

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ณวารี เทพชาตรี กรวีร์ เมธิสริยพงศ์ พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Received: March 13, 2025

Revised: March 24, 2025

Accepted: March 25, 2025

บทคัดย่อ

ทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยอัตราเร่งที่รวดเร็ว หนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการหาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซึมเศร้า โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 200 คน การเก็บข้อมูลทำโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลประชากรและสุขภาพทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Thai-PSQI) แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Cog) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.6 ปี (S.D.=60) ความชุกคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นร้อยละ 79.5 (95%CI: 73.4-84.6) โดยมีค่ามัธยฐานจาก Thai-PSQI เท่ากับ 8.5 (IQR=6-11) การวิเคราะห์ด้านปัจจัยพบว่าประสิทธิภาพของการนอนหลับช่วยลดความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีด้วยค่า adjusted OR=0.73 (95%CI: 0.63-0.84) ส่วนระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอนุปริญญาเพิ่มความความเสี่ยงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีด้วยค่า adjusted OR=9.79 (95%CI: 1.07-89.46) ในประชากรนี้พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่สงสัยภาวะการรู้คิดบกพร่องร้อยละ 61.5 (95%CI: 54.6-68.0) และความชุกของผู้ป่วยที่สงสัยภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.5 (95%CI: 6.2-14.4) สรุป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและยังพบความชุกของโรคทางระบบจิตและประสาทร่วมด้วย บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมุ่งเน้นที่จะคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกันเรื่องภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ความรู้ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการนอนหลับ โดยเฉพาะในผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; คุณภาพการนอนหลับ; ผู้ป่วยนอก; ภาวะซึมเศร้า; ภาวะการรู้คิดบกพร่อง

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ณวารี เทพชาตรี

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

315 ถนนราชมังคลาภิเษก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

อีเมล: navari.thep@gmail.com

Prevalence of poor sleep quality and its associated factors among older adults attending the outpatient department at Phramongkutklao hospital

Navari Thepchatri, Korawee Matesareyapong, Patsri Srisuwan
Family Medicine, Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

Abstract

The world is rapidly transitioning into an aging society. One of the common health problems among older adults is insomnia, which can lead to reduced quality of life and affect both physical and mental health. This study aimed to determine the prevalence of poor sleep quality among older adults and its associated factors including the prevalence of mild cognitive impairment and depressive disorder through a cross-sectional study of 200 adults aged 60 years and above who sought services at the outpatient department of Phramongkutklao hospital from November to December 2024. Data collection was conducted using interview questionnaires about demographic and general health information, the Thai Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI), Sleep Hygiene Assessment, Mini-Cognitive Assessment (Mini-Cog), and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Analysis employed descriptive statistics and multivariate logistic regression to identify factors associated with poor sleep quality. Results showed that the sample had a mean age of 69.6 years (S.D.=60), with a prevalence of poor sleep quality at 79.5% (95%CI: 73.4-84.6) and a median Thai-PSQI score of 8.5 (IQR=6-11). The analyses of related factor revealed that sleep efficiency reduced the risk of poor sleep quality with an adjusted OR=0.73 (95%CI: 0.63-0.84), while education below associate degree level increased the risk with an adjusted OR=9.79 (95%CI: 1.070-89.46). In this population, the prevalence of suspected cognitive impairment was 61.5% (95%CI: 54.6-68.0) and suspected depression was 9.5% (95%CI: 6.2-14.4). In conclusion, most older adults experience poor sleep quality and show a high prevalence of concurrent psychiatric and neurological conditions. Healthcare professionals should therefore focus on screening, promoting, and preventing sleep disorders in older adults, with emphasis on providing knowledge to improve sleep efficiency and caring for those with education below associate degree level to enhance quality of life and reduce the risk of related diseases.

Keywords: older adults; sleep quality; outpatient; depression; cognitive impairment

Corresponding Author:

Navari Thepchatri

Family Medicine, Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

315 Ratchawithi Road, Thung Phaya Thai Sub-district, Ratchathewi District, Bangkok 10400, Thailand

E-mail: navari.thep@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยจากข้อมูลของกรมการปกครอง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 20.38 ของประชากรทั้งประเทศ และแนวโน้มดังกล่าวยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี¹ การเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรนี้ นำไปสู่ความจำเป็นในการให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติและมีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต²

ภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การเกิดอุบัติเหตุจากการล้ม และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ การศึกษาหลายฉบับในประเทศไทยรายงานว่า ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุอยู่ในช่วงร้อยละ 49.8-70.8 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล^{3,4} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวมีทั้งด้านร่างกาย เช่น โรคประจำตัวและอาการปวดเรื้อรัง ด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงปัจจัยทางสังคม เช่น ความเหงา รายได้ไม่เพียงพอ และระดับการศึกษา^{5,6,7}

นอกจากนี้ งานวิจัยล่าสุดยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MIC) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ มักมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ⁶ เช่นเดียวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การใช้ยานอนหลับ การออกกำลังกาย และสุขอนามัยการนอนที่ไม่เหมาะสม ก็มีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ^{7,8} ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและชนบท พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความชุกของปัญหาการนอน

มากกว่ากลุ่มที่อาศัยในพื้นที่ชนบท อาจเนื่องมาจากความเครียดจากสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน⁹

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในชุมชนหรือพื้นที่เฉพาะและยังมีข้อจำกัดด้านบริบท เช่น ขาดการศึกษาที่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทหาร ซึ่งมีลักษณะประชากรเฉพาะและอาจมีปัจจัยร่วมที่แตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการดำเนินงานวิจัยเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก เพื่อศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวอย่างรอบด้าน ทั้งในเชิงชีวภาพ จิตใจ พฤติกรรม และสังคม เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่มารับบริการในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวัตถุประสงค์รองเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี รวมถึงศึกษาความชุกของภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มเดียวกัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มประชากร

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก (หนังสือรับรองเลขที่ IRBRTA 1285/2567 รหัสโครงการ R134q/67_Exp ลงวันที่ 30 กันยายน 2567) ประชากรเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออก

(exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือมีพยาธิสภาพทางระบบประสาท (neurological disorders) ที่ได้รับการบันทึกในระบบข้อมูลของโรงพยาบาล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาของณัฐพันธุ์ ลิขิตกำจร และคณะ³ ซึ่งรายงานความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 49.8 โดยใช้สูตรคำนวณสำหรับการศึกษาความชุก:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2} \text{ โดยกำหนดให้}$$

- Z_{α} ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96
- P คือความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจากการศึกษาอ้างอิงร้อยละ 49.8 (0.498)
- d คือค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดที่ร้อยละ 7.5 (0.075)

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 170 คน และเพื่อรองรับอัตราการสูญหายของข้อมูล (dropout rate) ร้อยละ 20 จึงกำหนดขนาดตัวอย่างสุดท้ายเป็น 200 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงเวลาที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล 6 ส่วน ดังนี้คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ สิทธิการรักษา เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ
2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ: รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง

ทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย) โรคประจำตัว ระดับความเครียด ภาวะปัสสาวะกลางคืน และการบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

3. แบบประเมินคุณภาพการนอนของพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI): พัฒนาโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และคณะ^{10,11} มีค่าความไว (sensitivity) 89.6% และความจำเพาะ (specificity) 86.5% ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ ซึ่งจัดเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ก. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ข. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ค. ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ง. ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย จ. การรบกวนการนอนหลับ ฉ. การใช้นอนหลับ ช. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรม โดยการแปลผลคะแนนรวม: ≤ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี, > 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

4. แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep Hygiene Index): พัฒนาโดย David และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธธัญญา แก้วแพง¹² มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.74 ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ประเมินระดับการปฏิบัติด้วยมาตรวัด 5 ระดับ (Likert scale) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 เป็น ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 เป็น ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 เป็น ระดับสูง

5. แบบประเมินคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Cog: อ้างอิงจากรายงานของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ¹³ ใช้สำหรับคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) โดยคะแนน ≤ 3 แสดงถึงความผิดปกติด้านความรู้คิด

6. แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15): พัฒนาโดย Yesavage แปลเป็นภาษาไทยโดยณัทย วงศ์ปการันย์ และคณะ¹⁴⁻¹⁶ ประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลแบ่งเป็น คะแนน 0-4 เป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน

5-10 คะแนน เป็น เริ่มมีภาวะซึมเศร้า คะแนน 11-15 คะแนน เป็น เป็นโรคซึมเศร้า

กระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง หลังจากได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) ขณะที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ (categorical data) นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ (frequency and percentage) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous data) นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range, IQR) รวมทั้งค่าต่ำสุดสูงสุด (min-max) เมื่อข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ (non-normal distribution) หรือค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) เมื่อข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (normal distribution)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มคุณภาพการนอนหลับ: ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี: ใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariable analysis) ด้วยสถิติ multiple logistic regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน (confounding factors) โดยรายงานผลด้วยค่า adjusted odds ratio

(OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval)

ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ STATA/BE 18 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและปัจจัยด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 200 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.6 ปี (S.D.=6, min-max=60-85 ปี) เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.5 และเพศชายร้อยละ 48.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 59.5) และพักอาศัยร่วมกับผู้อื่น (ร้อยละ 87.0) ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 28.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.0)

ในด้านการประกอบอาชีพ พบว่าร้อยละ 34.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 30.0) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.0) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือเคยดื่มแต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 74.0) มีการออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 65.0) และมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (ร้อยละ 79.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.0) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.0) และเบาหวาน (ร้อยละ 34.0) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความเครียด (ร้อยละ 48.5) และส่วนใหญ่มีอาการปัสสาวะกลางคืน 1-2 ครั้งต่อคืน (ร้อยละ 56.0) หรือมากกว่า 2 ครั้งต่อคืน (ร้อยละ 29.5) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ที่ 25.2 กก./ม² (S.D.=4.1, min-max=17.7-46.6 กก./ม²) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน

Table 1 General characteristics of the subjects (n=200)

Characteristics	Total	
	n	%
Age (years)		
Mean (S.D.)	69.6 (6.0)	
Median (min-max)	69 (60-85)	
Gender		
Female	103	51.5
Male	97	48.5
BMI (kg/m ²)		
Mean (S.D.)	25.2 (4.1)	
Median (min-max)	24.6 (17.7-46.7)	
Status		
Single	39	19.5
Married	119	59.5
Divorced	42	21.0
Living at home		
Alone	26	13.0
With others	174	87.0
Education degree		
Primary education or below	94	47.0
Secondary or vocational education	36	18.0
Associate degree	14	7.0
Bachelor's degree or higher	56	28.0
Income		
Less than 5,000 baht	24	12.0
5,000-10,000 baht	56	28.0
10,001-20,000 baht	40	20.0
More than 20,000 baht	80	40.0
Occupation		
Unemployed	68	34.0
Retired government officer	60	30.0
Self-employed	35	17.5
Daily wage worker	37	18.5

Table 1 Continued

Characteristics	Total	
	n	%
History of smoking		
Yes	8	4.0
Never	124	62.0
Used to	68	34.0
History of drinking alcohol		
Yes	52	26.0
Never	72	36.0
Used to	76	38.0
Exercise		
Yes	130	65.0
No	70	35.0
Underlying disease		
YEs	186	93.0
No	14	7.0
Underlying disease hypertension		
Yes	136	68.0
No	64	32.0
Underlying disease diabetes mellitus		
Yes	68	34.0
No	132	66.0
Stress		
Yes	97	48.5
No	103	51.5
Nighttime urination (times)		
0 times	29	14.5
1-2 times	112	56
More than 2 times	59	29.5
Drinking caffeine		
Yes	159	79.5
No	41	20.5

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุร้อยละ 79.5 (95%CI: 73.4-84.6) โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนน Thai-PSQI เท่ากับ 8.5 (IQR=6-11) ดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยของตนเองว่าค่อนข้างดี (ร้อยละ 70.5) แต่มีปัญหามากในด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ โดยร้อยละ 40.0 รายงานว่าเป็นปัญหาใหญ่มาก ด้านระยะเวลาการนอนหลับ ส่วนใหญ่นอนหลับ 6-7 ชั่วโมง (ร้อยละ 51.5) และมีถึงร้อยละ 40.0 ที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง

ด้านประสิทธิภาพการนอนหลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 24.5 ที่มีประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่า

ร้อยละ 85 ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่เหมาะสม ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำกว่าร้อยละ 85 โดยร้อยละ 26.0 มีประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำกว่าร้อยละ 65

ด้านการรบกวนการนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อย (ร้อยละ 64.0) ส่วนร้อยละ 72.0 ไม่ได้ใช้ยานอนหลับในเดือนที่ผ่านมา และส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อยด้านการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน เนื่องจากการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 88.5)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี พบความแตกต่างอย่างชัดเจนในทุกองค์ประกอบ โดยกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีประสิทธิภาพการนอนหลับเฉลี่ยร้อยละ 93.7 (S.D.=10) เทียบกับร้อยละ 66.8 (S.D.=17.5) ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

Table 2 Sleep quality among the elderly (PSQI components)

Sleep quality component items	Total		Good sleep quality		Poor sleep quality	
	n	%	n	%	n	%
Sleep quality						
Very good	17	8.5	13	31.7	4	2.5
Fairly good	141	70.5	28	68.3	113	71.1
Fairly bad	39	19.5	0	0	39	24.5
Very bad	3	1.5	0	0	3	1.9
Sleep latency						
No problem at all	54	27	30	73.2	24	15.1
Only a very slight problem	40	20	6	14.6	34	21.4
Somewhat of a problem	26	13	3	7.3	23	14.5
A very big problem	80	40	2	4.9	78	49.1
Sleep duration						
More than 7 hours	17	8.5	9	22	8	5
6-7 hours	103	51.5	32	78	71	44.7
5-6 hours	42	21	0	0	42	26.4
Less than 5 hours	38	19	0	0	38	23.9

Table 2 Continued

Sleep quality component items	Total		Good sleep quality		Poor sleep quality	
	n	%	n	%	n	%
Sleep efficiency						
> 85%	49	24.5	33	80.5	16	10.1
75-84%	54	27	7	17.1	47	29.6
65-74%	45	22.5	1	2.4	44	27.7
< 65%	52	26	0	0	52	32.7
Sleep disturbances						
No problem at all	0	0	0	0	0	0
Only a very slight problem	128	64	39	95.1	89	56
Somewhat of a problem	71	35.5	2	4.9	69	43.4
A very big problem	1	0.5	0	0	1	0.6
Use of sleeping medicine						
Not during the past month	144	72	41	100	103	64.8
Less than once a week	20	10	0	0	20	12.6
Once or twice a week	16	8	0	0	16	10.1
Three or more times a week	20	10	0	0	20	12.6
Daytime dysfunction						
No problem at all	0	0	0	0	0	0
Only a very slight problem	177	88.5	34	82.9	143	89.9
Somewhat of a problem	18	9	7	17.1	11	6.9
A very big problem	5	2.5	0	0	5	3.1
Global PSQI scores, median (IQR)	8.5 (6-11)					
Quality of sleep n, % (95% confidence interval)	200	100.0	41	20.5 (15.4-26.6)	159	79.5 (73.4-84.6)
Sleep duration (hours)						
Mean (S.D.)	8.3 (3.2)		7.2 (1.4)		8.6 (3.5)	
Sleep efficacy (%)						
Mean (S.D.)	72.3 (19.5)		93.7 (10.0)		66.8 (17.5)	

ลักษณะการรบกวนการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 (Table 3) แสดงลักษณะการรบกวนการนอนหลับที่พบบ่อย (มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ในกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าที่ตั้งใจ ร้อยละ 86.5 (95%CI: 81.1-90.6) การต้องลุกไปเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 84.5 (95%CI: 78.8-88.9) และการไม่สามารถนอนหลับภายใน 30 นาทีหลังเข้านอน ร้อยละ 52.0 (95%CI: 45.1-58.8)

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการไอหรือกรนเสียงดัง ร้อยละ 51.0 (95%CI: 44.1-57.8) ความรู้สึกร้อนเกินไป ร้อยละ 23.5 (95%CI: 18.2-29.8) ความรู้สึกหนาวเกินไป ร้อยละ 17.5 (95%CI: 12.9-23.4) การหายใจไม่สะดวก ร้อยละ 12.0 (95%CI: 8.2-17.2) มีอาการปวด ร้อยละ 10.0 (95%CI: 6.6-14.9) และการฝันร้าย ร้อยละ 6.5 (95%CI: 3.8-10.8)

Table 3 Report of sleep disturbances in PSQI (n=200)

Sleep Disturbance (>1 times/wk)	n	%	95% Confidence Interval
Wake up in the middle of the night or early morning	173	86.5	81.1 - 90.6
Need to get up to use the bathroom	169	84.5	78.8 - 88.9
Cannot fall asleep within 30 minutes	104	52.0	45.1 - 58.8
Cough or snore loudly	102	51.0	44.1 - 57.8
Feel too hot	47	23.5	18.2 - 29.8
Feel too cold	35	17.5	12.9 - 23.4
Cannot breathe comfortably	24	12.0	8.2 - 17.2
Have pain	20	10.0	6.6 - 14.9
Have bad dreams	13	6.5	3.8 - 10.8

สุขอนามัยการนอนหลับ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 (Table 4) แสดงผลการประเมินระดับสุขอนามัยการนอนหลับ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีในระดับสูง (คะแนน 3.67-5.00) คิดเป็นร้อยละ 75.5 (95%CI: 69.1-80.9) ขณะที่ร้อยละ 24.5 (95%CI: 19.1-30.9) มีสุขอนามัยการนอนหลับในระดับปานกลาง (คะแนน 2.34-3.66) และไม่พบผู้ที่มีสุขอนามัยการนอนหลับในระดับต่ำ

ผลการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยด้วย Mini-Cog พบความชุกของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการ

รู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 61.5 (95%CI: 54.6-68.0) ขณะที่ร้อยละ 38.5 (95%CI: 32.0-45.4) มีการรู้คิดปกติ ส่วนผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย TGD-15 พบว่าร้อยละ 9.5 (95%CI: 6.2-14.4) ของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 90.5 (95%CI: 85.6-93.8) ไม่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี พบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีสัดส่วนของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงกว่า (ร้อยละ 68.6 เทียบกับร้อยละ 34.2 ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี) และมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 10.1 เทียบกับร้อยละ 7.3)

Table 4 Percent of levels of sleep hygiene index by Mini-Cog and TGDS-15

Sleep hygiene index	Total (n=200)		Good sleep quality (n=41)		Poor sleep quality (n=159)	
	n	% (95%CI)	n	% (95%CI)	n	% (95%CI)
Sleep hygiene index grading						
Low (score 1.00-2.33)	0	0	0	0	0	0
Middle (score 2.34-3.66)	49	24.5 (19.1-30.9)	8	19.5 (10.3-34.0)	41	25.8 (19.6-33.1)
High (score 3.67-5.00)	151	75.5 (69.1-80.9)	33	80.5 (66.0-89.8)	118	74.2 (66.9-80.4)
Screening cognition (Mini-Cog)						
Normal	77	38.5 (32.0-45.4)	27	65.9 (50.6-78.4)	50	31.5 (24.7-39.0)
Suspected cognitive impairment	123	61.5 (54.6-68.0)	14	34.2 (21.6-49.5)	109	68.6 (61.0-75.3)
Screening depression (TGDS-15)						
Normal	181	90.5 (85.6-93.8)	38	92.7 (80.6-97.5)	143	89.9 (84.3-93.7)
At risk	19	9.5 (6.2-14.4)	3	7.3 (2.5-19.4)	16	10.1 (6.3-15.7)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 (Table 5) แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทั้งแบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) และแบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Crude OR=5.11, 95%CI: 1.30-20.01, $p=0.02$) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (Crude OR=2.87, 95%CI: 1.29-6.40, $p=0.01$) ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา (Crude OR=3.05, 95%CI: 1.51-6.16, $p<0.01$) การปัสสาวะกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง (Crude OR=3.91, 95%CI: 1.30-11.74, $p=0.02$) ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Crude OR=4.20, 95%CI:

2.03-8.70, $p<0.001$) และประสิทธิภาพการนอนหลับ (crude OR=0.83, 95%CI: 0.78-0.88, $p<0.001$)

อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมปัจจัยกวนด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่

1. ประสิทธิภาพการนอนหลับ - ทุกการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ของประสิทธิภาพการนอนหลับจะลดโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีลง 0.73 เท่า (adjusted OR=0.73, 95%CI: 0.63-0.84, $p<0.001$)

2. ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา - ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญามีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป 9.79 เท่า (adjusted OR=9.79, 95%CI: 1.070-89.463, $p=0.04$)

ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ภาวะเครียด การปัสสาวะกลางคืน การดื่มคาเฟอีน สุขอนามัยการนอนหลับ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง และภาวะซึมเศร้า ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเมื่อควบคุม

ตัวแปรอื่นๆ ในโมเดล ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพการนอนหลับและระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Table 5 Factors associated with poor sleep quality among the subjects

Factors	Categories	Good sleep quality, n (%)	Poor sleep quality, n (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
Gender	Female	20 (19.4)	83 (80.6)	1.15 (0.58-2.28)	1.47 (0.254-8.44)
	Male	21 (21.6)	76 (78.4)	reference	reference
Marital status	Single	11 (28.2)	28 (71.8)	reference	reference
	Married	27 (22.7)	92 (77.3)	1.34 (0.59-3.04)	2.93 (0.53-16.23)
	Divorced	3 (7.1)	39 (92.9)	5.11 (1.30-20.01)	2.63 (0.12-35.17)
Income (baht)	10,000 or lower	9 (11.3)	71 (88.8)	2.87 (1.29-6.40)	0.93 (0.12-7.18)
	Higher than 10,000	32 (26.7)	88 (73.3)	reference	reference
Education degree	Lower than an associate degree	18 (13.8)	112 (86.2)	3.05 (1.51-6.16)	9.79 (1.07-89.46)
	Associate degree or higher	23 (32.9)	47 (67.1)	reference	reference
History of smoking	Never	21 (16.9)	103 (83.1)	1.75 (0.88-3.51)	0.20 (0.02-1.87)
	Yes/Used to	20 (26.3)	56 (73.7)	reference	reference
History of drinking alcohol	Never	12 (16.7)	60 (83.3)	1.47 (0.61-3.09)	1.32 (0.16-10.97)
	Yes/Used to	29 (22.7)	99 (77.3)	reference	reference
Exercise	No	19 (27.1)	51 (72.9)	reference	reference
	Yes	22 (16.9)	108 (83.1)	1.83 (0.91-3.68)	0.55 (0.09-3.62)

Table 5 Continued

Factors	Categories	Good sleep quality, n (%)	Poor sleep quality, n (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)
Underlying disease hypertension	No	14 (21.9)	50 (78.1)	reference	reference
	Yes	27 (19.9)	109 (80.1)	1.13 (0.55-2.34)	0.27 (0.04-1.92)
Underlying disease diabetes mellitus	No	30 (22.7)	102 (77.3)	reference	reference
	Yes	11 (16.2)	57 (83.8)	1.52 (0.71-3.27)	4.42 (0.54-36.30)
Stress	No	18 (17.5)	85 (82.5)	reference	reference
	Yes	23 (23.7)	74 (76.3)	0.68 (0.34-1.36)	0.58 (0.09-3.61)
Nighttime urination (times)	0 times	10 (34.5)	19 (65.5)	reference	reference
	1-2 times	24 (21.4)	88 (78.6)	1.93 (0.79-4.69)	0.58 (0.04-8.05)
	More than 2 times	7 (11.9)	52 (88.1)	3.91 (1.30-11.74)	5.28 (0.26-107.95)
Drinking caffeine	No	4 9.8	37 (90.2)	reference	reference
	Yes	37 (23.3)	122 (76.7)	0.36 (0.12-1.07)	0.51 (0.05-4.84)
Sleep hygiene index	Middle	8 (16.3)	41 (83.7)	1.43 (0.61-3.35)	1.05 (0.17-6.47)
	High	33 (21.9)	118 (78.1)	reference	reference
Screening cognition (Mini-Cog)	Normal	27 (35.1)	50 (64.9)	reference	reference
	Suspected cognitive impairment	14 (11.4)	109 (88.6)	4.20 (2.03-8.70)	0.42 (0.05-3.41)
Screening depression (TGDS-15)	Normal	38 (21.0)	143 (79.0)	reference	reference
	At risk	3 (15.8)	16 (84.2)	1.42 (0.39-5.12)	30.85 (0.14-6,772.28)
Sleep efficiency (%)		mean=93.7 (S.D.=10.1)	mean=66.8 (S.D.=17.5)	0.83 (0.78-0.88)	0.73 (0.63-0.84)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่มารับบริการในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวัตถุประสงค์รองเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ รวมถึงศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มเดียวกัน ผลการศึกษาและการอภิปรายผลมีดังนี้

การศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่มารับบริการในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สูงถึงร้อยละ 79.5 (95%CI: 73.4-84.6) โดยมีค่ามัธยฐานคะแนน Thai-PSQI เท่ากับ 8.5 (IQR=6-11) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติที่กำหนดไว้ที่ 5 คะแนน ความชุกที่พบในการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่รายงานความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 49.8-70.8 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของวรุตม์ อุ่นจิตสกุลและคณะ⁴ ที่พบความชุกคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ร้อยละ 70.8 ความชุกที่สูงในการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย ประการแรก กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการนอนหลับเฉลี่ยเพียงร้อยละ 72.3 (19.5) ซึ่งต่ำกว่าค่าที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ควรมีประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 ประการที่สอง พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 6-7 ชั่วโมงต่อคืน (ร้อยละ 51.5) และมีถึงร้อยละ 40 ที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่าคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุที่ควรนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะการรบกวนการนอนหลับพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าที่ตั้งใจ (ร้อยละ 86.5) การต้องลุกไปเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 84.5) และการไม่สามารถ

นอนหลับภายใน 30 นาทีหลังเข้านอน (ร้อยละ 52.0) ซึ่งลักษณะของการรบกวนการนอนหลับที่พบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพันธุ์ ลิขิตกำจร³ และวรุตม์ อุ่นจิตสกุล⁴ โดยเฉพาปัญหาการตื่นกลางดึกและการตื่นมาเข้าห้องน้ำที่พบในสัดส่วนสูง ปัญหานี้อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มขึ้นของภาวะปัสสาวะกลางคืน (nocturia) และการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับ (sleep-wake cycle) ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามเกณฑ์การประเมิน Thai-PSQI แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.5) ประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยของตนเองว่า “ค่อนข้างดี” ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงการตระหนักรู้ที่จำกัดของผู้สูงอายุเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสม หรืออาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการนอนหลับที่เกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา การปัสสาวะกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง ภาวะการรู้คิดบกพร่อง และประสิทธิภาพการนอนหลับ

อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมปัจจัยกวนด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนหลับ กล่าวคือ ทุกการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ของประสิทธิภาพการนอนหลับจะลดโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีลง 0.73 เท่า (adjusted

OR=0.73, 95%CI: 0.63-0.84, $p<0.001$) และระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญา โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญามีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาขึ้นไป 9.79 เท่า (adjusted OR=9.79, 95%CI: 1.070-89.463, $p=0.04$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับโดยรวม ประสิทธิภาพการนอนหลับคำนวณจากอัตราส่วนระหว่างระยะเวลาที่นอนหลับจริงกับระยะเวลาที่อยู่บนเตียง ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างการนอนหลับ (sleep architecture) โดยมีการตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง และใช้เวลาอนบนเตียงมากขึ้นแต่เวลานอนหลับจริงลดลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น เช่น การลดเวลาอยู่บนเตียงโดยไม่หลับ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอน และการจัดการปัจจัยรบกวนการนอนหลับ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับโดยรวม

ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญามีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ The Ngoc Ha Than และคณะที่ประเทศเวียดนาม¹⁷ ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และการศึกษาของ Jianfeng Luo และคณะที่ประเทศจีน¹⁸ ที่พบว่าระยะเวลาการศึกษาที่ต่ำสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและคุณภาพการนอนหลับอาจอธิบายได้ด้วยปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพที่ดีกว่า รวมถึงโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า นอกจากนี้

ระดับการศึกษายังมักสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม การนอน และความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anders และคณะที่ประเทศเยอรมัน¹⁸ ที่พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจทางสังคมในระดับสูงจะมีคุณภาพการนอนที่ดีกว่า และการศึกษาของโชติมันต์และคณะที่พบว่าการมีรายได้เพียงพอมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ดี

ปัจจัยอื่นๆ ที่ถูกนำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ เช่น โรคประจำตัว ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะการรู้คิดบกพร่อง ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ในโมเดล ซึ่งแตกต่างจากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับคุณภาพการนอนหลับ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของประชากรในการศึกษานี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสมจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถควบคุมปัญหาทางด้านโรคประจำตัวและภาวะดังกล่าวได้ค่อนข้างดี

การศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบความชุกของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจากการคัดกรองด้วย Mini-Cog สูงถึงร้อยละ 61.5 (95%CI: 54.6-68.0) ซึ่งถือเป็นความชุกที่สูงมากเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในประชากรผู้สูงอายุทั่วไป ส่วนความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย TGDS-15 พบร้อยละ 9.5 (95%CI: 6.2-14.4) ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาอื่นๆ ที่พบประมาณร้อยละ 6-12

ความชุกที่สูงของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในการศึกษานี้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ประการแรก เครื่องมือ Mini-Cog ที่ใช้ในการคัดกรองมีความไวสูงแต่ความจำเพาะอาจไม่สูงมากนัก ทำให้มีโอกาสเกิดผลบวกлож (false positive) ได้

ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 45 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา) ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำแบบทดสอบ Mini-Cog โดยเฉพาะในส่วนของการวาดนาฬิกา (clock drawing test) ประการที่สาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมีโอกาสมีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถทางสติปัญญามากกว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี พบว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีสัดส่วนของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่องสูงกว่า (ร้อยละ 68.6 เทียบกับร้อยละ 34.2 ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับดี) และมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 10.1 เทียบกับร้อยละ 7.3) แม้ว่าในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรจะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องหรือภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แต่ความแตกต่างที่พบนี้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการที่แสดงถึงความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง (bidirectional relationship) ระหว่างปัญหาการนอนหลับกับความบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ การที่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรอาจเกิดจากการที่มีตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลที่แข็งแกร่งกว่า (เช่น ประสิทธิภาพการนอนหลับและระดับการศึกษา) หรืออาจเกิดจากอำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ที่ไม่เพียงพอเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 9.5)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ถึงแม้การวิจัยนี้มีจุดแข็งหลายประการที่เพิ่มความน่าเชื่อถือคือ การศึกษาใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงในบริบทของประเทศไทยแล้ว อันได้แก่ Thai-PSQI, Mini-Cog

และ TGDS-15 ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือ แต่ก็มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษาคือ การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาการออกแบบการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่มีความเป็นเหตุและผลมากยิ่งขึ้น และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93) ซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน ทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้ในประชากรผู้สูงอายุทั่วไปอาจต้องระมัดระวัง นอกจากนี้ การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ Mini-Cog ในการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งอาจมีความแม่นยำน้อยกว่าเครื่องมือมาตรฐานอื่น เช่น Thai Mental State Examination (TMSE) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการทำแบบทดสอบบางข้อ ทำให้ความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องที่พบในการศึกษานี้อาจสูงกว่าความเป็นจริง การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาใช้เครื่องมือที่มีความแม่นยำสูงขึ้นในการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง อีกทั้งการศึกษานี้อาศัยข้อมูลจากการรายงานตนเอง (self-report) เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำเนื่องจากอคติจากความทรงจำ (recall bias) และการรับรู้ส่วนบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดในการจดจำรายละเอียดของการนอนหลับซึ่งในอนาคตอาจพิจารณาใช้อุปกรณ์ตรวจจับที่เป็นวัตถุวิสัย

สรุปผล

การศึกษานี้พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสูงถึงร้อยละ 79.5 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนหลับที่ต่ำและระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอนุปริญญา นอกจากนี้ยังพบความชุกของผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

สูงถึงร้อยละ 61.5 และความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.5 ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญทางคลินิกหลายประการคือ

1. การคัดกรองปัญหาคุณภาพการนอนหลับควรเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

2. การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับเป็นเป้าหมายสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ แนวทางการส่งเสริมอาจรวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการนอน การรักษาสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี และการจัดการปัจจัยรบกวนการนอนหลับ

3. การคัดกรองและจัดการภาวะปัสสาวะกลางคืน (nocturia) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการรบกวนการนอนหลับในผู้สูงอายุ ควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ

4. การคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะซึมเศร้าควรดำเนินการควบคู่ไปกับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากปัญหาเหล่านี้มักพบร่วมกันและอาจมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง การจัดการปัญหาสุขภาพจิตและประสาทอาจช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ และในทางกลับกัน การปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับอาจช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5. การให้ความรู้และเสริมพลังผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพและวิธีการส่งเสริมการนอนหลับที่ดี ควรเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ การใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้ความรู้

6. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับแบบบูรณาการและองค์รวม โดยเน้นการประเมินและจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน

ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ อาจมีประโยชน์ในการจัดการปัญหาการนอนหลับที่ซับซ้อนในผู้สูงอายุ

7. สำหรับการวิจัยในอนาคตควรพิจารณาการศึกษาเชิงติดตามไปข้างหน้าเพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล อีกทั้งการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่หลากหลาย และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) เพื่อเข้าใจประสบการณ์และการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทย

โดยสรุป การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงความชุกที่สูงของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล และได้ระบุปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนหลับและระดับการศึกษา ผลการศึกษานี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการคัดกรอง ป้องกัน และจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมฆกุลกุล อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ให้คำแนะนำและแก้ไขในการเขียนรายงานวิจัยจนสำเร็จ ลุล่วงโดยสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. The Bureau of Registration Administration. [Internet]. Pathum Thani: Population by age group, [updated 2024 June;cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>.
2. Sawanyavisuth K. Insomnia symptoms. In: Pisanprapha P, Sivamokatham S, Sawanyavisuth K, Sura T, editors. Strategies for outpatient care. 1st ed. Bangkok: Thepphenwanit Ltd., Partnership; 2018. p.381-9.
3. Likitkumchorn N, Supasirisun Y. Prevalence and factors associated with poor sleep quality among older urban adults in the outpatient department of Vajira Hospital. PCFM 2024;7(2):150-60. (in Thai)
4. Aunjitsakul W, Pitanupong J, Werachattawan N, et al. Sleep quality among elderly people within the outpatient department of Songklanagarind Hospital, Thailand: A cross-sectional study. Songkla Med J 2017;35:195-204. (in Thai)
5. Chinvararak C, Tangwongchai S, Dumrongpiwat N. Sleep quality and its associated factors in the elderly at Pracha Niwet Village. J Psychiatr Assoc Thailand 2018;63(2):199-210. (in Thai)
6. Puangsombatwanit S. The association between sleep quality and mild cognitive impairment in older adults. PCFM 2021;4(1):150-60. (in Thai)
7. Suri K, Sununsirikul K, Tonsuvan K. Quality of sleep and associated factors in elderly at urban community, Nakhon Sawan. R3 Med PHJ 2022;19(1):15-27. (in Thai)
8. Jamwong P, Borisuth P, Chaiwoot K, et al. Prevalence and predictive factors of poor sleep quality among the elderly in the urban areas of Lampang Province, Northern Thailand. J Health Res 2024;38(4):311-21. (in Thai)
9. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, et al. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. Epidemiol Health 2018;40:e2018018. doi:10.4178/epih.e2018018.
10. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, et al. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Med Assoc Thai 2014;97(Suppl 3): S57-67.
11. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, 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 the Thai population. J Med Assoc Thai 2016;99(8):893-903.
12. Kaewpang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients. [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.

13. Institute of Geriatric Medicine. Final study report: Development of an appropriate screening tool for dementia in the Thai context [Internet]. Nonthaburi;2021. Mini-Cog test (S. Borson), version1. [cited 2024 Sep 5]. p.111. Available from: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/03/book-19.pdf>.
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics* 2012;12(1):11-7. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
15. Wongpakaran N, Wongpakaran T, van Reekum R. The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *J Clin Med Res* 2013;5(2):101-11. doi:10.4021/jocmr1239w.
16. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Kuntawong P. Evaluating hierarchical items of the Geriatric Depression Scale through factor analysis and Item response theory. *Heliyon* 2019;5(8):e02300. doi:10.1016/j.heliyon.2019.e02300.
17. The Ngoc T, Tuong ML, Tran To N, et al. Poor sleep quality and associated factors among community-dwelling older adults in Vietnam. *AMH* 2023;14(3):130-7. doi:10.33879/AMH.143.2022.02016.
18. Luo J, Zhu G, Zhao Q, et al. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: Results from the Shanghai aging study. *PLoS One* 2013;8(11):e81261. doi:10.1371/journal.pone.0081261.
19. Anders MP, Breckenkamp J, Blettner M, et al. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. *Eur J Public Health* 2014;24(6):968-73. doi:10.1093/eurpub/ckt175.