย (Brewer, 1985) ในบุคคลที่นอนไม่หลับนานเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดความผิดปกติของการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล จนอาจเกิดภาพหลอนได้ (Edwards & Schuring, 1993)

ปัจจัยด้านร่างกายที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับได้แก่ ความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย การหายใจลำบาก การถ่ายปัสสาวะบ่อย การหยุดหายใจขณะหลับ แขนหรือขากระตุกขณะหลับ (periodic limb movements in sleep) ยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อการนอนหลับ กาแฟ บุหรี่ แอลกอฮอล์ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ ความเครียด อารมณ์เศร้า ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เสียงดัง แสงสว่าง ความร้อน ความเย็น และกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ (Miller, 1999) ตัวอย่างเช่น การศึกษาสำรวจการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลรามารัตนบดินทร์ จำนวน 121 คน พบว่า สิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยคือ ความเจ็บปวด ความไม่สบาย (พรธนะ คาร์สัน โพรธาส และสมพร ชินโนรส, 2539) ผลการศึกษาสุขนิสัยในการนอนหลับ และการรบกวนการนอนหลับในผู้สูงอายุ จำนวน 800 คน พบว่า ความเจ็บปวดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุตื่นเช้ากว่าปกติ (Cisason, Reynisdottir, Kristbjarnarson, & Benediktsdottir, 1993) และจากการศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุพบว่า เสียงจากการจราจรรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุได้ (Clapin-French, 1986)

เมื่อบุคคลมีปัญหาในการนอนหลับจะมีการจัดการกับปัญหาการนอนหลับที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 72.3 ไม่ได้จัดการกับปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 19.2 สวดมนต์ทำสมาธิ ร้อยละ 1.1 ค้มเครื่องค้มอื่นๆ (เอกรัตน์ เชื้ออินดา, 2540) และผลการศึกษาวิธีการแก้ปัญหการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่า ใช้วิธีการเปลี่ยนท่านอนและทำสมาธิสวดมนต์ (พรธนะ คาร์สัน โพรธาส และสมพร ชินโนรส, 2539) ส่วนการใช้ยานอนหลับ พบว่า ร้อยละ 37.3 ของผู้สูงอายุใช้ยานอนหลับ (Almeida, Tamai, & Garrido, 1999) ซึ่งการใช้ยานอนหลับเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุ โดยร่างกายจะมีความทนต่อยาเพิ่มขึ้น และอาจรบกวนการนอนหลับในระยะ REM (Ross, Hare, & McPherson, 1986) การออกฤทธิ์ของยาในระยะยาวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสับสน งุนงง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม และอุบัติเหตุอื่นๆได้ (Hemmelgarn, Suissa, Huang, Boivin, & Pinard, 1997) ซึ่งวิธีจัดการกับปัญหาการนอนหลับที่ไม่มี

ประสิทธิภาพพร้อมกับมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับจะส่งผลทำให้ปัญหาการนอนหลับรุนแรงขึ้น หรืออาจเป็นปัญหาเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพการนอนหลับได้

คุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ การนอนหลับในเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับหรือ จำนวนครั้งของการตื่น และการนอนหลับในเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) เป็นต้น คุณภาพการนอนหลับจึงเป็นการประเมินการนอนหลับหลายองค์ประกอบร่วมกัน ดังการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ด้วยการสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน (Buysse et al. , 1989) ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงการนอนหลับที่ผิดปกติ และอาจทำให้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ อีกทั้งพบว่าการรบกวนคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต ได้แก่ อาการซึมเศร้า โรคจิตเภทและวิตกกังวล (Kripke et al. , 1979 cited in Buysse et al. , 1989) และคุณภาพการนอนหลับยังสามารถอธิบายหรือประเมินการรบกวนการนอนหลับได้ดีกว่าการบอกเล่าจากตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว (คะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์, 2540) ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาการนอนหลับได้ดี

เมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์การเกิดปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่ค่อนข้างสูง และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่อาจจะเกิดตามมาเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหลับ ในบทบาทของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยในต่างประเทศ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบรายงานการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหลับอย่างไร โดยพิจารณาหลายองค์ประกอบของการนอนหลับร่วมกัน เพื่อให้สามารถมองปัญหาได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น อีกทั้งในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุนั้น จำเป็นที่ต้องทราบปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาวิธีการป้องกันหรือกำจัดปัจจัยเหล่านั้น พร้อมทั้งส่งเสริมวิธีการจัดการกับปัญหาการนอนหลับที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ
3. การจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. ผู้สูงอายุใช้วิธีการใดในการจัดการกับปัญหาการนอนหลับ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเลย จำนวน 336 คน โดยรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน มีนาคม 2543

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของการประเมินการนอนหลับ 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย และการประเมินการนอนหลับเชิงคุณภาพได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งคะแนนชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญ์ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) แปลและดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่บัลซึชและคณะ (Buysse et al. , 1989) ได้สร้างขึ้น

ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ หมายถึง สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ หรือเปลี่ยนจากระยะการนอนหลับเป็นระยะตื่น แบ่งเป็นปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับของมิลเลอร์ (Miller, 1999)

การจัดการกับปัญหาการนอนหลับ หมายถึง วิธีที่ผู้สูงอายุทั้งที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาการนอนหลับปฏิบัติเพื่อให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ประกอบด้วย การจัดการด้านร่างกาย การจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบประเมินการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น