

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
ในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

สุธิกานต์ บานเย็น, พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

วันที่รับบทความ (Received), 14 กุมภาพันธ์ 2567    วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 18 มีนาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ (Accepted), 19 มีนาคม 2567

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ รูปแบบเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ด้วยแบบสอบถามและประเมินภาวะนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 380 คนที่ผ่านการคัดเลือกแบบกำหนดสัดส่วนวิเคราะห์ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Fisher's exact test และ binary logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.7 ปี พบความชุกของภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 45.5 และสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ รายได้ที่ไม่เพียงพอ (Adjusted odds ratio (AOR): 2.3, 95%CI: 1.5-3.5) การสูบบุหรี่ (AOR: 2.7, 95%CI: 1.1-6.3) การปีศาจวะกลางคืน (AOR: 1.7, 95%CI: 1.1-2.7) อาการปวด (AOR: 5.8, 95%CI: 1.9-17.6) โรคประจำตัวเบาหวาน (AOR: 1.6, 95%CI: 1.0-2.5) ความกังวลระดับต่ำ (AOR: 3.0, 95%CI: 1.5-6.0) หรือระดับปานกลาง (AOR: 8.5, 95%CI: 2.4-30.8) การตื่นนอนตรงเวลา (AOR: 0.6, 95%CI: 0.5-0.8) และการใช้ยานอนหลับบางวัน (AOR: 5.7, 95%CI: 3.0-10.9) หรือทุกวัน (AOR: 3.7, 95%CI: 1.5-9.2) ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลเพื่อลดผลข้างเคียงจากการใช้ยานอนหลับ และผลเสียจากการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะนอนไม่หลับ, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**Prevalence and factors associated with insomnia among elderly patients with  
non-communicable disease at a primary care cluster, Mueang district,  
Phetchabun province**

Suthikan Banyen, M.D.<sup>1</sup>

Department of social medicine, Phetchabun hospital, Phetchabun province, Thailand

**ABSTRACT**

This study aimed to investigate the prevalence and correlated factors of insomnia among elderly patients with NCDs through cross-sectional analysis conducted from March 2023 to February 2024. A total of 380 participants aged 60 years and above were selected using quota sampling. Statistical analysis included percentages, means, standard deviations, chi-square tests, Fisher's exact tests and binary logistic regression. Statistically significance was set at 0.05. The results showed a predominance of female participants (average age 69.7 years), with 45.5% experiencing insomnia. Factors that associated with insomnia with statistically significance included inadequate income (adjusted odds ratio (AOR): 2.3, 95%CI: 1.5-3.5), smoking (AOR: 2.7, 95%CI: 1.1-6.3), nocturia (AOR: 1.7, 95%CI: 1.1-2.7, pain (AOR: 5.8, 95%CI: 1.9-17.6), diabetes mellitus (AOR: 1.6, 95%CI: 1.0-2.5), mild anxiety (AOR: 3.0, 95%CI: 1.5-6.0) or moderate anxiety (AOR: 8.5, 95%CI: 2.4-30.8) waking up at regular times (AOR: 0.6, 95%CI: 0.5-0.8), and occasional use of sleeping pills (AOR: 5.7, 95%CI: 3.0-10.9) or daily use of sleeping pills (AOR: 3.7, 95%CI: 1.5-9.2). These findings instrumental in planning care to mitigate the adverse effects of sleeping pill utilization an insomnia in elderly patients with NCDs in the future.

**Keywords:** Insomnia, elderly, non-communicable disease

## บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จากหลักฐานตามทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทยพบประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประเทศไทยโดยรวมมีอัตราการเพิ่มลดลงแต่ประชากรสูงอายุกลับมีอัตราการเพิ่มจำนวนสูงยิ่งขึ้น โดยในอีก 20 ปีข้างหน้าคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 19 ล้านคน<sup>(1)</sup> การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พบปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือปัญหาโรคเรื้อรัง<sup>(2)</sup> และกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า การกลั่นปัสสาวะ<sup>(3)</sup> ภาวะสับสน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน และภาวะนอนไม่หลับ<sup>(4)</sup>

การนอนหลับเป็นกระบวนการสำคัญของสิ่งมีชีวิตซึ่งใช้ระยะเวลา 1 ใน 3 ของวัน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับการนอน ได้แก่ การหลับยาก การหลับไม่ต่อเนื่องหรือการตื่นเร็วเกินปกติ ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม<sup>(5)</sup> โดยผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ปัญหาความคิดความจำ และเพิ่มความเสี่ยงโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ผลกระทบของปัญหาการนอนด้านจิตใจได้แก่ รู้สึกโกรธง่าย ฉุนเฉียว มีพฤติกรรมนิ่งเฉย ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจนี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเข้าสังคม มีอุปสรรคต่อการทำงานและเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ<sup>(6)</sup>

จากการสำรวจการเข้ารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 2,339 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด รักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.0 โดยในกลุ่มนี้พบปัญหาอนไม่หลับทั้งสิ้น 84 ราย หรือร้อยละ 5.4 และได้รับการรักษาด้วยยานอนหลับชนิด Lorazepam มากถึงร้อยละ 56.0 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ เหนื่อย<sup>(7)</sup> และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้ยาร่วมกันตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะหกล้มได้ 1.8 เท่า<sup>(8)</sup> และเพิ่มโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา<sup>(9)</sup> ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการและได้รับยา Lorazepam เป็นกลุ่มที่มีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิดมากถึงร้อยละ 62.0

ภาวะนอนไม่หลับเป็นผลจากหลายปัจจัย ตั้งแต่ด้านลักษณะประชากร ด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม<sup>(10)</sup> ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่<sup>(11)</sup> การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยศึกษาแบบภาคตัดขวางในประชากรผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงเวลาที่ศึกษาดังแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ใช้ในการวางแผนป้องกันและดูแลรักษาปัญหาในพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อไป

## วิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

**ประชากร** ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

**เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ ผู้ที่มีอายุในช่วงอายุ 60-90 ปี เชื้อชาติไทย เข้ารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ที่คลินิกหมอครอบครัวคลองศาลา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์และสามารถสื่อสาร อ่าน-เขียนภาษาไทยได้

**เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรับการรักษาด้านจิตเวช

**ขนาดตัวอย่าง** คำนวณจากสูตรของ Kelsey ผ่าน application epiinfo version 5.5.14 ดังนี้

Population size = 32,845 คน, Expected frequency (ค่าสัดส่วนการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์) = 0.5 โดยอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าในปี ค.ศ. 2018 ของ Weerakorn Thichumpa และคณะ<sup>(12)</sup> Acceptable MOE (ความแม่นยำของการประมาณค่า) = 0.05, Design effect = 1.0, Cluster = 1, Alpha ( $\alpha$ ) (ระดับความเชื่อมั่น 95%) = 0.05 จากการคำนวณจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดสัดส่วน (Quota sampling) โดยสุ่มคัดเลือกผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละวันในสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมดในระยะเวลา 3 เดือน และยุติการคัดเลือกเมื่อครบ 380 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ส่วน 61 ข้อคำถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว

แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ 10 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด จำนวนโรค โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคจิตเวช อาการทางกายที่รบกวนการนอน และการใช้ยานอนหลับ

แบบประเมินการนอน ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia severity index) จำนวน 7 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยในปีพ.ศ. 2547 โดย พัทริญา แก้วแพง<sup>(13)</sup> มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.8 ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต (likert scale) รวม 0-28 คะแนน การแปลผล

0-7 หมายถึง ไม่มีภาวะนอนไม่หลับ

8-14 หมายถึง มีภาวะนอนไม่หลับเล็กน้อย

15-21 หมายถึง มีภาวะนอนไม่หลับปานกลาง

22-28 หมายถึง มีภาวะนอนไม่หลับรุนแรง

แบบประเมินสุขอนามัยการนอน จำนวน 14 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยในปีพ.ศ. 2547 โดย พัทธิญา แก้วแพง<sup>(13)</sup> มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.79 ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน แต่ละข้อมีค่า 1-5 คะแนน รวม 14-70 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ (เรียงคะแนน 1-5) ได้แก่ข้อ 3 5 7 9 10 13 และ 14 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก (เรียงคะแนน 5-1) ได้แก่ข้อ 1 2 4 6 8 11 และ 12 การแปลผล กำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของผลรวมคะแนนทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อ

1.00 - 2.33 หมายถึง มีสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับต่ำ

2.34 - 3.66 หมายถึง มีสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับปานกลาง

3.67 - 5.00 หมายถึง มีสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) จำนวน 21 ข้อ แปลเป็นไทยโดยสุกัลยา สว่าง และคณะ<sup>(14)</sup> มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.75 ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก

การแปลผล	ความเศร้า	ความกังวล	ความเครียด
ปกติ	0-4	0-3	0-7
ระดับต่ำ	5-6	4-5	8-9
ระดับปานกลาง	7-10	6-7	10-12
ระดับรุนแรง	11-13	8-9	13-16
ระดับรุนแรงมาก	>13	>9	>16

วิธีการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยชี้แจงรายละเอียด และผู้เข้าร่วมลงนามยินยอมด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งไม่บันทึกชื่อ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ลงรหัสเชื่อมโยงข้อมูลและเก็บรวบรวมเป็นไฟล์ electronic ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Fisher Exact test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและภาวนอนไม่หลับด้วย Binary logistic regression โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกปัจจัยที่ p-value < 0.05 และกำหนด statistically significance ที่ p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เลขที่ 50-566 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2566

## ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.7±6.8 ปี พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีปัจจัยด้านคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน มีเพียงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มนอนหลับมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งระดับ 10,000 – 30,000 บาท และมากกว่า 30,000 บาท ที่มากกว่ากลุ่มนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (22.2%, 11.0% และ 10.1%, 7.5%

ตามลำดับ,  $p = 0.006$ ) และกลุ่มนอนไม่หลับมีรายได้ไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (72.8%, 54.1%,  $p < 0.001$ )

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับ (n=380)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>เพศ</b>			
ชาย	75 (36.2)	51 (29.5)	0.189
หญิง	132 (63.8)	122 (70.5)	
<b>อายุ (ปี)</b>			
60-69	122 (58.9)	90 (52.0)	0.400
70-79	66 (31.9)	64 (37.0)	
80-89	19 (9.2)	19 (11.0)	
<b>อายุเฉลี่ย (mean <math>\pm</math> SD) 69.7<math>\pm</math>6.8</b>			
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>			
น้อยกว่า 10,000 บาท	140 (67.6)	141 (81.5)	0.006
10,000 - 30,000 บาท	46 (22.2)	19 (11.0)	
มากกว่า 30,000 บาท	21 (10.1)	13 (7.5)	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			
รายได้ไม่เพียงพอ	112 (54.1)	126 (72.8)	<0.001
รายได้เพียงพอ	95 (45.9)	47 (27.2)	
<b>อาชีพ</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84 (40.6)	87 (50.3)	0.137
ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	49 (23.7)	27 (15.6)	
รับจ้าง	22 (10.6)	15 (8.7)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	33 (15.9)	22 (12.7)	
เกษตรกร	18 (8.7)	22 (12.7)	
อื่นๆ	1 (0.5)	0 (0.0)	

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่าง  
กลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับ (n=380) ต่อ

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>สถานภาพ</b>			
โสด	18 (8.7)	22 (12.7)	0.237
แต่งงาน	127 (61.4)	110 (63.6)	
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	62 (30.0)	41 (23.7)	
<b>การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น</b>			
อาศัยอยู่คนเดียว	20 (9.7)	16 (9.2)	0.812
อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เจ็บป่วย	70 (33.8)	64 (37.0)	
อาศัยกับครอบครัวที่ไม่เจ็บป่วย	117 (56.5)	93 (53.8)	
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>			
ความสัมพันธ์ไม่ดี ขาดการสื่อสาร	7 (3.4)	11 (6.4)	0.174
ความสัมพันธ์ดี ช่วยเหลือกันและ	200 (96.6)	162 (93.6)	

2. ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าการสูบบุหรี่ การปีศาจากลางคืน อาการปวด โรคเบาหวาน และการใช้ยานอนหลับมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มนอนหลับและนอนไม่หลับ โดยกลุ่มนอนไม่หลับมีการสูบบุหรี่(9.8%, 4.3%, p=0.035) ปีศาจากลางคืน(35.3%, 23.2%, p=0.012) อาการปวด(9.8%, 1.9%, p=0.001) โรคเบาหวาน(38.7%, 27.1%, p = 0.021) และการใช้ยานอนหลับในบางวันหรือทุกวันมากกว่ากลุ่มนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(31.8%, 7.2% และ 9.8%, 4.3% ตามลำดับ, p<0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับ (n=380)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ดัชนีมวลกาย (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
≤ 18.5	12 (5.8)	14 (8.1)	0.082
18.5-22.9	57 (27.5)	63 (36.4)	
≥ 23.0	138 (66.7)	96 (55.5)	
<b>มีการดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน</b>			
ไม่ดื่ม	185 (89.4)	156 (90.2)	0.798
ดื่ม	22 (10.6)	17 (9.8)	
<b>มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน</b>			
ไม่สูบ	198 (95.7)	156 (90.2)	0.035
สูบ	9 (4.3)	17 (9.8)	
<b>มีการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน</b>			
ไม่ใช้สารเสพติด	207 (100.0)	171 (98.8)	0.121
ใช้สารเสพติด	0 (0.0)	2 (1.2)	
<b>การออกกำลังกาย</b>			
ไม่ออกกำลังกาย	61 (29.5)	56 (32.4)	0.248
น้อยกว่า 150 นาที/สัปดาห์	81 (39.1)	76 (43.9)	
ตั้งแต่ 150 นาที/สัปดาห์	65 (31.4)	41 (23.7)	
<b>มีอาการทางกายรบกวนการนอน</b>			
บัสสาวะกลางคืน	48 (23.2)	61 (35.3)	0.012
อาการปวด	4 (1.9)	17 (9.8)	0.001
นอนกรน	8 (3.9)	5 (2.9)	0.603
อื่นๆ	7 (3.4)	10 (5.8)	0.260
<b>จำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย (โรค)</b>	1.9±0.9	2.1±0.9	0.041
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>			
โรคหัวใจและหลอดเลือด	10 (4.8)	11 (6.4)	0.516
โรคเบาหวาน	56 (27.1)	67 (38.7)	0.021
โรคความดันโลหิตสูง	162 (8.3)	139 (80.3)	0.704
โรคไขมันในเลือดสูง	128 (61.8)	119 (68.8)	0.162
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง	6 (2.9)	7 (4.0)	0.540
โรคอื่นๆ	33 (15.9)	26 (15.0)	0.778
<b>การใช้นอนหลับ</b>			
ไม่ใช้	183 (88.4)	101 (58.4)	<0.001
ใช้บางวัน	15 (7.2)	55 (31.8)	
ใช้ทุกวัน	9 (4.3)	17 (9.8)	

### 3. ผลการประเมินการนอนและสุขอนามัยการนอนของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พบผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนอนไม่หลับจำนวน 207 คน คิดเป็น 54.5% และมีภาวะนอนไม่หลับ 173 คน คิดเป็นความชุก 45.5% ซึ่งแบ่งเป็นภาวะนอนไม่หลับเล็กน้อย 136 คน (78.6%) ภาวะนอนไม่หลับ

ปานกลาง 34 คน (19.7%) และภาวะนอนไม่หลับรุนแรง 3 คน (1.7%) ซึ่งกลุ่มนอนไม่หลับมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงภาวะนอนไม่หลับสูงกว่ากลุ่มนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.31, 2.54  $p < 0.001$ ) และมีลักษณะของภาวะนอนไม่หลับมากกว่ากลุ่มนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การนอนหลับยาก (93.1%, 24.6%,  $p < 0.001$ ) ไม่สามารถหลับได้อย่างต่อเนื่อง (92.5%, 36.2%,  $p < 0.001$ ) และตื่นเร็วกว่าปกติ (78.6%, 25.1%,  $p < 0.001$ ) และกลุ่มนอนหลับมีคะแนนการประเมินสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับสูงมากกว่ากลุ่มนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (78.3%, 68.2%,  $p = 0.03$ )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการนอนและสุขอนามัยการนอนของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับ (n=380)

ปัจจัยด้านการนอนและ สุขอนามัยการนอน	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ระดับความรุนแรง</b>			
ไม่มีภาวะนอนไม่หลับ	207 (100)	-	
ภาวะนอนไม่หลับเล็กน้อย	-	136 (78.6)	
ภาวะนอนไม่หลับปานกลาง	-	34 (19.7)	
ภาวะนอนไม่หลับรุนแรง	-	3 (1.7)	
<b>คะแนนความรุนแรงของภาวะ นอนไม่หลับ หลับ (mean <math>\pm</math> SD)</b>	2.54 (2.5)	12.31 (3.6)	<0.001
<b>ลักษณะของภาวะนอนไม่หลับ</b>			
นอนหลับยาก	51 (24.6)	161 (93.1)	<0.001
ไม่สามารถหลับได้อย่างต่อเนื่อง	75 (36.2)	160 (92.5)	<0.001
ตื่นเร็วกว่าปกติ	52 (25.1)	136 (78.6)	<0.001
<b>การประเมินสุขอนามัยการนอน</b>			
สุขอนามัยการนอนระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0.03
สุขอนามัยการนอนระดับปาน	45 (21.7)	55 (31.8)	
สุขอนามัยการนอนระดับสูง	162 (78.3)	118 (68.2)	

4. ผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบผลประเมินสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มนอนไม่หลับพบความผิดปกติด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความเศร้าในระดับต่ำและปานกลาง (13.3%, 7.3% และ 6.9%, 2.4% ตามลำดับ,  $p = 0.01$ ) ความกังวลในระดับต่ำ (21.4%, 7.2%) ระดับปานกลาง (9.2%, 1.4%) และระดับรุนแรง (1.7%, 0.5%)  $p < 0.001$  และความเครียดระดับต่ำ (4.0%, 0.0%,  $p = 0.034$ )

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มนอนหลับและกลุ่มนอนไม่หลับ (n=380)

ปัจจัยด้านสุขภาพจิต	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ความเศร้า</b>			
ปกติ	187 (90.3)	138 (79.8)	0.01
ระดับต่ำ	15 (7.3)	23 (13.3)	
ระดับปานกลาง	5 (2.4)	12 (6.9)	
ระดับรุนแรง	0 (0.0)	0 (0.0)	
ระดับรุนแรงมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>ความกังวล</b>			
ปกติ	186 (89.9)	117 (67.6)	<0.001
ระดับต่ำ	15 (7.2)	37 (21.4)	
ระดับปานกลาง	3 (1.4)	16 (9.2)	
ระดับรุนแรง	1 (0.5)	3 (1.7)	
ระดับรุนแรงมาก	2 (1.0)	0 (0.0)	
<b>ความเครียด</b>			
ปกติ	206 (99.5)	165 (95.4)	0.034
ระดับต่ำ	0 (0.0)	7 (4.0)	
ระดับปานกลาง	1 (0.5)	1 (0.6)	
ระดับรุนแรง	0 (0.0)	0 (0.0)	
ระดับรุนแรงมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ รายได้ที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การปัสสาวะกลางคืน อาการปวด โรคประจำตัวมาหาหา การใช้นอนหลับในบางวันหรือทุกวัน ความกังวลระดับต่ำหรือปานกลาง และการตื่นนอนตรงเวลา

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=380)

ปัจจัยที่สัมพันธ์	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	C r u d e OR	Adjusted OR (95% CI)	p-value
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>					
น้อยกว่า 10,000 บาท	140 (67.6)	141 (81.5)	Reference	Reference	
10,000 - 30,000 บาท	46 (22.2)	19 (11.0)	1.6	1.0 (0.5-2.3)	0.075
มากกว่า 30,000 บาท	21 (10.1)	13 (7.5)	0.7	0.6 (0.2-1.4)	0.910
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					
รายได้ไม่เพียงพอ	112 (54.1)	126 (72.8)	2.3	2.3 (1.5-3.5)	<0.001
รายได้เพียงพอ	95 (45.9)	47 (27.2)	Reference	Reference	
<b>มีการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน</b>					
ไม่สูบ	198 (95.7)	156 (90.2)	Reference	Reference	0.012
สูบ	9 (4.3)	17 (9.8)	2.4	2.7 (1.1-6.3)	
<b>ปัสสาวะกลางคืน</b>					
ไม่มีปัสสาวะกลางคืน	159 (76.8)	112 (64.7)	Reference	Reference	0.030
มีปัสสาวะกลางคืน	48 (23.2)	61 (35.3)	1.8	1.7 (1.1-2.7)	
<b>อาการปวด</b>					
ไม่มีอาการปวด	203 (98.1)	156 (90.2)	Reference	Reference	0.002
มีอาการปวด	4 (1.9)	17 (9.8)	5.5	5.8 (1.9-17.6)	

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=380) (ต่อ)

ปัจจัยที่สัมพันธ์	กลุ่มนอนหลับ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มนอนไม่หลับ (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	C r u d e OR	Adjusted OR (95% CI)	p-value
<b>โรคประจำตัวเบาหวาน</b>					
ไม่มีโรคเบาหวาน	151 (72.9)	106 (61.3)	Reference	Reference	0.050
มีโรคเบาหวาน	56 (27.1)	67 (38.7)	1.7	1.6 (1.0-2.5)	
<b>การใช้ยานอนหลับ</b>					
ไม่ใช้	183 (88.4)	101 (58.4)	Reference	Reference	
ใช้บางวัน	15 (7.2)	55 (31.8)	6.6	5.7 (3.0-10.9)	<0.001
ใช้ทุกวัน	9 (4.3)	17 (9.8)	3.4	3.7 (1.5-9.2)	0.004
<b>ความเครียด</b>					
ปกติ	187 (90.3)	138 (79.8)	Reference	Reference	
ระดับต่ำ	15 (7.3)	23 (13.3)	2.1	1.0 (0.4-2.4)	0.962
ระดับปานกลาง	5 (2.4)	12 (6.9)	3.3	0.9 (0.3-3.2)	0.873
<b>ความกังวล</b>					
ปกติ	186 (89.9)	117 (67.6)	Reference	Reference	
ระดับต่ำ	15 (7.2)	37 (21.4)	3.9	3.0 (1.5-6.0)	0.002
ระดับปานกลาง	3 (1.4)	16 (9.2)	8.5	8.5 (2.4-30.8)	0.001
ระดับรุนแรง	1 (0.5)	3 (1.7)	4.8	2.1 (0.2-24.1)	0.564
<b>ความเครียด</b>					
ปกติ	206 (99.5)	165 (95.4)	Reference	Reference	
ระดับปานกลาง	1 (0.5)	1 (0.6)	1.2	0.2 (0.0-4.3)	0.326
<b>สุขอนามัยการนอน</b>					
สุขอนามัยปานกลาง	45 (11.8)	55 (14.5)	Reference	Reference	
สุขอนามัยสูง	162 (42.6)	118 (31.1)	0.6	0.8 (0.5-1.3)	0.356
การตื่นนอนตรงเวลา	150 (39.5)	97 (25.5)	0.6	0.6 (0.5-0.8)	0.001

### วิจารณ์

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบความชุกของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 45.5 ใกล้เคียงกับการศึกษาในปีค.ศ. 2018 ของ Weerakorn Thichumpa และคณะ<sup>(12)</sup> ซึ่งพบความชุกภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุร้อยละ 44.0

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าปัจจัยด้านรายได้ที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับเนื่องจาก ผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 74.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งการมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัญหาการเงินที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2019 ของ Mohsen Bazargan และคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่าความยากลำบากทางการเงินสามารถทำนายความถี่ของภาวะนอนไม่หลับได้ และสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2018 ของโชติมันต์ ชินวรารักษ์ และคณะ<sup>(16)</sup> ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอน

การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับสอดคล้องกับการศึกษาในค.ศ. 2019 ของ Mohsen Bazargan และคณะ<sup>(15)</sup> และการศึกษาในปีค.ศ. 2021 ของ N. Hu และคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มอุบัติการณ์ภาวะนอนไม่หลับ<sup>(15)</sup> และการศึกษาที่ก่อนนอนยังเพิ่มความเสี่ยงการนอนไม่หลับในระยะยาว<sup>(18)</sup>

โรคประจำตัวเบาหวานสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2022 ของ T Muhammad และคณะ<sup>(19)</sup> ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะนอนไม่หลับและโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และพบว่าภาวะนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ที่อายุมากกว่า 50 ปีเช่นกัน<sup>(20)</sup>

ด้านอาการทางกายที่รบกวนการนอน ได้แก่ การปวดศีรษะกลางคืนและอาการปวดสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ โดยผู้ที่ปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 92.5 ไม่สามารถหลับได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 61.0 มาจากการปวดศีรษะกลางคืน และร้อยละ 17.0 มาจากอาการปวด สอดคล้องกับงานวิจัยในปีค.ศ. 2019 ของ Donald L. Bliwise และคณะ<sup>(21)</sup> ที่พบว่าการปวดศีรษะกลางคืนสัมพันธ์กับระยะเวลาและคุณภาพการนอนที่ลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อาการปวดที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2024 ของ Anu Bajracharya และคณะ<sup>(22)</sup> รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2019 ของ Yan Zou และคณะ<sup>(23)</sup> และการศึกษาในปีค.ศ. 2019 ของ Mohsen Bazargan และคณะ<sup>(15)</sup> ซึ่งพบว่าภาวะนอนไม่หลับสัมพันธ์กับอาการปวด โดยเฉพาะอาการปวดเรื้อรัง และอาการปวดระดับสูง ตามลำดับ

ความกังวลสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เนื่องจากความกังวลพบได้บ่อยในผู้สูงอายุสาเหตุจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเห็นคุณค่าในตนเองและทำกิจกรรมลดลง สูญเสียเพื่อนและญาติ มีโรคประจำตัวและมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สิ่งแวดล้อมและชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกกลัวความตายและขาดการสนับสนุนทางสังคม<sup>(22,4,25)</sup> และความกังวลยังส่งผลต่อระดับการตื่นตัวทำให้เกิดภาวะนอนไม่หลับสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2017 ของ Elena Dragioti และคณะ<sup>(26)</sup> นอกจากนี้ความกังวลที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับยังสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าได้แก่ การศึกษาในปีค.ศ. 2020 ของ Ajit Bhalchandra Dahale และคณะ<sup>(27)</sup> และการศึกษาในปีค.ศ. 2021 จาก Eva Aermout และคณะ<sup>(28)</sup> ที่พบว่าภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาทางอารมณ์และความกังวล

การใช้ยานอนหลับในบางวันและทุกวันสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2023 ของ Devanprabudoss Jesudoss และคณะ<sup>(29)</sup> ที่พบว่าการใช้ยานอนหลับสัมพันธ์กับรูปแบบการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2021 ของ Yu-Ting Peng และคณะ<sup>(30)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอกและมีภาวะนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยการใช้ยานอนหลับ เนื่องจากการรักษาด้วยยานอนหลับมักเป็นวิธีที่ผู้ป่วยต้องการหากการปรับสุขอนามัยการนอนไม่สามารถรักษาภาวะนอนไม่หลับได้<sup>(31)</sup>

จากผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนกับภาวะนอนไม่หลับซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาก่อนหน้า เช่นการศึกษาในปีค.ศ. 2020 ของ Nabil J. และคณะ<sup>(32)</sup> ที่พบว่าการใช้สุขอนามัย

การนอนที่ไม่ดีสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในประชากรระดับปฐมภูมิ เมื่อพิจารณาประเด็นในสุขอนามัย การนอนพบว่า การตื่นนอนตรงเวลาทุกวันเป็นปัจจัยป้องกันภาวะนอนไม่หลับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2018 ของ Markus Jansson- Fröjmark และคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบว่า มีเพียง 3 ประเด็นจากสุขอนามัยการนอนที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ ได้แก่ การสูบบุหรี่ก่อนนอน การมีเสียงดังรบกวนเวลานอน และ การเข้านอนตื่นนอนไม่ตรงเวลา และสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2020 ของธัญวรรณ เพ็ชรน้อย และคณะ<sup>(33)</sup> ที่พบว่า การเข้านอน-ตื่นนอนไม่ตรงเวลาทุกวันสัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ

## สรุป

ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคลินิกหมอบรรณ อําเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์มีความชุกของภาวะนอนไม่หลับ ร้อยละ 45.5 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับได้แก่ รายได้ที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวเบาหวาน การปีศาจวะกลางคืน อาการปวด ความกังวล การตื่นนอนตรงเวลา และการใช้ยานอนหลับในบางวันหรือทุกวัน ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในการวางแผนดูแลเพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยานอนหลับและผลเสียจากภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมและดูแลปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะนอนไม่หลับ เพื่อลดการรักษาภาวะนอนไม่หลับด้วยการใช้ยานอนหลับ โดยส่งเสริมการประกอบอาชีพหรือสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มรายรับและแก้ปัญหาด้านรายได้ที่ไม่เพียงพอของผู้สูงอายุ คัดกรองโรคเบาหวานและให้สูขศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะก่อนเบาหวาน เพื่อลดการเกิดโรค จัดการอาการที่รบกวนการนอน ได้แก่ การปีศาจวะกลางคืนและอาการปวดเพื่อลดปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ดูแลบำบัดความกังวล และให้คำแนะนำสุขอนามัยการนอน โดยเฉพาะการตื่นนอนตรงเวลาและลดการสูบบุหรี่เพื่อช่วยแก้ปัญหาการนอนหลับยากและลดภาวะนอนไม่หลับ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์หญิงสุรัตนา สิงห์ป้อง หัวหน้าศูนย์วิจัย โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ดร.กฤษณ์ บริรักษ์วาณิช สำหรับคำแนะนำในการวิเคราะห์และการเขียนบทความวิจัย ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวก และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลส่งผลให้วิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ คอรัเปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
2. Suanrueang, P. A comparison of the disease occurrence of cerebrovascular diseases, diabetes mellitus, hypertensive diseases, and ischaemic heart diseases among hospitalized older adults in Thailand. *Sci Rep* 14, 123 (2024). Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49274-z>
3. Kushkestani M, Parvani M, Ghafari M. The role of exercise and physical activity on aging-related diseases and geriatric syndromes. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*. 2022; 11:6.
4. Möller J, Rausch C, Laflamme L. Geriatric syndromes and subsequent health-care utilization among older community dwellers in Stockholm. *Eur J Ageing*. 2021;19(1):19–25. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00600-2>
5. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 179-186.
6. สุวีรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล* 2564; 36: 18-31.
7. Noman G, Rakesh KB, Raman Marwaha. Lorazepam. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2023 Jan 31. Retrieved 2023 Jul 23.
8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สันทวีการพิมพ์; 2562. หน้า 55-58
9. Papotti B, Marchi C, Adorni MP. Drug-drug interactions in polypharmacy patients: The impact of renal impairment. *Current Research in Pharmacology and Drug Discovery*. 2021; 2:100020. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.crphar.2021.100020>.
10. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017–1024.
11. Aernout E, Benradia I, Hazo JB. International study of the prevalence and factors associated with insomnia in the general population. *Sleep Med*. 2021; 82:186–192.
12. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health*. 2018;40: e2018018. Available from: <https://doi.org/10.4178/epih.e2018018>
13. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ [Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients] [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. [กรุงเทพมหานคร]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
14. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*. 2013;48(6):1018–1029. Available from: <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.755535>

15. Bazargan M, Mian N, Cobb S. Insomnia Symptoms among African-American Older Adults in Economically Disadvantaged Areas of South Los Angeles. *Brain Sci.* 2019;9(11):306. Available from: <https://doi.org/10.3390/brainsci9110306>
16. โขติมันต์ ชินวารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, นัฏศรา ดำรงพิวัฒน์. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชาชนิเวศน์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2563; 63(2): 199-210
17. Hu N, Wang C, Liao Y, Dai Q, Cao S. Smoking and incidence of insomnia: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Public Health.* 2021; 198:324-331. ISSN 0033-3506. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.012>.
18. Jansson-Fröjmark M, Evander J, Alfnsson S. Are sleep hygiene practices related to the incidence, persistence and remission of insomnia? Findings from a prospective community study. *J Behav Med.* 2019; 42:128–138. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9949-0>.
19. Muhammad T, Gharge S, Meher T. The associations of BMI, chronic conditions and lifestyle factors with insomnia symptoms among older adults in India. *PloS One.* 2022;17(9): e0274684. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274684>.
20. Yao W, Luo J, Yu X, et al. Insomnia symptoms are associated with an increased risk of type 2 diabetes mellitus among adults aged 50 and older. *Sleep Breath.* 2022; 26:1409-1416. <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02497-8>.
21. Bliwise DL, Wagg A, Sand PK. Nocturia: A highly prevalent disorder with multifaceted consequences. *Urology.* 2019;133(S):3–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.07.005>
22. Bajracharya A, Adhikari I, Tamrakar N. Prevalence of insomnia among elderly in selected community of Makawanpur, Nepal. *IOSR Journal of Nursing and health Science.* 2023; 11(6):29-35
23. Zou Y, Chen Y, Yu W, Chen T, Tian Q, Tu Q, et al. The prevalence and clinical risk factors of insomnia in the Chinese elderly based on comprehensive geriatric assessment in Chongqing population. *Psychogeriatrics.* 2019;19(4):384–390. Available from: <https://doi.org/10.1111/psyg.12402>
24. J Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. The role of social support in the anxiety and depression of elderly. *Iran J Ageing* 2009;4(1)
25. Boyd MA. *Psychiatric nursing: contemporary practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
26. Dragioti E, Levin LÅ, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B. Insomnia severity and its relationship with demographics, pain features, anxiety, and depression in older adults with and without pain: cross-sectional population-based results from the PainS65+ cohort. *Ann Gen Psychiatry.* 2017; 16: 15.
27. Dahale AB, Jaisoorya TS, Manoj L, Kumar GS, Gokul GR, Radhakrishnan R, Thennarasu K, Varghese M. Insomnia Among Elderly Primary Care Patients in India. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020;22(3):19m02581. Available from: <https://doi.org/10.4088/PCC.19m02581>
28. Aernout E, Benradia I, Hazo JB. International study of the prevalence and factors associated with insomnia in the general population. *Sleep Med.* 2021; 82:186–192. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.03.028>

29. Devanprabudoss Jesudoss, Eilean Rathinasamy Lazarus, Rasha Wahid. Insomnia and sleep quality among older people residing in old age homes at Andhra Pradesh, India. *Int J Africa Nurs Sci.* 2023; 18:100522. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100522>.
30. Peng YT, Hsu YH, Chou MY. Factors associated with insomnia in older adult outpatients vary by gender: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):681. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02643-7>.
31. Espeso N, Wick JY. Insomnia Is Not a Normal Part of Aging: The Challenges of Safely and Effectively Managing Insomnia in Older People. *Senior Care Pharm.* 2023;38(1):6–15. Available from: <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2023.6>.
32. Awadalla NJ, Mahfouz AA, Shehata SF. Sleep hygiene, sleep-related problems, and their relations with quality of life in a primary-care population in southwest Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(6):3124–3130. Available from: [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_525\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_525_20).
33. ธัญวรรณ เพ็ชรน้อย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.* 2563; 3(2): 51-73.