

สัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

วิภาวี กীরติวรสกุล*, วริศรา ลูวีระ**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 124 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Odd ratio (OR) และ 95% Confidence interval (CI)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 16.9, 95%CI 0.108-0.247) และผู้ที่มีคู่สมรสในปัจจุบันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (adjusted OR = 4.322, 95%CI = 1.008-18.536) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value น้อยกว่า 0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ปัญหาการนอน; การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

*โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: Wipawee Keerativorasakul, Email: wipawee_k@kkumail.com

Received 01/02/2024

Revised 27/02/2024

Accepted 20/03/2024

PROPORTIONS AND FACTORS THAT MAY BE ASSOCIATED WITH SLEEP STATE MISPERCEPTION IN THE ELDERLY

Wipawee Keerativorasakul, Varisara Luvira***

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the proportions and factors that may be associated with sleep state misperception in the elderly. A total of 124 patients, aged 60 years and older, who visited the outpatient clinic at Nam Phong Hospital were included in the study. Data was collected using questionnaire interview. Data were examined using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean, as well as inferential statistics such as the Odd ratio (OR) and 95% Confidence interval (CI).

The study findings showed that 21 elderly individuals experienced sleep state misperception (16.9%, 95% CI 0.108-0.247). Individuals with a spouse are significantly associated with sleep state misperception (adjusted OR = 4.322, 95% CI = 1.008-18.536) at a p-value less than 0.05.

Keywords: Elderly; Sleeping Problems; Sleep state misperception

* Namphong Hospital, Khon Kaen

** Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องที่มีลักษณะของความยากลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ การตื่นก่อนเวลาที่กำหนดหรือประสบปัญหาด้านการนอนที่ไม่ทำให้ร่างกายหลับพักผ่อนถึงแม้จะมีโอกาสการนอนที่เพียงพอ¹ ปัญหาการนอนพบได้ในบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และมีโอกาสพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ²

จากการศึกษาในทั่วโลกพบว่าประมาณ 10% ของประชากรผู้ใหญ่มีปัญหาการนอน โดยพบว่าประมาณ 20% มีอาการนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความยากลำบากทางเศรษฐกิจและสังคมมีความเสี่ยงต่อการนอนไม่หลับมากกว่า³ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบผู้สูงอายุร้อยละ 57.1 มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับไม่ดี⁴ และบางการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่ได้เข้าพบแพทย์ในช่วง 1 เดือน มีรายงานถึงปัญหาการนอนหลับ⁵ ซึ่งภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต⁶⁻⁹ โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนจึงต้องพึ่งพาการใช้ยานอนหลับ ซึ่งพบว่าการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากผลกระทบที่เหลือของยาในตอนกลางวัน เพิ่ม

โอกาสการติดยา (tolerance) การติดยา (dependence) และทำให้การนอนหลับแย่ลงกว่าเดิมได้ (rebound insomnia)¹⁰ ทั้งยังมีผลข้างเคียงจากการใช้ยานอนหลับ เช่น เพิ่มโอกาส การหกล้ม และกระดูกหัก¹¹⁻¹³

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีผู้ป่วยถึง 26.4% ที่มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าเป็นคนที่มีคุณภาพการนอนที่ดีอยู่แล้วแต่เข้าใจว่าตนเองมีระยะเวลาการนอนหลับโดยรวมน้อยหรือมีภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งเมื่อวัดผลจากการตรวจวัดการนอนหลับด้วย Polysomnography พบว่าระยะเวลาที่นอนหลับยาวนานกว่าที่คนใช้ประมาณการไว้ เรียกภาวะนี้ว่า sleep state misperception¹⁴ ดังนั้นหากในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ จะทำให้เกิดการใช้ยานอนหลับมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะดังกล่าวที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้แพทย์ตระหนักถึงการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อลดการใช้ยานอนหลับโดยไม่จำเป็น และลดการเกิดผลข้างเคียงจากยานอนหลับในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) จากการใช้แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 124 คน ในช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากร

ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีความเข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัยโดยได้รับการชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่พร้อม เช่น ผู้ป่วยอาการรุนแรง มี

ภาวะฉุกเฉิน หรือมีปัญหาทางจิตเวช หรือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปี ที่มาใช้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่มีความเข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ¹⁴ แทนค่าโดย Confidence level = 95%, acceptable difference = 0.264¹⁵, Assumed proportion = 0.0528, population size = 230 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 124 คน จากนั้นจึงสุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Time frame allocation)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่เข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ผู้ที่ตอบ ไข ในแบบสอบถามข้อที่ 1 ที่ถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณมีปัญหาด้านคุณภาพการนอนหลับหรือไม่
3. ผู้ที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง หมายถึง ผู้ที่เข้าใจว่าตนเองมีปัญหาด้านคุณภาพ การนอนหลับ แต่ประเมินคะแนนจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ฉบับแปลภาษาไทย แล้วพบว่า มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ซึ่งหมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ (Interview Questionnaire) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ฉบับแปลภาษาไทย¹⁶ โดยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้อายานอนหลับ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลา กลางวัน โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและองค์ประกอบมีการแบ่งคะแนน เป็น 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของ แบบประเมินอยู่ ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี¹⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ฯ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากทางโรงพยาบาลน้ำพอง หลังจากนั้น จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์อาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel แล้วทำ double data entry และตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics Premium Version 28 for Windows วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ และใช้สถิติอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลหลังจากที่ควบคุมปัจจัยรบกวน (confounding factors) ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) รายงานด้วย adjusted odds ratio และ 95% confident interval

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE661415 โดยเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็นความลับ จะ

ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอื่นจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลต่ออาสาสมัครผู้เป็นเจ้าของข้อมูลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิงจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 52.4 มีอายุเฉลี่ย 69.6 ± 6.20 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.3 โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 58.1 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.7 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n=124)

ข้อมูลทั่วไป		N (%)
เพศ	ชาย	41 (33.1)
	หญิง	83 (66.9)
อายุ	ระหว่าง 60-69 ปี	65 (52.4)
	ระหว่าง 70-79 ปี	53 (42.7)
	อายุ 80 ปีขึ้นไป	6 (4.8)
	Mean $\pm$ S.D.	69.6 ± 6.20
สถานภาพ	โสด	6 (4.8)
	สมรส	81 (65.3)
	หม้าย	34 (27.4)
	หย่าร้าง	0 (0)
	แยกกันอยู่	3 (2.4)
โรคประจำตัว	เบาหวาน	72 (58.1)
	ความดันโลหิตสูง	74 (59.7)
	ไตเรื้อรัง	9 (7.3)
	ไทรอยด์	3 (2.4)
อาชีพ	ใช้แรงงาน	57 (46)
	ไม่ใช้แรงงาน	5 (4)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58 (46.8)

2. การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

จากการศึกษาพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 124 ราย มีผู้ที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep state misperception) (คะแนน PSQI ≤ 5) จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.9

3. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลจำแนกตามกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 124 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep state misperception) จำนวน 21 คน และกลุ่มนอนไม่หลับ (true insomnia) จำนวน 103 คน ข้อมูลพบว่ากลุ่ม sleep state misperception

และในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 57.1 และ ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ พบว่ามีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ที่ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 61.2 ตามลำดับ ในกลุ่ม sleep state misperception มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 66.7 ในขณะที่ในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ที่ร้อยละ 60.2 ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่ม sleep state misperception ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มทำงานใช้แรงงาน ร้อยละ 66.7 ส่วนในกลุ่ม true insomnia ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ในกลุ่มที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) และกลุ่มนอนไม่หลับ (True insomnia) (n = 124)

ข้อมูลทั่วไป	Sleep state misperception	True insomnia
	N = 21 (%)	N = 103 (%)
เพศ ชาย	7 (33.3)	34 (33)
หญิง	14 (66.7)	69 (67)
อายุ ระหว่าง 60-69 ปี	12 (57.1)	53 (51.5)
ระหว่าง 70-79 ปี	9 (42.9)	44 (42.7)
อายุ 80 ปีขึ้นไป	0	6 (5.8)
สถานภาพ		
โสด	2 (9.5)	4 (3.9)
สมรส	18 (85.7)	63 (61.2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ในกลุ่มที่มี การรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) และกลุ่ม นอนไม่หลับ (True insomnia) (n = 124) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Sleep state misperception	True insomnia
	N = 21 (%)	N = 103 (%)
หม้าย	1 (4.8)	33 (32)
หย่าร้าง	0	0
แยกกันอยู่	0	3 (2.9)
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	14 (66.7)	58 (56.3)
ความดันโลหิตสูง	12 (57.1)	62 (60.2)
ไตเรื้อรัง	0	9 (8.7)
อาชีพ		
ใช้แรงงาน	14 (66.7)	43 (41.1)
ไม่ใช้แรงงาน	0	5 (4.9)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (33.3)	51 (49.5)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้าน คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องใน ผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) จากการศึกษา นี้พบว่า ผู้ที่มีคู่สมรสในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value = 0.049 (adjusted OR = 4.322, 95% CI = 1.008- 18.536) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้าน

คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญที่ p-value = 0.019 โดยมีค่า Crude Odds ratio ที่ 0.289 (95% CI = 0.098-0.848) แต่เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า p-value อยู่ที่ 0.056 (adjusted OR = 0.285, 95% CI = 0.079-1.032) และพบว่าเครื่องดื่มคาเฟอีน ยานอนหลับ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Sleep state misperception (n=21)	True insomnia (n=103)	Crude OR(95% CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P- value
เพศชาย	7 (33.3)	34 (33.0)	1.015 (0.375- 2.747)	0.977	1.204 (0.34- 4.261)	0.773
อายุ 70 ปีขึ้นไป	9 (42.9)	50 (48.5)	0.795 (0.308- 2.049)	0.634	1.593 (0.446- 5.693)	0.473
คนที่มีคูสมรสปัจจุบัน	18 (85.7)	63 (61.2)	3.81 (1.054- 13.768)	0.043	4.322 (1.008- 18.536)	0.049
โรคเบาหวาน	14 (70)	58 (59.2)	1.609 (0.57- 4.542)	0.455	1.693 (0.485- 5.912)	0.409
โรคความดันโลหิตสูง	12 (60)	62 (63.3)	0.871 (0.325- 2.331)	0.783	0.619 (0.171- 2.238)	0.464
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (33.3)	51 (51.5)	0.471 (0.175- 1.265)	0.13	0.392 (0.107- 1.433)	0.157
ความเครียด	5 (23.8)	53 (52)	0.289 (0.098- 0.848)	0.019	0.285 (0.079- 1.032)	0.056
ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน	9 (42.9)	37 (35.9)	1.338 (0.516- 3.471)	0.549	0.655 (0.162- 2.653)	0.554
ใช้ยานอนหลับ	7 (33.3)	25 (24.5)	1.54 (0.559- 4.242)	0.401	2.172 (0.598- 7.893)	0.239
สูบบุหรี่	1 (4.8)	9 (8.8)	0.517 (0.062- 4.312)	1.0	0.56 (0.046- 6.872)	0.651
ออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	14 (66.7)	53 (52)	1.849 (0.689- 4.961)	0.218	1.505 (0.472- 4.803)	0.49

วิจารณ์ (Discussions)

จากการศึกษานี้พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (Sleep state misperception) ร้อยละ 16.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศ ที่พบความชุกของผู้ที่มีภาวะ Sleep-state misperception อยู่ระหว่างร้อยละ 9.2-50¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาก่อนหน้าเป็นการศึกษาที่ไม่ได้ทำเฉพาะเจาะจงทำในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ในด้านของปัจจัยที่มีผลกับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้พบว่าการมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในประเด็นนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ศึกษาความเกี่ยวข้องของการนอนหลับกับความสัมพันธ์คู่สมรส ซึ่งสรุปได้ว่าความสัมพันธ์คู่สมรสที่ดีมีผลทำให้การนอนหลับดีขึ้น^{18,19} ในขณะที่ความสัมพันธ์คู่รักที่มีปัญหาจะส่งผลในทางตรงข้าม และยังเกี่ยวข้องกับความเศร้า และวิตกกังวลอีกด้วย¹⁹ แต่เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ศึกษาในด้านการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งการมีคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง จึงอาจเกิดได้จากในกรณีที่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสดี อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาไม่ได้มีปัญหาในด้านการนอน แต่ด้วยวัยสูงอายุ จึงอาจเข้าใจไปเองว่า

ตนเองมีปัญหานอน เนื่องจากมีผู้สูงอายุมีความชุกของปัญหานอนเป็นจำนวนมาก⁴

จุดแข็งของการศึกษาวิจัยนี้ คือ เจาะจงทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความชุกของการนอนไม่หลับสูง แต่ทำในประเด็นของการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งไม่เคยมีการศึกษาในกลุ่มอายุนี้ ทำให้ได้องค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้นในประเด็นดังกล่าว

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาจึงบอกได้แค่ความชุกของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ รวมถึงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้ และข้อมูลที่เก็บมาเป็นข้อมูลที่เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วง 1 เดือน อาจมีอคติที่เกิดจากความจำของผู้ให้ข้อมูลได้ (recall bias)

สำหรับผลการศึกษารั้งนี้ทำให้ทราบถึงสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งแพทย์จึงควรตระหนักถึงการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ และประเมินเป็นรายบุคคลเพื่อลดการจ่ายยานอนหลับในรายที่ไม่จำเป็น และลดความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยานอนหลับ

ข้อยุติ (Conclusions)

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (sleep-state misperception) ร้อยละ 16.9 โดยปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง คือ การมีคู่สมรสในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอน ควรระวังในประเด็นการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการให้ยานอนหลับโดยไม่จำเป็นในผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในประเด็นของการมีคู่สมรส

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004; 27(8):1567-1596.
2. Yaowa M, Putwatana P, Monkong S. Management of Insomnia in Hospitalized Older Adults: A

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากองค์ความรู้จนถึงปัจจุบัน พบว่ายังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้ได้เพิ่มองค์ความรู้ในสัดส่วนและปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง สามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพการนอนหลับเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยหรือโครงการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำพอง ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ อาสาสมัครที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

- Systematic Review. *Rama Nurs J* 2009; 15(2): 259-283. [in Thai].
3. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin* 2022; 17(2): 173-191.
4. Choombuathong A, Chalopatham W, Dhongyooyen P, Chokchaiworarat S, Thamwattana K, Changsap B, et al. Sleep Quality and Factors Related to

- Sleep and Self-esteem in the Elderly. **Journal of Health Science** 2015; 24(5): 833 - 843. [in Thai].
5. Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. **J Psychosom Res** 2004; 56(5) : 497-502.
 6. Fortier-Brochu E, Morin CM. Cognitive impairment in individuals with insomnia: clinical significance and correlates. **Sleep** 2014; 37(11): 1787-1798.
 7. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF, Diniz BS. Insomnia and risk of dementia in older adults: Systematic review and meta-analysis. **J Psychiatr Res** 2016; 77: 109-115.
 8. Irwin MR, Carrillo C, Sadeghi N, Bjurstrom MF, Breen EC, Olmstead R. Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults with Insomnia: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry** 2022; 79(1): 33-41.
 9. Li Y, Zhang X, Winkelman JW, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U. S. men. **Circulation** 2014; 129(7): 737-746.
 10. Harvey AG, Tang NK. (Mis)perception of sleep in insomnia: a puzzle and a resolution. **Psychol Bull** 2012; 138(1): 77-101.
 11. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. **BMJ** 2005; 331(7526): 1169.
 12. Jiang Y, Xia Q, Wang J, Zhou P, Jiang S, Diwan VK, et al. Insomnia, Benzodiazepine Use, and Falls among Residents in Long-term Care Facilities. **Int J Environ Res Public Health** 2019; 16(23): 4623.
 13. Poly TN, Islam MM, Yang HC, Li YJ. Association between benzodiazepines use and risk of hip fracture in the elderly people: A meta- analysis of observational studies. **Joint Bone Spine** 2020; 87(3): 241-249.
 14. Daniel WW, Cross CL. **Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences**. Tenth edition. Hoboken, NJ, Wiley, 2013.
 15. Moon HJ, Song ML, Cho YW. Clinical Characteristics of Primary Insomniacs

- with Sleep-State Misperception. **J Clin Neurol** 2015; 11(4): 358-363.
16. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruangkana P, Chinwarun Y, Ruangkanchanasetr P, et al. The Development of Sleep Questionnaires Thai Version (ESS, SA- SDQ, and PSQI) : Linguistic Validation, Reliability Analysis and Cut- Off Level to Determine Sleep Related Problems in Thai Population. **J Med Assoc Thai** 2016; 99(8): 893-903.
17. CU Mental health. **The Pittsburgh SleepQuality Index (PSQI)** [online] 2023 [cited 2023 June 5] Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909360>. [in Thai].
18. Kim Y, Ramos AR, Carver CS, Ting A, Hahn K, Mossavar-Rahmani Y, et al. Marital Status and Gender Associated with Sleep Health among Hispanics/Latinos in the US: Results from HCHS/SOL and Sueño Ancillary Studies. **Behav Sleep Med** 2022; 20(5): 531-542.
19. Troxel WM, Braithwaite SR, Sandberg JG, Holt-Lunstad J. Does Improving Marital Quality Improve Sleep? Results from a Marital Therapy Trial. **Behav Sleep Med** 2017; 15(4): 330-343.