

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program on Insomnia among Elderly Patients with Major Depressive Disorder

Received: Apr 2, 2019

Revised: Jul 4, 2019

Accepted: Jul 10, 2019

เยาวนาถ คำแก้ว พย.ม. (Yaowanat Khamkaew, M.N.S.)¹รังสิมันต์ สุนทรไชยา ปร.ด. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D.)²มูทิตา พนาสธิตย์ พบ., วว.จิตเวชศาสตร์ (Muthita Phanasathit, M.D., FRCPsychT)³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับน้อยจนถึงปานกลาง จำนวนทั้งหมด 60 คน ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มเข้ากลุ่มกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.81 และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 30 คน โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Mean = 6.70, SD. = 3.04) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Mean = 14.43, SD. = 3.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.22, p < .001$)

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ($\bar{D}_1 = 7.73, SD. = 2.62$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40, SD. = 1.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.23, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในการบำบัดอีกทางเลือกหนึ่งในการลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม, อาการนอนไม่หลับ, ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ประเภททุนวิจัยทั่วไปสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: isam.pae@gmail.com

² Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: Rangsiman@nurse.tu.ac.th

³ อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: muthita.ph@gmail.com

Thammasat University, Pathumthani, Thailand.

Abstract

This randomized controlled study aimed to examine the effects of a cognitive-behavioral therapy program on insomnia among elderly patients with major depressive disorder. The sample consisted of 60 elderly patients with major depressive disorder drawn from the Geriatric Hospital in Bangkok, Thailand. To be eligible for the study, the participant had to meet the following criteria: (a) elderly patients with mild to moderate insomnia, and (b) 60 years of age or older. Thirty participants were randomly assigned to the experimental group and 30 to the control group. The experimental group received the cognitive-behavioral therapy program for 5 sessions, once a week, with each session lasting 60-90 minutes, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments were: 1) the cognitive-behavioral therapy program, which was content validated by 3 experts; and 2) the Insomnia Severity Index (ISI) Thai version, the CVI was 0.81 and validated by 3 experts and the Cronbach's alpha coefficient reliability was 0.73 and examined by 30 elderly patients with major depressive disorder. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Research findings were as follows:

1) The mean score for insomnia among elderly patients with major depressive disorder in the experimental group after participating in the cognitive-behavioral therapy program (Mean = 6.70, SD.=3.04) was statistically significant lower than that before participating in the program (Mean = 14.43, SD.=3.30) ($t=16.22$, $p<.001$).

2) The mean difference in insomnia among elderly patients with major depressive disorder between the pretest and posttest in the experimental group after participating in the cognitive-behavioral therapy program ($\bar{D}_1 = 7.73$, SD.=2.62) was statistically significant higher than the mean difference in insomnia in the control group ($\bar{D}_2 = .40$, SD.=1.07) ($t=14.23$, $p<.001$).

Findings of this study suggest that this cognitive-behavioral therapy program had a significant impact to reduce insomnia among elderly patients with major depressive disorder. Healthcare providers could apply this program as an alternative intervention to reduce insomnia among elderly patients with major depressive disorder.

Keywords: cognitive-behavioral therapy program, insomnia, elderly patients with major depressive disorder

บทนำ

โรคซึมเศร้า เป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติด้านอารมณ์ และมีอาการทางด้านร่างกายที่แสดงออก คือ มีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ความอยากอาหารลดลง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย¹ โดยผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการนำมาด้วยอาการนอนไม่หลับซึ่งพบได้ร้อยละ 90.00² เป็นอาการสำคัญที่ทำให้การดำเนินของโรคนานขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความรุนแรงและกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า³

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับ ได้แก่ เพศ⁴ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า^{3,5} สิ่งเร้าด้านร่างกาย^{6,7} สิ่งเร้าด้านการรู้คิด^{6,7} ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ^{6,8,9} สอดคล้องกับแนวคิดการรู้คิดของวงจรการนอนไม่หลับของ Morin¹⁰ ที่อธิบายถึงอาการนอนไม่หลับว่า เกิดจากความผิดปกติทางการรู้คิด (dysfunctional cognition) ซึ่งประกอบด้วย การมีความเชื่อที่บิดเบือน (distorted beliefs) ความคาดหวัง (expectation)

การประเมินค่า (appraisals) และความเข้าใจในการให้เหตุผล (attributions) ที่ผิดปกตินำไปสู่อาการนอนไม่หลับตามมา อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่สำคัญหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ประเทศชาติ จากความรุนแรงของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นรวมทั้งคุณภาพชีวิตลดลง¹¹

การบำบัดรักษาอาการนอนไม่หลับที่ผ่านมาพบว่ามี การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยการ รักษาด้วยยามักจะใช้ยาในกลุ่มคลายกังวลซึ่งได้ผลดีในการ รักษาอาการนอนไม่หลับ แต่ข้อเสียอาจมีความเสี่ยงจาก ผลข้างเคียงของการใช้ยา การติดยา และดื้อยาได้¹² อย่างไรก็ตามการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการบำบัดทางจิตสังคมเป็น อีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในการบำบัดอาการนอนไม่หลับ จากการศึกษพบว่า การลดอาการนอนไม่หลับที่ได้ผลและ แก้ไขอาการนอนไม่หลับที่มีประสิทธิภาพได้ผลในระยะยาว คือการแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับได้สอดคล้องกับปัจจัย สาเหตุและตัวจริงที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดความคิดและ พฤติกรรม เป็นการปรับโครงสร้างความคิดและปรับเปลี่ยน พฤติกรรม โดยการค้นหาความคิด ความเชื่อ และทัศนคติที่ ผิดปกติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดและ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับรวมทั้งพฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ ที่ เคยชินจนเป็นนิสัยที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้น⁹ ซึ่งให้ผลที่ยาวนานเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยา อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยา¹³ เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ Cunningham และ Shapiro¹⁴ เป็นการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรม การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการซึมเศร้าซึ่งมี ประสิทธิภาพในการลดอาการนอนไม่หลับได้ นอกจากนี้ยังพบ ว่ายังทำให้ลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ มี อาการนอนไม่หลับ¹⁵⁻¹⁸ อย่างไรก็ตามการพยาบาลเพื่อลด อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังพบจำนวนน้อย นอกจากนั้นการพยาบาลที่ช่วยลดอาการนอนไม่หลับได้ระยะ ยาวควรสอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุและลดปัจจัยทำให้เกิด อาการนอนไม่หลับลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดอาการนอนไม่หลับใน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลด ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับและเป็นการพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชสำหรับการดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูง อายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความ คิดและพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างอาการ นอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูง อายุโรคซึมเศร่าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการ บำบัดความคิดและพฤติกรรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับของ Espie และคณะ¹⁹ ที่พัฒนามาจากแนวคิดการรู้คิดของวงจรการนอน ไม่หลับของ Morin¹⁰ มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าที่มี อาการนอนไม่หลับ โดยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและ นอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่า และเทคนิคการผ่อนคลาย ที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรู้คิดของ วงจรการนอนไม่หลับของ Morin¹⁰ เป็นกรอบแนวคิดในการจัด กิจกรรมเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ ซึ่งได้อธิบายการนอนไม่ หลับว่าเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรู้คิด และอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ 1) สิ่งเร้า 2) การรู้คิดและความ

เชื้อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ 3) นิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน โดยทั้งสามปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันกลายเป็นวงจรที่นำไปสู่อาการนอนไม่หลับ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ หากมีการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเดิมให้เหมาะสมรวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมและลดสิ่งเร้าด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระที่รบกวนการนอนหลับจะช่วยลดอาการนอนไม่หลับลงได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนและรูปแบบการนอนที่เหมาะสมร่วมกับการผ่อนคลาย การปรับโครงสร้างกระบวนการคิดและความเชื่อ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่ซ้ำๆ เป็นความเคยชินที่ไปรบกวนระบบชีววิทยาควบคุมการนอนหลับและการตื่นจะต้องปรับให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมและเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมส่งผลให้ลดอาการนอนไม่หลับลงได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled study design) ซึ่งมีการอำพรางแบบทางเดียว (single-blind) โดยให้ผู้วัดผลการศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 ไม่ทราบว่าอาสาสมัครอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Program: ICD10) หรือโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The 5th Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorder: DSM-5) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10) หรือโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-5) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้ 1) มีคะแนนอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับน้อยจนถึงระดับปานกลาง (8-21 คะแนน) โดยวัดจาก

แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยวัดจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย โดยมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 23 คะแนน 4) มีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยจนถึงระดับปานกลาง (13-24 คะแนน) โดยวัดจากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 5) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของ Manber และคณะ²⁰ ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรใกล้เคียงโดยคำนวณจากสูตรตามรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่มคู่ขนาน (two-sample parallel) โดยเลือกสมมุติฐานแบบเหนือกว่า (superiority)²¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (dropout) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30²² ได้ 29 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่ออาสาสมัครยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จับคู่ (matching) เพศและระดับของภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มตัวอย่างสามารถจับคู่ได้ 30 คู่ หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบ individual randomization ด้วยวิธี block of four randomization และ block of two randomization ในการสุ่มเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการกำหนดให้กลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มมีขนาดตัวอย่าง 4 คน 14 กลุ่มย่อย และ 2 คน 2 กลุ่มย่อย กำหนดให้ กลุ่มทดลอง = E และกลุ่มควบคุม = C โดยแบ่งกลุ่มที่มีกลุ่มละ 4 คนได้ 6 วิธี ได้แก่ CCEE, CECE, CEEC, EECC, ECEC และ ECCE และกลุ่มที่มีกลุ่มละ 2 คนได้ 2 วิธี ได้แก่ CE และ EC ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 4 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เป็นแบบประเมินในการแยกผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนรวม 30 คะแนน หากคะแนนรวมเท่ากับหรือต่ำกว่า 23 คะแนน หมายความว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม²³ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยแบบทดสอบนี้สร้างและพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย เป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93²³

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า และยาที่รับประทาน และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) สร้างและพัฒนาโดย Morin¹⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย Kaewphang²⁴ เป็นแบบประเมินที่ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยตัวเองเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ โดยใช้ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ทสเกลจากเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนนดังนี้ 0-7 คะแนน ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 8-14 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับน้อย 15-21 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง 22-28 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.81 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.73

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction Belief and Attitude Scale: DBAS-16) สร้างและพัฒนาโดย Morin และคณะ⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย Chimluang²⁵ เป็นแบบประเมินที่ประเมินด้วยตัวเอง มีจำนวน 16 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท

สเกล ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือไม่เห็นด้วยถึง 10 คือ เห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกันทั้งหมด 16 ข้อ และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด การแปลผล แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ ระหว่าง 0-3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับต่ำ ระหว่าง 3.9-10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับสูง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.76

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ใช้ลดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 5 สัปดาห์ ดังนี้ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 2 รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ ครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมรูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ในส่วนของใบงาน โดยเพิ่มเติมเรื่องวิธีแก้ไขหากผู้ป่วยไม่ได้ทำการบ้านมา เพิ่มพื้นที่ในส่วนที่ให้ผู้ป่วยบันทึกและปรับการยกตัวอย่างเหตุการณ์ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการจัดโปรแกรมและความเหมาะสมในการทำกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ COA No. 036/2561 คณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U017h/61 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ 61086 หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยเพื่อประชาสัมพันธ์และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ในขั้นตอนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าพบเพื่อแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งการขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบในการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยเข้ารับการศึกษาด้านทฤษฎีและปฏิบัติตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีการเตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสารงานวิจัยจากในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งฝึกอบรมหลักสูตรการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จัดโดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 32 ชั่วโมง การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ จัดโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 32 ชั่วโมง และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

2. การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนะนำตนเอง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

3. การรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบทดสอบสภาพสมองของไทย และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง

4. การดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

โดยจัดกิจกรรมที่ลานกิจกรรมใต้ถุนอาคาร โรงพยาบาลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กิจกรรมประกอบไปด้วย

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องความต้องการในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอน วงจรการนอนหลับ สาเหตุที่ทำให้นอนหลับ และผลกระทบของการนอนไม่หลับ

ครั้งที่ 2 รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย โดยการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับ การควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไขในการนอน และเทคนิคการผ่อนคลาย

ครั้งที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ เป็นการค้นหาเพื่อแยกแยะความคิดและความเชื่อด้านลบออกมา และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้เข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องและเหมาะสม

ครั้งที่ 4 การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยขั้นตอนนี้จะเป็นการค้นหาทางเลือกจากความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นด้านบวก รวมทั้งปรับเปลี่ยนความเชื่อ ความคาดหวังที่มากเกินไป ให้มีความเชื่อที่ถูกต้องเป็นจริง และมีความคาดหวังที่เป็นไปได้

ครั้งที่ 5 การสร้างเสริมรูปแบบการนอนหลับที่เหมาะสม เป็นการทบทวนจากการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ภายหลังกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมอบหมายการบ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกอย่างต่อเนื่องทั้งหมด 4 ครั้ง และดำเนินการกำกับกับการทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว โดยได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในระหว่างรอพบแพทย์และทำการนัดหมายเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการทดลองอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 โดยระหว่างนี้จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

5. การประเมินหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ หลังการทดลอง 1 สัปดาห์คือสัปดาห์ที่ 6 และนัดหมายกลุ่มควบคุมเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ตามความสมัครใจหลังจากที่ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ แจกแจงความถี่และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทสต์ (Fisher's exact test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ และใช้สถิติที (t-test) ที่เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้นขึ้นไป

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent-test)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.70 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 71.70 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 75.70 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 56.70 ตามลำดับ ได้เข้ารับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 70.00 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 63.30 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 70.00 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 70.00 ตามลำดับ รับประทานยาต้านเศร้าเป็นเซอร์ทาลีน (sertraline) คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 76.70 ตามลำดับ และมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 93.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง

คะแนนอาการนอนไม่หลับ	ระดับอาการนอนไม่หลับ	Mean	SD.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	น้อย	14.43	3.30	29	16.22	<.001
หลังการทดลอง	ไม่มี	6.70	3.04			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการนอนไม่หลับ		กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				t	p-value
		Mean	SD.	$\bar{D}_1$	SD.	Mean	SD.	$\bar{D}_2$	SD.		
ก่อนการทดลอง		14.43	3.30			14.57	3.30				
				7.73	2.62			.40	1.07	14.23	<.001
หลังการทดลอง		6.70	3.04			14.23	3.06				

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean = 6.70, SD. = 3.04) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Mean = 14.43, SD. = 3.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.22, p < .001$)

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีผลต่างค่าเฉลี่ย ($\bar{D}_1 = 7.73, SD. = 2.62$) สูงกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .40, SD. = 1.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.23, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่ออาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า มีผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ตามตารางที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมมีส่วนช่วยให้อาการนอนไม่หลับลดลง โดยการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 5 ครั้ง ทำให้เกิดการดัดแปลงของปัจจัยการเกิดอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ 1) สิ่งเร้า เป็นปฏิกิริยาที่มีต้นตอมากเกินไปทางด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระ โดยปัจจัยสิ่งเร้าด้านการรู้คิดใช้กิจกรรม “การให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” ซึ่งสร้างความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้คือต้องมีการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจร่วมกับเทคนิคการบำบัดความคิด ทำให้ลดความกังวลและการตื่นตัวเพื่อให้เข้าสู่การนอนหลับได้ง่ายขึ้นร่วมกับกิจกรรม “รูปแบบการนอนและการผ่อนคลาย” คือการควบคุมสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไขในการนอนหลับ เป็นการลดการกระตุ้นและการตื่นตัวของสิ่งเร้าด้านการรู้คิด อารมณ์ และสรีระ ให้เกิดการตัดวงจรที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กันส่งผลให้

อาการนอนไม่หลับลดลง 2) การรู้คิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับโดยผ่านกิจกรรม “การปรับโครงสร้างทางการรู้คิดโดยค้นหาความเชื่อที่ผิดปกติและความคิดอัตโนมัติด้านลบในการนอนหลับ” ซึ่งจะช่วยให้เกิดการแยกแยะความคิดและความเชื่อนั้นออกมา และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้เข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องและเหมาะสมในกิจกรรม “การปรับโครงสร้างทางความคิดและความเชื่อที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ” ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้รบกวนการนอนหลับโดยการพิสูจน์ความคิดและโต้แย้งด้วยความรู้ที่ถูกต้องพร้อมเหตุผลที่จะนำไปสู่ความเข้าใจและลดความวิตกกังวลส่งผลให้ไม่ทำพฤติกรรมที่เพิ่มการรบกวนการนอนหลับ 3) นิสัยที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอน มีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกันเมื่อถูกตัดวงจรส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับลดลง จากการมีความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับการควบคุมสิ่งเร้า และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี²⁶ จากการลดการกระตุ้นและการตื่นตัวของสิ่งเร้าด้านร่างกาย อารมณ์ และการรู้คิด ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องและคาดหวังสอดคล้องกับความเป็นจริงส่งผลให้ลดความวิตกกังวลและนำไปสู่การนอนหลับได้ดี จากการปรับโปรแกรมให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุของไทย ทำให้ลดอาการนอนไม่หลับได้สอดคล้องกับปัจจัยสาเหตุและลดปัจจัยทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับลงในผู้สูงอายุ

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ตามตารางที่ 2 เนื่องจากโปรแกรมเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเดิมให้เหมาะสมรวมทั้งมีการปรับพฤติกรรมและลดสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตื่นตัวทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และสรีระที่รบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้ลดอาการนอนไม่หลับลง โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled study design) เพื่อให้เกิดความตรงภายในและมีอำนาจการทดสอบสูงสุด มีการอำพรางแบบทางเดียว (single-blind) เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการ

กลุ่มแบบ individual randomization ด้วยวิธี block of four randomization และ block of two randomization กลุ่มละ 30 คน เพื่อให้ทุกคนในกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสถูกสุ่มเข้าแต่ละกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการจับคู่ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน (matched pairs) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เพศ และระดับของอาการซึมเศร้า เพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเกิดความเท่าเทียมกันของกลุ่มอย่างในการทำวิจัย²⁷ ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม แต่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งวิธีการที่ทำอยู่ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้จะมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยการนอน แต่การเข้าสู่การนอนหลับนั้นต้องเกิดจากการผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจโดยการจัดการความคิดร่วมด้วยซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่สำคัญในการรบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสามารถลดอาการนอนไม่หลับ จึงทำให้ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang และคณะ¹⁷ พบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม วัดผลทันทีและระยะติดตาม 1 เดือน มีอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ Talbot และคณะ¹⁸ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดผิดปกติหลังเหตุสะเทือนใจพบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

มีอาการการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังมีการศึกษาของ Ayabe และคณะ¹⁵ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการดูแลตามปกติ พบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีอาการการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Blom และคณะ¹⁶ ศึกษาในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับพบว่าอาการนอนไม่หลับหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมวัดผลทันทีและระยะติดตาม 6 เดือน มีอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จัดอบรมการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาและขยายผลการนำโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไปใช้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว
2. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาตัวแปรร่วมที่อาจมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เช่น โรคทางกาย ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากอาจมีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostics and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Hirshkowitz M, Sharafkhaneh A. Sleep disorder. In: Sadock B, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 2083-2109.
3. Bluestein D, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care. J Am Board Fam Med 2010;23(2):204-11.
4. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. Sleep 2009;32(9): 1221-8.

5. Gindin J, Shochated T, Chetrit A, Epstein S, Israel YB, Levi S, et al. 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. *American Geriatrics Society* 2014;62(11):2033-9.
6. Chirapongse J. Selected factors related to insomnia among elderly patients with major depressive disorder [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
7. Spiegelhalter K, Regen W, Feige B, Hirscher V, Unbehauen T, Nissen C, et al. Sleep-related arousal versus general cognitive arousal in primary insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 2012;8(4): 431-7.
8. Morin CM, Espie CA. *Insomnia a clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Plenum; 2003.
9. Morin CM, Vallieres A, Lvers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep* 2007;30(11):1547-54.
10. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.
11. Gaynes B, Fava M, Rush AJ. Insomnia in patients with depression: A STAR * D report Insomnia in Patients With Depression : A STAR * D Report. *CNS spectrums* 2010;15(6):394-404.
12. Krystal AD. A compendium of placebo-controlled trials of the risks/benefits of pharmacological treatments for insomnia: the empirical basis for U.S. clinical practice. *Sleep Med Rev* 2009;13(4): 265-74.
13. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice* [Internet]. 2012. [cited 2017 Nov 11]:1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC 3481424/>
14. Cunningham JEA, Shapiro CM. Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I) to treat depression: A systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2018. [cited 2018 Mar 12];106:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.012>
15. Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, Inoue Y, Watanabe N. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. *Sleep Med* [Internet]. 2018. [cited 2018 Mar 12];50:105–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.038>
16. Blom K, Tarkian H, Wiklund T, Danlycke E, Forss M, Lindefors N, et al. Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: A randomized controlled non-inferiority trial. *Behav Res Ther* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 12]:70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.05.002>
17. Hwang D, Nam M, Lee YG. The effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in schizophrenia patients with sleep disturbance: a non-randomized, assessor-blind trial. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 [cited 2018 Mar 12]; 274:182–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.002>

18. Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, Schmitz M, Mccaslin SE, Richards A, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*. 2014;37(2):327-41.
19. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly HL, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep* 2007;30(5):574-84.
20. Manber R, Edinger JD, Gress JL, Pedro-salcedo MGS, Kuo TF, Kalista T. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Enhances Depression Outcome in Patients with Comorbid Major Depressive Disorder and Insomnia. *Sleep* 2008;31(4):489-95.
21. Pitisuttithum P, Picheansoonthon C. Textbook of clinical research. Bangkok: Amarin Printing; 2011. (in Thai)
22. Grove SK, Burns N, Jennifer G. The practice of nursing research. St.Louis :Elsevier/ Saunders; 2013.
23. Phattharayuttawat S. Manual of psychological testing. 4th ed. Bangkok: Medical media; 2008. (in Thai)
24. Kaewphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
25. Chimluang J. Descriptors of insomnia among persons with heart failure [doctoral's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
26. Deukhantod C, Somanusorn S, Kangchai W. Effect of promoting relaxation program by using dharma music and aromatherapy for sleep quality of elderly in social welfare development center for older persons. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2016;32(1):153-61. (in Thai)
27. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: You and I Intermedia; 2010. (in Thai)