

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร ตำรา บทความ และศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

1. ความหมายของการนอนหลับ
2. ระยะของการนอนหลับ
3. การนอนหลับในผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ
5. การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

1. ความหมายของการดูแล
2. ความหมายของผู้ดูแล
3. คุณลักษณะของผู้ดูแลหลัก
4. สาเหตุของการดูแล
5. บทบาทผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแล

ปัจจัยที่มีผลกับบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

1. ความหมายของการนอนหลับ

การนอนหลับได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในสาขาวิชาด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สรีรวิทยา จิตวิทยาและอื่น ๆ จึงมีผู้ให้ความหมายของการนอนหลับไว้หลายท่านด้วยกันดังนี้

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542) กล่าวว่า การนอนหลับ คือ สภาวะทางพฤติกรรม ซึ่งมีการหยุดพักของการรับรู้ และไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ แม้ว่า การนอนหลับจะเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว (Consciousness) แต่แตกต่างกัน คือ การนอนหลับมีลักษณะเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ เป็นไปตามธรรมชาติ และกลับคืนสู่สภาพปกติได้

คาร์สตี โพธารส (2538) ให้ความหมายว่า การนอนหลับ คือ ความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือน้อยมาก มีพฤติกรรมการแสดงออกในลักษณะสงบนิ่ง และหลับตา

Webster and Thompson (1986) ให้ความหมายของการนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต และการทำหน้าที่ของร่างกาย

Porth (2002) ให้ความหมายว่า การนอนหลับเป็นช่วงที่ร่างกายฟื้นฟูพลังงานที่ใช้ในช่วงตื่น และซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกายที่ซับซ้อน สอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต ลักษณะการนอนหลับ คือ ความรู้สึกตัว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง การเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย มีลักษณะสงบนิ่ง หลับตา และผ่อนคลาย

2. ระยะของการนอนหลับ

การนอนหลับ แบ่งโดยอาศัยการตรวจที่เรียกว่า โพลีซอมโนกราฟฟิค (Polysomnographic) ซึ่งเป็นการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่อง ขณะที่นอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram: EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (Electrooculogram: EOC) และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyogram: EMG)

Porth (2002) ได้แบ่งระยะการนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะนอนหลับที่ไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non - Rapid Eye Movement: NREM, Sleep Slow Wave, Quiet Sleep) แบ่งได้ 4 ระยะ ตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมอง ได้แก่

ระยะที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการตื่นเป็นหลับ เริ่มง่วงซึม หรือกำลังเคลิ้มหลับ ใช้เวลาประมาณ 1 - 7 นาที ลักษณะของ EEG จะมีความแรงของคลื่นไฟฟ้า (Amplitude) อยู่ในระดับต่ำ คลื่นอัลฟ่า (Alpha Wave) ซึ่งพบในระยะตื่นจะค่อย ๆ หายไป ไม่มีคลื่นธีต้า (Theta Wave) ซึ่งเป็นคลื่นที่มีความถี่ต่ำกว่า ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที ของการนอนหลับทั้งหมด มีลักษณะที่มีการกลอกตาช้า ๆ หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เป็นระยะที่ถูกปลุกให้ตื่นได้ง่าย โดยการเรียกชื่อเบา ๆ ตะแคงตัวเบา ๆ เปิดประตูเบา ๆ เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นระยะหลับตื้น (Light Sleep) ใช้เวลาประมาณ 10 - 20 นาที คลื่นไฟฟ้าสมองช้าลง ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที หรือประมาณร้อยละ 45 - 55 ของการนอนหลับทั้งหมด ในวัยผู้ใหญ่ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นธีต้า รวมกับคลื่นที่มีลักษณะเฉพาะเรียกว่า คลื่นหลับ (Sleep Spindles และ K - Complex) ระยะนี้มีการกลอกลูกตาน้อยมาก กล้ามเนื้อผ่อนคลายมากขึ้น

อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิลดลง อัตราการหายใจและชีพจรลดลง ความดันโลหิตลดลง กระตุ้นหรือสัมผัสเบา ๆ จะไม่ทำให้ตื่น ถ้ากระตุ้นแรง ๆ จะสะดุ้งตื่นได้

ระยะที่ 3 คลื่นสมองมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เป็นคลื่นช้า แต่ความแรงของไฟฟ้าสูงขึ้น (มากกว่า 75 ไมโครโวลต์) หรือคลื่นเดลต้า (Delta Wave) อาจพบคลื่นหลับในระยะนี้ แต่ปริมาณลดลง ระยะนี้ใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 4 พบประมาณร้อยละ 20 - 50 ของคลื่นไฟฟ้าที่บันทึกได้ กล้ามเนื้อจะมีการผ่อนคลายมาก อาจไม่มีการกลอกตาหรือนิยมน้อยมาก เมื่อถูกปลุกจะตื่นได้ยาก พบได้ร้อยละ 3 - 8 ของปริมาณการนอนหลับ

ระยะที่ 4 เป็นระยะหลับลึก (Deep Sleep) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นเดลต้า (Delta Wave) บางครั้งระยะที่ 3 และ 4 อาจจัดรวมกัน เพราะแตกต่างกันเพียงสัดส่วนของคลื่นช้าเท่านั้น พบคลื่นเดลต้า (Delta Wave) ในระยะนี้ประมาณร้อยละ 50 ของการบันทึก ในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ จะเห็นว่าระยะที่ 4 ระยะของ NREM 1 ใน 3 ส่วนแรกในช่วงกลางคืน ส่วนในช่วงหลังจะมีลักษณะเหมือนระยะที่ 3 และพบว่าในระยะที่ 3 และ 4 คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะเป็นคลื่นช้าและสม่ำเสมอ จึงอาจเรียกระยะนี้ว่า ระยะคลื่นช้า (Slow - Wave Sleep) ซึ่งจะพบระยะที่ 3 และ 4 รวมกันประมาณร้อยละ 10 - 20 ของการนอนหลับทั้งหมด ระยะนี้จะปลุกตื่นได้ยาก

2. ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement; REM Sleep, Fast Wave Sleep, Active Sleep) เป็นระยะที่คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะเร็วขึ้น มีการตื่นตัวมากกว่าการนอนหลับในระยะอื่น ๆ เกิดภายหลัง NREM ประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองคล้าย ๆ กับในระยะตื่น โดยทั่วไปเกิดหลังจากการนอนหลับประมาณ 90 - 100 นาที (Ebersole & Hess, 1998) ในระยะนี้กล้ามเนื้อจะมีการคลายตัวมากที่สุด จนไม่มีการตึงตัวของกล้ามเนื้อร่างกาย ไม่เคลื่อนไหว ยกเว้นกล้ามเนื้อตาจะมีการเคลื่อนไหวหรือกลอกตาอย่างรวดเร็ว ของตาทั้งสองข้างเป็นพัก ๆ ภายใต้งานตาที่หลับอยู่ มีการฝันที่ชัดเจน มักเป็นเรื่องราวที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันน้อย ปลุกให้ตื่นได้ยากระยะนี้ มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร และการหายใจเพิ่มขึ้นบางครั้งและไม่สม่ำเสมอ บางรายอาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และมีการเจ็บหน้าอกได้ การหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร การหลั่งของฮอร์โมนสเตียรอยด์ อัตราการเผาผลาญอาหาร อุณหภูมิร่างกาย และการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อที่ควบคุมการทำงานของลิ้นและลำคอส่วนบน อาจทำให้มีการอุดตันการหายใจ บางส่วนในผู้ชายมักจะมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 - 5 นาที ในวงจรแรก ๆ ของการหลับ และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในวงจรต่อไป ใช้เวลาประมาณ 20 - 40 นาที เมื่อใกล้ตื่น การหลับช่วงสุดท้ายในระยะ REM เป็นระยะเตรียมตัวตื่น มักมีการถอนหายใจนำมาก่อนแล้วเริ่มเหยียดแขน ขา พลิกตัว อาจกลับนอนต่อไปได้ใหม่ ระยะนี้จะ

ปลุกตื่นได้ง่าย การนอนหลับครั้งหนึ่ง ๆ พบการหลับระยะ REM ได้ประมาณร้อยละ 20 - 25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด สรุปได้ว่า วงจรการนอนหลับในคืนหนึ่ง ๆ จะเกิดระยะ NREM และ REM หมุนเวียนสลับกันเป็นวงจร โดยแต่ละวงจรจะนานประมาณ 90 - 100 นาที โดยตลอดทั้งคืนจะมี 4 - 5 วงจร เมื่อเริ่มต้นการนอนหลับคลื่นสมองจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะที่ 1 ต่อไปเป็นระยะที่ 2 และ 3 และ 4 แล้วกลับมาเป็นระยะที่ 3 และ 2 และ REM ในวงจรใหม่จะเริ่มต้นระยะที่ 2 แล้วเป็นไปตามลำดับ ถ้าวงจรเป็นไปตามปกติ ช่วงเวลาระยะที่ 4 จะสั้นลง และระยะเวลาของ REM จะเพิ่มขึ้น

3. การนอนหลับในผู้สูงอายุ

3.1 วงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุ วงจรการนอนหลับจะถูกควบคุมโดยนาฬิกาชีวภาพ (Biological Clock) หรือ Circadian Rhythm เมื่อสูงอายุขึ้น Circadian Rhythm จะเปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุตื่นนอนเร็วในช่วงเช้ามืด และสามารถหลับได้อีกยาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกง่วงเร็วในตอนเย็น (ประมาณ 20.00 - 21.00 น.) ตื่นขึ้นนอนตั้งแต่ตอนมีอาการง่วงนอน และใช้เวลาอนหลับประมาณ 8 ชั่วโมง จะตื่นนอนเวลาประมาณ 04.00 - 05.00 น. แต่ถ้ายังไม่หลับ เมื่อมีอาการง่วงและเข้านอนประมาณ 22.00 - 23.00 น. บุคคลนั้นยังตื่นประมาณ 04.00 - 05.00 น. ดังนั้นจะใช้เวลาอนหลับเพียง 5 - 6 ชั่วโมง บุคคลเหล่านี้จะจัดอยู่ในพวกเข้านอนเร็ว และตื่นเร็วในช่วงเช้ามืด (Advanced Sleep Phase) การช่วยผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ คือ การให้แสงสว่างจ้าในตอนเช้าหรือตอนบ่าย เพื่อให้ Circadian Rhythm มีความคงที่ จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง หรือแบบแผนการนอนหลับในระยะ NREM และ REM แล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทเกี่ยวกับระดับสารเคมี โครงสร้าง และการทำหน้าที่ (Richards, 1996) ระดับสารเคมี เมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับของสารสื่อประสาทความไว และการขนส่งผ่านระหว่างผนังเซลล์ นอกจากนี้ยังมีความไม่สมดุลระหว่างผลของการกระตุ้น และการยับยั้งของสารสื่อประสาทและการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการส่งผ่านของสารสื่อประสาทบริเวณซินแนปส์ (Synapse Mechanism) โครงสร้าง ภายหลังอายุ 60 ปี จะมีการลดลงของเซลล์ประสาทแคทีโคลามีน (Catecholamine) ใน โคลัสเซอรัลเลียส (Locus Ceruleus) ประมาณร้อยละ 40 การลดจำนวนลงของเซลล์ประสาทกลุ่มนี้ อาจส่งผลกระทบต่อคลื่นเดลต้าของการนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะหลับลึก

3.2 การเปลี่ยนแปลงระยะต่าง ๆ ของการนอนหลับของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

3.2.1 ระยะนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (NREM) จากการศึกษาข้อมูลทางคลินิกของการนอนหลับในห้องปฏิบัติการการนอนหลับ (Sleep Lab) พบว่า ผู้สูงอายุมีการนอนหลับใน NREM ระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นการหลับลึกลดลง และ NREM ระยะที่ 1 และ 2 มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้น (Bliwise, 1993) ซึ่งต่อมา Floyd (2002) ได้ศึกษางานวิจัยการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์เมตาดา (Meta - Analysis) พบว่า การนอนหลับในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 เพิ่มขึ้น ซึ่งทั้งสองระยะนี้เป็นกรนอนหลับระยะตื้น (Light Sleep) ส่วนการนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะการนอนหลับที่ลึก (Deep Sleep) ลดลง และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในวัยนี้

3.2.2 ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ระยะ REM ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลฝันจะลดน้อยลง และมีการตื่นบ่อยในระยะกลางคืน ปริมาณหรือเวลาที่นอนหลับบนเตียงจะลดลง ทำให้มีการงีบหลับในระยะกลางวันเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับรายงานของ Bliwise (1993) กล่าวว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นระยะ REM จะลดลง

3.3 ลักษณะของการนอนหลับของผู้สูงอายุ การนอนหลับในผู้สูงอายุนั้น การนอนหลับในระยะที่ 1 ของการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 8 - 15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543) ส่วนในระยะที่ 2 ของการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วไม่เปลี่ยนแปลง (Fordham, 1991) แต่ในระยะที่ 3 และ 4 ของการหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วจะลดลง ร้อยละ 15 - 20 ของระยะการนอนหลับทั้งหมด และระยะเวลาที่นอนหลับสั้นลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับน้อยกว่า และการนอนไม่หลับมากกว่าคนที่อายุน้อย Morgan and Closs (1998) ได้กล่าวว่า แบบแผนหรือลักษณะของการนอนหลับของผู้สูงอายุมี 3 ลักษณะดังต่อไปนี้

3.3.1 ความต่อเนื่องของการนอนหลับ การนอนหลับของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนจากระยะหนึ่งไปยังอีกระยะหนึ่งบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีอายุน้อย มีการตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง ทำให้การนอนหลับมีลักษณะไม่ต่อเนื่อง

3.3.2 ระยะเวลาของการนอนหลับ เนื่องจากความถี่และระยะเวลาของการตื่นตอนกลางคืนเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดลดลง

3.3.3 ความลึกของการนอนหลับในผู้สูงอายุระยะหลับลึกจะลดลง แต่ระยะของการหลับตื้นจะเพิ่มมากขึ้น ความลึกของการนอนหลับถูกกระทบด้านคุณภาพและปริมาณ

3.4 คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังการนอนหลับที่เพียงพอ รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย และกระปรี้กระเปร่า หลังจากการตื่นนอนโดยวัดเป็นคะแนนตามแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุของ Verran and Snyder - Halpern (1987, pp. 155 - 156) อ้างถึงใน คาร์สัน โพธารศ, 2538, หน้า 15) (VSH Sleep Scale) ซึ่งจำแนกเป็น 4 มิติ ดังนี้

3.4.1 ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep Disturbance) หมายถึง การรับรู้ต่อลักษณะการนอนหลับในคืนหนึ่ง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงปริมาณและคุณภาพการนอน

หลับ ต่างไปจากแบบแผนการนอนหลับตามปกติของบุคคล ประเมินได้จากความรู้สึกกังวลใจก่อนนอนหลับ การใช้ระยะเวลาก่อนนอนหลับ การตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ การเคลื่อนไหวระหว่างการนอนหลับ การถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับ การนอนหลับได้สนิท และระยะเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับเวลากลางคืน โดยความแปรปรวนของการนอนหลับในระดับน้อย หมายถึง คุณภาพของการนอนหลับอยู่ในระดับดี และความแปรปรวนของการนอนหลับในระดับมาก หมายถึง คุณภาพของการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี

3.4.2 ระยะเวลาในการนอนหลับ (Attempted Length) หมายถึง การรับรู้ต่อระยะเวลาการนอนหลับตลอดคืน ประเมินได้จากความยาวนานของการนอนหลับในหนึ่งวัน

3.4.3 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep Effectiveness) หมายถึง การรับรู้ต่อลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและปริมาณ ประเมินได้จากความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีความพึงพอใจต่อการนอนหลับและการนอนหลับที่เพียงพอ ประสิทธิภาพของการหลับในระดับมาก หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ดี

3.4.4 การงีบหลับในช่วงกลางวัน (Sleep Supplementation) หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกง่วงนอนและงีบหลับในช่วงกลางวัน ประเมินได้จากการใช้เวลางีบหลับในเวลาเช้า กลางวัน หรือตอนเย็นโดยการงีบหลับในช่วงกลางวันในระดับน้อย หมายถึง คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี

3.5 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ มี 2 วิธี คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective Sleep Quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) ซึ่งมีวิธีการใหญ่ ๆ อยู่ 2 วิธี ดังนี้

3.5.1 การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnographic) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจในห้องปฏิบัติการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริง ซึ่งมีความถูกต้องแม่นยำสูง แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และเสียค่าใช้จ่ายสูง

3.5.2 การประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) การสัมภาษณ์ (Interview) และการประเมินตนเอง (Self - Report) นักวิจัยหลายท่านพบว่า วิธีการประเมินตนเองนั้นสามารถทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด เหมาะสำหรับการคัดกรองเบื้องต้น โดยเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากใช้ได้อย่างกว้างขวางทั่วไป อีกทั้งผลการประเมินยังสอดคล้องกับการประเมินด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

Verran and Snyder - Halpern (1987, pp. 155 - 156 อ้างถึงใน คาร์สัน โพรธาส, 2538, หน้า 15; ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544, หน้า 40) เสนอให้ประเมินคุณภาพการนอนหลับจากองค์ประกอบต่าง ๆ ของการนอนหลับ ดังที่ ศิวาภรณ์ โกศล (2538) ได้ใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของบุคคลกรทางสุขภาพด้วยมาตรวัดที่คัดแปลงการเขียนเลขกำกับในมาตรวัดจากเครื่องมือของ Verran and Snyder - Halpern (VSH Sleep Scale) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .82 และ คาร์สัน โพรธาส (2538) ได้ใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยใช้แบบวัดที่ ศิวาภรณ์ โกศล แปลและคัดแปลงมาจากแบบวัดของ Verran and Snyder - Halpern ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .88 จากการศึกษาของ ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ Verran and Snyder - Halpern (VSH Sleep Scale) ในผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .81

ดังนั้นสรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุนั้น จึงควรเลือกวิธีที่ใช้เวลาไม่มาก แต่มีประสิทธิภาพ เพื่อไม่รบกวนผู้สูงอายุมากเกินไป ผู้สูงอายุมีความสนใจระยะเวลาสั้น แบบวัดของ Verran and Snyder - Halpern (1987, pp. 155 - 156) เสนอแนะว่า ประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบกับสายตา นำมาใช้งานง่าย สะดวก ประหยัดเวลา สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับได้รวดเร็ว มีความละเอียดถึง 1 ใน 10 ส่วน และยังเชื่อว่า เครื่องมือชนิดนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกประเมินตามความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ไม่ถูกจำกัดอยู่ในขอบเขตข้อเลือกที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจไม่ได้สื่อถึงความรู้สึก และอารมณ์ที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินการนอนหลับของ Verran and Snyder - Halpern (1987, pp. 155 - 156) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในร่างกาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และปัจจัยที่สองได้แก่ ปัจจัยภายนอกในร่างกาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิต (Miller, 1999; Schoenfelder & Swanson, 2001)

ปัจจัยภายในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านร่างกาย มีหลายองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

4.1.1 อายุ การนอนหลับของบุคคลจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เมื่ออายุ 35 ปี (สุรัช เกื้อศิริกุล, 2542) แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุ จะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ โดยระยะเวลาที่นอนหลับทั้งหมดจะลดลง และผู้สูงอายุต้องใช้เวลา นานกว่าที่จะหลับ และตื่นเร็วและตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ผู้สูงอายุมีโอกาสตื่นได้ง่าย เมื่อมีเสียงรบกวน (Closs, 1988) ความแปรปรวนของการนอน

หลับ จะเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Ancoli - Israel, Parker, Sinaee, et al., 1989) คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุลดลง จากการศึกษากลุ่มประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในกรุงเทพมหานคร จำนวน 826 คน เมื่อควบคุมปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ เหตุการณ์ในชีวิต ปัญหาด้านจิตสังคม และลักษณะประชากรด้านอื่น ๆ แล้วสรุปได้ว่า อายุยังเป็นปัจจัยทำนายของการนอนไม่หลับ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และคณะ, 2546; ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2540)

4.1.2 ความเจ็บปวด จะรบกวนการนอนหลับ โดยทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับนานขึ้น ขาดความต่อเนื่องของการนอนหลับ เพราะความเจ็บปวดทำให้ตื่นบ่อยครั้ง และระยะของการตื่นแต่ละครั้งนานขึ้น (Richards, 1996) และทำให้ตื่นเช้ากว่าปกติ สาเหตุความเจ็บปวด ได้แก่ โรคข้ออักเสบ อาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยง และโรคแผลในกระเพาะอาหาร (Chokroverty, 1999; Stepanski, 2002)

4.1.3 การถ่ายปัสสาวะเวลากลางคืน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระร่างกาย ทำให้กระเพาะปัสสาวะมีความจุน้อยลง จึงไม่สามารถกักเก็บปัสสาวะไว้ได้เป็นเวลานาน ร่วมกับมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตเพิ่มมากขึ้นในเวลากลางคืน จึงทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน การได้รับยาขับปัสสาวะในเวลาตอนเย็น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย (Richards, 1996) จากการศึกษา พบว่า การถ่ายปัสสาวะเวลากลางคืน เป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543, หน้า 65)

4.1.4 โรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ การเสื่อมของร่างกายตามกระบวนการชราภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจากการมีโรคเรื้อรังหลายโรค บางโรคจะมีอาการรุนแรงขึ้นในระหว่างการนอนหลับ โดยเฉพาะในระยะ REM ซึ่งส่งผลรบกวนการนอนหลับ กลไกของโรคและการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับ อาจเนื่องมาจากผลทางอ้อมต่อเซลล์ประสาทในสมองที่ควบคุมการนอนหลับหรือควบคุมการหายใจ และการรบกวนต่อจังหวะชีวภาพของร่างกาย (Chokroverty, 1999) โรคและลักษณะของปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน และปัสสาวะมากในเวลากลางคืน โรคทางระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ส่งผลให้นอนหลับยาก และตื่นบ่อยครั้ง เนื่องจากการปวดท้อง จากการที่มีกรดหลั่งมากขึ้นในระยะ REM โรคข้ออักเสบ ส่งผลให้ตื่นเช้ากว่าปกติ เนื่องจากความไม่สุขสบายจากการปวด และการมีกล้ามเนื้อตึงแข็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้ตื่นกลางคืน เนื่องจากหุดหายใจและอาการหายใจลำบาก โรคเบาหวานส่งผลให้ตื่นบ่อย เนื่องจากต้องปัสสาวะบ่อยครั้งในเวลากลางคืน ตื่นเช้ากว่าปกติ เนื่องจากการน้ำตาลต่ำ และฝันร้าย โรคไทรอยด์เป็นพิษ ส่งผลให้ทำให้นอนหลับยาก โรคพาร์กินสัน ส่งผลให้ตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง และระยะเวลาการนอนหลับลดลง จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ

การนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมีโอกาสที่จะมีอาการตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นบ่อย และนอนหลับยากประมาณ 1.2 - 3.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2546)

4.1.5 ยาที่ใช้ในการรักษาโรค ยังมีฤทธิ์ข้างเคียงที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ยาบิบูเรต (Barbiturates) กดการทำงานในระยะ REM ทำให้ฝันร้าย ประสาทหลอน ยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants) กดการทำงานในระยะ REM ทำให้รู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ตื่นบ่อยในเวลากลางคืน หายใจขณะนอน หลับยาก ภาวะต่างในร่างกาย ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) กระสับกระส่าย และรบกวนการนอนหลับ (Miller, 1999)

4.1.6 การหมดประจำเดือน จากมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกในเวลากลางคืน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่รบกวนการนอนหลับของผู้หญิงในวัยนี้

4.1.7 ความผิดปกติของการนอนหลับ ได้แก่ การหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Sleep Apnea Syndrome) คือ การอุดกั้นที่เกิดจากไม่มีการไหลผ่านของอากาศ เนื่องจากบริเวณโคนลิ้นและกล่องเสียงถูกอุดกั้น การอุดกั้นที่เกิดจากความผิดปกติของศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้กระบังลมและกล้ามเนื้อกระตุกขึ้นโครง ไม่ทำงานและชนิดที่มีลักษณะทั้งสองแบบร่วมกัน สาเหตุของภาวะนี้ ได้แก่ โรคอ้วน คอตัน มีความผิดปกติของขากรรไกร ต่อมทอนซิลมีขนาดใหญ่ หรือลิ้นไก่สั้นโต ทางเดินหายใจตีบแคบ และความผิดปกติของระบบประสาท ลักษณะที่สามารถจะบอกได้ว่า ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาดังกล่าว ได้แก่ การนอนกรนเสียงดัง ง่วงนอนมากในช่วงเวลากลางวันและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรูปร่างอ้วน นอกจากนั้นความผิดปกติอื่นที่อาจพบได้ในระหว่างการนอนหลับในวัยสูงอายุ ได้แก่ มีการกระตุกของขาเป็นระยะ ๆ (Periodic Limb Movement) และกลุ่มอาการที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายที่ขา (Restless Legs Syndrome) ทำให้รู้สึกเหมือนมีอะไรไต่ที่ขา (Creeping and Crawling) ในขณะนอนหลับ และจะบรรเทาได้โดยไม่ต้องเคลื่อนไหวขา ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนอนพักได้

4.2 ปัจจัยด้านจิตใจ มีหลายองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

4.2.1 ความเครียด เมื่อมีภาวะเครียดทางจิตใจ จะทำให้มีความรู้สึกกับข้อใจที่ไม่สามารถนอนหลับได้ ทำให้บุคคลนั้นพยายามอย่างมากที่จะทำให้ตนเองสามารถนอนหลับได้ จึงทำให้มีอาการตื่นบ่อยในช่วงระยะเวลาอนหลับ หรือหลับมากจนเกินไป และเมื่อไม่สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้จนทำให้มีภาวะเครียดเรื้อรัง จะส่งผลให้นิสัยการนอนหลับไม่ดี ผู้สูงอายุมักจะประสบกับเหตุการณ์ที่มีการสูญเสีย จึงทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจ ความรู้สึกสูญเสียที่

ผู้สูงอายุมักประสบ ได้แก่ การเกษียณอายุ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

4.2.2 ความวิตกกังวล การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลจะทำให้นอนหลับได้ไม่ดี

4.2.3 ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ ที่มักมีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า และพบบ่อยกว่า มักจะมีอาการง่วงนอนช้า ตื่นเร็ว ตื่นบ่อย เพิ่มระยะเวลาที่ใช้บนเตียงทั้งหมด รู้สึกว่านอนได้ไม่ดีและตื่นเร็วเกินไป (Bliwise, 1993)

4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีหลายองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

4.3.1 เสียง เป็นปัจจัยที่กระทบกับการนอนหลับโดยมีผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับยาวนานขึ้น ทำให้ตื่นกลางดึกและกลับเข้านอนต่อยาก และทำให้ตื่นเช้ากว่าปกติ (Morin, 1993) จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุของ กุศลมาลย์ รามศิริ (2543) พวงพะยอม ปัญญา และคณะ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าครึ่งระบุว่าเสียงรบกวนการนอนหลับ แต่ไม่ได้ระบุว่าเป็นเสียงจากแหล่งใด

4.3.2 อุณหภูมิ โดยอุณหภูมิที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป มีผลต่อการนอนหลับระยะ REM และระยะหลับลึก และยังทำให้มีการเคลื่อนไหวตัวขึ้น ซึ่งทำให้ตื่นในเวลากลางคืน (Satinoff, 1993) จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการ พบว่า การรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ การตื่นบ่อยในเวลากลางคืน ระยะที่ 1 ของการนอนหลับเพิ่มขึ้น ในระยะที่ 2 และการนอนหลับในระยะ REM ลดลง เกิดขึ้นที่อุณหภูมิ 27 องศาเซลเซียส และเมื่ออุณหภูมิเพิ่มขึ้นเป็น 37 องศาเซลเซียส ปริมาณของ REM จะลดลง (Haskell, Kania, Kong, Wong, & Mendelson, 1981)

4.3.3 เพื่อนร่วมห้อง การที่มีบุคคลอื่นร่วมห้องนอน ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหลาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่รบกวนการนอนหลับได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งลักษณะนอนร่วมเตียงเดียวกัน หรือนอนอยู่ในห้องเดียวกัน ครอบครัวยุคเดียวกัน หรือมีหลายครอบครัวนอนอยู่ในห้องเดียวกัน การรบกวนการนอนหลับมีสาเหตุจากการพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ นอกจากนั้นการรบกวนการนอนหลับในผู้ที่นอนร่วมเตียง หรือนอนร่วมห้องเดียวกัน อาจเนื่องจากการนอนกรนเสียงดัง การละเมอ การนอนกัดฟัน เป็นต้น

4.3.4 แสง การเปลี่ยนแปลงทางสายตาในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อแสงเพิ่มมากขึ้น (Gallman & Elfervig, 1999) การสัมผัสกับแสงตลอดเวลา ทำให้ไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับได้ (Lindberg, Hunter, & Kruszewski, 1998)

4.3.5 ลักษณะที่นอนที่แข็งหรืออ่อนเกินไป โดยที่นอนที่แข็งเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่มีปัญหาข้ออักเสบ นอนหลับยากขึ้น ลักษณะของพื้นที่นอนแข็งทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และความลึกของการนอนหลับรวมถึงการรับรู้คุณภาพการนอนหลับลดลง ส่วนที่นอนที่นุ่มเกินไปทำให้ผู้ที่มีปัญหาปวดหลังนอนหลับได้ไม่ดีเช่นกัน (Morin, 1993)

4.4 ปัจจัยด้านวิธีการดำเนินชีวิต มีหลายองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

4.4.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ระดับของแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น หลังการดื่มโดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน จะทำให้ตื่นบ่อย (Ford & Kamerow, 1989) โดยทั่วไปแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์ช่วยให้นอนหลับง่าย แต่ถ้าใช้ในปริมาณที่มากเกินไปจะทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง จากอาการปวดศีรษะและมีเหงื่อออก (Zarcone, 2000)

4.4.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สารประเภทคาเฟอีนจะไปแย่งจับรีเซพเตอร์ (Receptors) กับอะดีโนซีน (Adenosine) เนื่องจากอะดีโนซีนเป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้ง (Inhibitory Neurotransmitter) หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนทำให้ประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่ในการยับยั้งสูญเสียหน้าที่ ประสาทที่ทำหน้าที่กระตุ้นทำงานมากขึ้น ทำให้ระยะตื่นเพิ่มขึ้นและระยะเวลาอนหลับตอนคืนทั้งหมดลดลง ผลของคาเฟอีนจะคงอยู่ยาวนาน 8 - 14 ชั่วโมงหลังดื่ม (Zarcone, 2000) คาเฟอีนพบได้ในเครื่องดื่มและอาหารหลายประเภทรวมทั้งยา เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ (Morin, 1993) ถ้าได้รับคาเฟอีนใกล้กับเวลานอนจะทำให้นอนไม่หลับ หรือหลับได้ไม่ลึก ปริมาณคาเฟอีนที่มีผลต่อการนอนหลับ คือ 300 มิลลิกรัมหรือดื่มกาแฟ 3 ถ้วย หรือดื่มวันละ 6 ถ้วยขึ้นไป จะทำให้ตื่นระหว่างการนอนหลับ

4.4.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์เช่นเดียวกับคาเฟอีนที่มีผลต่อการนอนหลับ และทำให้มีผลกระทบต่อการกระทำกิจกรรมหรืออารมณ์ของบุคคลในช่วงกลางวัน ความเข้มข้นของนิโคตินจะมีผลกล่อมประสาทอย่างอ่อน และทำให้ผ่อนคลาย แต่ถ้ามีความเข้มข้นจะมีผลเหมือนการทำงานของประสาทโคลิเนอร์จิก ซึ่งจะทำให้มีการตื่นตัว หัวใจเต้นเร็วและเพิ่มความดันโลหิต ดังนั้น การสูบบุหรี่ในช่วงเวลาของการนอนหลับ จะทำให้ตื่นมากกว่าจะทำให้ง่วงนอน ในผู้ที่ทั้งสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ และดื่มแอลกอฮอล์ เกิดปฏิกริยาร่วมกันโดยฤทธิ์ของนิโคตินและคาเฟอีนจะทำให้ตื่น แต่แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ทำให้หลับ จึงส่งผลกระทบต่อการนอนหลับตอนกลางคืน การเข้าสู่การนอนหลับในระยะแรกเกิดเนื่องจากฤทธิ์กล่อมประสาทอย่างอ่อนของแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นแอลกอฮอล์จะถูกเปลี่ยนสภาพที่ตับอ่อนโดยที่นิโคตินและคาเฟอีนยังคงมีฤทธิ์สูงอยู่ ปฏิกริยาต่อกันระหว่างสารทั้งสามตัวนี้ ทำให้นุคคลนั้นอยู่ในภาวะตื่น ซึ่งปฏิกริยานี้จะมี

ผลกระทบต่อการนอนหลับอย่างมากในบุคคลที่มีอายุเกินกว่า 45 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่มีผลให้เกิดปัญหาการนอนหลับยาก และทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (Morin, 1993; Zarcone, 2000)

4.4.4 การออกกำลังกาย จากรายงานการศึกษาของ King, Baumann, O'Sullivan, Wilcox, and Castro (2002 อ้างถึงใน พวงพะยอม ปัญญา และคณะ, 2547, หน้า 23) ศึกษาในผู้หญิงอายุ 49 - 82 ปี จำนวน 100 คน โดยให้ออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว นาน 30 - 40 นาที ให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ร้อยละ 60 - 75 ใช้เวลาสัปดาห์ละ 4 วัน นาน 12 เดือน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น จากการศึกษาของ Hall (1997) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 43 คน มีอายุตั้งแต่ 50 - 76 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมให้มีการดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองให้ออกกำลังกายปานกลาง นาน 30-40 นาที ทุกวัน ให้หัวใจเต้นเร็วเพิ่มร้อยละ 60-70 ใช้เวลานาน 16 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับสูงขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ล้มตัวลงนอนจนหลับสั้นลง คือ เร็วขึ้น 11.5 นาที และระยะเวลานอนหลับในตอนกลางคืนเพิ่มขึ้น 42 นาที จำนวนที่งีบหลับในตอนกลางวันลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลง

4.5 การมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ดังนี้

4.5.1 การงีบหลับ (Nap) หมายถึง การนอนหลับเป็นระยะสั้น ๆ และการนอนหลับในช่วงเวลากลางวัน การงีบหลับตอนกลางวันมีทั้งผลดีและผลเสียขึ้นอยู่กับระยะเวลาการงีบหลับ การงีบหลับภายหลังการนอนแล้ว 8 ชั่วโมง เป็นช่วงเวลาที่ดี การงีบหลับไม่ควรเกิน 30 นาที จากการศึกษาผลการงีบหลับต่อการปฏิบัติกิจกรรม อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 66 - 78 ปี โดยกลุ่มหนึ่งให้งีบหลับเวลา 10.00 น. นาน 30 นาที 3 ครั้ง หรือมากกว่าต่อสัปดาห์ และอีกกลุ่มหนึ่งให้พักผ่อนโดยไม่งีบหลับ เปรียบเทียบผลการศึกษาหลัง 1 สัปดาห์ โดยการติดตามผล EEG ความดันโลหิต อารมณ์ และการปฏิบัติกิจกรรม พบว่า กลุ่มที่ได้งีบหลับตอนกลางวันมีการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น ลดอาการง่วงนอนกลางวันและความรู้สึกอ่อนเพลีย ผล EEG จะพบคลื่นแอลฟา มากกว่า และความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มที่งีบหลับตอนกลางวันจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Takami, Shirota, Tanaka, Hayashi, & Hori, 1999) แสดงให้เห็นว่าการงีบหลับเป็นประจำประมาณวันละ 30 นาที เป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ แต่ต้องไม่งีบหลับหลัง 16.00 น. ซึ่งส่งผลกระทบต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน การงีบหลับประมาณ 10 นาที เป็นการงีบหลับที่ดี เพราะทำให้รู้สึกสดชื่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานประจำ จึงมีเวลาว่างในตอนกลางวันที่จะงีบหลับได้ อย่างไรก็ตามการงีบหลับในตอนกลางวันที่ใช้เวลานานเกิน 30 นาที อาจส่งผลกระทบต่อการนอนหลับในเวลากลางคืนได้ มีรายงานการวิจัยในผู้สูงอายุ จำนวน

92 ราย ที่อาศัยในเขตชุมชน พบว่า ผู้ที่จับหลับเวลากลางวันจะตื่นบ่อยกว่าผู้ที่ไม่จับหลับ และนอนยากมากกว่าโดยใช้เวลาดังแต่เริ่มเข้านอนจนหลับมากกว่าผู้ที่ไม่จับหลับเวลากลางวัน 14 นาที แม้การจับหลับจะไม่มีผลต่อระยะเวลาการนอนหลับในตอนกลางคืน แต่หากจับหลับนานกว่า 50 นาที มีผลรบกวนต่อระยะเวลาของการนอนหลับและระยะเวลาของการตื่นขึ้นในเวลากลางคืนได้ (Floyd, 2000)

4.5.2 การใช้เวลาอยู่บนเตียงนอน การใช้เวลาอยู่บนเตียงโดยที่ไม่นอนหลับ เป็นพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เนื่องจากจะเป็นการเชื่อมโยงการตื่นกับสภาพแวดล้อมของการนอนหลับ และส่งผลให้เกิดปัญหาของการนอนหลับได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักใช้เวลาบนเตียงนอนมากกว่าที่พยายามและไม่พยายามนอนหลับ ทำให้ระยะเวลาของการนอนหลับได้จริงลดลง (Miller, 1999) ผู้ที่ใช้เวลาอยู่บนเตียงนาน ๆ โดยไม่หลับมักมีความเชื่อว่าจะต้องพยายามชดเชยการนอนหลับที่เสียไป ถึงแม้จะตื่นนอนแล้ว แต่ก็ยังอยู่บนเตียง หรือพยายามเข้านอนให้เร็วขึ้น นอนจากนี้ยังเชื่อว่ายาน้อยการอยู่บนเตียง ช่วยทำให้ร่างกายได้พักและช่วยให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น (Morin, 1993) สาเหตุอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลาบนเตียงนอนมาก คือ ภาวะซึมเศร้า และการที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมักจะไม่มีกิจกรรมต่าง ๆ ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือต้องการที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงนอน มีรายงานการวิจัยระบุว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาการนอนหลับยากกว่าผู้ชาย ทั้งสองเพศเข้านอนในเวลาเดียวกัน เพศหญิงตื่นที่หลัง และระบุว่าระยะเวลาการนอนทั้งหมดสั้นกว่าในเพศชาย ซึ่งสรุปได้ว่า เพศหญิงใช้เวลาตื่นบนเตียงนานกว่า (Mallon & Hetta, 1997) การที่ยังใช้เวลาบนเตียงนอนมากเท่าใดยังทำให้การนอนหลับถูกรบกวนมากขึ้นเท่านั้น (Hauri, 1993)

4.5.3 การใชยานอนหลับ การใชยานอนหลับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับอย่างเรื้อรัง และผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับจำนวนมากใชยานอนหลับเป็นระยะเวลานาน การศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่า ประมาณร้อยละ 40 ที่ใชยานานเกิน 5 ปี (Magnusdottir & Ribacke, 1996 อ้างถึงใน พวงพะยอม ปัญญา และคณะ, 2547, หน้า 25) ยานอนหลับรบกวนการนอนหลับโดยเฉพาะระยะ REM นอกจากนี้ยังทำให้ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนหลับเพิ่มมากขึ้น และทำให้ตื่นบ่อยครั้งมากขึ้น ปัญหาที่ตามมากับการใชยานอนหลับ คือ อาการนอนไม่หลับ (Rebound Insomnia) ซึ่งสาเหตุเกิดเนื่องมาจากการใชยาในระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับอย่างเฉียบพลัน เมื่อปัญหาการนอนหลับบรรเทาลงไปแล้ว ผู้ที่ใชยาคงใชยาค่อยไปเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ปัญหาเกิดขึ้นอีก การใชยาอย่างสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการทำให้เกิดการดื้อยา แม้จะได้รับยาในขนาดสูงสุด แต่ยาก็มีฤทธิ์เพิ่มมากขึ้น เมื่อพยายามจะหยุดยา ทำให้มีอาการนอนไม่หลับมากขึ้น (Morin, 1993)

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุมีหลายประการ คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความสูงอายุ ความเจ็บปวด การถ่ายปัสสาวะเวลากลางคืน โรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ การหมดประจำเดือน ความผิดปกติของการนอนหลับ ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และปัจจัยภายนอกร่างกาย ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม คือ เสียง แสง อุณหภูมิ เพื่อนร่วมห้อง ลักษณะของที่นอน และวิถีการดำเนินชีวิต ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ กาแฟ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และการมีพฤติกรรมการณ์นอนหลับที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

5. การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถชะลอการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ ถ้าหากมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการนอนหลับมีดังนี้

5.1 การจัดการกับปัญหาและการส่งเสริมทางด้านร่างกาย ดังนี้

5.1.1 การรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับก่อนนอน พบว่า อาหารที่มีส่วนประกอบของแอล - ทริฟโตเฟน (L - Tryptophan) เช่น ถั่ว เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ นม เนย เนื้อสัตว์ และโปรตีนอื่น ๆ ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ (Closs, 1988, pp. 48-55) กลไกการออกฤทธิ์เกิดจากแอล - ทริฟโตเฟน เป็นกรดอะมิโนที่เป็นสารตั้งต้นของซีโรโทนิน สารสื่อประสาทชนิดยับยั้งที่ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ของ NREM และระยะเริ่มต้นของ REM โดยยับยั้งการทำงานของเรติคูลาร์แอคทีเวตติ้งซิสเต็ม ในการส่งสัญญาณประสาทไปยังเปลือกสมอง จึงมีผลต่อระยะเริ่มต้นและการหลับอย่างต่อเนื่อง (Berger & Williams, 1992, p. 1320 อ้างถึงใน พวงพะยอม ปัญญา และคณะ, 2547, หน้า 27) ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารว่างหรือเครื่องดื่มอุ่น ๆ ที่มีแอล - ทริฟโตเฟนก่อนนอน ได้แก่ นมอุ่น ๆ หรือเครื่องดื่มร้อน ๆ ที่มีส่วนผสมของนม เช่น ไมโล โอวัลติน (Webster & Thompson, 1986, p. 452) ซึ่ง Hill and Smith (1990, p. 278) ระบุว่าในนมมีแอล - ทริฟโตเฟนในปริมาณสูง

5.1.2 การหลับและตื่นให้ตรงเวลา ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้

- 1) การตื่นนอนให้เป็นเวลาในแต่ละวันไม่เว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์
- 2) การจำกัดระยะเวลาการนอนหลับ โดยดูจากจำนวนชั่วโมง โดยประมาณ

เวลาที่ใช้นอนหลับจริง ๆ ในสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณภาพการนอนหลับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ไม่ควรใช้เวลาอยู่บนเตียงนาน ๆ โดยไม่หลับ เพื่อจะชดเชยการนอนหลับให้มากที่สุด เพราะยังจะทำให้คุณภาพการนอนหลับยิ่งแย่ลง และเกิดความไม่ต่อเนื่องของการนอนหลับได้มากขึ้น ควรจะเข้านอนเมื่อรู้สึกง่วงเท่านั้น (จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และคณะ, 2546)

3) หลีกเลี่ยงการจับหลับช่วงใกล้นอน ยกเว้น เป็นการจับระยะสั้น ๆ ภายหลังการตื่นแล้ว 8 ชั่วโมง ควรปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาเพราะในการนอนหลับที่ผิดปกติบางชนิด การจับหลับอาจและเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ และไม่จับหลับหลัง 15.00 น. เพราะมีผลต่อการนอนหลับ

5.1.3 ความคุมความเจ็บปวด ซึ่งมีแนวปฏิบัติดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร หลังจากรับประทานอาหาร อาจจะมีความรู้สึกละปวดเสปปวดรื้อนบริเวณลิ้นปี่ เนื่องจากการขย้อนของน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารจำนวนเล็กน้อย และรับประทานอาหารก่อนเข้านอนหลายชั่วโมง และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด ควรจะแนะนำให้รับประทานยาแก้ปวด การรับประทานยาแก้ปวดก่อนนอน ประมาณ 30 นาที และจะทำให้ผู้ที่มีความเจ็บปวดนอนหลับได้ (Miller, 1999)

2) การนอนในท่าที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ควรนอนในท่าครึ่งนอนครึ่งนั่ง จะช่วยบรรเทาอาการได้ การนอนท่าหัวสูงจะช่วยบรรเทาอาการได้

3) การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมีอหนัก ๆ ก่อนนอนและการรับประทานอาหารว่าง เมื่อตื่นขึ้นมาระหว่างช่วงเวลาหลับ เนื่องจากทำให้ท้องอืดเป็นเหตุให้หลับยาก เพราะในผู้สูงอายุการผลิตน้ำลาย น้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารไม่ดี ดังนั้น จึงควรรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนเวลา 18.00 น. ไม่ควรรับประทานอาหารหนักก่อนนอน 3 ชั่วโมง ถ้าหิวควรรับประทานอาหารว่างเบา ๆ ก่อนนอน

5.1.4 การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากในช่วงเย็น เพื่อป้องกันการลุกขึ้นมาถ่ายปัสสาวะช่วงกลางคืน

5.1.5 การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มน้ำประเภทแอลกอฮอล์ก่อนนอน เนื่องจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ (Bliwise, 1992, p. 83) จากการศึกษาของ Urponen, et al. (1998, p. 449) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมและรบกวนการนอนหลับในบุคคลวัยต่าง ๆ จำนวน 1,600 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่มน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มถึง 3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergen and Williams (1992, p. 1322) ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้การกลับเข้านอนต่อได้ยากภายหลังการตื่นขึ้นมาระหว่างช่วงเวลาหลับ นอกจากนี้ยังทำให้ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง ระยะหลับลึกลดลงระยะ REM ลดลง ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ และรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน หรือควรลดหรือเลิกการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเย็นอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนนอน (Hauri, 1993, pp. 34 - 35)

5.1.6 การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวัน หรือให้ห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (Hauri, 1993, p. 35; Morgan & Closs, 1998) ไม่ควรดื่มกาแฟเกินวันละ 3 แก้ว

5.1.7 การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนนอน ไม่ควรสูบบุหรี่หลัง เวลา 19.00 น. หรือเมื่อตื่นกลางดึก เพื่อจะทำให้นอนหลับได้

5.1.8 การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน นักวิชาการส่วนใหญ่แนะนำว่า ควรออกกำลังกายเบา ๆ ในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็น ๆ โดย Hauri (1993, pp. 67 - 68) ให้เหตุผลว่าทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงในช่วงเวลา 4 - 6 ชั่วโมงต่อมาจึงทำให้หลับได้ดี เนื่องจากการนอนหลับจะเกิดขึ้นได้ดีที่สุดเมื่ออุณหภูมิร่างกายต่ำลง และควรหลีกเลี่ยงออกกำลังกายหักโหมหลัง 18.00 น. หรือใกล้เคียงเวลาเข้านอนหรือก่อนนอน หรือให้ห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อยที่สุด 2 ชั่วโมง (Milne, 1982, pp. 24 - 27) ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที เลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

5.1.9 การใช้ยานอนหลับ สามารถจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้ แพทย์อาจจะใช้ยานอนหลับเป็นครั้งคราว ซึ่งยานอนหลับที่ใช้ในผู้สูงอายุมีหลายประเภทในการใช้ยาต้องระมัดระวังเพราะผู้สูงอายุจะมีความทนต่อยาและอาการข้างเคียงได้น้อยกว่าบุคคลในวัยอื่น ดังนั้นอาจใช้ในขนาดต่ำและไม่ควรใช้นานเกิน 2 สัปดาห์ (Neubauer, 1999) ยาที่สามารถทำให้นอนหลับได้ เช่น Antihistamine ยาต้านความวิตกกังวล ยากล่อมประสาท หรือยานอนหลับ (Antianxiety, Sedatives/ Hypnotics) ยาต้านความซึมเศร้า (Antidepressant) เมลาโทนิน (Melatonin) รับประทานยานอนหลับเป็นครั้งคราวตามแผนการรักษาของแพทย์

5.2 การจัดการกับปัญหาและการส่งเสริมทางด้านจิตใจ มีแนวปฏิบัติดังนี้

5.2.1 การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน ช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายทำให้หลับได้ดีขึ้น (Hill & Smith, 1990, p. 279) จากการศึกษาของ Hauri (1993, p. 68) ควรอาบน้ำอุ่นก่อนนอนเนื่องจากจะทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลงในเวลา 2 - 4 ชั่วโมงต่อมาจึงช่วยให้หลับดีขึ้น ควรอาบน้ำอุ่นหรือนอนแช่น้ำอุ่นประมาณ 30 นาที ก่อนเวลา 2 ชั่วโมง หรือการดื่มน้ำ/ นมอุ่นก่อนเข้านอน

5.2.2 ใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ เพื่อช่วยคลายความเครียดหรือความวิตกกังวล ได้แก่ การฝึกคลายกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การใช้จินตภาพ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซึ่งการผ่อนคลายจะทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวลทำให้เกิดการนอนหลับได้ดี การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เนื่องจากผู้ที่มีความแปรปรวนของการนอนหลับ จะทำให้กล้ามเนื้อตึงเครียดเพิ่มขึ้นและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มขึ้นการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายจะทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลงจึงช่วยให้หลับสนิทขึ้น จากการศึกษาของ

Johnson (1996, pp. 165 - 170) ศึกษาการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และการนอนหลับในผู้สูงอายุ หญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 55 คน พบว่า ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับลดลง การตื่นระหว่างช่วงเวลาหลับลดลง กลับสนิทขึ้น รู้สึกสดชื่นเพิ่มขึ้นเมื่อตื่นนอนตอนเช้า และพึงพอใจต่อการนอนหลับเพิ่มขึ้น การใช้เทคนิคผ่อนคลายมีหลายวิธีดังนี้

- 1) การนวดหลัง ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เนื่องจากทำให้ร่างกายผ่อนคลาย
- 2) การพูดคุยแสดงความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล
- 3) การอ่านหนังสือ พบว่า การอ่านหนังสือก่อนนอนช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ต้องเป็นการอ่านหนังสือที่ทำให้ไม่เครียดหรือชวนให้ง่วง และหลีกเลี่ยงการอ่านหนังสือที่เพิ่มความเครียด
- 4) การฟังเพลง พบว่า การฟังเพลงก่อนนอน ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ทำให้หลับง่ายขึ้น โดยการฟังเพลงที่ชอบ การฟังดนตรีเบาๆ เป็นต้น
- 5) การดูโทรทัศน์ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์ที่เป็นเรื่องเขย่าขวัญ ทำให้ตื่นเต้นตกใจ ลึกกลับ เพราะจะชักจูงไปหาเหตุการณ์ในช่วงกลางวันได้ง่าย ซึ่งจะกลายเป็นสิ่งรบกวนทำให้หลับยากและตื่นบ่อย (McIntash, 1989, pp. 26 - 27) นอกจากนี้ต้องหลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์ภายในห้องนอนหรือบนเตียงนอน และไม่ควรดูจนตึกเกินไป อย่างไรก็ตามสำหรับบางคนพบว่า ทำให้หลับยากก็ควรหลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์ก่อนนอน (Buysee, Reynolds III, 1990, p. 383 cited in McIntash, 1989)
- 6) การสวดมนต์ เป็นวิธีการฝึกจิตใจสงบอย่างหนึ่งจึงช่วยส่งเสริมการนอน (Hill & Smith, 1990, p. 276)
- 7) การทำสมาธิ ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เนื่องจากเป็นวิธีการฝึกจิตใจสงบ ส่งผลให้กลไกสามารถทำได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรกำหนดเวลาให้จิตว่างประมาณ 1 ชั่วโมง ก่อนเข้านอนด้วยการทำสมาธิก่อนนอน

5.3 การจัดการกับปัญหาและการส่งเสริมทางด้านสิ่งแวดล้อม

5.3.1 มีอุณหภูมิเหมาะสมและอากาศถ่ายเทดี เนื่องจากพบว่าอุณหภูมิสูงหรือต่ำเกินไปมีผลขัดขวางการนอนหลับ ทั้งนี้เพราะวงจรการหลับ การตื่นมีความสัมพันธ์กับวงจรของอุณหภูมิ หากอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงไปแม้เพียงเล็กน้อย ก็สามารถทำให้วงจรการนอนหลับแปรปรวนได้ (Closs, 1988, pp. 48 - 55) ทำให้ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง โดยเฉพาะระยะ REM เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิทำงานลดลง ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมในช่วงหลังของการนอนหลับ อุณหภูมิห้องทำให้รู้สึกสบายไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป

5.3.2 ไม่มีแสงสว่าง เนื่องจากแสงสว่างเป็นสิ่งเร้าทางประสาทรับรู้สีกทำให้ผู้สูงอายุบางคนนอนไม่หลับ (Bergen & Willaims, 1992, p. 1322) ห้องนอนควรมืดและเงียบ มีการระบายอากาศดี ไม่ควรกระทบกับแสงสว่างจ้า ถ้ามีการตื่นในเวลากลางคืนให้ถูกแสงอาทิตย์อย่างน้อยชั่วโมงครึ่งภายใน 30 นาที หลังจากตื่นนอนแล้ว

5.3.3 ไม่มีเสียงดัง เสียงดังเกินไปทำให้ตื่นบ่อย ดังเช่นจากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุของ กุศลาลัย รามศิริ (2543) พวงพะยอม ปัญญา และคณะ (2547) พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าครึ่งระบุว่าเสียงรบกวนการนอนหลับ แต่ไม่ได้ระบุว่าเสียงจากแหล่งใด ถ้ามีเสียงดังรบกวนอาจใช้ผ้าปิดที่อุดหู (Ear Plugs) ช่วย

5.3.4 เครื่องนอนที่สะอาดและสุขสบาย พบว่า เครื่องนอน เช่น ที่นอน ฟูก หมอน ผ้าห่ม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ หากไม่คุ้นเคยจะทำให้หลับยาก นอกจากนี้การนอนบนที่นอนแข็ง ๆ จะทำให้ขยับตัวบ่อยขึ้น ตื่นบ่อยขึ้น อย่างไรก็ตามหากที่นอนนุ่มเกินไปก็จะทำให้หลับยากได้เช่นกัน ดังนั้นจึงต้องจัดเครื่องนอนให้เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น ฟูกไม่นุ่ม หรือแข็งเกินไป หมอนไม่สูงหรือต่ำเกินไป เครื่องนอนทุกชิ้นสะอาด ที่นอนไม่ควรจะแข็งหรือนุ่มจนเกินไป หมอนควรสูงพอดี และไม่ควรมนิ่มหรือแข็งเกินไป

5.3.5 การมีหรือไม่มีบุคคลที่นอนร่วมด้วย

5.3.6 ห้องนอนควรใช้เพื่อการนอนหลับไม่ควรทำงาน อ่านหนังสือ หรือดูทีวีในห้องนอน ซึ่งจะทำให้มีการกระตุ้นที่ยาวนาน ในห้องนอนไม่ควรวางนาฬิกาไว้ตรงหัวนอนที่สามารถเห็นได้ ชดเชย ควรวางให้ห่างจากหัวเตียงประมาณ 3 ฟุต หรือควรหันหน้าไปดือนาฬิกาไปทางอื่น เพื่อไม่ให้เห็นชัดในเวลากลางคืนและเมื่อดื่นนอนกลางคืนไม่ควรดูเวลา

5.3.7 การสวมเสื้อผ้าที่ทำให้สุขสบายและไม่คับเกินไป

5.3.8 หลีกเลี่ยงการไปนอนในสถานที่ไม่คุ้นเคย

สรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับจะมีการจัดการกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจัดการหลากหลายวิธี การจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการกับปัญหาการนอนหลับที่ไม่มีประสิทธิภาพพร้อมกับมีปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับได้ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสม โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและบทบาทของผู้ดูแล

1. ความหมายของการดูแล

การดูแล (Care Giving) คือ กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกายและ/หรือจิตใจ ตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่าง ๆ ตามลักษณะของงานการดูแลที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของโรคนั้น ๆ (Leininger, 1986 cited in Wood, 1991, p. 195; Schoenfelder & Swanson, 2000, pp. 49 - 51)

2. ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล (Family Caregiver, Family Caretaker, Informal Care, Informal Providers or Responsor) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีสภาพร่างกาย หรือจิตใจอ่อนแอ (National Family Caregivers Association [NFCA], 2000) มีนักวิชาการส่วนใหญ่ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย คอยให้ความช่วยเหลือ และจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยไม่มุ่งหวังค่าตอบแทน สิ้นจ้าง หรือรางวัลใด ๆ ความหมายของผู้ดูแลยังสามารถจำแนกตามระดับหน้าที่ความรับผิดชอบได้ 2 ประเภท (Horowitz, 1985; Lubkin, 2002) ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ๆ เป็นการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give Direct Care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลรักษาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย ช่วยเหลือ และจัดเตรียมเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นต้น

2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่ในการจัดการด้านต่าง ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย (Indirect Care) เช่น ทำธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าเป็นสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

กับผู้สูงอายุ ที่คอยให้การดูแล ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่าสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทน

3. คุณลักษณะของผู้ดูแลหลัก

ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้สูงอายุ ในบริบทสังคมไทย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ มักเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ที่ให้การดูแลบิดา มารดา (อังฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541) รองลงมา เป็นคู่สมรส สอดคล้องกับการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (2549) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาว ร้อยละ 59.1 คู่สมรส ร้อยละ 40.2 บุตรชาย ร้อยละ 36.8 และได้รับการดูแลจากสะใภ้หรือบุตรเขย ร้อยละ 16.3, ร้อยละ 15 ตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

4. สาเหตุของการดูแล

สมาชิกในครอบครัว คือ แหล่งเกื้อกูลที่สำคัญของผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณ, 2542, หน้า 63 - 64) ได้ทำการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 98 อาศัยอยู่กับครอบครัว และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง มีความต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล (จอม สุวรรณ โณ, 2541, หน้า 142) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายใต้สังคมไทยที่มีลักษณะเด่นจากอิทธิพลความเชื่อเรื่องบาปบุญกรรมเวรและการทดแทนบุญคุณ จำแนกสาเหตุได้ ดังนี้ คือ การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การดูแลเป็นหน้าที่ ไม่หลีกเลี่ยง การดูแลด้วยความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกผูกพัน การดูแลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ให้การสนับสนุน ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ได้รับการขจัดปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้น (สมจิตร วังษ์บรรเจิดแสง, 2548, หน้า 37 อ้างถึงจาก Subgranon & Lund, 2000, p. 166)

5. บทบาทของผู้ดูแลและกิจกรรมการดูแล

ความหมายของบทบาทได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Linton (n.d. อ้างถึงใน ฤตินันท์ นันทิโร, 2543, หน้า 121) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องสถานภาพหรือฐานะ (Status) บทบาท (Role) สถานภาพเป็นนามธรรม หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่ง และเป็นเครื่องกำหนดบทบาทของฐานะนั้น ๆ ฉะนั้นเมื่อมีฐานะขึ้น สิ่งที่มาคู่ฐานะ คือ บทบาทของฐานะ

ฤตินันท์ นันทิโร (2543, หน้า, 122) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมที่กำหนดขึ้น เพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพหรือตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่

ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในสังคม ซึ่งแสดงบทบาทนั้น เป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคม ระหว่างบุคคลนั้นกับบุคคลอื่นในสังคม โดยบุคคลจะแสดงบทบาทตามความคาดหวังและการรับรู้ของตน หรือตามความคาดหวังของสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับบทบาท และกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมของ ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, pp. 202 - 207) กล่าวว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ปฏิบัติกิจกรรมดูแลโดยตรง 2) ช่วยเหลือประกอบประกอบด้านจิตใจและอารมณ์ 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ หรือสวัสดิการสังคมอื่น ๆ 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Schoenfelder & Swanson, 2000, pp. 49 - 50)

1. การดูแลโดยตรง (Direct Activities) คือ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การช่วยเหลือเรื่องการอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การแต่งกาย การเตรียมอาหาร การจัดหยา เป็นต้น ซึ่งจากการสำรวจส่วนใหญ่มักให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วย (Penrod, Kane, Kane, & Finch, 1995, p. 489)

2. การดูแลโดยอ้อม (Indirect Activities) คือ การดูแลที่ไม่จำเป็นต้องอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา เช่น การไปเยี่ยม โทรศัพท์พูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว และการพาไปพบแพทย์ตามกำหนดนัด

Lubkin (2002) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ดูแลหลักไว้ ดังนี้

1) ทำหน้าที่ในการจัดหา (Care Provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านส่วนบุคคล ตามความจำเป็นและความถูกต้องของผู้ป่วย มักจะยึดติดกับแผนการรักษาที่จำเป็น มักจะให้การดูแลช่วยเหลือด้านการรักษาดูแลด้านร่างกายให้สุขสบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2) การจัดการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม การที่ผสมผสานรูปแบบ และประโยชน์สูงสุด และจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาไปจับจ่ายซื้อของให้เพิลิตเพลิน ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมของผู้ป่วยมาเยี่ยมที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มบทบาทของผู้ดูแลต่อการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

5.1 บทบาทในการดูแลด้านร่างกาย (Physiological Need) ได้แก่

5.1.1 การจัดหาและดูแลเรื่องอาหาร โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการจัดหาอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับและหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ และดูแลจัดตารางเวลาอาหารให้เหมาะสม และดูแลให้ได้รับปริมาณอาหารที่เหมาะสมเพียงพอต่อร่างกายของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า การดูแลเรื่องอาหารเป็นบทบาทที่ครอบคลุมไว้ด้วยความสำคัญ โดยคิดเป็นร้อยละ 82.3 และร้อยละ 85.0 ของครอบคลุมได้ให้การจัดการดูแลด้านนี้แก่ผู้สูงอายุตามลำดับ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545, หน้า 3 - 9) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลด้านการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีความหลากหลายและมีความสมดุลของสารอาหาร ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายทั้งปริมาณคุณภาพและเหมาะสมกับวัย ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเฉพาะเวลาที่หิว เพราะจะทำให้รับประทานมากกว่าที่ควร ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ และดูแลให้รับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกวัน คอยกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารหลักวันละ 3 มื้อ งดรับประทานอาหารจุกจิก และปริมาณในแต่ละวันเท่ากัน (ศรีสมัย วิบูลยานนท์, 2541, หน้า 9 - 27) ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ อาหารประเภท นม เนื้อสัตว์ ถั่ว เป็นอาหารที่มีกรดอะมิโน แอล - ทริปโทเฟนสูง จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้เร็วขึ้น

2) ดูแลควบคุมหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ เช่น งดอาหารจำพวกถั่วดิบ ผักดิบ และของหมักดองก่อนนอน เพราะอาหารเหล่านี้ทำให้เกิดสภาวะอาหารมาก จึงรู้สึกไม่สุขสบาย อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระบบการย่อยอาหารต้องทำงานหนัก ทำให้นอนไม่หลับได้ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ

3) ดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตลดลง และมีใยอาหารมากขึ้น เช่น อาหารประเภทผักในเขียวต่าง ๆ ซึ่งผักเป็นอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตน้อยและให้พลังงานน้อย ย่อยง่ายและสามารถรับประทานได้โดยไม่จำกัดปริมาณ (เทพ หิมะทองคำ, 2545, หน้า 146) ผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวัน จะช่วยในระบบขับถ่าย และป้องกันการขาดวิตามินและเกลือแร่ในร่างกายได้ (ศรีสมัย วิบูลยานนท์, 2541, หน้า 9 - 27 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545)

4) ควรดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานผลไม้ประเภทสไม้จัด โดยรับประทานอย่างใดอย่างหนึ่งในแต่ละมื้อ เช่น ฝรั่ง ชมพู่ ส้มเขียวหวาน แอปเปิ้ล มะละกอ ส้มโอ ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก เช่น ทูเรียน ลำไย มะม่วงสุก เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินได้ และมีผลต่อการนอนหลับได้

5.1.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอทำให้แบบแผนการนอนหลับดีขึ้น จากการศึกษาวิจัยพบว่าการออกกำลังกายที่มีความรุนแรงขนาดปานกลางแบบฝึกความทนทาน โดยใช้การออกกำลังกายชนิดแรงกระแทกต่ำ เช่น การเดินเร็ว 30 - 40 นาที 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังมีประโยชน์อีกหลายประการ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาน้ำหนักเกินสามารถน้ำหนักลดลงได้ ด้านจิตใจ ลดความเครียด ลดความซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ง่ายขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) ชี้แจงเหตุผลให้ผู้สูงอายุเห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย
- 2) แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยการปรึกษาแพทย์
- 3) แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุเฉพาะแต่ละบุคคล เช่น การเดินเร็ว ๆ การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ / เดินในน้ำ ภายบริหาร รำมวยจีน โยคะ เป็นต้น
- 4) แนะนำขั้นตอนการออกกำลังกาย แบ่งเป็นระยะดังนี้ ระยะแรกมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) เป็นการเคลื่อนไหวช้า ๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อและไขข้อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำหนัก ซึ่งจะใช้เวลา 5 - 10 นาที ระยะการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจและระบบอื่น ๆ ทำงานอย่างเต็มที่ และต่อเนื่อง คือ การออกกำลังกายด้วยท่าต่าง ๆ 20 - 30 นาที และระยะสุดท้าย ก่อนยุติการออกกำลังกาย ระยะการผ่อนคลาย (Cool Down) ให้เย็นลง จะเป็นการเคลื่อนไหวช้าลง ใช้เวลา 5 - 10 นาที แล้วจึงหยุดเพื่อให้ระบบต่าง ๆ คืนสู่ภาวะปกติช้า ๆ (5 นาที)
- 5) คอยกระตุ้นเตือนและชักชวนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างเหมาะสม หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งควรออกกำลังกายนานประมาณ 20 - 30 นาที
- 6) คอยสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ ขณะออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น เมื่อมีอาการดังกล่าวควรให้ผู้สูงอายุพักทันที

5.1.3 การดูแลการรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ดูแลควรให้การดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) รับประทานยาบรรเทาอาการปวด ซึ่งการรับประทานยาแก้ปวดก่อนนอน ประมาณ 30 นาที ทำให้ผู้ที่มีอาการปวดนอนหลับได้ (พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2538; Miller, 1999)
- 2) การรับประทานยานอนหลับ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างระมัดระวังและเคร่งครัด
- 3) การรับประทานยาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร หลังจากรับประทานอาหารแล้วอาจจะมีความรู้สึกลึกปวดเสียดปวดรื้อนบริเวณลิ้นปี่ และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดควรจะแนะนำ

ให้รับประทานยาแก้ปวด ซึ่งการรับประทานยาแก้ปวดก่อนนอนประมาณ 30 นาที และจะทำให้ผู้ที่มีความเจ็บปวดนอนหลับได้ (Miller, 1999)

4) ดูแลและแนะนำให้รับประทานยาก่อนและหลังอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

5) ดูแลแนะนำรับประทานยาให้ครบจำนวนและตรงตามเวลาทุกมื้อตามคำสั่ง

แพทย์

6) ไม่ปรับขนาดยา หรือดูแลให้ผู้สูงอายุหยุดรับประทานยาเอง โดยไม่ปรึกษา

แพทย์

7) คอยสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา เมื่อพบอาการผิดปกติควรให้ผู้สูงอายุหยุดยา และปรึกษาแพทย์ทันที

5.2 บทบาทในการดูแลด้านจิตสังคม (Socio-Physiological Needs)

จากปัญหาการนอนหลับส่งผลกระทบต่อด้าน จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดวิตกกังวล และอาจซึมเศร้าได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรให้การดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

5.2.1 ให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ด้วยความเคารพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย

5.2.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ผู้สูงอายุจะได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวหรือถูกแยกออกจากสังคม เช่น การพาผู้สูงอายุไปวัด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุในการร่วมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น การพาผู้สูงอายุไปสนทนากับครอบครัว เป็นต้น

5.2.3 ให้การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่องสรรเสริญ ให้ความมั่นคงปลอดภัย

5.2.4 สนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความสามารถ และงานอดิเรกต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

5.2.5 ดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจตามสมควร เช่น การสนทนากับสมาชิกในครอบครัวในบรรยากาศที่ผ่อนคลายก่อนนอน ทำให้รู้สึกอบอุ่นและเป็นสุขใจ ช่วยทำให้นอนหลับง่าย แต่การขาดความรักหรือการมีปัญหาระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส ทำให้นอนไม่หลับได้ง่าย

5.2.6 การสนับสนุนก่อนนอนให้ผู้สูงอายุพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation) ประมาณ 10 นาที จะช่วยลดความเครียด เช่น การอาบน้ำอุ่น การนวดหลัง เพื่อลดความเครียด

5.2.7 สนับสนุนให้ได้พบปะญาติ และเพื่อนฝูงบ่อย ๆ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และกิจกรรมภายนอกต่าง ๆ เช่น ชมรม สมาคม กิจกรรมทางศาสนา

5.2.8 ให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลา

5.2.9 ให้การสนับสนุนด้านสิ่งของ และเงิน การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตลอดจนช่วยเหลือหรือหรือผลประโยชน์แทนผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทย จะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากร่างกายอ่อนแอไม่สามารถจะประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่โดดเดี่ยว ถ้าผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถจะช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ควรติดต่อประสานงานส่งผู้สูงอายุไปขอความช่วยเหลือจากองค์กรทางสังคม สงเคราะห์หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวจะต้องประสบกับปัญหาหลาย ๆ อย่าง เช่น ปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาล (ฤตินันท์ นันทวิโร, 2543, หน้า 125) ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในด้านการเงิน จะทำให้ผู้สูงอายุคลายเครียด ลดความวิตกกังวล

5.3 บทบาทในการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Needs) ผู้ดูแลควรช่วยเหลือและให้การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ดังต่อไปนี้

5.3.1 การดูแลด้านการจัดที่อยู่อาศัยและการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ได้แก่ แสง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น แมลงต่าง ๆ จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 36.4 มีการจัดห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ร้อยละ 47.2 มีการจัดเตรียมห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุโดยมีบุตรหรือหลานอาศัยอยู่ด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, หน้า 44)

5.3.2 ดูแลจัดหาที่นอน เครื่องนอนที่สะอาดและสุขสบาย พบว่า เครื่องนอน ที่นอน ฟูก หมอน ผ้าห่ม ชุดนอนที่สวมใส่ เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ หากไม่คุ้นเคยจะทำให้หลับยากนอกจากนี้ การนอนบนที่นอนแข็ง ๆ จะทำให้ขยับตัวบ่อยขึ้น ตื่นบ่อยขึ้น อย่างไรก็ตามหากที่นอนนุ่มเกินไปก็จะทำให้หลับยากได้เช่นกัน ดังนั้น จึงต้องจัดเครื่องนอนให้เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น ฟูกไม่นุ่ม หรือแข็งเกินไป หมอนไม่สูงหรือต่ำเกินไป เครื่องนอนทุกชิ้นสะอาด ที่นอนไม่ควรจะแข็งหรือนุ่มจนเกินไป หมอนควรสูงพอดีและไม่ควรนิ่มหรือแข็งเกินไป

5.3.3 ดูแลให้ผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้าที่ทำให้สุขสบายและไม่คับเกินไป

ดังนั้นสรุปได้ว่า ในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เป็นบทบาทใหม่ที่สมาชิกในครอบครัว คนใดคนหนึ่งจะต้องรับผิดชอบในกรณีที่ครอบครัวมีสมาชิกเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็น

ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยเน้น 3 บทบาทหลัก คือ บทบาทเกี่ยวกับการส่งเสริมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องความสามารถในการดูแล มีผลต่อคุณภาพการดูแล แต่การดูแลจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่

1.1 อายุ ถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล เนื่องจากอายุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ การรับรู้และความสามารถในการเข้าใจหรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่และค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา อายุของผู้ดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สำหรับภาวะเรื้อรังอันนี้ คือ ผู้ดูแลที่อายุมากขึ้นจะรับรู้ถึงการดูแลที่มากขึ้นด้วย อีกทั้งผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นนั้น จะมีประสบการณ์ทำให้มีความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ และเผชิญปัญหาได้ดี (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985, pp. 19 - 25 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, หน้า 73 - 79) จากการศึกษา พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความแตกต่างตามเขตที่อยู่อาศัย โดยในเขตชนบทผู้ดูแลผู้สูงอายุมักเป็นกลุ่มหนุ่มสาว แต่ในเขตเมืองเป็นผู้ที่มีอายุใกล้เคียงกับผู้สูงอายุ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) แต่ถ้าผู้ดูแลที่มีอายุมาก มักมีโรคเรื้อรังประจำตัว จะให้เกิดความเบื่อหน่ายยากลำบากในการดูแลมากกว่าวัยอื่น

1.2 รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวและมีความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลได้ รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุนั้น การจัดอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสม และการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การรับบริการนวดต่าง ๆ การฝังเข็ม ซึ่งเป็นการบำบัดทางการแพทย์ที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ต้องมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง แต่ผู้ดูแลผู้ที่มีรายได้น้อย อาจต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายในการแสวงหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกเป็นภาระด้านค่าใช้จ่ายจากการดูแล ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยย่อมมีภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำสุด (เพ็ญแข ชีวยะพันธ์, 2545)

1.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัว สังคมไทยถือว่าระบบครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจและให้กำลังใจผู้สูงอายุ โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความแตกต่างกันตามลักษณะของครอบครัว ซึ่งแบ่งเป็น 1) ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวขนาดใหญ่มีสมาชิกจำนวนมากประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ บุตรและหลาน และ 2) ครอบครัวเดี่ยวเป็นครอบครัวขนาดเล็กมีสมาชิกจำนวนน้อยประกอบด้วย พ่อ แม่ และบุตร สมาชิกเหล่านี้มีบทบาทต่อกัน ดังนั้นโครงสร้างของครอบครัว ครอบครัวที่มีจำนวนบุคคลในครัวเรือนน้อย จะมีเครือข่ายการดูแลที่น้อยตามไปด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลจะแสดงบทบาทได้น้อย

2. ปัจจัยด้านความรู้ ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งที่บุคคลรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้อง และเป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ความรู้เป็นการรับรู้จำและเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดจากประสบการณ์และทัศนคติ ประกอบขึ้นจากความรู้ต่าง ๆ ที่เคยได้เรียนมาเทียบกับลักษณะของสิ่งนั้น ๆ กับความรู้ที่มีอยู่ ความรู้ เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ถึงสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้รับรู้มาเป็นข้อเท็จจริงเป็นสิ่งที่สะสม และสามารถเรียนรู้ได้จากชีวิตประจำวัน และสถานศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเผชิญอยู่ จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลรับรู้การคุกคามของโรค และส่งผลต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ตามแนวทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ถือว่าบุคคลที่มีความรู้ มีความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นอย่างดีจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่ง Zimbardo et al. (1997) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ดีด้วยเช่นกัน เพราะความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการส่งเสริม และการสนับสนุนพฤติกรรมควบคุมโรค โดยทั่วไปก่อนที่จะปฏิบัติสิ่งใดก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด จากการศึกษาของ ปานจิตต์ เอี่ยมสำอาด (2546) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับความรู้ สามารถดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้ดีกว่ากลุ่มผู้ดูแลปกติ จากการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย และคณะ (2545, หน้า 330) พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้และทัศนคติสูง จากการศึกษาของ จินนะรัตน์ ศรีภักธิธัญโย (2541) ที่ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลเฉพาะเจาะจงกับความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแล

3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลนั้นจำเป็นต้องมีสุขภาพกายและจิตใจอยู่ตลอดเวลาที่ให้การดูแล เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภะวะนอนไม่หลับนั้น ผู้ดูแลจะต้องให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันทดแทน รวมถึงการสนับสนุนพาผู้สูงอายุไปรับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการต่าง ๆ รวมถึงผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในการปรับตัวทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่ผันแปรง่าย โดยไม่มีเหตุผลจากผู้สูงอายุและต้องการการดูแลงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก ดังนั้นหากผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพไม่ว่าทางด้านร่างกายหรือจิตใจก็ตาม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ดังนั้นปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีการเจ็บป่วยบ่อย รวมทั้งมีความเครียดทางจิตใจด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในการประเมินสุขภาพตนเองของผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี (อัจฉรา เอ็นซ์ และปริยา รุ่งโสภาสกุล, 2541, หน้า 3) จากการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นซ์ และปริยา รุ่งโสภาสกุล (2541, หน้า 1) พบว่า ปัญหาหลักที่เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาของ ถุติพันธ์ นันทิโร (2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.4

4. คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล เนื่องจากการความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือจากผู้ดูแล จากการศึกษา คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 55.6, 42.7 ตามลำดับ (กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543, หน้า 1; พวงพะยอม ปัญญา และคณะ, 2547, หน้า ค) เพราะฉะนั้นย่อมเกิดปัญหากับการดูแลหากผู้สูงอายุมีอาการนอนไม่หลับเรื้อรังมาเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงบทบาทของการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับแบบชั่วคราว

5. สัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและตัดสินใจซึ่งกันและกัน ซึ่งสัมพันธภาพนี้จะช่วยให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังนั้นถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องในด้านต่าง ๆ ช่วยให้มีความมั่นใจและจิตใจที่มั่นคง มีสุขภาพจิตดีพร้อมจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแสดงบทบาทได้ดี จากการศึกษาพบว่า การให้ได้รับสันติภาพการกับสมาชิกในครอบครัวในบรรยากาศที่ผ่อนคลายก่อนนอน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและเป็นสุขใจ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าขาดความรักความเข้าใจ หรือมีปัญหาระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับได้ง่าย (ศิริเพ็ญ

วานิชนันท์, 2544, หน้า 36) จากการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2547 พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังอยู่ในระดับดี มีผลต่อพลังอำนาจของผู้ดูแล นั่นคือมีผลต่อความมั่นใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้สูงอายุของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรเหล่านี้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ