

# ภาวะนอนไม่หลับในเด็ก

พญ.อัชฌา พงศ์พิทักษ์ดำรง, ผศ.พญ.รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย

แพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ และกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการและพฤติกรรม

หน่วยพัฒนาการเด็ก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

## บทนำ

ปัญหาการนอนหลับได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 25 หากแยกตามช่วงอายุพบร้อยละ 50 ในเด็กวัยก่อนเรียน ร้อยละ 30 ในเด็กวัยเรียน และร้อยละ 40 ในเด็กวัยรุ่น มีปัญหาการนอน สำหรับการศึกษานรพ.เด็กของรัฐฟิลาเดเฟีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีเพียงร้อยละ 3.7 จากเด็กทั้งหมด 150,000 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการนอนในคลินิกปฐมภูมิ ซึ่งแตกต่างจากระบาดวิทยาที่พบถึง ร้อยละ 25 ซึ่งอาจแสดงได้ว่าปัญหาการนอนนั้นได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาในคลินิกน้อยกว่าความเป็นจริง<sup>1</sup>

ภาวะนอนไม่หลับในเด็กเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของปัญหาเรื่องการนอนในคลินิกเด็ก โดยปัญหาการนอนไม่หลับหมายถึงความยากลำบากในการเริ่มเข้านอน (difficulty falling asleep) และ/หรือความยากลำบากในการนอนได้ตลอดระยะเวลาอนที่ต้องการ (maintaining sleep) และการตื่นนอนก่อนเวลาปกติ (early morning awakening) สำหรับการนอนไม่หลับมักมีปัญหาร่วมกับการเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองไม่ให้นอนหลับ (learned sleep preventing association) และมีปัญหาการตื่นตัวทางสรีรวิทยา (physiological arousal) ซึ่งส่งผลให้รู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอและประสิทธิภาพในการเรียนหรือทำงานลดลงได้ในตอนกลางวัน ในหลายกรณี ปัญหาการนอนอาจเกิดร่วมกับปัญหาการนอนหลับแบบอื่นๆ หรือปัญหาสุขภาพพร้อมด้วย

## ระบาดวิทยา

ความชุกของภาวะนอนไม่หลับในเด็กวัยรุ่นพบร้อยละ 9-24 การศึกษาในเด็กวัยเรียน ในช่วงอายุ 5-12 ปี พบว่ามีความชุกสูงถึงร้อยละ 30 จากการรายงานปัญหาการนอนของผู้ปกครอง โดยพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในทุกช่วงอายุ

## สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สรุปสาเหตุการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้อย่างชัดเจน สาเหตุที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้อง คือ

1. พฤติกรรมการนอนที่ไม่พึงประสงค์ (maladaptive sleep habits) รวมถึงการนอนมากเกินไป ตารางเวลาการนอนที่ไม่เหมาะสม การงีบนอนตอนกลางวัน การเข้านอนหลับต่อเองไม่ได้ ไม่เข้านอนตามเวลาที่กำหนด
2. ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการนอน (cognitive, belief and attitudes about sleep) ที่ส่งผลต่อการนอน เช่น ความคิดที่ว่าฉันไม่สามารถนอนหลับได้ในคืนนี้ และถ้าฉันไม่สามารถที่จะหลับได้ ตอนเช้าฉันจะทำแบบทดสอบไม่ได้ และจะต้องสอบตกในวิชานี้ เป็นต้น

## ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะนอนไม่หลับ

1. บุคลิกภาพ (personality trait)
  - 1.1 ภาวะตื่นตัวมากเกินไป (hyperarousal) เช่น ความคิดแข่งกันในหัว มีความระแวงระวังสูง
  - 1.2 ชอบย้ำความคิด (obsessional thinking style)
  - 1.3 การเก็บกดทางอารมณ์ (repression of emotion)
2. ปัญหาทางสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด ภาวะอดกั้นทางเดินหายใจตอนนอน โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า เป็นต้น
3. เพศหญิงมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย
4. ประวัติครอบครัว มักส่งผลมาจากการเรียนรู้นิสัยการนอนหลับจากคนในครอบครัว และอาจมีผลจากพันธุกรรม

## ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับในเด็ก

การศึกษาที่สนับสนุนปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการรบกวนการนอนหลับในเด็ก ได้แก่การศึกษาของ Tourchette E. และคณะ<sup>2</sup> พบว่า ในเด็กช่วงอายุ 18 เดือนระยะเวลา นอนกลางวันของเด็ก อาจได้รับอิทธิพลจากการจัดสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ระยะเวลาการนอนตอนกลางคืนเป็นผลมาจากพันธุกรรม สำหรับการศึกษาศึกษาของ Bouvette-Turcot A. และคณะ<sup>3</sup> ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์แบบวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (multiple linear regression) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของระยะเวลาการนอนเฉลี่ยที่สั้นลงในช่วงวัย 3 ปีแรกกับจีโนไทป์ 5HTTLPR (ตัวขนส่ง serotonin) ที่มีแขนข้างหนึ่งสั้นอย่างน้อย 1 อัลลีลเทียบกับ จีโนไทป์ 5HTTLPR มีแขนข้างยาวทั้ง 2 อัลลีล ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีอิทธิพลร่วมกัน (interaction effect) ต่ออารมณ์ด้านลบ และปัญหาพฤติกรรมที่ตามมา

## เกณฑ์การวินิจฉัย

ใช้หลักเกณฑ์ของ DSM-V<sup>4</sup> และ ICSD-3<sup>5</sup> ที่มีความหมายสอดคล้องกันเรื่องการนอนไม่หลับ โดย ICSD กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนอนไม่หลับระยะสั้น (short-term insomnia disorder) นอนไม่หลับน้อยกว่า 3 เดือน

DSM-V เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนอนไม่หลับ (insomnia disorder)	Adapted from ICSD-3 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia disorder)
<p>A. ไม่พอใจกับปริมาณและคุณภาพของการนอนเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยมีอาการ <math>\geq 1/3</math> ข้อ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ความลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ</li> <li>o ความลำบากในการรักษานอนหลับต่อเนื่อง</li> <li>o การตื่นนอนตอนเช้าก่อนเวลา</li> </ul> <p>B. รบกวนการนอนหลับนี้ก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกหรือในการประกอบอาชีพทางสังคม, การศึกษา, พฤติกรรมหรือด้านอื่นๆ</p> <p>C. ความยากลำบากในการนอนหลับที่เกิดขึ้นเป็นเวลอย่างน้อย 3 ครั้ง/คืน</p> <p>D. นอนหลับยากลำบากเป็นปัจจุบันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน</p> <p>E. นอนหลับยากทั้งๆที่มีโอกาสในการนอน</p> <p>F. นอนหลับไม่ได้นอนหลับจากความผิดปกติการนอนอื่น เช่น โรคลมหลับ (narcolepsy), ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ (breathing-related sleep disorder), นาฬิกาการนอนผิดปกติ (circadian rhythm sleep disorder), พฤติกรรมการนอนผิดปกติ (parasomnia)</p> <p>G. การนอนไม่หลับไม่ได้เกิดจากการใช้ยา</p> <p>H. ไม่ได้มีโรคทางจิตใจหรือโรคทางกายที่ทำให้นอนไม่หลับ</p>	<p>A. รายงานการนอน มีอาการ <math>\geq 1/5</math> ข้อ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ความลำบากในการเริ่มต้นการนอนหลับ</li> <li>o ความลำบากในการรักษานอนหลับต่อเนื่อง</li> <li>o การตื่นนอนตอนเช้าก่อนเวลา</li> <li>o ต่อต้านการเข้านอนตามตารางเวลาที่กำหนด</li> <li>o เข้านอนได้ยากถ้าไม่มีผู้ปกครองเข้าช่วยเหลือ</li> </ul> <p>B. รายงานการนอน มีอาการ <math>\geq 1/9</math> ข้อ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o เพลียอ่อนแรง</li> <li>o ขาดสมาธิ การจดจ่อ และสูญเสียความจำ</li> <li>o เสียประสิทธิภาพทางสังคม ครอบครัว การเรียน</li> <li>o อาการแปรปรวนและหงุดหงิด</li> <li>o การรบกวนกลางวัน</li> <li>o ปัญหาพฤติกรรม (เช่น ชน หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว)</li> <li>o ลดแรงจูงใจ/พลังงาน/ความคิดริเริ่ม</li> <li>o เกิดข้อผิดพลาดและอุบัติเหตุได้ง่าย</li> <li>o ความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ</li> </ul> <p>C. การนอนไม่หลับไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสหรือสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวย</p> <p>D. ปัญหาการนอน และมีอาการช่วงกลางวันร่วมด้วย <math>\geq 3</math> ครั้ง/อาทิตย์</p> <p>E. มีอาการนอนไม่หลับนาน <math>\geq 3</math> เดือน</p> <p>F. การนอนไม่หลับไม่ได้เกิดจากปัญหาการนอนอื่น</p>

ภาวะนอนไม่หลับ แบ่งตามระยะเวลาและสาเหตุเพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่

1. ภาวะนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia)

เป็นภาวะนอนไม่หลับ (primary insomnia) มีความสัมพันธ์กับ

- 1.1 ภาวะการนอนผิดปกติ (primary sleep disorder) เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ (obstructive sleep apnea), กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (restless leg syndrome), นาฬิกาชีวิตผิดปกติ (circadian rhythm disorder)

1.2 ภาวะนอนไม่หลับจากสาเหตุทางจิตใจ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า

1.3 ภาวะการนอนไม่หลับจากโรคทางกาย เช่น ความเจ็บปวด หอบหืด

2. ภาวะนอนไม่หลับชั่วคราว (Short-term or situation insomnia)

มักเกิดในเด็กและวัยรุ่นที่เคยมีการนอนปกติมาก่อน และได้รับผลจากสิ่งที่ไม่คุ้นเคยหรือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น เสียงดังเกินไป ร้อนเกินไป แสงสว่างมากเกินไป เป็นต้น มีความเครียดในชีวิต (เช่น เข้าเรียนใหม่) มีเหตุการณ์ที่รบกวนการนอน (เช่น การท่องเที่ยว jet lag)

## การวินิจฉัยแยกโรค

ในการวินิจฉัยภาวะนอนไม่หลับ (primary insomnia) ควรให้การวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะต่อไปนี้ ได้แก่

1. Delayed sleep-wake phase disorder<sup>7</sup> (DSWPD) คือการนอนหลับและตื่นช้ากว่าเวลาที่กำหนด มักพบในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น มีอาการง่วงนอนกลางวันได้ แต่ไม่มีปัญหาความต่อเนื่องในการนอน พบความชุกได้ 7-16%
2. Restless leg syndrome<sup>7</sup> (RLS) เป็นปัญหาโรคทางระบบประสาทเรื้อรัง (chronic neurological disorder) คือ ความรู้สึกไม่สบายของขาทำให้ต้องขยับขาเพื่อให้อาการดีขึ้น มักมีอาการช่วงตอนกลางคืน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการก่อนอายุ 35-40 ปี สาเหตุมักมีประวัติทางพันธุกรรมของเครือญาติลำดับที่ 1 สัมพันธ์กับยีนหลายตัว เช่น MEIS1, BTBD9, MAP2K5 และพบสัมพันธ์กับภาวะธาตุเหล็กต่ำ (low serum iron) และ/หรือระดับเฟอร์ริตินต่ำ (low serum ferritin) พบความชุก 1-6%
3. Obstructive sleep apnea (OSA)<sup>7</sup> มีปัญหาการอุดกั้นทางเดินหายใจตอนนอน มีนอนกรน หายใจลำบาก และหยุดหายใจได้ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากต่อมทอนซิลและต่อมอะดีนอยด์โต พบความชุกของโรค 1-4%
4. Poor sleep practices<sup>1</sup> การนอนไม่หลับจากการมีสุขลักษณะการนอนที่ไม่ดี เช่น ตั้งเวลาเข้านอนและตื่นนอนได้ไม่เหมาะสม ดื่มสารที่มีคาเฟอีน การมีกิจกรรมก่อนเข้านอนจนเลยเวลานอน เช่น ดูโทรทัศน์ หรือคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น
5. Sleep-disruptive environment issues<sup>1</sup> ห้องนอนมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมต่อการนอน สภาพทางกายภาพ ได้แก่ อุณหภูมิ แสง เสียงดัง รวมถึงการนอนร่วมกับผู้อื่นที่ตื่นบ่อยหรือนอนกรน
6. Short-sleepers<sup>1</sup> บางคนต้องการเวลาที่ใช้ในการนอนน้อยกว่าปกติ โดยไม่ส่งผลต่อการทำงานของนอนหรือการทำงานในตอนกลางวัน

## การประเมินภาวะนอนไม่หลับ

อาศัยข้อมูลจากประวัติของเด็กและครอบครัวที่นำไปสู่ความเข้าใจสาเหตุของภาวะนอนไม่หลับ อาจใช้การสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลปัญหาการนอน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองปัญหาด้านการนอน เช่น แบบสอบถามการนอน “BEARS question”

ตารางที่ 1 แบบสัมภาษณ์คัดกรองเบื้องต้นเรื่องปัญหาการนอน BEARS<sup>6</sup>

	วัยเด็กเล็ก	วัยเรียน	วัยรุ่น
เวลาเข้านอน (Bedtime problems)	ปัญหาการเข้านอน หรือรบกวนนอน	ปัญหาการเข้านอน	ปัญหาการรบกวนนอนเมื่อถึงเวลานอน
นอนหลับกลางวันมากเกินไป (Excessive daytime sleepiness)	งีบตอนกลางวัน หรือเหนื่อย หรือ หลับมากตอน กลางวัน	ตื่นนอนยากในตอนเช้า ง่วง ตอนกลางวัน หรืองีบตอน กลางวัน	นอนมากเกินไปตอนกลางวันที่ โรงเรียน หรือตอนขับรถ
ตื่นนอนกลางคืน (Awakening during the night)	ตื่นกลางคืนบ่อย	ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและ กลับมานอนใหม่ได้ยาก นอนละเมอหรือฝันร้าย	ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและกลับมา นอนใหม่ได้ยาก
ระยะเวลาการนอนและความ สม่ำเสมอ (Regularity and duration of sleep)	เข้าและตื่นนอนตรง เวลา เข้าและตื่นเวลาที่ ไม่ตรง	เข้าและตื่นนอนตรงเวลา เข้าและตื่นเวลาที่ไม่ง และในช่วงวันหยุดเป็น อย่างไร	เข้านอนและตื่นตรงเวลา เข้าและตื่นเวลาที่ไม่ง และในช่วงวันหยุดเป็นอย่างใด
การหายใจตอนนอน (Sleep-disordered breathing)	นอนกรนมากหรือ หายใจลำบาก	นอนกรนเสียงดังหรือ หายใจลำบาก	นอนกรนเสียงดัง

ดัดแปลงมาจาก “sleep medicine” Owen J, Dalzell V. Use of the “BEARS” sleep screening tool in Pediatric residents’ continuity clinic: a pilot study Sleep Med. 2005; 6(1):63-9.

### การซักประวัติ

ควรซักประวัติอย่างละเอียด โดยครอบคลุมถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประวัติปัญหาการนอนผิดปกติ เช่น ภาวะอดกั้นทางเดินหายใจ ภาวะขาดอากาศไม่เพียงพอ เป็นต้น สุขภาพทางกาย ปัญหาความเจ็บปวด ปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ประวัติการได้รับยา เช่น psychostimulant เป็นต้น

ประวัติพัฒนาการและโรงเรียน: พัฒนาการสมวัยดีหรือไม่ ผลการเรียนเช่น เด็กที่มีผลการเรียนดีมาก อาจมีภาวะวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับได้

ประวัติครอบครัว: มีประวัตินอนไม่หลับในเครือญาติลำดับที่ 1 (1<sup>st</sup> degree relatives)

## การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติที่ชัดเจน ยกเว้นมีปัญหาคัดกันทางเดินหายใจที่อาจตรวจพบต่อมทอลซิลโต

## การตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนอนหลับ

### 1. สมุดบันทึกการนอน (sleep diary)

การจดบันทึกระยะเวลาการนอน เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน ความยากลำบากในการเข้านอน นิสัยการเข้านอนที่ผิดปกติ การเข้าใจผิดคิดว่าตนเองนอนหลับไม่เพียงพอ (sleep state misperception)

### 2. การแปลผลการตรวจการนอนหลับ (polysomnography)

มักไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจ ยกเว้นมีปัญหาคัดกันการนอน (sleep disorder)

### 3. การตรวจการนอนหลับด้วยเทคนิค actinography

คือการจับการเคลื่อนไหวของร่างกาย เวลาเคลื่อนไหวร่างกายขณะตื่นและขณะนอนหลับ ช่วยในการบันทึกคุณภาพการนอนได้

## การดูแลรักษาภาวะนอนไม่หลับในเด็ก

### 1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral intervention) เป็นการรักษาหลักในอันดับแรก ประกอบด้วย

#### 1.1 การส่งเสริม สุขลักษณะการนอนที่ดี (sleep hygiene)<sup>7</sup> ได้แก่

- 1.1.1 จัดเวลาเข้านอนและกิจวัตรก่อนนอนให้ชัดเจน
- 1.1.2 เวลาเข้าและตื่นนอนควรจะเป็นเวลาเดียวกันทั้งวันธรรมดาและวันหยุด
- 1.1.3 ใช้เวลาเสียบๆก่อนเวลานอน งดกิจกรรมตื่นเต้นหรือกระตุ้นร่างกายมากเกินไป
- 1.1.4 ไม่ปล่อยให้หิวหรืออิ่มมากเกินไป
- 1.1.5 ไม่รับประทานคาเฟอีนก่อนเข้านอน
- 1.1.6 ให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 1.1.7 จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบและมีอุณหภูมิเหมาะสม
- 1.1.8 จัดอุณหภูมิให้เหมาะสม ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป
- 1.1.9 ไม่ใช้ห้องนอนเพื่อการลงโทษ
- 1.1.10 ไม่ควรมีโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ในห้องนอน

#### 1.2 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ (cognitive-behavioral therapy-I)<sup>8</sup> ร่วมกับการมีสุขลักษณะการนอนที่ดีโดยมีวิธีและขั้นตอนดังต่อไปนี้

##### 1.2.1 ควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control)

เพื่อลดการตื่นตัวและเพื่อส่งเสริมการนอนบนเตียงได้มากขึ้น เช่น การงดใช้ห้องนอนเพื่อทำงาน ลดความคิดกังวลเรื่องการทำงานก่อนนอน การใช้เตียงนอนเพื่อการนอนเท่านั้น เป็นต้น

1.2.2 จำกัดการนอน (sleep restriction)

การลดเวลาที่นอนอยู่บนเตียงถ้านอนไม่หลับ 20-30 นาที ให้ลุกจากเตียง แล้วเมื่อง่วงนอนให้กลับมานอนที่เตียงใหม่อีกครั้ง

1.2.3 การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive behavioral therapy)

กำหนดความเชื่อและความคิดใหม่เกี่ยวกับการนอน เพื่อช่วยให้หลับง่ายขึ้นและลดความกังวลเกี่ยวกับการนอน และจัดการความรู้สึกตื่นตัวขณะนอนหลับ

1.2.4 การรู้จักผ่อนคลาย (behavioral relaxation)

เลือกใช้เทคนิคการหายใจเข้าออก หรือการคลายกล้ามเนื้อ หรือการใช้ภาพจินตนาการ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย

1.2.5 การป้องกันการเป็นกลับซ้ำ (relapse prevention)

สามารถทำได้ด้วยการสร้างความเข้าใจว่าการเกิดซ้ำของอาการนอนไม่หลับสามารถเกิดขึ้นมาได้ใหม่เสมอ และการนำเทคนิคข้างต้นมาใช้จะช่วยให้การนอนหลับกลับมาดีขึ้นได้

2. การใช้ยา

ปัจจุบันยังไม่มียาที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration: FDA) ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับในเด็ก สำหรับเมลาโทนิน (Melatonin) มีการนำมาใช้เพื่อช่วยรักษาภาวะนอนไม่หลับ (insomnia) และการนอนไม่หลับที่เกิดจากการเปลี่ยนเวลานอน (delayed sleep-phase disorder) ช่วยในการควบคุมวงจรการนอนให้อยู่ในระบกกปกติ ขนาดยาที่เหมาะสมคือ 1-10 มก. โดยกิน 30-60 นาที ก่อนเข้านอน

**บทสรุป**

ภาวะนอนไม่หลับในเด็กและวัยรุ่น เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลจากประวัติของเด็กและครอบครัวที่นำไปสู่ความเข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การวางแผนดูแลรักษาใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอันดับแรก ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขลักษณะการนอนที่ดีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด สำหรับภาวะนอนไม่หลับอย่างเหมาะสม

**เอกสารอ้างอิง**

1. Mindell JA, Owens JA. Insomnia. In: Elfrank JM, Fischer A, Convery B, editors. A clinical guide to pediatric sleep diagnosis and management of sleep problems. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p. 200-207.
2. Bouvette-Turcot AA, Pluess M, Bernier A, et al. Effect of genotype and sleep on temperament. *Pediatrics* 2015;136(4):e914-21.
3. Touchette E, Dionne G, Forget-Dubois N, et al. Genetic and environmental influences on daytime and nighttime sleep duration in early childhood. *Pediatrics* 2013;131:e1874.
4. American psychiatric association. Sleep-wake disorder. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 181-201.
5. Zucconi M, Ferri R. Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures. In: Bassetti CL, Dogas Z, Peigneux P, Zoren D, editors. ESRS European sleep medicine textbook. Regensburg: European Sleep Research Society; 2014. p. 96.
6. Owens JA, Dalzell V. Use of the "BEARS" sleep screening tool in pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Med* 2005;6(1):63-9.
7. Owens JA. Sleep medicine. In: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, St Geme III JW, Behrman RE, editors. Nelson textbook of pediatrics. 20<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.114.
8. Badin E, Haddad C, Shatkin JP. Insomnia: the sleeping giant of pediatric public health. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(5):47.