

คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวฉันทนา แรงสิงห์

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

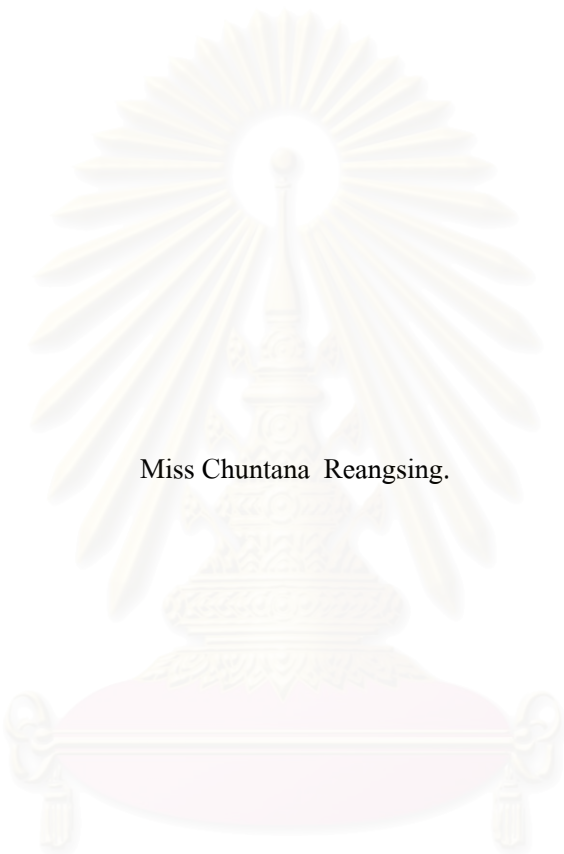
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF SLEEP AND MENTAL HEALTH OF PROFESSIONAL NURSES  
IN GOVERNMENT HOSPITALS; BANGKOK METROPOLIS.



Miss Chuntana Reangsing.

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวฉันทนา แรงสิงห์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทราคูลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ศิริพร ลือเกียรติยศ ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริพร ลือเกียรติยศ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรชัย เกื้อศิริกุล)

ฉันทนา แรงสิงห์ : คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ  
 ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร (QUALITY OF SLEEP AND MENTAL HEALTH OF  
 PROFESSIONAL NURSES IN GOVERNMENT HOSPITALS; BANGKOK METROPOLIS.)  
 อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.นพ.เชรา ทลิตอนันต์พงศ์; 139 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร รูปแบบการวิจัยเป็นลักษณะการวิจัยเชิงพรรณนา  
 ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) โดยการศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ  
 ทั้งหมด จำนวน 450 คน จากโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน  
 คือ 1.) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2.) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep  
 Quality Index (PSQI) 3.) แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ  
 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคว์-สแควร์ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
 ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของคุณภาพการนอนหลับ แบบ Enter multiple linear regressions  
 analysis. วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/ FW.

ผลการวิจัย พบว่า

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร  
 พบ ร้อยละ 65.1 ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.2 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มีเพียง  
 ร้อยละ 11.3 ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมี  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ คือ ความถี่ของการ  
 สะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรคึก การรบกวนจากเสียงและปัญหาการนอนหลับ

กล่าวโดยสรุป คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีคุณภาพ  
 การนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรคึก ระยะเวลาในการ  
 ปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง (ไม่มีวันหยุด) การงีบหลับ การออกกำลังกาย และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยนี้  
 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริหารการปฏิบัติงาน และการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของพยาบาล  
 วิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์  
 สาขา สุขภาพจิต  
 ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิติ.....  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....



##4974715230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD : QUALITY OF SLEEP/ MENTAL HEALTH/ NURSE

CHUNTANA REANGSING: QUALITY OF SLEEP AND MENTAL HEALTH OF PROFESSIONAL NURSES IN GOVERNMENT HOSPITALS; BANGKOK METROPOLIS.

THESIS ADVISOR: ASST.PROF.DACHA LALITANANTPONG, MD. 139 pp.

The purpose of this research were to study the quality of sleep, mental health and related factors of professional nurses in government hospitals; Bangkok metropolis. The research design was cross-sectional descriptive study. The sample was 450 professional nurses who working in government hospitals; Bangkok metropolis. The instruments were demographic data, The Pittsburgh sleep quality index and The Thai-mental health indicator. All data were analyzed with the SPSS/FW program to determine percentage, mean, standard deviation, the chi- square, Pearson's product moment correlation coefficient and Enter multiple linear regression analysis were used to determine factors related to quality of sleep and mental health.

The major findings were as followed:

Prevalence rate of poor quality of sleep in professional nurses were 65.1% and The Thai-mental health indicator scores indicated that 58.2 % of subjects had normal and 11.3 % of subjects had lower - normal Thai-mental health. The quality of sleep had to related mental health been significantly at  $p < 0.01$  and the factors to predicted quality of sleep included frequency of nocturnal awakening, mental health, length of time to night shift, noise and sleep problem.

In conclusions, this study revealed that majority of professional nurses in government hospitals; Bangkok metropolis had poor sleep quality and related mental health, length of time to night shift, length of time to working without vacation day, nap, exercise and environmental domain. The results of this study could be used as guideline administrator to manage and promoting sleep in professional nurses and also could improve both their good healthy and mental health in the future.

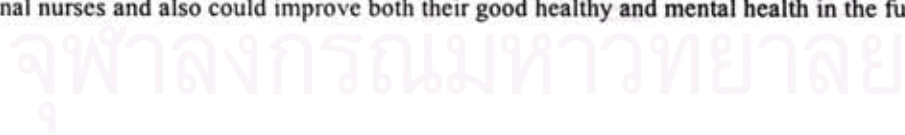
Department Psychiatry

Field of study Mental Health

Academic year 2007

Student's Signature.....*Chm*.....

Advisor's Signature.....*Del*.....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความเอื้อเฟื้อของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ. ที่นี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์เฉชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความกรุณา ให้แนวทาง ข้อคิดเห็น ให้กำลังใจ และรับฟังผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ลีบุญญวัชชัย ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรชัย เกื้อศิริกุล ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์นี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล ผู้ให้ความกรุณาชี้แนะแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ คณาจารย์ทุกท่านในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งผู้วิจัยจะระลึกถึงตลอดไป และครู-อาจารย์ทุกท่านในอดีตที่ผ่านมา ที่ได้อบรมสั่งสอน และถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

กราบขอบพระคุณ ท่าน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการกรมแพทย์ทหารบก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ ท่านหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการและวิจัย หัวหน้าแผนก หัวหน้ากอง/หอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาลโรงพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ให้ความเมตตา กรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ คุณศรีสกุล ชนม์สวัสดิ์ คุณสุภาพร พุกเจริญ รวมทั้งพี่เจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยทุก ๆ ด้าน

กราบขอบพระคุณท่านหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลและคุณ ภคพร อนันต์ตระกูล ศิลป์ หัวหน้าหอผู้ป่วยวชิรญาณ-สามัคคีพยาบาล ชั้น 4 รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสในการศึกษาต่อระดับปริญญาโท คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่เป็นอย่างสูง ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ได้คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ

## บทที่

1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความหมายของการนอนหลับ.....	7
ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	8
วงจรการนอนหลับ.....	10
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ.....	14
ประโยชน์ของการนอนหลับ.....	20
คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ.....	22
ความหมายของสุขภาพจิต.....	25
มิติของสุขภาพจิต.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตของพยาบาล.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32

## บทที่

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
----------------------------	----

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
รูปแบบการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
5. สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผล.....	102
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้.....	115
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	116
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก. จดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล.....	126
ภาคผนวก ข. ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	139

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 1	แสดงกลุ่มยาต่าง ๆ ที่มีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ.....	19
ตารางที่ 2	แสดงแผนภูมิแสดงโครงสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15).....	31
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร.....	35
ตารางที่ 4	แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ศาสนา และสถานภาพสมรส.....	49
ตารางที่ 5	แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม ที่อยู่อาศัยและลักษณะการนอน.....	50
ตารางที่ 6	แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และภาวะในการรับผิดชอบดูแลครอบครัว.....	51
ตารางที่ 7	แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม การมีโรคประจำตัว.....	52
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน และปริมาณที่ดื่ม.....	53
ตารางที่ 9	แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่ม และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์.....	54
ตารางที่ 10	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจวัตรประจำวัน ที่ปฏิบัติก่อนนอน.....	55
ตารางที่ 11	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม ลักษณะการตื่นนอน และความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา.....	56
ตารางที่ 12	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม ความถี่ของการตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ.....	57
ตารางที่ 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตาม การงีบหลับ ระยะเวลา ในการงีบหลับและความถี่ของการงีบหลับต่อสัปดาห์.....	58
ตารางที่ 14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านบุคคล จำแนกตาม การออกกำลังกาย.....	59
ตารางที่ 15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตามสถานที่ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และอายุงาน.....	60

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตารางที่ 16	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตามช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ผ่านมาใน 1 เดือน.....62
ตารางที่ 17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยการทำงาน จำแนกตาม ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง.....63
ตารางที่ 18	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตาม การมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและระยะเวลา ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม.....63
ตารางที่ 19	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาการนอนหลับ ช่วงเวลาและลักษณะของปัญหาในการนอนหลับ.....64
ตารางที่ 20	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และกายภาพ.....65
ตารางที่ 21	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ.....66
ตารางที่ 22	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและไม่ดี จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ.....66
ตารางที่ 23	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี จำแนกตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ.....68
ตารางที่ 24	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต.....71
ตารางที่ 25	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....72
ตารางที่ 26	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....75
ตารางที่ 27	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการ นอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test.....77
ตารางที่ 28	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....79
ตารางที่ 29	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.....82
ตารางที่ 30	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง.....85

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ตารางที่ 31	แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน .....86
ตารางที่ 32	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter Multiple Linear Regression Analysis) Model. 1.....89
ตารางที่ 33	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter Multiple Linear Regression Analysis) Model. 2.....90
ตารางที่ 34	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter Multiple Linear Regression Analysis) Model. สุดท้าย .....91

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของมนุษย์ คนเรานอนหลับประมาณ 3,000 ชั่วโมงในหนึ่งปี และประมาณ 14 ปีในช่วงชีวิต ดังนั้น การนอนหลับจึงเป็นเรื่องที่น่าติดตามศึกษา เพราะเราใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตไปในการนอน [1] การนอนหลับ เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในขณะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย [2-4] เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับ เซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน ฟื้นฟู ซ่อมแซม ส่งเสริม สภาพที่เสื่อมถอยและการสะสมพลังงานไว้ใช้เพื่อการปฏิบัติงาน ในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบประสาทส่วนกลาง ยังมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัว ต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย[5-10]

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเกิดขึ้นหลายอย่างในแต่ละระยะของการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่า การนอนหลับที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการการนอนหลับของบุคคลนั้น แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สุขภาพ อนามัยของบุคคลนั้น ระยะเวลาการนอนหลับของแต่ละบุคคลแตกต่างกันและไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ที่จะบอกได้ว่า แต่ละคนต้องการเวลานอนหลับเท่าใด และความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับหรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนและการที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่าดีหรือไม่ดีนั้น สามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลนั่นเอง [11] ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับ จึงเป็นตัวบ่งชี้ปัญหาการนอนหลับได้ดี

ปัญหาการนอนหลับมีผลต่อร่างกายได้แก่ เฉื่อยชา อ่อนเพลีย [12] ขาดความกระตือรือร้น ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ความไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง เนื่องจากแกร์นูโลไซต์และลิมโฟไซต์ ซึ่งมีหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคจะทำหน้าที่ลดลง [13] เวียนศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน [2] มึนตึ้น ปฏิกริยาสะท้อนลดลง (Reflex) พูดตะกุกตะกัก (Dysarthria) ความสามารถในการมองเห็น และได้ยินลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะความสามารถในการระบายอากาศของร่างกายลดลง [14] ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น ก้าวร้าว [15] แรงจูงใจลดลง ความรู้สึกไม่สบายกาย [16] ในบุคคลที่นอนไม่หลับ

นานเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดความผิดปกติของการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ และบุคคลจนอาจเกิดภาพหลอนได้ [11]

ภาวะสุขภาพจิต เป็นภาวะปกติสุขของแต่ละบุคคลในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในสังคม และมีความพึงพอใจกับวิถีชีวิตที่เขาดำรงอยู่ มีผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถสร้างงานและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข [17] โดยการมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ 1.) องค์ประกอบทางด้านสภาพจิตใจ 2.) สมรรถภาพทางด้านจิตใจ 3.) คุณภาพจิตใจ 4.) ปัจจัยสนับสนุน

พยาบาล เป็นวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้และทักษะในด้านวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์ในการปฏิบัติงานและมีปัจจัยในการทำงานที่แตกต่างจากอาชีพอื่น ๆ คือ มีตารางการปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน อัตราการปฏิบัติงานที่มีความถี่ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐก็จะมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างกับโรงพยาบาลของเอกชน ประกอบกับเป็นการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยังเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่าย รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงในด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานซึ่งล้วนมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรสนใจ เพราะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ความปลอดภัยและภาวะสุขภาพของพยาบาล [18-24]

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลและประชาชนทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังไม่มียางานการวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และเนื่องจากโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลได้ในระดับทุติยภูมิถึงระดับตติยภูมิ จึงทำให้ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล เน้นแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤติ พยาบาลทุกคนจึงต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงานที่ดีเยี่ยมและต้องป้องกันทุกวิถีทางในขอบเขตหน้าที่ของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ ประกอบกับสภาพปัจจุบัน โรงพยาบาลมีภาระงานที่มากขึ้น พยาบาลต้องทำงานหนักขึ้น โดยอัตราค่าจ้างที่เท่าเดิม จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล เพื่อนำความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับและปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

#### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร



2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานครมีอะไรบ้าง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

#### ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรเป้าหมาย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 400 เตียงขึ้นไป มาเป็นเวลาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยประกอบด้วย 1.)โรงพยาบาลราชวิถี 2.)โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3.)โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 4.)โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 5.)โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 6.)โรงพยาบาลเลิดสิน 7.)โรงพยาบาลตำรวจ 8.)โรงพยาบาลศิริราช 9.)โรงพยาบาลรามาธิบดี 10.)โรงพยาบาลตากสิน 11.)โรงพยาบาลกลาง 12.)วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และ 13.)โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 9,963 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ จำนวน 7 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ

#### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่

ปัจจัยทางด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ภาวะทางเศรษฐกิจการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ภาวะสุขภาพร่างกาย และสุขนิสัยในการนอน

ปัจจัยทางด้านการทำงาน ประกอบด้วย อายุงาน ตำแหน่งงาน ตารางการปฏิบัติงานอัตราการปฏิบัติงาน สถานที่ในการปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง

ปัจจัยทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แสง (ความสว่าง/ความมืด) เสียง อุณหภูมิ กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ความไม่สุขสบายของเครื่องนอนและความหิว / ความกระหาย

ตัวแปรตาม (dependent variables) คือ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต

### ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง มากกว่า 400 เตียง เท่านั้น ซึ่งอาจมีปัจจัยอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่นหรือในจังหวัดอื่น และลักษณะการนอนของกลุ่มตัวอย่างนั้น หมายถึง การนอนคนเดียวหรือนอนร่วมกับผู้อื่นภายใน ห้องเดียวกันไม่ได้ หมายถึง การนอนร่วมเตียงเดียวกัน

### คำนิยามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. **คุณภาพการนอนหลับ (Quality of sleep)** หมายถึง เป็นลักษณะการนอนหลับของ บุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอน หลับเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยได้ ในงานวิจัยนี้ได้ใช้แบบสัมภาษณ์และสอบถาม คัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ดันชัย สวัสดิ์ [25] จากคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1** คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถาม ข้อ 5) ของแบบประเมิน คุณภาพการนอนหลับ โดย การประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**องค์ประกอบที่ 2** ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)
2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว นานกว่า 30 นาที (คำถาม 9.1)

**องค์ประกอบที่ 3** ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)

**องค์ประกอบที่ 4** ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4)

ประสิทธิผลการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจาก จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาดำเนินนอน (จากข้อ 3 ลบด้วยเวลาเข้านอน ข้อ 1)

**องค์ประกอบที่ 5** การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2-9.10)

**องค์ประกอบที่ 6** การใช้ยานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6)

**องค์ประกอบที่ 7** ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8)

1. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามที่ 7)
2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

2. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง บุคลากรที่ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาล ระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรี หรือสูงกว่า และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง และปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร มาเป็นเวลาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยประกอบด้วยโรงพยาบาล ดังนี้ 1.)โรงพยาบาลราชวิถี 2.)โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3.)โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 4.)โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 5.) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 6.) โรงพยาบาลเลิดสิน 7.)โรงพยาบาลตำรวจ 8.)โรงพยาบาลศิริราช 9.)โรงพยาบาลรามาธิบดี 10.)โรงพยาบาลตากสิน 11.)โรงพยาบาลกลาง 12.)วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และ 13.)โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

3. สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่ปราศจากโรคจิตและโรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่มีข้อขัดแย้งในใจ ตลอดจนสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ แบบวัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น [26] (Thai Mental Health Indicator / TMHI-15) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (domain) คือ

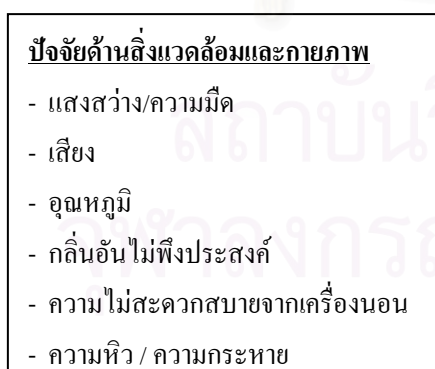
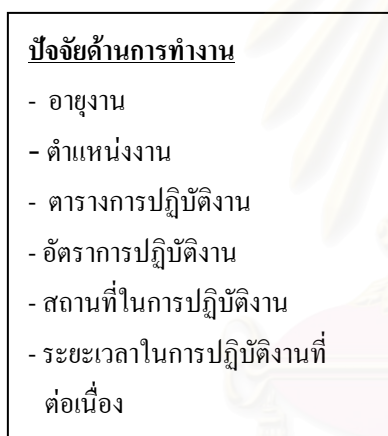
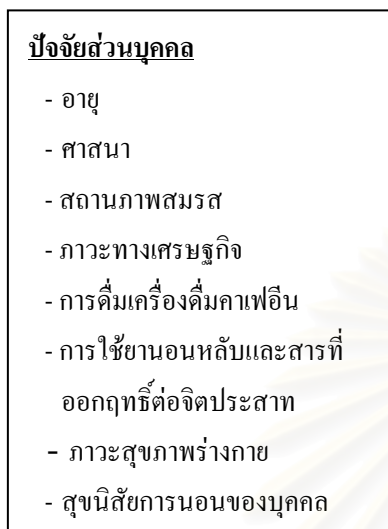
1. สภาวะจิตใจ (mental state) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
  - General well-being positive affect จำนวน 2 ข้อ
  - General well-being negative affect จำนวน 3 ข้อ
2. สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
  - Confidence in coping จำนวน 3 ข้อ
3. คุณภาพของจิตใจ (mental quality) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
  - Kindness and altruism จำนวน 3 ข้อ
  - Self-esteem จำนวน 1 ข้อ
4. ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
  - Family support จำนวน 3 ข้อ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

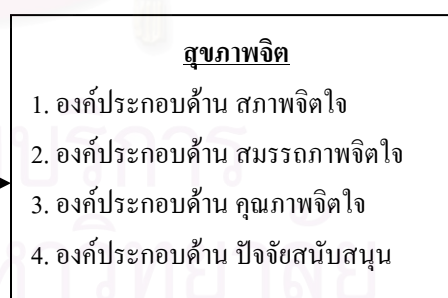
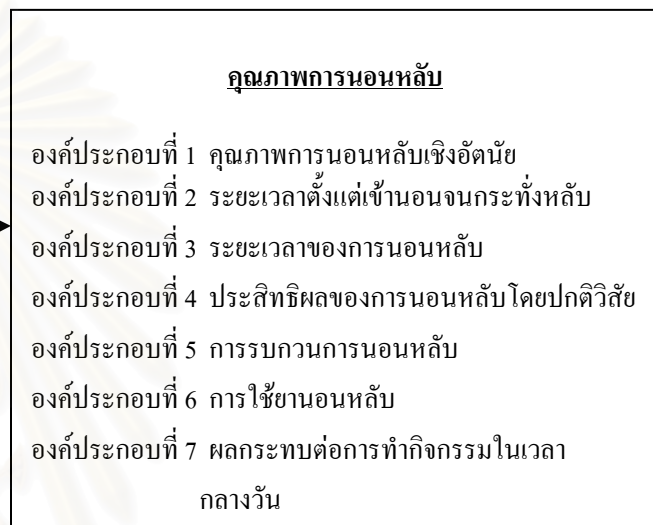
1. นำผลการวิจัยได้มาใช้ในการวางแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหในเรื่องคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ
2. เป็นพื้นฐานในการทำวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น



### ตัวแปรตาม



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการนอนหลับ
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ
3. วงจรการนอนหลับ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ
5. ประโยชน์ของการนอนหลับ
6. คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ
7. ความหมายของสุขภาพจิต
8. มิติของสุขภาพจิต
9. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตของพยาบาล
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความหมายของการนอนหลับ

เกษม ต้นผลาชีวะ [27] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับสติปัญญาหรือความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่าง ๆ ไปในลักษณะผ่อนคลายเป็นระยะต่าง ๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน เราจึงอาจกล่าวได้ว่า การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด

บุญชู อนุศาสนนันท์ [28] กล่าวว่า การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่สอดคล้องประสานกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่น ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในลักษณะผ่อนคลายเป็นระยะ ลักษณะของการนอนหลับ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่คงที่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมโดยเอนร่างกายนอนหงายและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

ดารัสณี โภธารส [29] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลย โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้โดย



การกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพจิตใจ อารมณ์และสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว ความพึงพอใจในตนเอง เป็นต้น

Bahr. [30] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัว ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อบรรเทาความเครียดและความรำคาญ เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายและจิตใจที่ได้รับความเสียหายนั้นจะได้รับการสร้างเสริม และฟื้นฟูสภาพ สามารถปลุกให้ตื่นได้โดยการให้สิ่งเร้าที่เหมาะสม

Guyton. [31] กล่าวว่า การนอนหลับ เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัว แต่สามารถถูกปลุกให้ตื่นได้โดยสิ่งเร้าที่พอเพียงและยังได้อธิบายลักษณะของการนอนหลับว่า ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง

Webster & Thompson. [32] กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิตและการทำหน้าที่ของร่างกาย การนอนหลับเกิดขึ้นตามธรรมชาติและมีรูปแบบที่ซ้ำกัน

Wood. [33] กล่าวว่า การนอนหลับ เป็นสภาพที่มีลักษณะเป็นการชั่วคราวเป็นช่วง ๆ ไม่ติดต่อกันและสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปมา ลักษณะที่เห็นได้ชัด คือ การเพิ่มระดับของ thresholds ของความไวต่อการรับรู้โดยทั่ว ๆ ไป และการแสดงอาการรำคาญมากขึ้น ลักษณะภายนอกที่เด่นชัดได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เปลือกตาปิดหรือหรี่ลง มีการหยุดพักหายใจบ้าง หายใจช้าลง ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต และความต้องการในการนอนมีทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ จะแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในทางผ่อนคลาย ลักษณะการนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่มีเลย โดยพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา มีการหยุดพักหายใจบ้าง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกตื่นได้ โดยการกระตุ้นสิ่งเร้าที่เหมาะสม

## 2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับ และการตื่นเป็นปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน อันเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทชีวเคมีในสมอง ตามทฤษฎีดังกล่าวต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีผลโดยอ้อม (passive theory of sleep) ทฤษฎีกล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากสมองส่วน แอนเซนดิง เรติคูลาร์ แอคติเวตค ซิสเต็ม (ascending reticular activating system: ARAS) ซึ่งทำหน้าที่ในขณะที่ตื่นจะลดการทำงานลง ส่งผลให้ลดการกระตุ้น

สมองส่วนนอก คอร์เท็กซ์ ทำให้รู้สึกง่วงนอนและเข้าสู่วงจรการนอนหลับ แต่ในระยะต่อมา มีการศึกษาและทดลอง ได้ข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับแนวคิดนี้

2.2 ทฤษฎีผลโดยตรง (active theory of sleep) ในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกัน คือ การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น เนื่องจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มในก้านสมอง ส่วนบริเวณใต้มิดพอนส์ (midpons) ได้แก่ เซลล์ประสาทราเฟ (raphe nuicel) เซลล์ประสาทบริเวณ รอสทรัล โซลิทารี แทรค (rostral solitary tract) และนิวเคลียส เรติคูลาริส เวนทรัลลัส (nuclues reticularis ventralis) ซึ่งหลังสารสื่อประสาทชื่อ ซีโรโทนิน เมื่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับรู้สีกลดลงร่วมกับมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม เช่น ความอบอุ่น ความอึดหรือสิ่งเร้าที่เกิดซ้ำๆ และสม่ำเสมอ จะทำให้เซลล์ประสาทเหล่านี้ทำงานเพิ่มขึ้น และมีผลยับยั้งการทำงานของสมองส่วนอื่น ๆ ที่สำคัญคือส่วนเปลือกสมองคอร์เท็กซ์ (cortical corex) โดยการขัดขวางการทำงานของส่วนเรติคูลาร์ ฟอรัมชัน (inhibit reticular formation) ผลคือ เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างช้า (non-rapid eye movement sleep : NREM) ส่วนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep : REM) ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาท โลกัส ซีรูเลียส (locus deorulues) และ ใจแกนโทเซลลูลาร์ เทกเมนตัล ฟิลด์ (gigantocellular tegmental field : GTF) ในสมองส่วนพอนส์ ซึ่งหลังสารนอร์แอดรีนาลีนและ อะซีทิลโคลีน ตามลำดับ

2.3 ทฤษฎีสารชีวเคมี (humoral theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ช่วงเวลาที่ตื่นขณะที่ร่างกายมีกิจกรรมจะมีการสร้างของเสีย (chemical toxin) ซึ่งมีผลให้บุคคลเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และต้องการการนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับร่างกายจะมีการขจัดสารที่ทำให้หลับ (hypnotic toxin) ออกจากร่างกายทำให้เราตื่นขึ้น แต่ทฤษฎีนี้ถูกโต้แย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่าเฟลคซามอิน-จัน ซึ่งมีระบบไหลเวียนร่วมกันแต่กลับนอนหลับคนละเวลาและมีแบบแผนการนอนหลับที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนักสรีรวิทยาและนักชีวเคมีค้นพบสารชีวเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเหนี่ยวนำให้ร่างกายผ่อนคลาย และนอนหลับ ได้แก่ กรดแกมมา-อะมิโนบิวไทริก (gamma-aminobutyric tyric acid :GABA) เปปไทด์ (pepties) พรอสตาแกลนดิน (prastaglandins) เมลาโตนิน (melatonin) และฮอร์โมนอื่น ๆ การมีสารต่างๆดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับเกิดกระบวนการผ่อนคลาย อาจเป็นผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับได้ ซึ่งลักษณะการเกิดและคุณสมบัติของสารเหล่านี้

2.4 ทฤษฎีสว่างทดแทน (restitution theory) ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่า การนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอหรือใช้ไปในขณะตื่น การนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านร่างกาย ส่วนการนอนหลับแบบ REM จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ บางคนเชื่อว่า ช่วงที่ร่างกายได้นอนเต็มที่ คือ ช่วง REM โดยเฉพาะ 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับระบบประสาท

จะมีการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) เพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการนำ อะมิโนแอซิก เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสังเคราะห์โปรตีน แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ก็ยังมีข้อโต้แย้งว่า เซลล์ที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์โปรตีนนั้น จะต้องใช้อินซูลิน ร่วมด้วย แต่ในร่างกายกลับไม่พบอินซูลินในระยะแรกของการนอนหลับ

### 3 วงจรการนอนหลับ

ทั้งคนและสัตว์ส่วนใหญ่จะมีวงจรการหลับตื่นใน 1 วัน เรียกว่า circadian rhythm ซึ่งจะมีอยู่ตลอดถึงแม้ว่าจะให้อยู่ในที่มืดตลอดเวลา หรืออยู่ในที่สว่างตลอดเวลาตลอดเวลาก็ตาม วงจรนี้เกิดขึ้นจากการควบคุมภายในร่างกาย แต่สามารถปรับแต่งวงจรนี้ให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ จากการศึกษาพบว่า circadian rhythm นี้ถูกควบคุมโดยบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่เป็นนาฬิกาในร่างกาย (biological Clock) ซึ่งได้แก่ suprachiasmatic nuclei (SCN) ของไฮโปธาลามัส ซึ่งมีการติดต่อใกล้ชิดกับจอตาทาง retinohypothalamic tract การใช้ไฟฟ้ากระตุ้น SCN ของไฮโปธาลามัส พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm. นอกจากนี้ยังพบว่า SCN ยังถูกควบคุมอยู่หลายทาง เช่น ทางฮอร์โมนหรือทางวิถีประสาทอื่น จึงจัด SCN เป็นศูนย์กลางประสานงานในการควบคุม circadian rhythm ของร่างกาย แม้ว่าวิถีประสาทที่แสดงการติดต่อของ SCN กับสมองบริเวณอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหลับตื่นยังไม่ทราบโดยละเอียด แต่อาจสรุปการติดต่อของ SCN กับสมองส่วนอื่น ๆ ได้ คือ SCN รับข้อมูลจากจอตาทั้งทางตรงและทางอ้อม จาก SCN จะส่งเส้นประสาทส่วนใหญ่ไปยัง anterior hypothalamic area และ retrochiasmatic area และส่งเส้นประสาทส่วนน้อยไปยัง Lateral hypothalamic area, tubular hypothalamus, basal forebrain และ midline thalamus พบว่ามีการติดต่อกันอย่างกว้างขวาง ระหว่าง anterior hypothalamic area, retrochiasmatic area และ lateral hypothalamic area กับ ischemic reticular formation ซึ่งรวมไปถึง locus coeruleus, dorsal raphe และ lateraldorsal segmental nucleus และตามที่ทราบแล้วว่า reticular formation จะส่งกระแสประสาทไปทุกส่วนของ ซีรีบรัมคอร์เทกซ์ อาจทางตรงหรือผ่านทาง nonspecific thalamic nuclei, lateral hypothalamus หรือ nucleus basalis ดังนั้น จึงมีวิถีประสาทจำเพาะสำหรับ SCN ในการควบคุม circadian rhythm ของวงจรหลับตื่นผ่านทางวงจรประสาทดังกล่าว

#### ระยะของการนอนหลับ (Sleep Stage)

การนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวภาพ มีกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นระดับของพฤติกรรมที่มีจังหวะและวงจร ตลอดระยะเวลาของการนอนหลับ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวเคมี แบบแผนการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่จะเริ่มต้นด้วย

ระยะก่อนหลับ โดยจะค่อยๆง่วงนอน ร่างกายทุกส่วนจะคลายตัว ปกติใช้เวลานานที่สุดประมาณ 10-30 นาที แต่ถ้าบุคคลนั้นหลับยาก อาจจะใช้เวลานานเป็นชั่วโมงหรือมากกว่าได้ [34]

นักวิจัยได้แบ่งขั้นตอนของการนอนหลับโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือ โพลีซอมโนกราฟี (polysomnography) ซึ่งเป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างต่อเนื่องในขณะที่หลับ โดยทั่วไปจะตรวจบันทึก 3 ตัวแปร ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electro encephalogram: EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electro oculogram: EOG) และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electro myelogram: EMG) [35] โดยปกติการนอนหลับในคนปกติแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

3.1. ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาช้า (NREM) เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพรียงกัน (synchronized) ภายใต้อาการที่ปิดอยู่ ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เริ่มลดลง คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (slow voltage and fast or high frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูงและความถี่ต่ำ (high voltage and slow wave) การนอนหลับช่วงนี้อาจมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (Stage I Sleep) เป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากตื่นเป็นหลับหรือกำลังเคลิ้มหลับ (falling sleep) ความคิดไม่ผูกพันกับความจริง ปกติการนอนในระยะนี้จะนานเพียง 7 นาที ปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองค่อย ๆ เปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (alpha wave) เป็นคลื่นเธตา (theta wave) โดยความถี่ลดลงแต่ยังเร็ว ในขณะที่ความแรงไฟฟ้า (amplitude) ยังอยู่ในระดับต่ำ ลูกตากลอกไปมาตามแนวอนขาคู่ รูสึกเคลิ้ม ๆ เลื่อนลอยและผ่อนคลาย อัตราริพจรและการหายใจลดลง อาจพบมีกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและแขนขากระตุก (myoclonic jerks) ถูกปลุกให้ตื่นง่ายโดยเสียงเบา ๆ เช่น เสียงพูด เสียงปิดเปิดประตู หรือ การสัมผัสอย่างเบาเมื่อ ถ้าตื่นขึ้นในระยะนี้จะรู้สึกง่วงตัวเองยังไม่ได้นอนหลับ หรือเพียงครึ่งหลับครึ่งตื่นเท่านั้น ระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของปริมาณการนอนหลับ [36]

ระยะที่ 2 (Stage II Sleep) เป็นระยะหลับตื้น (Light sleep) เป็นระยะที่มีการหลับอย่างแท้จริงเป็นระยะแรก ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ลักษณะคลื่นสมองเป็นคลื่นเธตาที่มีความถี่ไม่สม่ำเสมอในช่วงต้นแล้วจึงค่อย ๆ ลดลง ความแรงไฟฟ้าต่ำแล้วค่อย ๆ สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับ ร่วมกับปรากฏคลื่นที่มีลักษณะเฉพาะ 2 ชนิด คือ ช่วงคลื่นสปินเดิล (Spindle shape หรือ Sleep spindles) ซึ่งมีลักษณะเป็นคลื่นหัวท้ายเรียวแหลม เท่ากัน มีความถี่สูง และ เค คอมเพลกซ์ (K complex) ซึ่งมีลักษณะเป็นคลื่นเดี่ยวหัวตั้งตามด้วย หัวกลับที่มีความแรงไฟฟ้าสูงกว่าปกติ คลื่นทั้งสองชนิดนี้จะปรากฏแทรกเป็นระยะ ๆ โดยไม่สัมพันธ์กัน การนอนหลับระยะที่ 2 นี้มักไม่มีการกลอกลูกตาหรือมีน้อยมาก เป็นระยะที่ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิร่างกายลดลง การหายใจเริ่มสม่ำเสมอและช้าลง มีการถอนหายใจเป็นครั้งคราว เริ่มหลับลึกลงเรื่อย ๆ ถ้าถูก



กระตุ้นแรง ๆ จะสะดุ้งตื่นได้ แต่ถ้ากระตุ้นเพียงเบา ๆ จะไม่ทำให้ตื่น ระยะเวลาพบได้ประมาณร้อยละ 45-55 ของปริมาณการนอนหลับ

ระยะที่ 3 (Stage III Sleep) เป็นระยะหลับปานกลาง (Medium sleep) หรือ หลับสนิท เริ่มเข้าสู่ระยะนี้ใน 30-45 นาที หลังเริ่มต้นนอนหลับ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นเดลตา (Delta wave) ซึ่งมีความถี่คลื่นช้า และมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างมาก ยังปรากฏคลื่นเค คอมเพลกซ์ และสปินเคิล แต่ปริมาณลดลง ความถี่ช้าลง และความแรงไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างมาก พบคลื่นสมองที่บันทึกได้มีการกลอกลูกตาดำน้อยลง กล้ามเนื้อคลายตัวมากขึ้น ระยะนี้ระบบประสาท

พาราซิมพาเทติกทำงานเด่น มีผลให้สัญญาณชีพ และอัตราการเผาผลาญอาหารลดลงอยู่ในระดับต่ำ ในระยะนี้จะถูกปลุกให้ตื่นได้ยาก ร่างกายจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง สิ่งเร้าภายนอกปกติไม่สามารถปลุกให้ตื่นในระยะนี้ได้ ระยะเวลาพบได้ประมาณร้อยละ 3-8 ของปริมาณการนอนหลับ

ระยะที่ 4 (Stage IV Sleep) เป็นระยะหลับลึก (Deep sleep) หรือหลับสนิทที่สุด ผู้ระยะนี้ หลังการหลับระยะที่ 1 ประมาณ 40 นาที ลักษณะคลื่นสมองเป็นคลื่นเดลตาแยกจากระยะที่ 3 ด้วยความถี่ต่ำ ความแรงของไฟฟ้าสูงไม่ต่ำกว่า 75 ไมโครโวลต์ และมีความสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะเช่นนี้มากกว่าร้อยละ 50 ของคลื่นสมองที่ปรากฏบนแผ่นบันทึก ระยะที่ 4 นี้คงจะอยู่นานประมาณ 20-40 นาที เป็นระยะที่ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ มีความสำคัญต่อกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและการสะสมพลังงานของร่างกายระดับซีโรโทนิน (serotonin) ระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (growth Hormone) และระดับโซมาโตโทรฟิกฮอร์โมน (somatotrophic hormone) เพิ่มขึ้น คนที่อดนอนจะนอนหลับในระยะนี้เพิ่มขึ้นและนานขึ้น ปริมาณเวลาของการนอนหลับระยะที่ 4 จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนในครั้งนั้นๆ ระยะนี้อาจยังมีการกลอกลูกตาดำบ้างเล็กน้อย อัตราการเผาผลาญอาหารจะอยู่ในระดับต่ำและคงที่ กล้ามเนื้อผ่อนคลายเกือบสมบูรณ์ อัตราชีพจรและการหายใจลดลงถึงร้อยละ 20-50 เมื่อเทียบกับขณะตื่น ปลุกให้ตื่นได้ยาก และตื่นช้า อาจมีการละเมอ หรือฝันเปียกได้ในระยะนี้ ระยะเวลาพบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของปริมาณการนอนหลับ

การถูกปลุกให้ตื่นในการหลับชนิด NREM ไม่ว่าในระยะใด บุคคลจะต้องเริ่มต้นใหม่ด้วยการเริ่มต้นระยะที่ 1 เสมอ การหลับชนิด NREM ระยะที่ 3 และ 4 อาจจะเรียกรวมกันว่า การหลับระยะคลื่นช้า (slow wave sleep: SWS หรือ Delta) เนื่องจากคลื่นสมองช้า ความถี่ต่ำอย่างน้อยร้อยละ 20 เป็นช่วงที่ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตจะต่ำสุดในรอบ 24 ชั่วโมง แต่การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น

### 3.2. ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM)

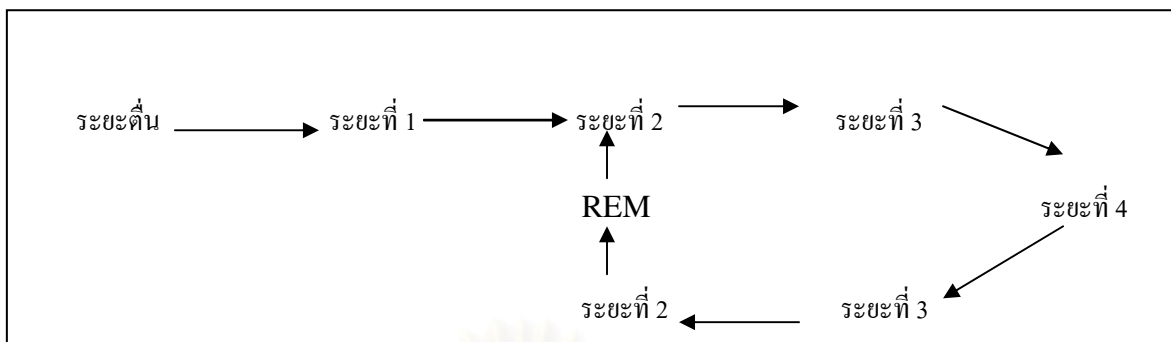
ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวมากกว่าระยะอื่น เนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเด่นกว่าพาราซิมพาเทติก ลักษณะคลื่นสมองมี



การเปลี่ยนแปลงเป็นเร็วขึ้น ความแรงของไฟฟ้าต่ำเหมือนในขณะที่ตื่นอยู่ พบคลื่นลักษณะคล้ายฟันเลื่อย (saw tooth wave) เป็นบางช่วง แต่กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีการคลายตัวมากที่สุด ยกเว้นกล้ามเนื้อตา ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น ด้วยลักษณะที่เกิดร่วมกันระหว่างการตื่นและหลับสนิท จึงเรียกการหลับระยะนี้ว่า การหลับแบบพาราดอกซ์คอลล (paradoxical sleep or desynchronized sleep or activity sleep) ในระยะนี้จะมีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วเป็นระยะ ๆ มีการฝันที่ชัดเจน มักเป็นเรื่องราวที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันน้อย อาจมีการแสดงออกที่ใบหน้า เช่น ยิ้ม หัวเราะ เศร้า และร้องไห้ การหลับชนิดนี้เป็น การหลับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีผลต่อการเรียนรู้ การลดความวิตกกังวลและความเครียด เชื่อว่าสารเคมีหลัก 3 ตัว คือ ซีโรโทนิน (serotonin) อะซีทิลโคลีน (acetylcholine) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) ปลุกให้ตื่นได้ยาก ถ้าถูกปลุกให้ตื่นขึ้นในระยะนี้จะรู้สึกใจหวิว เหมือนตกจากที่สูงและจำความฝันได้มาก ในระยะนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาคือการไหลเวียนโลหิตในสมอง ความดันโลหิต อัตราชีพจรและการหายใจไม่สม่ำเสมอ และอาจจะสูงกว่าในขณะที่ตื่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดการเจ็บหน้าอก และอาการจะหายไปเมื่อผ่านการนอนช่วงนี้

นอกจากนี้ การหลังกรดในกระเพาะอาหาร การหลังฮอร์โมนคอร์ติสเตียรอยด์ อัตราการเผาผลาญอาหาร อุณหภูมิร่างกาย และการใช้ออกซิเจนจะเพิ่มขึ้น ผู้ชายทุกวัย มักมีการแข็งตัวขององคชาติเกิดขึ้นในระยะนี้เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายหดรัดในวงจรแรก ๆ ของการนอนหลับ (ช่วงตื่น) จะมีการหลับระยะนี้สั้นคือประมาณ 1-5 นาทีและจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในวงจรต่อไป จนกระทั่งกินเวลาประมาณ 20-40 นาทีเมื่อใกล้ตื่น การหลับช่วงสุดท้ายของระยะ REM เป็นระยะเตรียมตัวตื่น (intermediate stage) มักมีการถอนหายใจนำมาก่อนแล้วเริ่มเหยียดแขน ขา พลิกตัว อาจกลับนอนหลับใหม่ แต่ในช่วงนี้สามารถปลุกให้ตื่นได้ง่าย การหลับปกติจะมีการหลับชนิด REM เป็นวงจรทุก ๆ 70-100 นาที ยิ่งหลับนานเท่าใด ระยะเวลาของการหลับชนิด REM จะยิ่งนานมากขึ้น

การหลับของคนปกติจะผ่านเข้าสู่การหลับระยะ NREM ระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 ก่อนเข้าสู่การหลับระยะ NREM และ REM จะเกิดหมุนเวียนสลับกันเป็นวงจร โดยวงจรการนอนหลับพื้นฐานคือ เมื่อเริ่มตื่นนอนหลับ คลื่นไฟฟ้าสมองจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะที่ 1 ต่อไปเป็นระยะที่ 2, 3 และ 4 หลังจากนั้นก็กลับมาเป็นระยะ 3, 2 และระยะ REM ในวงจรต่อมาจะต่อเนื่องเข้าสู่ระยะที่ 2 โดยข้ามระยะที่ 1 ไป และดำเนินระยะต่างๆ โดยอาจเรียงลำดับและมีระยะเวลาของแต่ละช่วงแตกต่างกันไป ดังแสดงในรูปที่ 1



### แผนภาพที่ 1 แสดง วงจรการนอนหลับพื้นฐาน 1 วงจร

วงจรการนอนหลับจะมีพัฒนาเป็นรูปแบบชัดเจนขึ้นเริ่มตั้งแต่อายุ 2 ปี และในแต่ละวัยจะมีรูปแบบของวงจรการนอนหลับที่แตกต่างกัน

อายุ 20 ปี รูปแบบของวงจรการนอนหลับ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยการนอนหลับระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น ระยะที่ 3 และ 4 ลดลง เหลือร้อยละ 15-20 ช่วง REM เริ่มลดลงเหลือร้อยละ 20 โดยจะคงที่ไปตลอดชีวิต

อายุ 40 ปี การนอนหลับระยะที่ 4 เริ่มลดลง

อายุ 50 ปี การนอนหลับระยะที่ 4 ลดลงถึงร้อยละ 50

วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการนอนหลับมีแนวโน้มลดลง ระยะต่าง ๆ ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป การนอนหลับระยะที่ 1 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของปริมาณการนอนหลับทั้งหมด แต่ระยะที่ 3 และ 4 ลดลงเกือบไม่มี

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

การนอนหลับที่เพียงพอกับความต้องการของแต่ละบุคคล หมายถึง การหลับที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณ โดยส่งผลให้บุคคลนั้นๆ แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า และปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ หลังจากตื่นนอนแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

4.1. อายุ เป็นปัจจัยขั้นปฐมภูมิในการกำหนดปริมาณและลักษณะของการนอนหลับที่จะมีผลต่อรูปแบบวงจรการนอนหลับ ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยสูงอายุ โดยประสิทธิภาพของการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น บุคคลที่สูงอายุมักจะมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากหนุ่มสาว บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการนอนหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี เนื่องจากการหลับระยะคลื่นช้า จะสูงสุดช่วงวัยรุ่น จะลดลงอย่างสม่ำเสมอ โดยจะเหลือการหลับระยะคลื่นช้าประมาณร้อยละ 15-20 ของการหลับทั้งหมด ในคนอายุ 20 ปี และจะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มีการหลับระยะคลื่นช้าเลยในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป คนหนุ่มสาวจะหลับยาก แต่ถ้าเริ่มหลับได้จะหลับตลอด ส่วนในคนสูงอายุไม่มีปัญหาตอนเข้านอน แต่จะหลับยาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อยมีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ตื่นบ่อยตลอดคืน และมักตื่นแต่เช้านี้พร้อมกับรู้สึกว่าคุณอนไม่เพียงพอ [37] จากการศึกษาของแมคจี และรัส

เซล [38] พบว่าในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่หลับได้น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน เหตุผลของการตื่นบ่อยครั้งมาจากความไม่สบายของร่างกาย หรือจากการถ่ายปัสสาวะ

4.2. ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ จากการศึกษาที่เชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน อาจเป็นสิ่งรบกวน (Daily hassles) ให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล โศกเศร้า หรือแม้แต่อารมณ์ตื่นเต็นมีผลต่อการนอนหลับ ร่างกายจะมีการหลั่ง นอร์แอดรีนาลีน ซึ่งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับยาก [39] หรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอ หรือในบางคนอาจจะหลับมากกว่าปกติ และปลุกตื่นได้ยากจากการเปลี่ยนระยะการนอนหลับเร็วเกินไป ทำให้นอนหลับได้ไม่ครบวงจรการนอนหลับ โดยระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง [40] ส่วนในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับโมโนเอมีน ออกซิเดส (monoamine oxidase) สูงขึ้น ซึ่งเอนไซม์นี้จะสลายนอร์แอดรีนาลีน และซีโรโทนิน หรือ 5-HT (hydroxy-tryptamine) ทำให้บุคคลเหล่านี้หลับยาก และตื่นบ่อยเมื่อหลับแล้ว ตามที่ สโตนฮิวส์ [40] กล่าวว่า ความเศร้าเป็นต้นเหตุของการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลจะทำให้นอนหลับยาก และตื่นบ่อยได้เป็นผลให้นอนหลับไม่เพียงพอ จากการศึกษาของ

บุญชู อนุศาสนันท์ [28] พบว่า ความกลัวและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาภรณ์ โกศล [41] ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ไม่ปกติเนื่องจากความกลัวและวิตกกังวล หรือความเครียดนั้นจะนอนหลับได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มิสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ปกติ.

4.3. สภาวะทางร่างกาย คือ สภาวะของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ได้แก่

4.3.1 ความเจ็บปวด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ปวดจากข้ออักเสบ มะเร็ง บาดเจ็บที่หลังส่วนล่าง หรือมีแผลในกระเพาะอาหาร เพราะว่าความเจ็บปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ทำให้แคทีโคลามีน กลูตาออน คอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนประเภทสเตียรอยด์ และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิด เป็นต้น ผลจากความเจ็บปวดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง หลับยากขึ้น ระยะหลับลึกลดลง และทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ในผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ หรือลำไส้ จะตื่นขึ้นภายหลังจากหลับแล้ว เพราะความเจ็บปวดจากกรดที่มีการหลั่งมากขึ้น ในระยะการนอนหลับช่วง REM (ประมาณ 01.00-03.00 น.) โดยในช่วงนี้มักมีการหลั่งกรดสูงสุด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้ และในผู้ที่มีปัญหาในระบบหลอดเลือดและหัวใจ มักจะมีอาการกำเริบในตอนกลางคืน ในระยะ REM เพราะช่วงนี้ร่างกายต้องการออกซิเจนมาก หัวใจทำงานมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

4.3.2. การหายใจลำบาก การหายใจถือว่าเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต อาการหายใจลำบากมักจะรุนแรงขึ้นในขณะที่นอนหลับเนื่องจากกล้ามเนื้อฟาริงซ์ (pharyngeal muscle) คลายตัว

ทำให้ทางเดินหายใจมีแรงต้านมากขึ้น ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้ง และการระบายอากาศใน 1 นาที ลดลง ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจ มักมีปัญหาการนอนหลับ โดยตื่นบ่อยครั้งร่วมกับมีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง และจะถูกรบกวนการนอนหลับได้มากขึ้นในกลุ่มที่มีความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจมากกว่า

4.3.3. การไอ มักพบในผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ มักจะมีอาการไอร่วมด้วย เพราะการไอเป็นกลไกการป้องกันตัวของร่างกายเพื่อแสดงให้รู้ว่ามีสิ่งระคายเคืองอยู่ในระบบทางเดินหายใจและผู้ที่แพ้ฝุ่นละออง อากาศ และสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ โดยเฉพาะเวลาที่ไอกลางคืน จะรบกวนการนอนหลับมาก นอกจากนี้การไอเป็นอาการสำคัญของภาวะหัวใจเวเนทรีเคิลซ้ายวาย ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยการไอจะเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยยิ่งทำให้รบกวนการนอนหลับมากยิ่งขึ้น

4.3.4. อาการชาตามแขนและขา อาการชาเกิดจากประสาทส่วนปลายที่รับรู้ความรู้สึก ทำลายหรือถูกทำให้เสียหายที่ ซึ่งมักพบร่วมกับโรคบางอย่างเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเกิดจากยา หรือสารเคมีบางอย่าง เช่น สารหนู (arsenic) หรือสารตะกั่ว หรือเกิดจากการที่ขาดสารอาหารบางชนิดเช่น พวกรู วิตามิน B<sub>1</sub> B<sub>6</sub> และ B<sub>12</sub> เป็นต้น อาการชาทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย จึงเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ

4.3.5. อาการแน่นท้อง จากการรับประทานอาหารมากเกินไป หรือเกิดจากการที่อาหารไม่ย่อย หรือเกิดจากการมีโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคตับแข็ง ตับโต ทำให้มีอาการแน่นท้องอืดมาก เป็นผลให้หายใจลำบาก เนื่องจากแก๊สหรือน้ำในช่องท้องไปดันกระบังลม และช่องทรวงอก ทำให้แน่นอึดอัด หายใจไม่ออก ทำให้นอนไม่หลับได้

4.3.6. การปัสสาวะบ่อย อันเนื่องมาจากการเป็นเบาหวาน เบาจืด หรือจากการที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้มีการขับปัสสาวะมาก ทำให้ตื่นบ่อย นอกจากนี้ยังอาจจะเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีการอักเสบจากการเป็นนิ่ว ทำให้ปัสสาวะบ่อยจากการถูกกระตุ้นของกล้ามเนื้อทริเซอร์ ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ ทำให้ส่งผลต่อการนอนหลับได้

4.3.7. อาการคัน ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุทั้งจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศหนาว ทำให้ผิวหนังแห้งและคัน ส่วนอากาศร้อนทำให้เหงื่อออกมากเกิดการอับชื้นทำให้คันได้เหมือนกัน สำหรับการติดเชื้อที่ผิวหนังก็ทำให้เกิดอาการคันได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังอาจจะเกิดจากการ โดเนแมลง สัตว์ กัด ต่อย หรือจากการแพ้ยา เพราะว่ายายาบางชนิดมีฤทธิ์กระตุ้นแมสเซลล์ (mast cell)



ทำให้มีการหลั่งฮิสตามีน (histamine) ออกมาทำให้เกิดการคัน และในบางโรคพวกคิซัน หรือดื่บ อักเสบ น้ำดีไม่สามารถไหลลงถึงลำไส้เล็กส่วนคูโอดินัมได้ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำดีในร่างกาย เกิด การคันได้ เมื่อมีอาการคัน จึงทำให้รบกวนการนอนหลับได้

4.3.8. ความหิว ความหิวถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปธาลามัส (lateral hypothalamus) ความหิวจะเกิดขึ้นเมื่อมีระดับกลูโคส หรือกรดอะมิโนในเลือดต่ำ โดยระดับกลูโคสจะมีผลต่อการ เกิดความหิวมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือดื่มน้ำ-อาหาร หรือมีพยาธิสภาพของ โรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ทำให้หิวบ่อย เมื่อมีอาการหิวก็จะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย จึงทำให้ มีปัญหาหลับยากได้

4.4. วงจรชีวภาพในรอบวัน การนอนหลับของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับวงจร ชีวภาพในรอบวันอย่างมาก สำหรับบุคคลทั่วไป ในเวลาเช้านี้จะเป็นช่วงที่ร่างกายมีระดับการ ทำงานที่ลดลงต่ำที่สุด แต่ในบุคคลบางกลุ่มนอนหลับในช่วงพลบค่ำ ตั้งแต่เช้านี้ และสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเช้า และขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งชอบนอนหลับตอนดึก ๆ ตื่นสาย และมักทำงานได้ดีในช่วงบ่ายถึงกลางคืน ซึ่งวงจรชีวภาพนี้จะสอดคล้องกับอุปนิสัย บุคลิกภาพ ความ สะดวกของแต่ละบุคคล และอาชีพ [42]

4.5. อาหารและเครื่องดื่ม บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทั้งลดลงและเพิ่มขึ้นอย่าง รวดเร็วจะมีผลต่อการนอนหลับ โดยบุคคลที่มีอัตราการเผาผลาญต่ำ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งในระยะรุนแรง ที่มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จะทำให้หลับไม่สนิท ระยะหลับสนิทจะลดลง ส่วนบุคคลที่มีการสลายอาหารที่สะสมไว้มาก หรือการที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นจะทำให้หลับได้มากขึ้น และไม่ตื่นบ่อย โดยระยะหลับสนิทมากขึ้น [43] อาหารประเภทนม เนื้อสัตว์ ถั่ว เป็นอาหารที่มี กรดอะมิโน แอล-ทริปโทแฟน (L-tryptophan) สูง จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้เร็วขึ้น เนื่องจาก แอล-ทริปโทแฟน นี้เป็นสารตั้งต้นของซีโรโทนิน ส่วนการศึกษาของ Viteillo. [40] พบว่า อาหารที่มี โขเดียมต่ำนั้นมีผลทำให้การนอนหลับระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง

4.6. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพ ช่วยให้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวแข็งแรงและเพิ่มพลังกำลัง ช่วยให้มีพลังในการต่อต้านความเหนื่อยล้า ผ่อน คลายความวิตกกังวล ความซึมเศร้า โดยการออกกำลังกายในปริมาณและเวลาที่เหมาะสมจะช่วย ส่งเสริมการนอนหลับให้หลับได้เร็วขึ้น เพิ่มระยะเวลาการหลับทั้งการหลับแบบ NREM และ REM [44] แต่ถ้าออกกำลังกายช่วงก่อนนอน หรือหักโหมมากเกินไปจนเกิดการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จะทำให้หลับได้ยาก [45] ซึ่งการออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตได้ อย่างเต็มที่ เมื่อปฏิบัติด้วยความตั้งใจเป็นระบบที่สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ในปริมาณและวิธีที่ เหมาะสมกับอายุ ภาวะสุขภาพ ความสามารถและความสนใจ จากการศึกษาของ อิดิงเจอร์และคณะ [46] พบว่า การออกกำลังกายขนาดปานกลาง ครั้งละ 15-30 นาที ติดต่อกัน อาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ



ต่อกันทุกวัน อาจออกกำลังกายเพียงวันเว้นวัน หรือ 3-4 วันต่อสัปดาห์ โดยสม่ำเสมอในช่วงบ่ายต่อกับเวลาเย็น จะให้ผลต่อการนอนหลับได้ดีกว่าในช่วงเวลาเช้าหรือกลางคืน [1]

4.7. สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ ในด้านอุณหภูมินั้น ทั้งอุณหภูมิร่างกายและอุณหภูมิห้องนอนมีผลต่อการนอนหลับ พบว่าบุคคลที่ไม่สวมเสื้อผ้า และไม่ห่มผ้าในการนอนเลย จะทำให้ตื่นได้ง่าย เมื่ออุณหภูมิลดต่ำลงถึง 26 องศาเซลเซียส อุณหภูมิร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับมีผลต่อการนอนหลับชนิด REM มากกว่าอุณหภูมิห้องนอน โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายที่สูงจะเพิ่มระยะเวลาการหลับชนิด REM ได้นานกว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำ แต่ถึงอย่างไรก็ตามการควบคุมห้องก็ส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิร่างกาย และการนอนหลับ ส่วนแสงที่จ้าเกินไป จะทำให้คนส่วนใหญ่แสบตา และไม่สามารถข่มตานอนหลับได้ แต่ในบุคคลบางประเภท ขณะนอนหลับต้องเปิดไฟ เพื่อให้แสงสว่างเป็นเสมือนเพื่อนยามนอนหลับ ฉะนั้นก็ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยของแต่ละบุคคล ระดับของเสียง นี่เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่รบกวนการนอนหลับ และการที่มีเสียงดังเป็นพัก ๆ จะเพิ่ม ความบ่อยของการตื่น [1] กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ กลิ่นขยะ กลิ่นน้ำเสีย กลิ่นอาหาร กลิ่นอุจจาระ และกลิ่นสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองต่อกลิ่นที่แตกต่างกัน ในการรับรู้จะถูกทำโดย bipolar nerve cell ที่อยู่ในเยื่อหุ้มของโพรงจมูกและนำความรู้สึกไปยังประสาทสมอง คู่ที่ 1 คือ olfactory nerve แล้วนำไปแปลผลในสมองส่วน temporal lobe เมื่ออายุมากขึ้นพบว่ากระเปาะของประสาทสมอง จะฝ่อลีบลงและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงด้วย ทำให้การทำหน้าที่รับกลิ่นลดลงไปด้วย ซึ่งกลิ่นที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรำคาญไม่สุขสบายรบกวนการนอนหลับได้ ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง จากการตื่นมาบ่อยครั้งถ้าได้กลิ่นอันไม่พึงประสงค์

4.8. การนอนหลับในคืนที่ผ่านมา บุคคลที่มีการอดนอนในคืนก่อน ๆ เมื่อมีโอกาสนอนหลับชดเชยในคืนถัดมาพบว่า มีการนอนหลับที่ลึกและนานมากขึ้น ส่วนบุคคลที่นอนหลับทั้งวัน หลังจากการทำงานในช่วงกลางคืน ก็จะไม่รู้สึกง่วงนอนในเวลานอนหลับตามปกติ ในขณะที่เดียวกัน บุคคลที่นอนหลับได้น้อยในคืนที่ผ่านมา หรือตื่นนอนแต่เช้ามืดกว่าปกติจะรู้สึกง่วงนอนก่อนถึงเวลานอนหลับตามปกติ ซึ่งการอดนอนเรื้อรัง หรือการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลานั้นมีผลให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเริ่มต้นการนอนหลับที่ไม่มีเวลาที่แน่นอน เมื่อมีการนอนหลับแล้วอาจนอนหลับได้เร็วขึ้นแต่ระยะเวลานั้นลง ซึ่งมีผลกระทบต่อวงจรชีวิตทั้งสั้น ดังการศึกษาของ แคลนซี และแมควิวาร์ [47] ศึกษา ถึงเวลาของการปรับตัวในวงจรการนอนหลับและการตื่น พบว่า ร้อยละ 55-66 ของกลุ่มตัวอย่างที่วงจรการนอนหลับและการตื่น ได้ใหม่ เมื่อจัดเวลาการนอนหลับและการตื่นซ้ำ ติดต่อกัน 7 วัน

4.9. ยา ยาและสารหลายชนิดมีผลกระทบต่อการนอนหลับทั้งโดยตรงและผลข้างเคียง ซึ่งผลกระทบต่อรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีการใช้ยาหลาย ๆ ชนิด

พร้อมกันทำให้เพิ่มปฏิกิริยาไวต่อยา และเกิดอาการข้างเคียงมากขึ้น เนื่องจากการใช้ยาจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของตับ และปริมาณเลือดที่ผ่านตับลดลง การทำงานของเอ็นไซม์ตับลดลง ทำให้การเผาผลาญของยาโดยตับเปลี่ยนแปลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลง อัตราการกรองที่หน่วยไตลดลงทำให้การขับถ่ายยาทางไตลดลง เป็นผลให้การออกฤทธิ์ของยายาวกว่าปกติ รวมทั้งเกิดการสะสมของยามากขึ้น กลุ่มยาเหล่านี้จะมีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ ดังนี้ คือ

**ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มยาต่าง ๆ ที่มีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ [48]**

ประเภทยา	รูปแบบการนอนหลับ
1. แอมเฟตามีน (amphetamine)	1. การนอนหลับในระยะ REM ลดลง
2. แอลกอฮอล์	2. ทำให้ห้วงนอนเร็วแต่การนอนหลับระยะ REM ลดลง และรบกวนการนอนระยะอื่นของ NREM
3. ยานอนหลับ (sedative –hypnotic drug)	3. กุดการนอนหลับระยะ REM และลดการนอน NREM ระยะที่ 3 และ 4 ถ้าหยุดกินยานี้จะเกิดการนอนหลับระยะ REM มากขึ้นทันที ทำให้ผู้ป่วยจะฝันร้ายและตื่นนอนบ่อย
4. ยากล่อมประสาท (tranquilizer)	4. รบกวนการนอนหลับระยะ REM
5. ยาบรรเทาปวด เช่น มอร์ฟีน ซัลเฟด	5. ลดระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลงแต่เพิ่มสัดส่วนของระยะหลับตื่นแทน สำหรับผู้ที่ได้รับยาจะตื่นบ่อยขึ้นและรู้สึกง่วงกลางวัน
6. ยาขยายหลอดลม เช่น ทีโอฟีลลีน (theophylline)	6. ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้หลับยาก
7. ยาทางหลอดเลือดและหัวใจ	7. ผลข้างเคียงของยาทำให้มีอาการง่วงซึม ฝันร้าย และอาจมีอาการสับสน

นอกจากนี้สารต่าง ๆ เช่น แอลกอฮอล์ นิโคติน และคาเฟอีน ที่ทำให้การนอนเปลี่ยนแปลง โดยแสดงปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล ดังนี้

4.9.1. นิโคติน พบว่าถ้ามีนิโคตินในกระแสเลือดต่ำ จะเป็นยานอนหลับอ่อน ๆ และช่วยผ่อนคลาย แต่ถ้ามีความเข้มข้นของนิโคตินสูงขึ้น จะทำให้ผลของการนอนหลับเร็วขึ้นเปลี่ยนเป็นความรู้สึกตื่นตัวและวุ่นวายเป็นผลของ cholinergic effect ที่นิโคตินเป็นตัว receptor การสูบบุหรี่ 1 มวน ใน 1 ชั่วโมงก่อนนอนจะทำให้ห้วงนอนช้ากว่าปกติและกลางคืนจะนอนไม่หลับและผู้สูบบุหรี่มากจะบ่นว่านอนน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่มีตัวแปรอื่นที่สำคัญประกอบด้วยซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้สูบบุหรี่มากจะนอนได้น้อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 30 นาที จากการศึกษาของ เล็กเซน และคณะ [49]

ทำการศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัย ระหว่าง กลุ่มสูบบุหรี่ 28 คนและไม่สูบบุหรี่ 30 คนโดยจับเป็น รายคู่ตาม อายุ เพศ และพื้นที่อาศัยเป็นเวลา 27 วันเพื่อศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่จะมีคุณภาพและปริมาณการนอนหลับน้อยลง

4.9.2. แอลกอฮอล์ เป็นตัวทำให้สมองได้พักและส่งเสริมการนอนหลับและผลของ แอลกอฮอล์จะมีการนอนหลับระยะคลื่นช้ามากขึ้นและลดจำนวนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูก ตาอย่างรวดเร็ว เพราะว่า มีกลไก เมตาบอลิซึมที่เร็ว จึงทำให้ผลการกดประสาทลดลงในเวลากลางคืน จึงมีการย้อนกลับทำให้ตื่นเร็วขึ้นเมื่อความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดใกล้ศูนย์ ขณะเดียวกันจะเพิ่มจำนวนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วในคืนต่อมาการศึกษา ผลของแอลกอฮอล์ต่อการนอนหลับของ โยเคอิและคณะ [50] พบว่า การให้ปริมาณแอลกอฮอล์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะช่วยให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพและไม่มีผลเสียต่อการ ปฏิบัติงานในวันถัดไปด้วย แต่ในขณะเดียวกันผู้ดื่มแอลกอฮอล์มากจะพบว่าการแปรปรวนการ นอนหลับรวมทั้งการนอนไม่หลับ ง่วงนอนตอนกลางวัน (hypersomnia) และขัดขวางวงจรการนอน หลับคืนกับการงีบหลับถี่ขึ้น

4.9.3. คาเฟอีน เป็นสาเหตุที่พบในเครื่องดื่มมากและบางครั้งในองค์ประกอบยา และผล ของกาแฟต่อการนอนหลับจะเพิ่มจำนวนของการตื่นภายหลังดื่มกาแฟ 3 ถ้วย ใกล้เคียงนอน เพราะว่า คาเฟอีนจะมีครึ่งชีวิตยาว ประมาณ 5 ชั่วโมงแต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าการดื่มกาแฟในตอนเย็นมี ความสำคัญ การดื่มกาแฟมากกว่า 6 ถ้วย/วัน เป็นสาเหตุให้เพิ่มจำนวนการตื่นและการนอนไม่หลับ เพราะว่ากาแฟ 2-3 ถ้วย/วัน จะลดการนอนหลับระหว่างวัน ทำให้มีการแปรปรวนการนอน หลับเล็กน้อย และเป็นเหตุให้การนอนแย่งซึ่งมีสาเหตุจากการดื่มกาแฟในระหว่างวัน นอกจากนี้คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เส้น เลือดบีบตัว ความดันโลหิตมากขึ้น มีความตื่นตัว ฤทธิ์ที่ใช้งานมากที่สุดคือ การทำให้หายง่วงนอน จากการศึกษาของ เคลลีและคณะ [51] พบว่า เมื่อได้รับคาเฟอีนปริมาณ 400 มิลลิกรัม ภายหลังจากกา รอดนอนจะช่วยให้มีการตื่นตัวและสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

## 5. ประโยชน์ของการนอนหลับ

5.1. ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ สร้างและสะสมพลังงาน ในช่วงเวลาหลับสนิทโดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ เป็นภาวะที่เหมาะสมในการ สังเคราะห์โปรตีน เนื่องจากการสร้างและสะสมพลังงาน (ATP) ไว้ในเซลล์เพิ่มขึ้นจะมีระดับสูง พอที่ช่วยให้มีการสังเคราะห์โปรตีนมากขึ้น และเผาผลาญกรดไขมัน (ribonucleic acid: RNA) ให้

เป็นพลังงาน เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ แบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยการสังเคราะห์ไขมันและคาร์โบไฮเดรต และใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของระยะเวลาการแบ่งตัวในขณะตื่น [40] เนื่องจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะมีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งกระตุ้นการเจริญเติบโต

(growth hormone: GH) เข้าสู่กระแสโลหิตมากขึ้นในระยะหลับสนิท [52] ซึ่งแตกต่างกับในเวลากลางวันที่ร่างกายมีการเผาผลาญและใช้พลังงานมาก เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสลายอาหารในเนื้อเยื่อเป็นพลังงาน (catabolic hormones) เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) กลูคากอน (glucagons) แคาทีโคลามีน (catecholamine) เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวกดการสังเคราะห์โปรตีน ดังนั้นระยะหลับสนิท ซึ่งมีส่วนส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ซึ่งถูกกดในภาวะเครียด หรือ มีระดับคอร์ติโคสเตอรอยด์สูง [40] การหลับสนิท เป็นช่วงที่ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น มีผลต่อการไหลเวียนโลหิตและอัตราการใช้ออกซิเจนในสมองเพิ่มขึ้น จึงเชื่อว่าเป็นระยะการซ่อมแซมและสะสมพลังงานของสมอง โดยผ่านกลไกการทำงานของสารแคทีโคลามีน ทั้งนี้เพื่อปรับหรือรักษาสมดุลของศูนย์ประสาทต่าง ๆ หลังจากการทำงานของเซลล์ประสาทบางกลุ่มในขณะตื่น [35] ตามทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุง (restorative theory) ที่เชื่อว่าช่วงเวลาหลับ ช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ [53]

## 5.2. ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงานด้านจิตใจ

ช่วงเวลาการหลับจะมีการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมและการทำงานของจิตใจยังดำเนินต่อไป การหลับที่มีจึงมีบทบาทในการกระตุ้นสมอง ซึ่งการกระตุ้นนี้ช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบประสาทส่วนกลางเข้าสู่สภาวะ ให้มีบทบาทในการเก็บความทรงจำโดยรวมกับเมลาโทนิ (melatonin) และ โมโนเอมีน (monoamine) [31] โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในแต่ละวัน จัดระบบข้อมูลใหม่ รวบรวมประสบการณ์ที่สำคัญไว้ และทำลายข้อมูลที่ไมจำเป็น เพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อม สำหรับการเผชิญวันใหม่ [44] การนอนหลับระยะ REM จะมีการฟื้นฟู ซ่อมแซมจิตใจ มีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงาน ด้านจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวตามระยะการเจริญเติบโต เช่นวัยเด็ก วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากในระยะนี้จะมีการไหลเวียนโลหิตในระบบประสาทเพิ่มขึ้น ช่วยให้การสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และการบันทึกความจดจำในศูนย์ต่างในสมอง [35] ดังนั้นบุคคลในวัยทารกและวัยเด็ก จึงมีการนอนหลับระยะ REM มากกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมีอัตราการพัฒนาการทางสมองสูง [40]

ดังนั้น การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน การนอนหลับที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยรักษาสุขภาพ ให้อยู่ในสมดุลได้ โดยการชดเชยพลังงานเพื่อการทำกิจกรรมประจำวัน และการดำรงชีวิตในสังคม การนอนหลับที่มีคุณภาพดีจะสามารถช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีการทำงานเป็นผลัด ตารางการ



ปฏิบัติงานที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีการนอนหลับที่ไม่เหมือนกับบุคคลที่มีแบบแผนการนอนที่ปกติ โดยทั่วไป เมื่อมีการนอนหลับที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี และสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมีมาตรฐาน

## 6. คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เกิดขึ้นหลายอย่างในแต่ละระยะของการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการการนอนหลับของบุคคลนั้น แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น ระยะเวลาของการนอนหลับนั้นแตกต่างกันและไม่มีเกณฑ์ตายตัวที่แน่นอนที่จะบอกว่าแต่ละคนต้องการระยะเวลาในการนอนหลับเท่าใด และความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุโดยความต้องการนอนหลับจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยคุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น
2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งคุณภาพการนอนหลับนี้เป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งตื่นนอน และการที่จะบอกได้ว่าบุคคลนั้น ๆ มีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ นั้น สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้นเอง

การประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงการวิจัยนั้นสามารถประเมินได้หลากหลาย แบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. Objective sleep measurement เป็นการประเมินด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่
  - 1.1. Polysomnography เป็นการตรวจวัดการนอนด้วย เครื่องมือวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนตอน มีการบันทึกเป็นวงจรต่อเนื่องให้ผลที่ถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด [54] เป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram : EEG) คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อตา (electrooculogram : EOG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyogram : EMG)
  - 1.2. การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับและต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบการประเมิน ซึ่งโดยปกติขณะนอนหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ในการนอนหลับในช่วง REM



1.3. Night cap เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังขนาดเล็กในการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ

1.4. Wrist actigraph เป็นเครื่องมือเฝ้าการนอนหลับติดไว้กับข้อมือของผู้รับการประเมิน วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ

1.5. Bedside monitor systems เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องเฝ้าระวังที่อยู่ข้างเตียง โดยแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เกิดขณะนอนหลับ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิต

2. Subjective sleep measurement เป็นการประเมินโดยการรายงานคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง วิธีนี้ได้รับความนิยมมากเนื่องจากทำได้ง่าย ไม่รบกวนต่อผู้ถูกประเมิน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.1. การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา เป็นวิธีที่ใช้เวลาน้อย มีประสิทธิภาพ Snyder-Halpern and Vern [55] เป็นผู้สร้างมาตรวัดนี้โดยการใช้เปรียบเทียบทางสายตา มีความละเอียดถึง 1 ใน 100 ส่วน ด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินการนอนหลับของตนเองลงบนเส้นตรง การประเมินมี 3 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา

2.2. การวัดด้วยการประเมินค่า เป็นวิธีที่ง่ายด้วยการประเมินการรับรู้ทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการนอนหลับ แสดงถึงปริมาณการนอนหลับ เป็นมาตรวัดที่ใช้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

2.3. การใช้แบบสอบถาม โดยให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง สัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ บางคำถามให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้งการตื่นและอุปนิสัยการนอนหลับ

2.4. การสัมภาษณ์ เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการงีบ ความสัมพันธ์การนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน พฤติกรรมประหลาดที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ

2.5. Sleep diaries เป็นการบันทึกรายงานกิจกรรมการนอนหลับและการตื่นแบบวันต่อวัน โดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละช่วง ความถี่ของการตื่นนอน เป็นต้น

2.6. การสังเกตของบุคคล เป็นวิธีที่อาศัยการสังเกตพฤติกรรมนอนหลับของผู้ป่วย นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคจิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและช่วงเวลาการนอนหลับ

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพการนอนหลับมีความหลากหลายเป็นอย่างมาก การเลือกวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยเฉพาะในงานวิจัยนั้น ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ความสะดวกในการใช้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญคือความสามารถในการตอบปัญหาของการวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้

The Pittsburgh Sleep Quality of Index (PQSI) ที่บัสซี่และคณะ สร้างขึ้น [25] ซึ่งทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และส่วนใหญ่นิยมใช้ในการศึกษาเพื่อสำรวจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งมี

2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 7 องค์ประกอบ มีรายละเอียดดังนี้

### การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นการประเมินการนอนหลับ จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลาที่นอนน้อยได้ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวนอนจนกระทั่งหลับไป บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับไปน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ซึ่งหากใช้ระยะเวลาสั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ บุคคลสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงข้ามหากบุคคลใช้ระยะเวลามากก็ยังไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับได้ในระยะต่าง ๆ ได้ทำให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2. ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM จนกระทั่งตื่นนอนโดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ บุคคลจะมีความต้องการการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัยหรือช่วงอายุของบุคคล ทารกหลังคลอดถึง 1 เดือน จะนอนหลับวันละประมาณ 20 ชั่วโมง และจะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ เป็น 10-12 ชั่วโมง ต่อคืนเมื่ออายุ 4 ปี ต่อมาลดลงเหลือ 9-10 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุประมาณ 10 ปีโดยเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นในระยะอายุ 16 ปีและลดลงมาเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 25-45 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 6.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3. ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่ได้จะเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์

## การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินการนอนหลับ จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั่นเอง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั่นเองว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย”

2. การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องในการนอนหลับ หรือ มีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบน ด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดผลในลักษณะการนอนมากหรือน้อยเกินไป ป้างัยหรือสิ่งรบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจลำบาก ไอหรือ กรนเสียงดัง รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป ฝันร้าย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการรบกวนการนอนหลับสาเหตุจากสิ่งใดนั้น สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั่นเอง

3. การใช้นอนหลับ การใช้นอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ โดยแพทย์สั่งและซื้อมารับประทานเอง ซึ่งการใช้นอนหลับดังกล่าวบ่งบอกถึง การมีปัญหาในการนอนหลับ หรือมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้น การใช้นอนหลับ จึงบ่งบอกการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้

4. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะทำให้มีการงีบหลับในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น เฉื่อยชา อ่อนเพลีย ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น

## 7. ความหมายของสุขภาพจิต

Twons and Mary. [56] กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการของชีวิตที่ต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ฝน แสงสิงแก้ว [57] จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทยได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ [58] ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปราศจากโรค โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวต่อสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางจิตใจ มี

สมรรถภาพ ในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว [59] กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ สภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุขซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวเข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตแบ่งระดับตั้งแต่ สุขภาพจิตดีจนถึงด้อยที่สุด และระดับสุขภาพจิตนี้แปรเปลี่ยนได้ตามสภาวะการณ์

สมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (ANA) ให้คำนิยามของสุขภาพจิต (mental health) ว่าเป็นภาวะปกติสุขของแต่ละบุคคลในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในสังคม และมีความพึงพอใจกับวิถีชีวิตที่เขาดำรงอยู่ มีผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถสร้างงานและปรับตัวอยู่ในสังคม ได้อย่างมีความสุข

ฉวี ธรรมสุข [17] กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีความภาคภูมิใจด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มองโลกและผู้อื่นในแง่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมีสัมพันธภาพที่ดีและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ เพื่อการดำรงชีวิตภายใต้สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีความสุขและความพอใจ

รวีวรรณ เค้ากันหา [60] กล่าวว่า เป็นคำที่มีความหมายไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถทนหรือปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จิราวรรณ ประกอบผล [61] ให้ความหมายว่า เป็นสภาพจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

อภิชัย มงคล และคณะ [25] ได้ทำการศึกษา เรื่องสุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทัศนะของประชาชนชาวอีสาน และเพื่อศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความหมายของสุขภาพจิตจากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปจำนวน 169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว่นจากอบายมุข

Jahoda. [63] ได้ชี้ประเด็นในการมองสุขภาพจิตไว้ 3 ทาง คือ

1. as a relatively constant and enduring function of personality.

เป็นลักษณะการทำงานของบุคลิกภาพที่ค่อนข้างคงที่ และยาวนาน ถึงแม้จะมีขึ้น ๆ ลง ๆ บ้าง แต่สุขภาพจิตโดยทั่วไปค่อนข้างคงที่ และพยากรณ์ได้ (predictable) เป็นลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพ

2. a momentary function of personality and situation. เป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว ชั่วคราวในลักษณะของบุคลิกภาพ และตามสภาพการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ภายนอกและปัจจัยภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดาไม่ได้ในระยะยาว ซึ่งก็คือความรู้สึกและการแสดงออกในปัจจุบัน

3. as a group or cultural characteristics. เป็นสุขภาพจิตตามลักษณะของกลุ่มหรือวัฒนธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

### มิติของสุขภาพจิต

ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึง มิติ องค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้ เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคณะ (อ้างในสุริภรณ์ สมกะเนย์) [64] ได้แบ่งเกณฑ์ในการประเมินผู้มีสุขภาพจิตไว้ 3 ประการ คือ

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

- 1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่าง ๆ มากนัก เช่น โกรธ กลัว อิจฉา ริษยา วิดกกังวล
- 1.2 สามารถควบคุมความผิดหวังได้
- 1.3 เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง ไม่เข้าข้างตนเอง หรือแก้ตัวให้กับตนเองตลอดเวลา
- 1.4 นับถือตนเองไม่ยอมให้บุคคลอื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง
- 1.5 แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุแห่งปัญหา ยอมรับสถานการณ์ที่แก้ไขไม่ได้
- 1.6 รู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 2.1 ให้ความรักแก่ผู้อื่น และยอมรับความสนใจของคนอื่น
- 2.2 คบหาสมาคมกับคนอื่นได้
- 2.3 ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง
- 2.4 ยอมรับนับถือความแตกต่างหลาย ๆ อย่างที่คนอื่นมี
- 2.5 ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้ตนเองตามใจคนอื่น ตามชอบใจ



- 2.6 รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อนุชชั โดยทั่วไป

3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 3.1 สามารถแก้ไขปัญหาคีวิตได้เป็นอย่างดี
- 3.2 มีสิทธิและรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง
- 3.3 รู้จักทำสภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นก็ปรับตัวเข้ากับ สภาพแวดล้อมได้ดี
- 3.4 รู้จักวางแผนการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3.5 ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ ๆ
- 3.6 ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรทำอย่างเต็มความสามารถ และมีความ พึงพอใจการกระทำนั้น
- 3.7 วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต [65] ได้แยกลักษณะองค์ รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่
  - 1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ พื่อใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถ ควบคุมอารมณ์พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว
  - 1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจ ความ ต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก
  - 1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมิน สถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนด วิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม
2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่
  - 2.1 ความสามารถในการปรับตัว เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคม อย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหาสิ่งแวดล้อม รอบตัว และโลกภายนอกได้โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและ สังคมวงกว้างรวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

- 2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุขสงบและมีความพอใจ
- 2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการเหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคม มากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

อัมพร โอตระกูล [66] กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ๆ แต่ถ้าเมื่อใดเขารู้สึกเป็นคนที่ไม่มียุทธศาสตร์ต่อใครเลย นั่นคือภาวะที่ผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคประสาทซึมเศร้า หรือโรคจิตซึมเศร้าได้
2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเชื่อมั่นในครอบครัวว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นครอบครัวจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ได้
3. เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและผู้อื่น
4. เป็นคนไม่ตึงเครียดและหัวเราะไห้ง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันตึงเครียดได้
5. มีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง จะสามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม
6. มองโลกตามความเป็นจริงว่า โลกนี้มีทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน คนเราก็มีทั้งดีและไม่ดีในตัวเอง
7. ไม่ใฝ่ฝันเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้ ถ้าทุกท่านสามารถเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีแล้ว ท่านก็จะอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตพยาบาลวิชาชีพ ของ อภิชัย มงคล ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตดังนี้ คือ

1. สภาพจิตใจ (mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบด้วย

#### 1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (general well positive affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข ที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบมีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคน และความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต จะมีความสำคัญมาก

#### 1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (general well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิดเศร้า อยากร้องไห้สิ้นหวังประหม่ววิตกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้อุณหภูมิเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวัน เพียงใด และมีผลในการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรือ อาการวิตกกังวล

2. สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ประกอบด้วย

#### 2.1 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าจะจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่ซับซ้อนและไม่ได้คาดฝัน ได้เหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้าปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อการเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพนั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ และเหมาะสมอีกด้วยและหาสาเหตุที่เป็นเรื่องอยาก ที่จะแก้ไขที่ยังสามารถทำใจยอมรับได้

3. คุณภาพของจิตใจ (mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ประกอบด้วย

#### 3.1 เมตตา กรุณาและเสียสละ (kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน

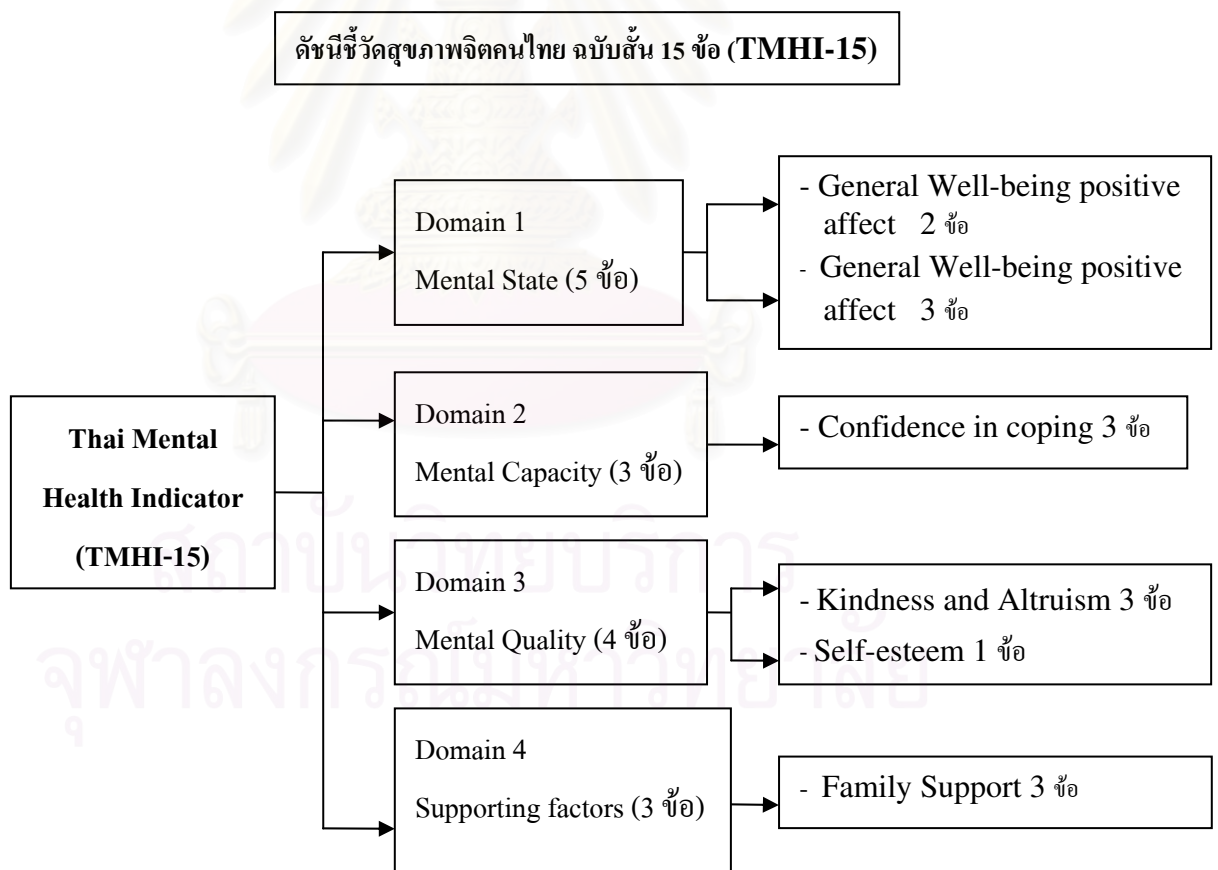
### 3.2 การนับถือตนเอง (self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกที่ตัวเอง มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจตนเองได้

4. ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน. ประกอบด้วย

#### 4.1 การสนับสนุนจากครอบครัว (family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและมีความผูกพัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน



ตารางที่ 2 แสดงแผนภูมิแสดงโครงสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15)

## 9. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาล เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับกับชีวิต สวัสดิการและความปลอดภัยของผู้ป่วยและครอบครัว สังคมจึงคาดหวังว่า พยาบาลควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตลอดเวลา แต่เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลในสังคม ย่อมเผชิญปัญหาชีวิต เช่นเดียวกับบุคคลทั่ว ๆ ไป และงานของพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวกับชีวิตของมนุษย์ สถานที่ปฏิบัติงานมีลักษณะเฉพาะ เช่น มีจำนวนผู้ป่วยมากเกินจำนวนเตียงของโรงพยาบาล สถานที่คับแคบ นอกจากนี้องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่ให้บริการ แก่ผู้รับบริการทางสุขภาพ มีจำนวนเจ้าหน้าที่มากที่สุดของโรงพยาบาล คิดเป็นประมาณร้อยละ 70 ของเจ้าหน้าที่ทั้งหมดในโรงพยาบาล การปฏิบัติงานในองค์กรพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาลด้วยกันเอง บุคลากรกับผู้รับบริการ ตลอดจนผู้ร่วมงานหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ ฯลฯ ตลอดเวลา โดยที่แต่ละคนอาจมีความเชื่อ ค่านิยม ความต้องการและเป้าหมายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในองค์กรพยาบาล เมื่อมาทำงานร่วมกันก็อาจมีผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาลได้ ชินโฮสถ หัสบำเรอ [67] ได้กล่าวว่า พยาบาลมักจะพบกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิตได้แก่

1. สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ สถานที่คับแคบ การระบายอากาศไม่ดี แสงสว่างน้อยเกินไป มีเสียงและกลิ่นรบกวน และได้เห็นภาพที่น่าสลดใจ
2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงานและปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ผู้ร่วมงานของพยาบาลมีหลายสาขาวิชาชีพและหลายระดับ แต่ละคนมีบุคลิกภาพหลายอย่างแตกต่างกัน บางคนสามารถติดต่อได้ง่าย แต่บางคนเป็นผู้ที่สร้างปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น
3. ปริมาณงานมาก
4. ปัญหาของผู้ป่วยและญาติ
5. ปัญหาส่วนตัว ครอบครัว และเศรษฐกิจของพยาบาลเอง
6. บุคลิกภาพส่วนบุคคลของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่หล่อหลอมมาตั้งแต่เด็ก บุคลิกภาพของพยาบาลบางคนอาจจะไม่มีความยืดหยุ่น ดังนั้นจึงปรับตัวได้ยากและทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

## 10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของประชาชนและพยาบาล ที่มีผู้ได้ศึกษาและวิจัยไว้ดังนี้

กุศุมาลย์ รามศิริ [68] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย จำนวน 336 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ปัจจัยต่างๆที่รบกวนการ



นอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและเสียง การจัดการกับปัญหา การนอนหลับที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การเปลี่ยนท่านอน การทำสมาธิและการหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสวรรค์ โรจนกิตติ [11] ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัด จำนวน 130 ราย พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1 วันมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือคุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัดและคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ภาวะสุขภาพร่างกายและการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

ณภัทรวรรต บัวทอง [69] ได้ศึกษา คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน 260 คน พบว่าร้อยละ 57.9 ของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยา สรรพอุดม [70] ได้ศึกษา ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 40 คน พบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนอนหลับตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ [25] ได้ศึกษา ความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากข้อมูลจำนวนพยาบาลประจำการจำนวน 461 คน ด้วยแบบสอบถาม The Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) ฉบับภาษาไทย ได้รับการตอบกลับมาของแบบสอบถามจำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 พบว่า ร้อยละ 73 ของพยาบาลประจำการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยพยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัดไปเรื่อย ๆ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าพยาบาลประจำการที่ทำงานผลัดเข้าอย่างเดียว ความชุกของปัญหาได้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น โดยพบปัญหาเพียงร้อยละ 43.75 ในกลุ่มที่อายุ 40-60 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 77.2 ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังมีความสัมพันธ์กับสถานที่ทำงาน การงีบหลับ และความเครียดในชีวิต และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยใช้ logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในช่วง 1 เดือนสูงสุดคือการทำงานเป็นผลัดและความเครียดในชีวิต

ผานิต ชนวมณีและคณะ [71] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ จำนวน 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ตามเกณฑ์ของ Pittsburgh ร้อยละ 45.3 ระบุว่ามีการะงัวสุขภาพไม่ดีในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 มีระดับความเครียดปกติ และสุขนิตยการนอนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิตยการนอนและความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 15 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ

ศิวารณ โกศล [72] ศึกษา คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพ ในมหาวิทยาลัยมหิดล จากบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี จำนวน 4,585 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยการเปรียบเทียบกับสายตาของ เวอร์แมน และ สไนเดอร์ ฮาลเพอร์น (Verman & Snyder-Halpern.) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ผลกระทบจากการเดินทางต่อการนอนหลับ การใช้ยาสารต่าง ๆ กัน มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wolfson, John Harsh. [73] ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขนิตยการนอนและคุณภาพการนอนหลับของวัยรุ่นชาวอิตาลีและอเมริกัน จำนวน 1,348 คน ที่อายุระหว่าง 12-17 ปี จากโรงเรียนรัฐในกรุงโรมและรัฐมิสซิสซิปปีตอนใต้ พบว่า สุขนิตยการนอนและคุณภาพการนอนหลับของวัยรุ่นชาวอิตาลีดีกว่าวัยรุ่นชาวอเมริกันและเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงถดถอยพบว่า สุขนิตยการนอน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ulla M. Edell-Gustafsson.[74] ได้ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพการนอนหลับและการตอบสนองต่อการอดนอนของผู้หญิงที่ทำงานเป็นผลัด จำนวน 156 คน พบว่า ร้อยละ 40 มีภาวะอดนอนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีและมีความสัมพันธ์กับระดับของความถี่ในการทำงาน ซึ่งแสดงออก โดยการมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอและมีภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ โดยการหลับยากนั้นจะเป็นตัวทำนายภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ ส่วนความผันแปรในการนอนหลับจะทำนายการอ่อนล้าทางด้านพฤติกรรมความคิด และผลกระทบเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากผู้หญิงเหล่านั้นมีปัญหาาระบบทางเดินอาหารมาก่อนและมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

Ulla M., Eivor I.K.Kritz and I. Kritina Bogren. [75] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับ ความตึงเครียดที่ได้รับและภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นผลัด โดยศึกษาในพยาบาลและบุคคลที่ทำงานเป็นผลัด จำนวน 156 คน ที่อายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่า มีอัตราสูงอย่างต่อเนื่องของสภาวะจิตใจและร่างกายที่เป็นผลมาจากความเครียดนี้มีความสัมพันธ์กับลักษณะของงาน ซึ่ง พบว่า ร้อยละ 34 ของผู้หญิงที่ทำงานเป็นผลัดมีความเครียด อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าและไม่สามารถผ่อนคลายได้ หลังจากการทำงาน เนื่องจากอยู่นอกเหนือการควบคุมทางด้านความคิดเมื่อเปรียบเทียบ

กับกลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 39.7 มีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ โดยพบว่า มีอาการหลับยาก ภายหลังจากการตื่นในตอนดึกและมีอาการเหนื่อยล้าและส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหารและมีอาการปวดข้อ กล้ามเนื้อและหลัง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทำงานเป็นผลัดแล้วพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับความเครียดและใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในทีมสุขภาพ

เจริญ แจ่มแจ้ง [91] ได้ศึกษา สุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช จำนวน 68 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 21 คน พยาบาลเทคนิค จำนวน 38 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 9 คน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต CMI (Cornell medical index) แปลเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์รณรงค์ สุทธิรัตน์และคณะ พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลนิติจิตเวช ร้อยละ 98.5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติ

มลิวัดย์ หงสนันท์ และคณะ [93] ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพจิตกับความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 211 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดของ Goldberg ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ชุด GHQ-26 พบว่า มีอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.4 และพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปราณี คาโรจน์ จามจรี อุตสาหกรรม และเทียนทอง บังศรี [94] ได้ศึกษา ความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 98 คน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Goldberg Health Questionnaires 28 (GHQ-28) ฉบับภาษาไทย พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.5

อมรรัตน์ เบญจางคประดิษฐ์ ทวีรัตน์ ศรีวิไล รังสี กัลยาณวัต [100] ได้ศึกษา ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลเบตง 121 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ และใช้เครื่องมือเป็น แบบวัดระดับความเครียดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม SCL-90 ของเสียนาร์ด อาร์ เดอร์โร กาลิโอ และรินด์ลด์ เอส ลิพแมน ลิโนโคโว พบว่า มีระดับความเครียดน้อยถึงน้อยที่สุด

อภิชัย มงคล และคณะ [62] ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอิสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทัศนะของประชาชนชาวอิสาน และเพื่อศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความหมายของสุขภาพจิต จากผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปจำนวน

169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว่นจากอบายมุข

สกล ด่านภักดี [76] ได้ศึกษา สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่าปีการศึกษา 2540 ในเขตเทศบาลเมืองนครชัยภูมิจำนวน 19,034 คน ใช้แบบสอบถามลักษณะข้อมูลประชากรทั่วไปและแบบสอบถามสุขภาพจิต SCL-90 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ร้อยละ 15.60 ปัญหาสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 14.07-17.90 โดยพบความผิดปกติด้านย่ำคิดย่ำทำมากที่สุด (ร้อยละ 17.90) ไม่พบความแตกต่างของปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศชายและหญิง นักเรียนที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความเป็นอริและด้านหวาดระแวงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่มีผู้ปกครองรับราชการ หรือทำงานรัฐวิสาหกิจ มีสุขภาพจิตความเป็นอริและด้านหวาดระแวงสูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองมีอาชีพค้าขายและรับจ้าง และนักเรียนที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล [77] ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในบรรยากาศการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ระหว่างกุมภาพันธ์-เมษายน 2544 ของนักเรียนมัธยมศึกษาของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในโรงเรียนนำร่องระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกรมสามัญศึกษากับกรมสุขภาพจิตและโรงเรียนที่ไม่ได้อยู่ในโครงการนำร่อง ๆ จำนวน 910 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจทั่วไปกับแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่า มีนักเรียนร้อยละ 26 มีภาวะเครียด ร้อยละ 5 มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 73 มีความรู้สึกหดหู่หรือเศร้าใจเป็นบางครั้งบางคราว ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ความเครียด มีความสัมพันธ์กับเพศ และความรู้สึกหดหู่หรือเศร้าใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับเพศ บรรยากาศในบ้าน ความรู้สึกหดหู่หรือเศร้าใจ การมองทางออกของปัญหาและจำนวนปัญหาที่นักเรียนเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.00$ )

ชนัดดา แนบเกษร สงวน ธานี และ สรวาลี สุนทรวิจิตร [78] ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ นิสิตพยาบาล โดยเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในแต่ละชั้นปี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของ นิสิตพยาบาล โดยส่วนรวมและในแต่ละชั้นปีกลุ่มตัวอย่างเป็น นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2539 จำนวน 230 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม



Thai GHQ-60 ที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.49 ผลการวิจัยพบว่า นิสิตพยาบาลส่วนใหญ่มี คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในแต่ละชั้นปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลโดยส่วนรวมและในแต่ละชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จินตนา สิงขรอาจ [79] ได้ศึกษา การหาคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต General health questionair-28 (GHQ-28) ฉบับภาษาไทย มาศึกษาในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดขอนแก่น เพื่อหาจุดคัดแยกที่ใช้แยกคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่เป็นโรคจิตเวชจากคนงานโรงงานอุตสาหกรรมปกติ โดยมีความไวและความจำเพาะที่ระดับร้อยละ 80 และความผิดพลาดในจำแนกผู้ที่เป็นโรคกับผู้ไม่เป็นโรคไม่เกินร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คนงานโรงงานอุตสาหกรรมจากโรงงาน 2 แห่ง จำนวน 205 คน เป็นชาย 25 คน หญิง 180 คน โดยใช้ผลการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อวินิจฉัยโรคจิตแพทย์ 1 ท่าน เป็นมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจิตเวช เพื่อศึกษาความแม่นยำ ของแบบสอบถาม GHQ-28 ผลการวิจัยพบว่า ค่าที่เหมาะสมที่สุดในการจำแนกผู้ที่เป็นโรคจิตเวช คือ จุดคัดแยกที่ 5/6 โดยมีค่าความไว ร้อยละ 81.8 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 82.0 อัตราความผิดพลาดในการจำแนกผู้ที่เป็นโรคกับผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตเวช ร้อยละ 18.1 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบแบ่งครึ่งเท่ากับ 0.92 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถาม GHQ - 28 ฉบับภาษาไทย มีคุณค่าเพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มคนงานโรงงานอุตสาหกรรม



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร. ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**1. ประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 400 เตียงขึ้นไป มาเป็นเวลาอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยประกอบด้วย 1.)โรงพยาบาลราชวิถี 2.)โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 3.)โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 4.)โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 5.)โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 6.)โรงพยาบาลเลิดสิน 7.)โรงพยาบาลตำรวจ 8.)โรงพยาบาลศิริราช 9.)โรงพยาบาลรามาริบัติ 10.)โรงพยาบาลตากสิน 11.)โรงพยาบาลกลาง 12.) วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล และ 13.)โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

##### 2. ประชากรตัวอย่าง (Sample population)

พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติดังนี้

- เพศหญิง
- อายุการทำงานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
- มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
- ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช
- ได้รับความยินยอมและร่วมมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

**3. ตัวอย่าง (Sample)** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ในประชากรตัวอย่าง

##### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination)

วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง [80] โดยใช้สูตร ยามาเน่

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$N$  = แทนขนาดของกลุ่มประชากร

$e$  = แทนค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มคือที่ระดับ 0.05

จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร 9,963 คน  
แทนค่า ได้ ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 384.67 คน

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% = 423.17 คน

นั่นคือ  $n = 450$  คน

**วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling techniques)** วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดตัวอย่างประชากรตาม Yamane [80] ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 384 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยต้องการลดโอกาสของความคลาดเคลื่อนให้น้อยลง จึงใช้ตัวอย่างประชากรจำนวนทั้งสิ้น 450 คน
2. เลือกโรงพยาบาลตัวอย่างโดยการจำแนกโรงพยาบาลเป็น 3 กลุ่ม ตามขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลนั้นๆ ดังนี้
  - กลุ่มโรงพยาบาลที่มีขนาดจำนวนเตียงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสินและโรงพยาบาลกลาง
  - กลุ่มโรงพยาบาลที่มีขนาดจำนวนเตียงมากกว่า 501 เตียงแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลรามธิบดีและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล
  - กลุ่มโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงมากกว่า 1001 เตียงขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลศิริราช
3. จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากในอัตราส่วน 1:2
4. หาจำนวนตัวอย่างประชากร แต่ละโรงพยาบาลที่สุ่มได้ โดยวิธีคำนวณตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาลให้ได้จำนวนประชากรทั้งหมด 450 คน
5. เลือกตัวอย่างประชากรแต่ละโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ให้ได้จำนวนประชากรตามที่ต้องการ ดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่ม	โรงพยาบาล(จำนวนเตียง)	ตัวอย่าง โรงพยาบาล (จน.พยาบาล)	จำนวน ตัวอย่าง
1. กลุ่ม $N \leq 500$ เตียง	1.โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (410) 2.โรงพยาบาลตากสิน (450) 3. โรงพยาบาลกลาง (404)	▪ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (380)	43
2. กลุ่ม $501 \leq N \leq 1,000$ เตียง	1.โรงพยาบาลราชวิถี (700) 2. โรงพยาบาลเลิดสิน (600) 2. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (510) 3. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (700) 4. โรงพยาบาลภูมิพล (700) 5. โรงพยาบาลตำรวจ (850) 6. โรงพยาบาลรามธิบดี (700) 7. วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (804)	▪ โรงพยาบาลเลิดสิน(500) ▪ โรงพยาบาลภูมิพล (740) ▪ โรงพยาบาลตำรวจ(758) ▪ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (920)	57 84 86 103
3. กลุ่ม $N \geq 1,001$ เตียง	1. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (1,200) 2. โรงพยาบาลศิริราช (2,254)	▪ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (675)	77
รวม		6 โรงพยาบาล	450 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่ อาศัย ลักษณะการนอน รายได้รวมต่อเดือน(ระดับบุคคล) ความเพียงพอของรายได้ ภาระในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ (ปริมาณ ความถี่และเหตุผลของการดื่มชาและกาแฟ) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปริมาณ ความถี่ และชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

กิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนนอน ลักษณะการตื่นนอน (การตื่นเป็นเวลาและความถี่) การจับหลับและการออกกำลังกาย

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งอภิชัย มงคลและคณะ [26] ได้พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1.) สภาพจิตใจ 2.) สมรรถภาพของจิตใจ 3.) คุณภาพของจิตใจ 4.) ปัจจัยสนับสนุน เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายเครื่องมือนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับโดยให้คะแนนเป็นรายชื่อแบบ likert's scale ตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองและประเมินสถานการณ์ อาการ ความรู้สึก ความคิดเห็น ของตนเองว่าเป็นอย่างไร ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดคะแนนดังนี้

1. ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก (positive Item) ถ้าตอบคำถามว่า

ไม่เลย	เท่ากับ 0	คะแนน
เล็กน้อย	เท่ากับ 1	คะแนน
มาก	เท่ากับ 2	คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ 3	คะแนน

2. ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ (negative Item) ถ้าตอบคำถามว่า

ไม่เลย	เท่ากับ 3	คะแนน
เล็กน้อย	เท่ากับ 2	คะแนน
มาก	เท่ากับ 1	คะแนน
มากที่สุด	เท่ากับ 0	คะแนน

ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15

ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5

วิธีการแปลความหมายคือ

1. ให้คะแนนตามวิธีการให้คะแนนในแต่ละข้อ
2. นำคะแนนแต่ละข้อมาบวกกัน เพื่อหาคะแนนรวม
3. หลังจากนั้นนำมาพิจารณาว่าคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด โดยเปรียบเทียบกับค่าปกติดังนี้

คะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และ 25 เป็นตัวแบ่ง เหตุผลที่ใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เนื่องจากการตรวจสอบการกระจายของคะแนนภาวะสุขภาพจิตคนไทยที่ได้ ปรากฏว่าการกระจายไม่เป็นปกติ (non-normal distribution) จึงกำหนด

- (1) คะแนนภาวะสุขภาพจิตมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 ถือว่า เป็นสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

- (2) คะแนนภาวะสุขภาพจิตระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-75 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตอยู่ในระดับคนทั่วไป
- (3) คะแนนภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ถือว่าเป็นกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

การแปลความหมายของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย จากผลการศึกษาที่ได้รับมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องมือฉบับสั้น 15 ข้อนี้ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน

35-45 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป
28-34 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
27 คะแนน หรือน้อยกว่า	หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

#### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 58 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.66

#### ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย องค์กรประกอบด้าน อายุงาน ตำแหน่งงาน ตารางการปฏิบัติงาน อัตราการปฏิบัติงาน สถานที่ในการปฏิบัติงานและระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง

#### ตอนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย แสง(ความสว่าง/มืด) เสียง อุณหภูมิ (ความหนาวเย็น/ความร้อน) ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอนและความหิว/กระหายน้ำ โดยข้อความแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกในลักษณะประเมินค่าเป็น 5 ระดับ ตามแนวของ Likert's Scale คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางค่อนข้างมากและมากที่สุด

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ** เป็นแบบสัมภาษณ์และสอบถาม ดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์

และวารัญ ดันชัยสวัสดิ์ [25] จากคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์กรประกอบ ซึ่งแต่ละองค์กรประกอบ มีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินดังนี้



**องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถาม ข้อ 5)** ของแบบประเมิน  
คุณภาพการนอนหลับ โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การแปลผล คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

ดีมาก	เท่ากับ 0	คะแนน
ดี	เท่ากับ 1	คะแนน
ไม่ค่อยดี	เท่ากับ 2	คะแนน
ไม่ดีเลย	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

**องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)**

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

การแปลผล	น้อยกว่า 15 นาที	เท่ากับ 0	คะแนน
	16-30 นาที	เท่ากับ 1	คะแนน
	31-60 นาที	เท่ากับ 2	คะแนน
	มากกว่า 60 นาที	เท่ากับ 3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถาม 9.1)

การแปลผล	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ 0	คะแนน
	มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

0	ให้	0	คะแนน
1-2	ให้	1	คะแนน
3-4	ให้	2	คะแนน
5-6	ให้	3	คะแนน

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

**องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)**

การแปลผล	มากกว่า 7 ชั่วโมง	เท่ากับ 0	คะแนน
	6-7 ชั่วโมง	เท่ากับ 1	คะแนน
	5-6 ชั่วโมง	เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

**องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย(ใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4)**

ประสิทธิผลการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาดึ้นนอน (จากข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ 1)

การแปลผล	มากกว่า 85%	เท่ากับ 0	คะแนน
	75-84%	เท่ากับ 1	คะแนน
	65-74%	เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 65%	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

**องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2-9.10)**

การแปลผล	ไม่มีปัญหา	เท่ากับ 0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 9.2-9.10 เท่ากับ

0	คะแนน	เท่ากับ 0	คะแนน
1-9	คะแนน	เท่ากับ 1	คะแนน
10-18	คะแนน	เท่ากับ 2	คะแนน
19-27	คะแนน	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

**องค์ประกอบที่ 6 การใช้นอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6)**

การแปลผล	ไม่เคยใช้	เท่ากับ 0	คะแนน
	ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

**องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8)**

1. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามที่ 7)

การแปลผล	ไม่เคยมีอาการ	เท่ากับ 0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน

3 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

การแปลผล	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ 0	คะแนน
	มีปัญหาเล็กน้อย	เท่ากับ 1	คะแนน
	มีปัญหาพอควร	เท่ากับ 2	คะแนน
	เป็นปัญหามาก	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

0	ให้	0	คะแนน
1-2	ให้	1	คะแนน
3-4	ให้	2	คะแนน
5-6	ให้	3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

**การแปลผล** คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน

โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า sensitivity เท่ากับ 89.6% และค่า specificity เท่ากับ 86.5% ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลตัวอย่าง จำนวน 6 โรงพยาบาล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตัวอย่าง พร้อมแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และดำเนินงานเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคนของ โรงพยาบาลตัวอย่างทั้ง 6 โรงพยาบาล
4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายวิชาการของฝ่ายการพยาบาล ในแต่ละ โรงพยาบาลตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
5. ทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ตามจำนวนตัวอย่างประชากรที่มีอยู่ในกลุ่มงาน นั้น ๆ โดยส่งแบบสอบถาม ผ่านทางพยาบาลหัวหน้าฝ่ายวิชาการ/ฝ่ายวิจัยของ โรงพยาบาล โดยแจ้งจำนวนตัวอย่างประชากรตามจำนวนตัวอย่างที่มีอยู่ใน โรงพยาบาลนั้น ๆ ยกเว้น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่านทางหัวหน้าแผนกของแต่ละ แผนกด้วยตัวเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 15 สัปดาห์ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2551 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งทั้งหมด 450 ชุด
6. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการกลุ่ม ตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลบางตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะนำมาสอบถามเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 13 (Statistical Package for the Social Science Version 13) ในการประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินการด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Chi-square และ Chi-square & fisher's exact. ในกรณีที่ ตัวแปรเชิงกลุ่มทั้ง 2 ตัว มีค่าเพียง 2 ค่า กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
4. วิเคราะห์พหุคูณ (Multiple linear regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุงานไม่ต่ำกว่า 6 เดือนและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จำนวน 450 คน

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้  
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- 1.2 ปัจจัยด้านการทำงาน
- 1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ตอนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ กับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 5 ผลการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

## ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ

### เขตกรุงเทพมหานคร

#### 1.1. ปัจจัยทางด้านบุคคล

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ศาสนา และ สถานภาพสมรส

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>อายุ (<math>\bar{X} = 36.14</math> S.D. = 8.935) (N=450)</b>		
▪ ≤ 30 ปี	153	34.0
▪ 31 – 40 ปี	143	31.8
▪ 41 – 50 ปี	124	27.6
▪ > 50 ปี	30	6.7
<b>สถานภาพ</b>		
▪ โสด	258	57.3
▪ คู่(สมรส)	170	37.8
▪ หม้าย, หย่าหรือแยกกันอยู่	22	4.9
<b>ศาสนา</b>		
▪ พุทธ	445	98.9
▪ คริสต์	4	0.9
▪ อิสลาม	1	0.2

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 34.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 8.935 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.3 และ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม ที่อยู่อาศัย และ ลักษณะการนอน

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>ที่อยู่อาศัย</b>		
▪ หอพักพยาบาล	215	47.8
▪ บ้านของตนเอง	191	42.4
▪ บ้านเช่า	16	3.6
▪ อื่น ๆ	28	6.2
<b>ลักษณะการนอน</b>		
▪ นอนร่วมกับผู้อื่น	313	69.6
▪ นอนคนเดียว	137	30.4

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักพยาบาล ร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ บ้านของตนเอง ร้อยละ 42.4 และลักษณะการนอน คือ นอนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 69.6

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตาม รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และภาวะในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>รายได้รวมต่อเดือน</b>		
$(\bar{X} = 23,473.47 \text{ S.D.} = 8,896.850)$		
▪ < 15,000 บาท	110	24.4
▪ 15,001 – 20,000 บาท	114	25.3
▪ 20,001 – 25,000 บาท	56	12.4
▪ 25,001 – 30,000 บาท	105	23.3
▪ > 30,000 บาท	65	14.4
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>		
▪ เพียงพอ เหลือเก็บ	225	50.0
▪ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	169	37.6
▪ ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	56	12.4
<b>ภาวะในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว</b>		
▪ ไม่นักเลย	256	56.9
▪ ค่อนข้างเป็นภาระ	157	34.9
▪ เป็นภาระที่หนักมาก	37	8.2

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 25.3 รายได้เฉลี่ย เท่ากับ 23,473.47 บาท/เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8,896.85 บาท ในด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีเพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 37.6 และมีภาวะในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว ส่วนใหญ่ ไม่นักเลย ร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ ค่อนข้างเป็นภาระ ร้อยละ 34.9

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามการมีโรคประจำตัว

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
▪ ไม่มีโรคประจำตัว	193	42.9
▪ มีโรคประจำตัว	257	57.1
▪ ภูมิแพ้	90	20.0
▪ โรคระบบทางเดินอาหาร	38	8.4
▪ ข้ออักเสบ	19	4.2
▪ ไทรอยด์	15	3.3
▪ ไมเกรน	13	2.8
▪ โรคระบบทางเดินหายใจ	9	2.0
▪ เบาหวาน	8	1.7
▪ โรคระบบหมุนเวียนเลือดและหัวใจ	7	1.5
▪ เวียนศีรษะ	4	0.8
▪ ไวรัสตับอักเสบ บี	3	0.6
▪ มะเร็งเต้านม	1	0.2

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.1 โดยพบว่าเป็นโรคภูมิแพ้ร้อยละ 20.0 รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 8.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามการดื่ม เครื่องดื่มคาเฟอีน และปริมาณที่ดื่ม

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>การดื่มชาหรือกาแฟ</b>		
■ ไม่ดื่ม	130	28.9
■ ดื่ม	320	71.1
- ปริมาณที่ดื่ม 1 แก้วต่อวัน	183	40.7
- ปริมาณที่ดื่ม 2 แก้วต่อวัน	110	24.4
- ปริมาณที่ดื่ม 3 แก้วต่อวัน	21	4.7
- ปริมาณที่ดื่ม 4 แก้วต่อวัน	6	1.3
<b>เหตุผลของการดื่มชาหรือกาแฟ</b>		
■ เพื่อลดความง่วงและความอ่อนล้าของร่างกาย	222	49.3
■ เพื่อการเข้าสังคม	8	1.8
■ อื่น ๆ	90	20.0
- รสชาติ	26	5.8
- อาหาร	33	7.3
- ความเคยชิน	31	6.9

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มชาและกาแฟ ร้อยละ 71.1 โดยปริมาณที่ดื่มส่วนใหญ่ คือ 1 แก้ว/วัน ร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ 2 แก้ว/วัน ร้อยละ 24.4 และเหตุผลของการดื่มชาและกาแฟ คือ เพื่อลดความง่วงและความอ่อนล้าของร่างกาย ร้อยละ 49.3 รองลงมา คือ เป็นอาหาร ร้อยละ 7.3 และ ความเคยชิน ร้อยละ 6.9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดแอลกอฮอล์ ความถี่ของการดื่มและปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (N=450)</b>		
▪ ไม่ดื่ม	376	83.6
▪ ดื่ม	74	16.4
- 1 ครั้ง/สัปดาห์	67	14.9
- 2 ครั้ง/สัปดาห์	5	1.1
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	2	0.4
<b>เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นส่วนใหญ่ (N=74)</b>		
▪ ไวน์ (wine)	33	7.3
▪ เบียร์ (beer)	27	6.0
▪ วิสกี้ (whisky)	5	1.1
▪ อื่นๆ	9	2.0
<b>ปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อครั้ง (N=74)</b>		
▪ เหล้า 1 แก้วต่อครั้ง	20	4.4
▪ เหล้า 2 แก้วต่อครั้ง	24	5.3
▪ เหล้า 3 แก้วต่อครั้ง	10	2.2
▪ เหล้า 4 แก้วต่อครั้ง	7	1.6
▪ เหล้า 5 แก้วต่อครั้ง	12	2.7
▪ เหล้า 6 แก้วต่อครั้ง	1	0.2

จากตารางที่ 9 พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6 ส่วนในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นไวน์ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 7.3 รองลงมา คือ เบียร์ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ในด้านปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่ดื่มโดยเฉลี่ย 2 แก้ว/ครั้ง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 รองลงมา คือ ดื่มโดยเฉลี่ย 1 แก้ว/ครั้ง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กิจกรรมประจำวันที่ปฏิบัติก่อนนอน

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>กิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</b>		
▪ ดูโทรทัศน์	354	78.7
▪ เข้าห้องน้ำ	317	70.4
▪ ดื่มนม/ น้ำ	266	59.1
▪ อ่านหนังสือ	217	48.2
▪ สวดมนต์/นั่งสมาธิ	168	37.3
▪ ฟังเพลง	162	36.0
▪ รับประทานอาหารว่าง	68	15.1

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนนอน คือ การดูโทรทัศน์ การเข้าห้องน้ำ และการดื่มนม/น้ำ ร้อยละ 78.7 , 70.4 และ 59.1 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามลักษณะการตื่นนอน และความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>ลักษณะการตื่นนอน (N=450)</b>		
▪ ตื่นนอนไม่เป็นเวลา	237	52.7
▪ ตื่นนอนเป็นเวลา	213	47.2
- ความถี่ 2 วันต่อสัปดาห์	5	1.1
- ความถี่ 3 วันต่อสัปดาห์	10	2.2
- ความถี่ 4 วันต่อสัปดาห์	5	1.1
- ความถี่ 5 วันต่อสัปดาห์	112	24.9
- ความถี่ 6 วันต่อสัปดาห์	27	6.0
- ความถี่ 7 วันต่อสัปดาห์	54	12.0

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตื่นนอนไม่เป็นเวลา ร้อยละ 52.7 ส่วนการตื่นนอนเป็นเวลาพบ ร้อยละ 47.2 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา 5 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 24.9 รองลงมา คือ ความถี่ 7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 12.0

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคลจำแนกตามความถี่ของการตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>ความถี่ของการตื่นระหว่างการนอนหลับ</b>		
▪ ไม่ตื่นระหว่างการนอนหลับ	79	17.6
▪ ตื่นระหว่างการนอนหลับ	371	82.4
▪ ความถี่ 1 ครั้ง ต่อ คืน	190	42.2
▪ ความถี่ 2 ครั้ง ต่อ คืน	123	27.3
▪ ความถี่ 3 ครั้ง ต่อ คืน	38	8.4
▪ ความถี่ 4 ครั้ง ต่อ คืน	10	2.2
▪ ความถี่ 5 ครั้ง ต่อ คืน	9	2.0
▪ ความถี่ 6 ครั้ง ต่อ คืน	1	0.2

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ตื่นระหว่างการนอนหลับ จำนวน 371 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 มีความถี่ของการตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ 1 ครั้ง/คืน ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือ มีความถี่ของการตื่นนอน 2 ครั้ง/คืน ร้อยละ 27.3 และไม่ตื่นระหว่างการนอนหลับเลย ร้อยละ 17.6

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามการจับหลัก ระยะเวลา ในการจับหลักและความถี่ของการจับหลักต่อสัปดาห์

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การจับหลัก (N=450)</b>		
▪ ไม่ได้จับหลัก	274	60.9
▪ ได้จับหลัก	176	39.1
<b>ระยะเวลาในการจับ (N = 176)</b>		
- ≤ 30 นาที/ครั้ง	149	33.1
- > 30 นาที/ครั้ง	27	6.0
<b>ความถี่ของการจับหลัก (N = 176)</b>		
- 1 ครั้ง/สัปดาห์	23	5.1
- 2 ครั้ง/สัปดาห์	66	14.7
- 3 ครั้ง/สัปดาห์	58	12.9
- 4 ครั้ง/สัปดาห์	16	3.6
- 5 ครั้ง/สัปดาห์	10	2.2
- > 5 ครั้ง/สัปดาห์	3	0.6

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้จับหลัก ร้อยละ 60.9 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จับหลัก พบ ร้อยละ 39.1 โดยระยะเวลาในการจับหลักส่วนใหญ่ คือ ≤ 30 นาที/ ครั้ง ร้อยละ 33.1 และส่วนใหญ่มีความถี่ 2 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 14.7 รองลงมา คือ ความถี่ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 12.9

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านบุคคล จำแนกตาม การออกกำลังกาย

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>การออกกำลังกาย</b>		
■ ไม่ได้ออกกำลังกาย	266	59.1
■ ออกกำลังกาย	184	40.9
- ความถี่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์	56	12.4
- ความถี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	66	14.7
- ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	32	7.1
- ความถี่ 4 ครั้งต่อสัปดาห์	14	3.1
- ความถี่ 5 ครั้งต่อสัปดาห์	10	2.2
- ความถี่ 7 ครั้งต่อสัปดาห์	6	1.3

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.1 ส่วนในกลุ่มที่ออกกำลังกาย พบ ร้อยละ 40.9 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ในการออกกำลังกาย 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 14.7 รองลงมา คือ ความถี่ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 12.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.2. ปัจจัยทางด้านการทำงาน

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตามสถานที่ในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และอายุงาน

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>สถานที่ในการปฏิบัติงาน</b>		
1.1 แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	47	10.4
1.2 แผนกผู้ป่วยใน (IPD)	254	56.4
1.3 อื่น ๆ	149	33.1
▪ แผนกห้องผ่าตัด	33	7.3
▪ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	30	6.6
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	25	5.5
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	14	3.1
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักระบบหัวใจและทรวงอก	10	2.2
▪ แผนกไตเทียม	8	1.7
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	8	1.7
▪ แผนกห้องคลอด	5	1.1
▪ แผนกควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล	4	0.8
▪ แผนกพัฒนาคุณภาพ	3	0.6
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท	3	0.6
▪ แผนกวิสัญญี	2	0.4
▪ แผนกประกันสังคม	2	0.4
▪ แผนกหอผู้ป่วยหนักเด็ก	2	0.4

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล (Mean = 12.9315, S.D.= 9.05417)		
▪ < 1 ปี	17	3.8
▪ 1- 5 ปี	93	20.7
▪ 5 - 10 ปี	93	20.7
▪ 11 - 15 ปี	74	16.4
▪ 16 - 20 ปี	60	13.3
▪ 21 - 25 ปี	55	12.2
▪ 26 - 30 ปี	48	10.7
▪ > 30 ปี	10	2.2
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน		
▪ พยาบาลระดับปฏิบัติงาน (member team)	206	45.8
▪ พยาบาลระดับหัวหน้าเวร (incharge)	143	31.8
▪ พยาบาลระดับหัวหน้าทีม (leader team)	101	22.4

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 56.4 แผนกอื่นๆ ร้อยละ 33.1 และร้อยละ 10.4 มาจากแผนกผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 – 10 ปี ร้อยละ 41.4 และปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลระดับปฏิบัติงาน (member team) ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ พยาบาลระดับหัวหน้าทีม (leader team) ร้อยละ 31.8

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตามช่วงระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่ผ่านมาใน 1 เดือน

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน</b>		
▪ เวิร์ช		
- ≤ 10 เวิร์ช /เดือน	206	45.8
- 11-20 เวิร์ชต่อเดือน	124	27.6
- > 20 เวิร์ชต่อเดือน	120	26.7
▪ เวิร์ช		
- ไม่มีเวิร์ช	169	37.6
- 1-6 เวิร์ชต่อเดือน	90	20.0
- 7-12 เวิร์ชต่อเดือน	181	40.2
- > 12 เวิร์ชต่อเดือน	10	2.2
▪ เวิร์ช		
- ไม่มีเวิร์ช	197	43.8
- 1-6 เวิร์ชต่อเดือน	67	14.9
- 7-12 เวิร์ชต่อเดือน	167	37.1
- > 12 เวิร์ช /เดือน	19	4.2
▪ เวิร์ชอื่น ๆ (เวิร์ชตรวจการ เวิร์ช On call เป็นต้น)		
- ไม่มีเวิร์ช	381	84.7
- 1-5 เวิร์ชต่อเดือน	47	10.4
- > 5 เวิร์ชต่อเดือน	22	4.9

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตารางการปฏิบัติงานเวิร์ช ≤ 10 เวิร์ช/เดือน ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ จำนวนมากกว่า 11-20 เวิร์ช/เดือน ร้อยละ 27.6 การปฏิบัติงานในเวิร์ช ไม่มีเวิร์ช ร้อยละ 37.6 รองลงมา คือ จำนวน 7-12 เวิร์ช/เดือน ร้อยละ 40.2 การปฏิบัติงานในเวิร์ช ไม่มีเวิร์ช ร้อยละ 43.8 รองลงมา คือ จำนวน 7-12 เวิร์ช/เดือน ร้อยละ 37.1 ส่วนการปฏิบัติงานในเวิร์ชอื่น ๆ ไม่มีเวิร์ช ร้อยละ 84.7 รองลงมา คือ จำนวน 1-5 เวิร์ช/เดือน ร้อยละ 10.4



ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยการทำงาน จำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง		
▪ ≤ 5 เวน/สัปดาห์	228	50.7
▪ > 5 เวน/สัปดาห์	222	49.3

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 เวน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.7

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านการทำงาน จำแนกตามการมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรม

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมอื่น ๆ ที่ <u>นอกเหนือ</u> จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ (การเข้าใช้พิเศษ การเลี้ยงบุตร/ธิดา เป็นต้น)		
▪ ไม่มี	322	71.6
▪ มี	128	28.4
ระยะเวลาที่ใช้โดยเฉลี่ย		
- < 10 ชั่วโมง/สัปดาห์	35	7.8
- 11 – 20 ชั่วโมง/สัปดาห์	36	8.0
- 21 – 30 ชั่วโมง/สัปดาห์	18	4.0
- 31 – 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	20	4.4
- > 40 ชั่วโมง/สัปดาห์	19	4.2

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.6 ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มที่มีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ พบ ร้อยละ 28.4 และระยะเวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยจำนวน 11-20 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 8.0 รองลงมาคือ ระยะเวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยจำนวน 1-10 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 7.8

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาการนอนหลับ ช่วงเวลาและลักษณะของปัญหาในการนอนหลับ

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	จำนวน (n=450)	ร้อยละ
<b>ปัญหาการนอนหลับ</b>		
▪ ไม่มีปัญหา	224	49.8
▪ มีปัญหา	226	50.2
<b>ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาการนอนหลับ <i>หลังการปฏิบัติงาน</i></b>		
▪ การปฏิบัติงานเวรเช้า (08.00-16.00 น.)	66	14.7
▪ การปฏิบัติงานเวรบ่าย (16.00-24.00 น.)	51	11.3
▪ การปฏิบัติงานเวรดึก (24.00-08.00 น.)	109	24.2
<b>ลักษณะปัญหาการนอนหลับ</b>		
▪ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ	109	24.2
▪ นอนหลับยาก	89	19.8
▪ ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมง	26	5.8

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50.2 โดยส่วนใหญ่พบหลังจากการปฏิบัติงานเวรดึก ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ หลังการปฏิบัติงานในเวรเช้า ร้อยละ 14.7 และลักษณะของปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ปัญหาการนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ ปัญหาหลับยาก ร้อยละ 19.8

### 1.3. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ปัจจัย	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
▪ แสง (ความสว่าง/ มืด)	159	143	81	45	22
▪ เสียง	99	144	96	83	28
▪ อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)	112	139	115	65	19
▪ กลิ่นอันไม่พึงประสงค์	216	118	69	41	6
▪ ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (เตียง, หมอนและผ้าห่ม)	194	152	69	27	8
▪ ความทิว / ความกระหายน้ำ	226	152	56	11	5
▪ อื่น ๆ	402	24	5	15	4

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ อุณหภูมิ รองลงมาคือ แสง และเสียง ตามลำดับ

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ The Chi-square test.

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (450 คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	293	65.1
คุณภาพการนอนหลับที่ดี	157	34.9

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 และมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและไม่ดี จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ ที่ดี		คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. องค์ประกอบที่ 1</b> (คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย)				
• ดีมาก	44	28	4	1.4
• ดี	108	68.8	116	39.6
• ไม่ค่อยดี	5	3.2	151	51.5
• ไม่ดีเลย	0	0	22	7.5
<b>2. องค์ประกอบที่ 2</b> (ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ)				
• ค่ะแน่นเท่ากับ 0	85	54.1	37	12.6
• ค่ะแน่นเท่ากับ 1-2	70	44.6	135	46.1
• ค่ะแน่นเท่ากับ 3-4	2	1.3	84	28.7
• ค่ะแน่นเท่ากับ 5-6	0	0	37	12.6
<b>3. องค์ประกอบที่ 3</b> (ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน)				
• > 7 ชั่วโมง	83	52.9	15	5.1
• 6 - 7 ชั่วโมง	69	43.9	93	31.7
• 5 - 6 ชั่วโมง	4	2.5	108	36.9
• < 5 ชั่วโมง	1	0.6	77	26.3

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและไม่ดี  
จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ ที่ดี		คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. องค์ประกอบที่ 4</b> (ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย)				
● > 85 เปอร์เซ็นต์	134	85.4	114	38.9
● 75-84 เปอร์เซ็นต์	16	10.2	88	30.0
● 65-74 เปอร์เซ็นต์	7	4.5	39	13.3
● < 65 เปอร์เซ็นต์	0	0	52	17.7
<b>5. องค์ประกอบที่ 5</b> (การรบกวนการนอนหลับ)				
● ผลรวมคะแนนเท่ากับ 0	24	15.3	3	1.0
● ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-9	128	81.5	231	78.8
● ผลรวมคะแนนเท่ากับ 10-18	5	3.2	56	19.1
● ผลรวมคะแนนเท่ากับ 19-27	0	0	3	1.0
<b>6. องค์ประกอบที่ 6</b> (การใช้ยานอนหลับ)				
● ไม่เคยใช้	153	97.5	242	82.6
● ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	4	2.5	21	7.2
● 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	24	8.2
● 3 ครั้งหรือมากกว่า / สัปดาห์	0	0	6	2.0
<b>7. องค์ประกอบที่ 7</b> (ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นใน การทำงานให้สำเร็จ)				
● ไม่เป็นปัญหา	26	16.6	11	3.8
● เป็นปัญหาเล็กน้อย	96	61.1	100	34.1
● เป็นปัญหาพอควร	32	20.4	160	54.6
● เป็นปัญหามาก	3	1.9	22	7.5

จากตารางที่ 22 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี ร้อยละ 68.8 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ น้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 54.1



ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน มากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 52.9 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยปกติวิสัย มากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 85.4 การรบกวนการนอนหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-9 ร้อยละ 81.5 การใช้นอนหลับ ไม่เคยใช้ ร้อยละ 97.5 และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 61.1

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยไม่ดี ร้อยละ 51.5 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-2 คะแนน ร้อยละ 46.1 ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมง/คืน ร้อยละ 36.9 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 38.9 การรบกวนการนอนหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-2 ร้อยละ 78.8 การใช้นอนหลับ ไม่เคยใช้ ร้อยละ 82.6 และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ มีปัญหาพอควร ร้อยละ 54.6

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี จำแนกตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ	คุณภาพการนอนหลับ ดี		คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. แสง (ความมืด /สว่าง)</b>				
• ไม่เลย	79	50.3	80	27.3
• เล็กน้อย	50	31.8	93	31.7
• ปานกลาง	20	12.7	61	20.8
• ค่อนข้างมาก	6	3.8	39	13.3
• มากที่สุด	2	1.3	20	6.8
<b>2. เสียง</b>				
• ไม่เลย	54	34.4	45	15.4
• เล็กน้อย	65	41.4	79	27.0
• ปานกลาง	23	14.6	73	24.9
• ค่อนข้างมาก	15	9.6	68	23.2
• มากที่สุด	0	0	28	9.6
<b>3. อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)</b>				
• ไม่เลย	60	38.2	52	17.7
• เล็กน้อย	43	27.4	96	32.8
• ปานกลาง	38	24.2	77	26.3
• ค่อนข้างมาก	13	8.3	52	17.7
• มากที่สุด	3	1.9	16	5.5

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีและไม่ดี  
จำแนกตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ (ต่อ)

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ	คุณภาพการนอนหลับ ที่ดี		คุณภาพการนอนหลับ ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. กลิ่นอันไม่พึงประสงค์</b>				
• ไม่เลย	100	63.7	116	39.6
• เล็กน้อย	30	19.1	88	30.0
• ปานกลาง	17	10.8	52	17.7
• ค่อนข้างมาก	9	5.7	32	10.9
• มากที่สุด	1	0.6	5	1.7
<b>5. ความหิว/กระหายน้ำ</b>				
• ไม่เลย	97	61.8	129	44.0
• เล็กน้อย	43	27.4	109	37.2
• ปานกลาง	15	9.6	41	14.0
• ค่อนข้างมาก	0	0	11	3.8
• มากที่สุด	2	1.3	3	1.0
<b>6. อื่น ๆ</b>				
• ไม่เลย	139	88.5	263	89.8
• เล็กน้อย	15	9.6	9	3.1
• ปานกลาง	0	0	5	1.7
• ค่อนข้างมาก	2	1.3	13	4.4
• มากที่สุด	1	0.6	3	1.0

จากตารางที่ 23 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี มีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่รบกวนการนอนหลับ ส่วนใหญ่จากปัจจัยด้านแสง เล็กน้อย ร้อยละ 31.8 ปัจจัยด้านเสียง ร้อยละ 41.4 ปัจจัยด้านอุณหภูมิ เล็กน้อย ร้อยละ 27.4 ปัจจัยด้านกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ เล็กน้อย ร้อยละ 19.1 และปัจจัยด้าน ความหิว/กระหายน้ำ เล็กน้อย ร้อยละ 27.4 และปัจจัยด้านอื่น ๆ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 9.6

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีปัญหาการนอนหลับจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ด้านแสง จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 31.7 ปัจจัยด้านเสียง จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 27.0 ปัจจัยด้านอุณหภูมิ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 32.8 ปัจจัยด้านกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 30.0 ปัจจัยด้านความหิว/กระหายน้ำ จำนวนร้อยละ 37.2 และปัจจัยอื่น ๆ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 3.1



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (N=450)	ร้อยละ
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	51	11.3
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	262	58.2
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	137	30.4

จากตารางที่ 24 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ กับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ.**

**ส่วนที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ

เขตกรุงเทพมหานคร

**ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง**

ตารางที่ 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df,	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ช่วงอายุ</b>							
▪ < 30 ปี	30	19.6	123	80.4	37.509	3	< 0.001**
▪ 30 – 40 ปี	49	34.3	94	65.7			
▪ 41 – 50 ปี	68	54.8	56	45.2			
▪ > 50. ปี	10	33.3	20	66.7			
<b>สถานภาพ</b>							
▪ เดี่ยว (โสด, หย่า, หม้าย, แยก)	82	29.3	198	70.7	10.243	1	< 0.001**
▪ คู่	75	44.1	95	55.9			
<b>ที่อยู่อาศัย</b>							
▪ บ้านของตนเอง	89	46.6	102	53.4	20.025	1	< 0.001**
▪ ไม่ใช่บ้านตนเอง	68	26.3	191	73.7			
<b>ลักษณะการนอน</b>							
▪ นอนคนเดียว	42	30.7	95	69.3	1.553	1	0.238
▪ นอนร่วมกับคนอื่น	115	36.7	198	63.3			



ตารางที่ 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test. (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df.	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ระดับของรายได้ (บาท/เดือน)</b>							
▪ ≤ 30,000							
▪ > 30,001	120	31.2	265	68.8	16.236	1	< 0.001**
	37	56.9	28	43.1			
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>							
▪ เหลือเก็บ	92	40.9	133	59.1	7.131	1	< 0.001**
▪ ไม่เหลือเก็บ	65	28.9	160	71.1			
<b>ภาระในการดูแลครอบครัว</b>							
▪ ไม่มีภาระ	105	41.0	151	59.0	9.812	1	< 0.001**
▪ มีภาระ	52	26.8	142	73.2			
<b>โรคประจำตัว</b>							
▪ มีโรค	95	37.0	162	63.0	1.137	1	0.286
▪ ไม่มีโรค	62	32.1	131	67.9			
<b>การดื่มชาและกาแฟ</b>							
▪ ไม่ดื่ม	40	30.8	90	69.2	1.363	1	0.243
▪ ดื่ม	117	36.6	203	63.4			
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>							
▪ ไม่ดื่ม	137	36.4	239	63.6	2.410	1	0.121
▪ ดื่ม	20	27.0	54	73.0			

ตารางที่ 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df.	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ลักษณะการตื่นนอน</b>							
▪ ตื่นนอนไม่เป็นเวลา	50	21.1	187	78.9	41.926	1	< 0.001**
▪ ตื่นนอนเป็นเวลา	107	50.2	106	49.8			
<b>ช่วงระยะเวลาการตื่นนอนเป็นเวลา</b>							
▪ ≤ 5 วัน/สัปดาห์	60	45.5	72	54.5	3.173	1	0.090
▪ > 5 วัน / สัปดาห์	47	58.0	34	42.0			
<b>การจับหลับ</b>							
▪ ไม่ได้จับหลับ	106	38.7	168	61.3	4.447	1	0.035*
▪ ได้จับหลับ	51	29.0	125	71.0			
<b>ช่วงระยะเวลาในการจับหลับ</b>							
▪ ≤ 30 นาที	37	24.8	112	75.2	8.109	1	< 0.001**
▪ > 30 นาที	14	51.9	13	48.1			
<b>การออกกำลังกาย</b>							
▪ ไม่ได้ออกกำลังกาย	78	49.7	188	64.2	8.871	1	< 0.001**
▪ ออกกำลังกาย	79	50.3	105	35.8			

\* p<0.05 \*\* p<0.01

จากตารางที่ 25 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ช่วงอายุ สถานภาพ ที่อยู่อาศัย ช่วงระดับของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะในการดูแลครอบครัว ลักษณะของการตื่นนอน ช่วงระยะเวลาในการจับหลับ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 การจับหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วน ลักษณะการนอน โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ ช่วงระยะเวลาการตื่นนอนเป็นเวลา ช่วงระยะเวลาในการจับหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง  
ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่ม  
ตัวอย่างโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test

ปัจจัยทางด้านการทำงาน (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	<b>สถานที่ทำงาน</b>						
▪ แผนกผู้ป่วยนอก	20	42.6	27	57.4	3.246	2	0.197
▪ แผนกผู้ป่วยใน	80	31.5	174	68.5			
▪ อื่น ๆ	57	38.3	92	61.7			
<b>ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน</b>							
▪ ≤ 10 ปี	43	21.2	160	78.8	31.649	2	< 0.001**
▪ 11 -20 ปี	58	43.3	76	56.7			
▪ > 20 ปี	56	49.6	57	50.4			
<b>ตำแหน่งการปฏิบัติงาน</b>							
▪ ระดับผู้ปฏิบัติงาน	67	32.5	139	67.5	1.979	2	0.372
▪ ระดับหัวหน้าทีม	41	40.6	60	59.4			
▪ ระดับหัวหน้าเวร	49	34.3	94	65.7			
<b>ช่วงปริมาณการปฏิบัติงานในเวรเช้า</b>							
▪ ≤ 10 เวิร์/เดือน	41	19.9	165	80.1	40.116	2	< 0.001**
▪ 11- 20 เวิร์/เดือน	53	42.7	71	57.3			
▪ > 20 เวิร์/เดือน	63	52.5	57	47.5			
<b>ช่วงปริมาณการปฏิบัติงานในเวรบ่าย</b>							
▪ ไม่มี	85	50.3	84	49.7	34.035	3	< 0.001**
▪ < 6 เวิร์/เดือน	32	35.6	58	64.4			
▪ 7-12 เวิร์ /เดือน	38	21.0	143	79.0			
▪ > 12 เวิร์ /เดือน	2	20.0	8	80.0			

ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test. (ต่อ)

ปัจจัยทางด้านการทำงาน (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df.	p-value.
	คุณภาพ การนอนหลับดี		คุณภาพ การนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ช่วงการปฏิบัติงานในเวรตึก</b>							
▪ ไม่มี	96	48.7	101	51.3	42.130	3	< 0.001**
▪ < 6 เหวร/เดือน	28	41.8	39	58.2			
▪ 7-12 เหวร /เดือน	30	18.0	137	82.0			
▪ > 12 เหวร /เดือน	3	15.8	16	84.2			
<b>ช่วงปริมาณเวลาการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง</b>							
▪ ≤ 5 เหวร/สัปดาห์	101	44.3	127	55.7	18.012	1	< 0.001**
▪ > 5 เหวร/สัปดาห์	56	25.2	166	74.8			
<b>กิจกรรมอื่น ๆ</b>							
▪ ไม่มี	129	40.1	193	59.9	13.336	1	< 0.001**
▪ มี	28	21.9	100	78.1			
<b>ปัญหาการนอนหลับ</b>							
▪ ไม่มี	119	52.7	107	47.3	63.083	1	< 0.001**
▪ มี	38	17.0	186	83.6			
<b>ลักษณะปัญหาการนอนหลับ</b>							
▪ หลับยาก	13	14.6	76	85.4	4.014	2	0.134
▪ หลับ ๆ ตื่น ๆ	17	15.6	92	84.4			
▪ ตื่นเร็วกว่าปกติ	8	30.8	18	69.2			

\* p < 0.05 \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 26 เมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับ พบว่า ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (อายุงาน) ช่วงปริมาณในการปฏิบัติงานในเวรเช้า เหวรบ่าย และเวรตึก ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง กิจกรรมอื่น ๆ และปัญหาการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนสถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานเวรอื่น ๆ ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ และ ลักษณะปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ตารางที่ 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ The Chi-square Test.

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df.	p-value
	ดี		ไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>แสง (ความมืด / สว่าง)</b>							
▪ ไม่เลย	79	49.7	80	50.3	34.682	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	50	35.0	93	65.0			
▪ ปานกลาง	20	24.7	61	75.3			
▪ ค่อนข้างมาก	6	13.3	39	86.7			
▪ มากที่สุด	2	9.1	20	90.9			
<b>เสียง</b>							
▪ ไม่เลย	54	54.5	45	45.5	53.884	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	65	45.1	79	54.9			
▪ ปานกลาง	23	24.0	73	76.0			
▪ ค่อนข้างมาก	15	18.1	68	81.9			
▪ มากที่สุด	0	0.0	28	100.0			
<b>อุณหภูมิ</b>							
▪ ไม่เลย	60	53.6	52	46.4	27.732	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	43	30.9	96	69.1			
▪ ปานกลาง	38	33.0	77	67.0			
▪ ค่อนข้างมาก	13	20.0	52	80.0			
▪ มากที่สุด	3	15.8	16	84.2			
<b>กลิ่น</b>							
▪ ไม่เลย	100	46.3	116	53.7	24.117	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	30	25.4	88	74.6			
▪ ปานกลาง	17	24.6	52	75.4			
▪ ค่อนข้างมาก	9	22.0	32	78.0			
▪ มากที่สุด	1	16.7	5	83.3			

ตารางที่ 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. (ต่อ)

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และกายภาพ (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ				$\chi^2$	df	p-value.
	ดี		ไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน</b>							
▪ ไม่เลย	93	47.9	101	52.1	32.811	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	47	30.9	105	69.1			
▪ ปานกลาง	14	20.3	55	79.7			
▪ ค่อนข้างมาก	2	7.4	25	92.6			
▪ มากที่สุด	1	12.5	7	87.5			
<b>ความหิว/กระหาย</b>							
▪ ไม่เลย	97	42.9	129	57.1	16.902	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	43	28.3	109	71.7			
▪ ปานกลาง	15	26.8	41	73.2			
▪ ค่อนข้างมาก	0	0.0	11	100.0			
▪ มากที่สุด	2	40.0	3	60.0			
<b>อื่น ๆ (ความเจ็บปวด เป็นต้น)</b>							
▪ ไม่เลย	139	34.6	263	65.4	13.991	4	< 0.001**
▪ เล็กน้อย	15	62.5	9	37.5			
▪ ปานกลาง	0	0.0	5	100.0			
▪ ค่อนข้างมาก	2	13.3	13	86.7			
▪ มากที่สุด	1	25.0	3	75.0			

\* p < 0.05    \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 27 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพของการนอนหลับ พบว่า แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน ความหิว/ กระหาย และอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01



## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ

### เขตกรุงเทพมหานคร

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง						$\chi^2$	df.	p-value
	สุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป		สุขภาพจิตเท่ากับทั่วไป		สุขภาพจิตดีกว่าทั่วไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ช่วงอายุ</b>									
▪ ≤ 30 ปี	20	13.1	83	54.2	50	32.7	4.847	6	0.564
▪ 31- 40 ปี	18	12.6	89	62.2	36	25.2			
▪ 41- 50 ปี	11	8.9	71	57.3	42	33.9			
▪ > 50 ปี	2	6.7	19	63.3	9	30.0			
<b>สถานภาพ</b>									
▪ เดี่ยว (โสด, หย่า, หม้าย, แยก)	35	12.5	166	59.3	79	28.2	2.245	2	0.325
▪ คู่	16	9.4	96	56.5	58	34.1			
<b>ที่อยู่อาศัย</b>									
▪ ไม่ใช่บ้านตนเอง	32	12.4	147	56.8	80	30.9	0.827	2	0.661
▪ บ้านตนเอง	19	9.9	115	60.2	57	29.8			
<b>ลักษณะการนอน</b>									
▪ นอนคนเดียว	16	11.7	76	55.5	45	32.8	0.650	2	0.723
▪ นอนร่วมกับผู้อื่น	35	11.2	186	59.4	92	29.4			

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test. (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง						$\chi^2$	df.	p-value.
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับทั่วไป		สุขภาพจิต ดีกว่าทั่วไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ช่วงรายได้ (บาท/เดือน)</b>									
▪ ≤ 30,000	48	12.5	228	59.2	109	28.3	7.464	2	0.024*
▪ > 30,001	3	4.6	34	52.3	28	43.1			
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>									
▪ เหลือเก็บ	18	8.0	130	57.8	77	34.2	6.537	2	0.038*
▪ ไม่เหลือเก็บ	33	14.7	132	58.7	60	26.7			
<b>ภาระในการดูแลครอบครัว</b>									
▪ ไม่เป็นภาระ	18	7.0	140	54.7	98	38.3	22.95	2	< 0.001**
▪ เป็นภาระ	33	17.0	122	62.9	39	20.1	1		
<b>โรคประจำตัว</b>									
▪ ไม่มี	25	13.0	111	57.5	57	29.5	0.904	2	0.636
▪ มี	26	10.1	151	58.8	80	31.1			
<b>การดื่มชาและกาแฟ</b>									
▪ ไม่ดื่ม	15	11.5	74	56.9	41	31.5	0.132	2	0.936
▪ ดื่ม	36	11.3	188	58.8	96	30.0			

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test. (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=450)	ภาวะสุขภาพจิต						$\chi^2$	df.	p-value.
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับทั่วไป		สุขภาพจิต ดีกว่าทั่วไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>การดื่มแอลกอฮอล์</b>									
▪ ไม่ดื่ม	43	11.4	212	56.5	121	32.2	3.614	2	0.164
▪ ดื่ม	8	10.8	50	67.6	16	21.6			
<b>ลักษณะการตื่นนอน</b>									
▪ ไม่เป็นเวลา	36	15.2	140	59.1	61	25.7	10.27	2	< 0.001**
▪ เป็นเวลา	15	7.0	122	57.3	76	35.7	5		
<b>ช่วงระยะเวลาในการงีบหลับ</b>									
▪ ≤ 30 นาที	20	13.4	92	61.7	37	24.8	2.851	2	0.240
▪ > 30 นาที	5	18.5	12	44.4	10	37.0			
<b>การออกกำลังกาย</b>									
▪ ไม่ได้ออกกำลังกาย	33	12.4	158	59.4	75	28.2	1.896	2	0.388
▪ ออกกำลังกาย	18	9.8	104	56.5	62	33.7			

\* p < 0.05    \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 28 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว และลักษณะการตื่นนอน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนช่วงอายุ สถานภาพ ที่อยู่อาศัย ลักษณะการนอน ช่วงของรายได้ โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การงีบหลับ ช่วงระยะเวลาการงีบหลับ และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง  
ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่ม  
ตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test

ปัจจัยทางด้านการทำงาน (N=450)	สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง						$\chi^2$	df.	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับทั่วไป		สุขภาพจิต ดีกว่าทั่วไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>สถานที่ทำงาน</b>									
▪ แผนกผู้ป่วยนอก	5	10.6	25	53.2	17	36.2	1.261	4	0.868
▪ แผนกผู้ป่วยใน	27	10.6	150	59.1	77	30.3			
▪ แผนกอื่น ๆ	19	12.8	87	58.4	43	28.9			
<b>ช่วงระยะเวลาการทำงาน</b>									
▪ ≤ 10 ปี	26	12.8	111	54.7	66	32.5	2.515	4	0.642
▪ 11 – 20 ปี	14	10.4	84	62.7	36	26.9			
▪ > 20 ปี	11	9.7	67	59.3	35	31.0			
<b>ตำแหน่งการปฏิบัติงาน</b>									
▪ ระดับผู้ปฏิบัติงาน	27	13.1	120	58.3	59	28.6	3.050	4	0.550
▪ ระดับหัวหน้าทีม	7	6.9	62	61.4	32	31.7			
▪ ระดับหัวหน้าเวร	17	11.9	80	55.9	46	32.2			
<b>ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน</b>									
<b>เวรเช้า</b>									
▪ ≤ 10 เสร / เดือน	31	15.0	116	56.3	59	28.6	7.149	4	0.128
▪ 10 – 20 เสร / เดือน	7	5.6	78	62.9	39	31.5			
▪ > 20 เสร / เดือน	13	10.8	68	56.7	39	32.5			
<b>ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน</b>									
<b>เวรบ่าย</b>									
▪ ไม่มี	16	9.5	98	58.0	55	32.5	5.733	6	0.454
▪ 1 - 6 เสร / เดือน	9	10.0	57	63.3	24	26.7			
▪ 7-12 เสร / เดือน	23	12.7	103	56.9	55	30.4			
▪ > 12 เสร / เดือน	3	30.0	4	40.0	3	30.0			

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ The Chi-square Test. และ The Fisher's exact test.(ต่อ)

ปัจจัยทางด้านการทำงาน	สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง						$\chi^2$	df.	p-value.
	สุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป		สุขภาพจิตเท่ากับทั่วไป		สุขภาพจิตดีกว่าทั่วไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน</b>									
<b>เวรตึก</b>									
▪ ไม่มี	18	9.1	117	59.4	62	31.5	10.853	6	0.093
▪ 1-6 เวน / เดือน	7	10.4	44	65.7	16	23.9			
▪ 7-12 เวน / เดือน	20	12.0	93	55.7	54	32.3			
▪ > 12 เวน/ เดือน	6	31.6	8	42.1	5	26.3			
<b>ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง</b>									
▪ ≤ 5 เวน / สัปดาห์	22	9.6	128	56.1	78	34.2	3.654	2	0.161
▪ > 5 เวน / สัปดาห์	29	13.1	134	60.4	59	26.6			
<b>กิจกรรมอื่นๆ</b>									
▪ ไม่มี	31	60.8	192	73.3	99	72.3	3.325	2	0.190
▪ มี	20	39.2	70	26.7	38	27.7			
<b>ปัญหาการนอนหลับ</b>									
▪ ไม่มี	15	29.4	134	51.1	77	56.2	10.885	2	< 0.001**
▪ มี	36	70.6	128	48.9	60	43.8			
<b>ลักษณะปัญหาการนอนหลับ</b>									
▪ หลับยาก	16	44.4	52	40.6	21	35.0	3.217	4	0.522
▪ หลับ ๆ ตื่น ๆ	17	47.2	58	45.3	34	56.7			
▪ ตื่นเร็วกว่าปกติ	3	8.3	18	14.1	5	8.3			

\* p < 0.05    \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 29 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน สถานที่ทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (อายุงาน) ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานในเวรเช้า เวิร์บ่ายและเวิร์ดึก ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรอื่น ๆ ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด กิจกรรมอื่น ๆ ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานกิจกรรมอื่น ๆ และลักษณะปัญหาการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพจิต (N=450)	คุณภาพ การนอนหลับดี		คุณภาพ การนอนหลับไม่ดี		$\chi^2$	df	p-value.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	8	5.1	43			
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	87	55.4	175	59.7			
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	62	39.5	75	25.6			

\*\* p < 0.01

จากตารางที่ 30 พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 31 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางการทำงาน และ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency)

ปัจจัย (N=450)	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p-value.
อายุ	-0.294	< 0.001**
รายได้	-0.285	< 0.001**
ความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา	-0.136	0.048*
ความถี่ของการสะดุ้งตื่น	0.289	< 0.001**
ระยะเวลาในการงีบหลับ	-0.223	< 0.001**
ระยะเวลาการทำงาน	-0.285	< 0.001**
จำนวนการปฏิบัติงานในเวรเช้า	-0.336	< 0.001**
จำนวนการปฏิบัติงานในเวรบ่าย	0.294	< 0.001**
จำนวนการปฏิบัติงานในเวรดึก	0.363	< 0.001**
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด	0.228	< 0.001**
แสง	0.311	< 0.001**
เสียง	0.371	< 0.001**
อุณหภูมิ	0.260	< 0.001**
กลิ่น	0.216	< 0.001**
ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน	0.274	< 0.001**
ความหิว/ กระจาย	0.214	< 0.001**
ภาวะสุขภาพจิต	-0.243	< 0.001**

\* p < 0.05 \*\* p < 0.01

จากตารางที่ 31 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ กับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficiency) พบว่า อายุ รายได้ ความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ระยะเวลาในการงีบหลับ ระยะเวลาการงีบหลับ ระยะเวลาการทำงานและจำนวนการปฏิบัติงานเวรเช้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จำนวนการปฏิบัติงานในเวรป่าย ดึก ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีวันหยุด แสง เสียง  
อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน ความหิว/กระหาย ภาวะสุขภาพจิต มี  
ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.01



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 5 ผลการศึกษาปัจจัยร่วมที่เป็นตัวทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพใน  
โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน  
(Enter multiple linear regression analysis)**

ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน  
(Enter multiple linear regression analysis) มีปัจจัยร่วมที่นำมาเข้าสมการดังต่อไปนี้

**ปัจจัยส่วนบุคคล**

- อายุ
- รายได้
- ความถี่ของการสะดุ้งตื่น
- ภาวะสุขภาพจิต

**ปัจจัยทางด้านการทำงาน**

- ระยะเวลาในการทำงาน(อายุงาน)
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรเช้า
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรบ่าย
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรดึก
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด
- ปัญหาการนอนหลับ

**ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ**

- แสง
- เสียง
- อุณหภูมิ
- กลิ่น
- ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน
- ความหิว/ความกระหาย

ตารางที่ 32 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter Multiple Linear Regression Analysis)

ปัจจัย (N=450)	B	S.E.B	β	t.	Sig.
อายุ	0.026	0.039	0.072	0.670	0.503
รายได้	-2.24E-05	0.000	-0.061	-1.050	0.294
ความถี่ของการสะดุ้งตื่น	0.462	0.122	0.153	3.787	< 0.001**
ภาวะสุขภาพจิต	-0.117	0.028	-0.167	-4.256	< 0.001**
ระยะเวลาการทำงาน	-0.011	0.036	-0.029	-0.293	0.770
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรเช้า	-0.024	0.038	-0.052	-0.628	0.530
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรบ่าย	-0.019	0.050	-0.026	-0.393	0.694
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรดึก	0.099	0.052	0.143	1.910	0.057
ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง	0.216	0.078	0.116	2.780	< 0.001**
ปัญหาการนอนหลับ	1.839	0.285	0.281	6.464	< 0.001**
แสง	0.052	0.168	0.018	0.307	0.759
เสียง	0.343	0.171	0.125	2.008	0.045*
อุณหภูมิ	-0.060	0.152	-0.021	-0.394	0.694
กลิ่น	-0.097	0.182	-0.031	-0.532	0.595
ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน	0.392	0.189	0.118	2.076	0.038*
ความหิว/กระหาย	-0.083	0.194	-0.022	-0.427	0.670
<b>Constant.</b>	7.180	1.665		4.312	< 0.001**

R = 0.614    R<sup>2</sup> = 0.377    S.E. est. = 2.63417    F = 16.346    p < 0.01

ต่อมาเลือกตัวแปรร่วมที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P < 0.05 ออกทีละตัว จนได้ Model. ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter Multiple Linear Regression Analysis) Model. 2

ปัจจัย (N=450)	B	S.E.B	$\beta$	t.	Sig.
รายได้	-1.58E-05	1.114	-0.043	-0.993	0.321
ความถี่ของการสะดุ้งตื่น	0.444	0.000	0.147	3.709	< 0.001**
ภาวะสุขภาพจิต	-0.115	0.120	-0.164	-4.273	< 0.001**
การปฏิบัติงานเวรคืน	0.101	0.027	0.145	3.160	< 0.001**
การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง	0.200	0.032	0.108	2.683	< 0.001**
ปัญหาการนอนหลับ	1.881	0.075	0.287	6.818	< 0.001**
การรบกวนจากเสียง	0.326	0.276	0.119	2.601	< 0.001**
ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน	0.284	0.125	0.086	1.958	0.051
<b>Constant.</b>	7.404	1.114		6.649	< 0.001**
R = 0.611      R <sup>2</sup> = 0.374      S.E.est. = 2.61617      F = 32.891      p < 0.01					

จากตารางที่ 33 จะเห็นได้ว่า ยังมีปัจจัยร่วมที่ยังไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อีก คือ รายได้ และ ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน จึงดำเนินการเลือกตัวแปรร่วมออกทีละตัว ดัง Model. สุดท้าย (ตารางที่ 34)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 34 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis) Model.สุดท้าย

ปัจจัย (N=450)	B	S.E.B	B	t.	Sig.
ความถี่ของการสะดุ้งตื่น	0.492	0.119	0.163	4.123	< 0.001 **
ภาวะสุขภาพจิต	-0.113	0.027	-0.161	-4.162	< 0.001 **
การปฏิบัติงานเวรตึก	0.138	0.029	0.199	4.779	< 0.001 **
ปัญหาการนอนหลับ	1.937	0.277	0.296	6.991	< 0.001 **
การรบกวนจากเสียง	0.445	0.114	0.163	3.892	< 0.001 **
<b>Constant.</b>	7.999	0.952		8.404	< 0.001 **

R = 0.598 R<sup>2</sup> = 0.357 S.E.est.= 2.64136 F = 49.353 p < 0.01 \*\*

จากตารางที่ 33 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 16 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาการทำงาน (อายุงาน) ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรเช้า เวรบ่าย เวรตึก ปัญหาการนอนหลับ แสง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สุขสบายของเครื่องนอน และความหิว/ความกระหาย พบว่า มี 5 ตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต การปฏิบัติงานเวรตึก ปัญหาการนอนหลับ และการรบกวนจากเสียง สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร คือ

$$Y = 7.999 + 0.492X_1 - 0.113X_2 + 0.138X_3 + 1.937X_4 + 0.445X_5$$

Y = คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ

X<sub>1</sub> = ความถี่ของการสะดุ้งตื่นในขณะนอนหลับ

X<sub>2</sub> = คะแนนภาวะสุขภาพจิต

X<sub>3</sub> = ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรตึก

X<sub>4</sub> = ปัญหาการนอนหลับ

X<sub>5</sub> = การรบกวนจากเสียง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดดังนี้

#### วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

#### สมมุติฐานการวิจัย

ไม่มี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ. จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design)
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกรุงเทพมหานคร

**ประชากรตัวอย่าง (Sample population)**

พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุการทำงานอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
3. ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช
4. ได้รับความยินยอมและร่วมมือจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

**ตัวอย่าง (Sample)** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ

ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ในประชากรตัวอย่าง

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ซึ่งมี 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา

ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ที่อยู่อาศัย ลักษณะการนอน รายได้รวมต่อเดือน(ระดับบุคคล) ความเพียงพอของรายได้ ภาระในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ (ปริมาณ ความถี่และเหตุผลของการดื่มชาและกาแฟ) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปริมาณ ความถี่และชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) กิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนนอน ลักษณะการตื่นนอน (การตื่นเป็นเวลาและความถี่) การงีบหลับและการออกกำลังกาย

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย ซึ่งอภิชัย มงคลและคณะ [26] ได้พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1.) สภาพจิตใจ 2.) สมรรถภาพของจิตใจ 3.) คุณภาพของจิตใจ 4.) ปัจจัยสนับสนุน เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายเครื่องมือนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับโดยให้คะแนนเป็นรายชื่อแบบ likert's scale ตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองและประเมินสถานการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ของตนเองว่าเป็นอย่างไร ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้าน อายุงาน ตำแหน่งงาน ตารางการปฏิบัติงาน อัตราการปฏิบัติงาน สถานที่ในการปฏิบัติงานและระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย แสง (ความสว่าง/มืด) เสียง อุณหภูมิ (ความหนาวเย็น/ความร้อน) ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอนและความหิว/กระหายน้ำ โดยข้อความแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกในลักษณะประเมินค่าเป็น 5 ระดับ ตามแนวของ Likert's scale คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางค่อนข้างมากและมากที่สุด

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ** เป็นแบบสัมภาษณ์และสอบถาม ดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรรณ ตันชัยสวัสดิ์ [25] จากคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลตัวอย่าง จำนวน 6 โรงพยาบาล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัวอย่าง พร้อมแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดและดำเนินการเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคนของโรงพยาบาลตัวอย่างทั้ง 6 โรงพยาบาล
4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายวิชาการของฝ่ายการพยาบาล ในแต่ละโรงพยาบาลตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
5. ทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ตามจำนวนตัวอย่างประชากรที่มีอยู่ในกลุ่มงานนั้น ๆ โดยส่งแบบสอบถามผ่านทางพยาบาลหัวหน้าฝ่ายวิชาการ/ฝ่ายวิจัยของโรงพยาบาล โดยแจ้งจำนวนตัวอย่างประชากรตามจำนวนตัวอย่างที่มีอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ๆ ยกเว้น โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่านทางหัวหน้าแผนกของแต่ละแผนกด้วยตัวเอง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 15 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2551 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งทั้งหมด 450 ชุด
6. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลบางตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะนำมาสอบถามเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 13 (Statistical Package for the Social Science Version 13) ในการประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินการด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Chi-square และ Chi-square & fisher's exact. ในกรณีที่ ตัวแปรเชิงกลุ่มทั้ง 2 ตัว มีค่าเพียง 2 ค่า กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
4. วิเคราะห์พหุคูณ (multiple linear regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

## สรุปผลการวิจัย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด จำนวน 450 คน เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 34.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 36.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.935 สถานภาพโสด ร้อยละ 57.3 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9

ด้านที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักพยาบาล ร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ อาศัยอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 42.4 ลักษณะการนอน ส่วนใหญ่ นอนร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 69.6 และนอนคนเดียว ร้อยละ 30.4

รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีรายได้อยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 25.3 รองลงมามีรายได้อยู่ระหว่าง 25,001- 30,000 บาท ร้อยละ 23.3 รายได้เฉลี่ย/เดือน เท่ากับ 23,473.47 บาท/เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8,896.85 บาท ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่มีเพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 50.0 รองลงมา เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 37.6 ในด้านภาระในการดูแลครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่หนักเลย ร้อยละ 56.9 รองลงมาค่อนข้างเป็นภาระ ร้อยละ 34.9

โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่เป็น โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 20.0 รองลงมาคือ โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 14.8

การดื่มชาและกาแฟ พบว่า ส่วนใหญ่ดื่มชาและกาแฟ ร้อยละ 71.1 ปริมาณที่ดื่ม ส่วนใหญ่ คือ 1 แก้ว/วัน ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ 2 แก้ว/วัน ร้อยละ 24.4 เหตุผลของการดื่ม คือ ส่วนใหญ่ เพื่อลดความง่วงและความอ่อนล้าของร่างกาย ร้อยละ 49.3

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 83.6 ส่วนในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่า ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 14.9 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่เป็นไวน์ ร้อยละ 7.3 รองลงมาคือ เบียร์ ร้อยละ 6.0 ในด้านปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ส่วนใหญ่ ดื่มโดยเฉลี่ย 2 แก้ว/ครั้ง ร้อยละ 5.3 รองลงมา คือ ดื่มโดยเฉลี่ย 1 แก้ว/ครั้ง ร้อยละ 4.4

กิจกรรมที่ปฏิบัติก่อนนอน พบว่า ส่วนใหญ่ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 78.7 รองลงมา คือ การเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 70.4

ลักษณะการตื่นนอน พบว่า ส่วนใหญ่ตื่นนอนไม่เป็นเวลา ร้อยละ 52.7 ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ตื่นนอนเป็นเวลา พบ ร้อยละ 47.2 โดยส่วนใหญ่ความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา คือ 5 วัน / สัปดาห์ ร้อยละ 24.9 รองลงมาคือ ความถี่ 7 วัน / สัปดาห์ ร้อยละ 12.0



ความถี่ของการตื่นนอนระหว่างกรนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่ ตื่นระหว่างกรนอนหลับ 1 ครั้ง/คืน ร้อยละ 42.2 รองลงมา คือ 2 ครั้ง/คืน ร้อยละ 27.3

การจับหลับ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่ได้จับหลับ ร้อยละ 60.9 ส่วนในกลุ่มที่ได้จับหลับ มี ร้อยละ 39.1 โดยระยะเวลาในการจับหลับ ส่วนใหญ่จับหลับน้อยกว่า 30 นาที/ ครั้ง ร้อยละ 33.1 ความถี่ของการจับหลับส่วนใหญ่มีความถี่ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 14.7 รองลงมา คือ ความถี่ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 12.9

การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 59.1 ส่วนในกลุ่มที่ออกกำลังกาย ร้อยละ 40.9 มีความถี่ในการออกกำลังกายส่วนใหญ่ 2 ครั้ง/ สัปดาห์ ร้อยละ 14.7 รองลงมา คือ 1 ครั้ง/ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 12.4

สถานที่ในการปฏิบัติงาน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) คิดเป็น ร้อยละ 56.4 แผนกอื่น ๆ ร้อยละ 33.1 และแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 10.4 ซึ่งในแผนกอื่น ๆ นั้น โดยส่วนใหญ่อยู่แผนกห้องผ่าตัด ร้อยละ 7.3 รองลงมา คือ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 6.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ อยู่ระหว่าง 11 -15 ปี ร้อยละ 16.4 ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติงาน (member team) ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ พยาบาลระดับหัวหน้าทีม (leader team) คิดเป็นร้อยละ 31.8

ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า ในเวรเช้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเวรเช้า  $\leq 10$  เวร/เดือน ร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ จำนวน 11-20 เวร/เดือน ร้อยละ 27.6 การปฏิบัติงานในเวรบ่าย ไม่มีเวร ร้อยละ 37.6 และจำนวน 7-12 เวร/เดือน ร้อยละ 40.2 การปฏิบัติงานในเวรดึก ไม่มีเวร ร้อยละ 43.8 และจำนวน 7-12 เวร/เดือน ร้อยละ 37.1 ส่วนการปฏิบัติงานในเวรอื่น ๆ ไม่มีเวร ร้อยละ 84.7 และ จำนวน 1-5 เวร/เดือน ร้อยละ 10.4

ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด  $\leq 5$  เวร/สัปดาห์ ร้อยละ 50.7 มีค่าเฉลี่ย 6.15 เวร/สัปดาห์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.762

การปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 71.2 ส่วนผู้ที่มีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 28.4 โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 11-20 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 8.0 รองลงมาคือ 1-10 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 7.8

ปัญหาการนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50.2 ส่วนที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 49.8 ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาการนอนหลับส่วนใหญ่ จะพบปัญหาหลังการปฏิบัติงาน ในเวรดึก (24.00-08.00น.) ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ การปฏิบัติงานเวรเช้า

(08.00 -16.00 น.) ร้อยละ 14.7 ปัญหาการนอนหลับ พบว่า มีปัญหาการนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ร้อยละ 24.2 รองลงมา คือ ปัญหาหลับยาก ร้อยละ 19.8

ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ อุณหภูมิ รองลงมาคือ แสง และเสียงตามลำดับ

## ตอนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ

คุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 65.1 และมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 34.9 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยดี ร้อยละ 68.8 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ น้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 54.1 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน มากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 52.9 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่า 85 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 85.4 การรบกวนการนอนหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-9 ร้อยละ 81.5 การใช้ยานอนหลับ ไม่เคยใช้ ร้อยละ 97.5 และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 61.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยไม่ดี ร้อยละ 51.5 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-2 คะแนน ร้อยละ 46.1 ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมง/คืน ร้อยละ 36.9 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่า 85 เปอร์เซนต์ ร้อยละ 38.9 การรบกวนการนอนหลับ ผลรวมคะแนนเท่ากับ 1-2 ร้อยละ 78.8 การใช้ยานอนหลับ ไม่เคยใช้ ร้อยละ 82.6 และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ มีปัญหาพอควร ร้อยละ 54.6

เมื่อจำแนกตามปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี มีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่รบกวนการนอนหลับ ส่วนใหญ่จากปัจจัยด้านแสง เล็กน้อย ร้อยละ 31.8 ปัจจัยด้านเสียง ร้อยละ 41.4 ปัจจัยด้านอุณหภูมิ เล็กน้อย ร้อยละ 27.4 ปัจจัยด้านกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ เล็กน้อย ร้อยละ 19.1 และปัจจัยด้านความหิว/กระหายน้ำ เล็กน้อย ร้อยละ 27.4 และปัจจัยด้านอื่น ๆ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 9.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีปัญหาการนอนหลับจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ โดยด้านแสง จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 31.7 ปัจจัยด้านเสียง จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 27.0 ปัจจัยด้านอุณหภูมิ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 32.8 ปัจจัยด้านกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 30.0 ปัจจัยด้านความหิว/กระหายน้ำ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 37.2 และปัจจัยอื่น ๆ จำนวนเล็กน้อย ร้อยละ 3.1

### ตอนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 58.2 สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 30.4 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 11.3

### ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square test. พบว่าช่วงอายุ สถานภาพ ที่อยู่อาศัย ช่วงระดับของรายได้ ภาระในการดูแลครอบครัว ลักษณะของการตื่นนอน ช่วงระยะเวลาในการงีบหลับ ความเพียงพอของรายได้ และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 การงีบหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วน ลักษณะการนอน โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ chi - square test. พบว่า ช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (อายุงาน) ช่วงปริมาณในการปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง กิจกรรมอื่น ๆ และปัญหาการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วน สถานที่ทำงาน ตำแหน่งงาน ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติงานเวรอื่น ๆ ช่วงปริมาณเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ และลักษณะปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi -square test. พบว่า ภาระในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว และลักษณะการตื่นนอน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ช่วงของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนช่วงอายุ สถานภาพ ที่อยู่อาศัย ลักษณะการนอน โรคประจำตัว การดื่มชาและกาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การงีบหลับ ช่วงระยะเวลาการงีบหลับ และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านการทำงานกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ chi-square test. พบว่า ปัญหาการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วน สถานที่ทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (อายุงาน) ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานในเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก ช่วงระยะเวลาในการ

ปฏิบัติงานเวอร์อื่น ๆ ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด กิจกรรมอื่น ๆ ช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานกิจกรรมอื่น ๆ และลักษณะปัญหาการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

5. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพของการนอนหลับ พบว่า แสงสว่าง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน และความหิว / กระจาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิต พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ กับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) พบว่า อายุ รายได้ ความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลา ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ระยะเวลาในการงีบหลับ ระยะเวลาการงีบหลับ ระยะเวลาการทำงานและจำนวนการปฏิบัติงานเวอร์เช้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนความถี่ของการตื่นนอนเป็นเวลามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จำนวนการปฏิบัติงานในเวอร์บ่าย ดีก ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด แสง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน ความหิว/กระจาย ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Enter multiple linear regression analysis) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ.

เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 16 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาการทำงาน (อายุงาน) ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ไม่มีวันหยุด ระยะเวลาการปฏิบัติงานเวรเช้า เวิร์บาย เวิร์คคิก แสง เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความไม่สุขสบายของเครื่องนอน และความหิว/ความกระหาย พบว่า มี 6 ตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากเครื่องนอน เสียง และระยะเวลาการปฏิบัติงานเวิร์คคิก ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความถี่ของการสะดุ้งตื่น ภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวิร์คคิก ปัญหาการนอนหลับ และการรบกวนจากเสียง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## การอภิปรายผล

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่พบ มาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

### **1. ความชุกของคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร**

#### **คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร**

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 450 คน พบว่า มีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 65.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ [25] ที่ศึกษาความชุกของปัญหาการนอนหลับไม่ดีของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า พยาบาลประจำการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 73 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

Ulla M. Edell Gustasson. [74] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปฏิบัติการปรับตัวเมื่อมีปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ทำงานเป็นกะที่ประเทศสวีเดน พบว่า มีเพียงร้อยละ 39.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Josef Zeitlhofer. และคณะ [81] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของชาวออสเตรเลีย พบว่า มีเพียง ร้อยละ 32.1 มีปัญหาการนอนหลับ โดยร้อยละ 26.5 พบในประชากรที่เป็นเพศหญิง ส่วนการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในกรุงเทพมหานครนั้น ยังไม่มีการรายงานการวิจัย แต่ส่วนใหญ่จะมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เช่น งานวิจัยของ ฌักวรรต บัวทอง [69] ที่ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและอาการการนอนไม่หลับของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินของบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน 261 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 151 คน คิดเป็น ร้อยละ 57.9 และพบอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 60.2 การศึกษาของ ภาณีดา ชนะมณี สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และถนอมศรี อินทนนท์ [71] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ พบว่า ร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การศึกษาของ พรสวรรค์ โรจนกิตติ [11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด พบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1 วัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด รองมาคือ คุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัด และคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด (Mean = 34.71, 45.77 และ 57.38 ตามลำดับ) การศึกษาของ กุสุมาลย์ รามศิริ [68] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การศึกษาของ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และธนา นิจชัยโกวิทย์ [82] ที่ได้ศึกษาปัญหาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่า แนวโน้ม



ของปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีประมาณ ร้อยละ 30 และ การศึกษาของ สุภารัตน์ สอนปะละ [83] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง พบว่าคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่ระยะเวลาที่ 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อยู่ในระดับที่ไม่ดีมาก ๆ และปานกลางตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า คุณภาพการนอนหลับหลังวันที่อดท่อช่วยหายใจ ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอยู่ในระดับดี

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น จึงพอจะอธิบายได้ว่า ประชากรที่มีลักษณะต่างกัน ไม่ว่าจะแตกต่างกันในด้านอายุ อาชีพ ลักษณะกลุ่มประชากร และภูมิประเทศ ก็จะมีคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกัน โดยจะสังเกตได้ว่า คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร มีค่าต่ำกว่า คุณภาพการนอนหลับของประชาชนทั่วไป

เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบทางด้านคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ สามารถอธิบายได้ดังนี้

#### 1. องค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

เมื่อวิเคราะห์ในด้านองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ซึ่งองค์ประกอบนี้จะเป็นการประเมินโดยบุคคลนั่นเองว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย” พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 51.5 มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยไม่ค่อยดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างล้วนเป็นพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานที่เป็นกะ ไม่มีตารางการปฏิบัติงานที่แน่นอน ประกอบกับการรบกวนจากทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพของสังคมเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาการเข้านอนและการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา และสิ่งเหล่านี้มีผลต่อ วงจรการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจังหวะในรอบวันมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางชีวภาพ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของร่างกาย จังหวะในรอบวันเป็นผลมาจากการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย คือ ซุปราไคแอสเมติก นิวเคลียส (suprachiasmatic nuclei, SCN) ซึ่งอยู่บริเวณต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior hypothalamus) รับรู้สิ่งแวดล้อมผ่านประสาทตา ทำให้รับรู้ถึงเวลาภายนอก ความมืด ความสว่างและเหตุการณ์ในสังคมต่าง ๆ การทำงานของ SCN นี้ จะสัมพันธ์กับการหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin) จากต่อมไพเนียล (pineal gland) ซึ่งจะหลั่งมากในเวลากลางคืนหรือเมื่ออยู่ในความมืด โดยพบว่า ระดับเมลาโทนินนี้สูงขึ้น 10 ถึง 30 เท่าในช่วงก่อนหลับ 1-2 ชั่วโมง ทำให้เชื่อว่า เมลาโทนินเป็นสารกระตุ้นให้เกิดการหลับ

## 2. องค์ประกอบในด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ

ในภาวะปกติ บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับไป ประมาณ 1-7 นาที [85] แต่ไม่ควรมากกว่า 15 นาที หรือถ้ามากกว่า 20 นาที แสดงถึงมีการนอนไม่หลับเกิดขึ้น [85] ซึ่งถ้าหากใช้เวลาสั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับไป บุคคลนั้นก็จะสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปอย่างสมบูรณ์ จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.7 ใช้เวลา มากกว่า 15 นาที ในการเข้านอนจนกระทั่งหลับไป จึงเป็นผลให้ไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ได้ ทำให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ลดลง ทำให้คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดี

## 3. องค์ประกอบในด้านระยะเวลาของการนอนหลับ

เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับมรณะที่ 1 ของ NREM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ซึ่งบุคคลจะมีความต้องการในการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัย โดยจะลดลงไปตามวัยตามลำดับ จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.9 จะใช้เวลาในการนอนหลับแต่ละคืนประมาณ 5-6 ชั่วโมง และน้อยกว่า 7 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 94.9 ซึ่งโดยปกติบุคคลที่สามารถนอนได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี [86] ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ใช้เวลาในการนอนหลับแต่ละคืนน้อยกว่า 7 ชั่วโมง จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

## 4. องค์ประกอบด้านประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย

บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ควรจะมีค่าประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซนต์ [86] จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีค่าประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย น้อยกว่า 85 เปอร์เซนต์ ถึงร้อยละ 61.1 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงมากกว่าระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 15 นาที หรือมีภาวะหลับยาก โดยอาจจะเกิดจากการถูกรบกวนจากปัจจัยทางบุคคล ทางด้านการทำงานและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ จึงทำให้วงจรการนอนหลับเปลี่ยนไป จึงทำให้ต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulla M. Edell-Gustafsson. [75] ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ความตึงเครียด และภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานเป็นกะ พบว่าระยะเวลาในการเข้านอนจนกระทั่งหลับที่มาก ภาวะหลับยากและความเหนื่อยล้าของร่างกายเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

### 5. องค์ประกอบด้านการรบกวนการนอนหลับ

จากงานวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รบกวนการนอนหลับจากการตื่นกลางดึก/เช้ากว่าปกติ, อุณหภูมิ, ดิ้นเข้าห้องน้ำ, ฝันร้ายและความเจ็บปวดตามตัว ซึ่งสอดคล้องกับวารุญ ตันชัยสวัสดิ์ [1] ที่ได้กล่าวไว้ว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนอนหลับ ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมาลย์ รามศิริ [68] ที่ศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมในด้านเสียง และความเจ็บปวดของร่างกายมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Morton. [84] ที่พบว่า อุณหภูมิที่ต่ำกว่า 24.9 องศาเซลเซียส จะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และ REM ลดลง ตื่นบ่อยและมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียส จะทำให้ไม่สุขสบายรบกวนการนอนได้ เพราะวาระหว่างการนอนหลับแบบ REM ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิจะทำงานน้อยลง ดังนั้น การนอนในอุณหภูมิที่ร้อนหรือหนาวเกินไป จะทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงได้

### 6. องค์ประกอบด้านการใช้ยานอนหลับ

จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีแนวโน้มในการใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีการใช้ยานอนหลับ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 8.2 ซึ่งสอดคล้องกับสรยุทธ วาสิกนันทน์[87] ที่กล่าวไว้ว่ายานอนหลับยังคงถูกใช้บ่อยในกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่มีปัญหาการนอนหลับทั้งในระยะสั้นและการนอนไม่หลับในระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagner J., Wagner ML. Hening WA. [88] ที่ศึกษาการรักษาอาการนอนหลับโดยใช้ยา ได้กล่าวไว้ว่า ประชาชนในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 30-35 มีปัญหาการนอนใน 1 ปี ร้อยละ 17 มีปัญหาในระดับรุนแรง และใช้ยานอนหลับช่วยในการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Almeida OP, TAmari S, Garrido R. [89] ที่ศึกษาการนอนหลับในผู้สูงอายุในบราซิล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 59.3 นี้ ใช้ยานอนหลับถึงร้อยละ 37.3 ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยานอนหลับ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

### 7. องค์ประกอบด้านปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ

จากงาน วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.6 มีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ โดยมีปัญหาพอสมควร ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ อยู่ในระดับมีปัญหาเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับ สรยุทธ วาสิกนันทน์ [87] ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีปัญหาใน

การนอนหลับ จะทำให้เกิดอาการในตอนกลางวัน เช่น อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ ความจำไม่ดี ไม่สามารถทำงานที่ซับซ้อนตามต้องการการตัดสินใจที่จับใจได้ สอดคล้องกับวรรณดี รักอิมและคณะ [90] ที่ได้กล่าวไว้ว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และไม่มีคุณภาพ ทำให้อ่อนเพลีย การซ่อมแซมร่างกาย และความสามารถในการทำงานลดลง

### ภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 450 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมา มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไป จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 ซึ่งใกล้เคียงกับ การศึกษาของ เจริญ แจ่มแจ้ง [91] ที่ศึกษาสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต CMI (Cornell Medical Index) พบว่า ร้อยละ 98.5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่เสี่ยงต่อภาวะผิดปกติ สอดคล้องกับ พัชรา จารุโรจน์จินดา [92] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในเขตจังหวัดนครปฐม โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 ของ โกลด์เบิร์ก (Goldberg) พบว่า พยาบาลในเขตนครปฐมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 85.2 มีกลุ่มที่มีปัญหา ร้อยละ 14.8 สอดคล้องกับ มลิวัลย์ หงสนันท์ และคณะ [93] ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตกับความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้เครื่องมือแบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของ Goldberg ฉบับภาษาไทย ชุด GHQ-26 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.4 สอดคล้องกับ ปราณีดาโรจน์ จามจรี อุดรสารและเทียนทอง บังศรี [94] ที่ศึกษาความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของ Goldberg (GHQ-26) ฉบับภาษาไทย พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.5 จากที่กล่าวมา จะพบว่าระดับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของพยาบาลวิชาชีพ แต่จะมีค่าแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน และเครื่องมือที่ใช้ประเมินแตกต่างกัน ทำให้ระดับภาวะสุขภาพจิตมีความแตกต่างกัน

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร.

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขต กรุงเทพมหานคร.

งานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square. พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ดังนี้

#### **ปัจจัยส่วนบุคคล**

**อายุ** จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 80.4 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 19.6 อายุ 30-40 ปี มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 65.7 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 34.3 ซึ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early or Young adulthood) ตามการแบ่งระยะวงจรชีวิตตามทฤษฎีของ Daniel Levinsson. [95] เป็นช่วงที่พัฒนาการทางร่างกายสูงสุด เป็นช่วงที่เริ่มรับบทบาทสถานภาพทางสังคมที่สำคัญ และเป็นช่วงของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง และเริ่มสร้างหลักฐานของชีวิต นอกจากนี้ Colarusso. ได้เสนองานตามขั้นตอนพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ไว้ดังนี้ คือ

1. การแยกตนเองออกจากครอบครัวและเริ่มที่จะพึ่งพาตนเองและพัฒนาความรู้สึกรับผิดชอบของตัวเอง
2. การคงความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนและมิตรภาพกับบุคคลอื่น ๆ
3. การพัฒนาความสัมพันธ์และผูกพันลึกซึ้งและการมีคู่ครอง
4. การเป็นบิดามารดาและการเลี้ยงดูบุตร
5. การพัฒนาความสัมพันธ์กับบิดามารดา ซึ่งเดิมเป็นความสัมพันธ์ที่ต้องพึ่งพาบิดามารดาทุกอย่างลดลงในช่วงวันนี้ และจะเปลี่ยนสภาพเป็นความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยกัน
6. การสร้างเอกลักษณ์ของตัวเองด้านการงานและอาชีพ
7. การคงกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินต่าง ๆ ไว้ ได้แก่กิจกรรมการเล่นและกีฬาในรูปแบบที่เหมาะสมในช่วงวัยผู้ใหญ่
8. การผสมผสานทัศนคติใหม่ ๆ เมื่อเวลาผ่านไป

จะเห็นได้ว่าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้มีงานตามพัฒนาการวงจรชีวิตมากมาย เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปด้วยดี เกิดความมั่นใจและมั่นคงในชีวิต จึงอาจจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้

เมื่อวิเคราะห์ช่วงอายุที่ มากกว่า 50 ปี พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 66.7 มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 33.3 แสดงให้เห็นว่า เมื่ออายุเริ่มเข้าสู่วัยทอง หรือวัยหมด



ประจำเดือน จะมีคุณภาพการนอนหลับลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการลดลงของการผลิตเอสโตรเจน (estrogen) ทำให้เกิดการลดลงของประจำเดือน และเกิดการหมดประจำเดือนในที่สุด ในวัยนี้อาจมีอาการร้อนวูบวาบตามตัว (hot flash) เนื่องจากการทำงานของระบบหลอดเลือดในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (vasomotor instability) ในบางรายอาจมีอาการเครียดวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า จึงทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงได้ สอดคล้องกับ Matteson and McConnell [96] ที่กล่าวไว้ว่า คนหนุ่มสาวจะหลับยากแต่ถ้าเริ่มหลับได้จะหลับตลอด ส่วนในคนที่สูงอายุไม่มีปัญหาการเข้านอน แต่จะหลับยาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อย มีความแปรปรวนของระยะเวลาการนอนหลับมาก ตื่นบ่อยตลอดคืน และมักตื่นแต่เช้าพร้อมกับรู้สึกว่านอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งสิ่งดังกล่าวนี้ล้วนมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มในวัยนี้ได้

**สถานภาพ** จากการศึกษาพบว่า สถานภาพเดี่ยว (โสด หย่า หม้ายและแยก) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 70.7 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 29.3 ซึ่งยังไม่มีผู้ใดได้ทำวิจัยไว้แต่สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีสถานภาพเดี่ยว ซึ่งเป็นสถานภาพที่มีลักษณะของความเป็นตัวของตัวเองสูง มีอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีอิสระในการเข้ากิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนลดลง ก่อให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้

**ที่อยู่อาศัยและลักษณะการนอน** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่บ้านที่ไม่ใช่บ้านของตนเองมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 73.7 เมื่อเทียบกับการอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่อยู่อาศัยบ้านที่ไม่ใช่บ้านของตนเองส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในหอพักพยาบาลซึ่งมีลักษณะการนอนที่ร่วมกับผู้อื่น และเป็นผู้ที่มีตารางการทำงานที่ไม่ตรงกัน ปัจจัยในด้านความเป็นส่วนตัว ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ อาจจะมีผลเหล่านี้ว่าจะรบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้

**ระดับของรายได้และความเพียงพอของรายได้** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท/เดือน จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บ จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ที่ไม่เหลือเก็บ สามารถอธิบายได้ว่า การมีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่เหลือเก็บและเป็นหนี้ นั้น นำไปสู่การมีปัญหการนอนหลับ เพราะกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะมีความวิตกกังวลและความเครียดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ธนา นิจชัยโกวิทย์ [82] ที่ได้ศึกษา ปัญหาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความไม่เพียงพอของรายได้ จะมีปัญหาในการนอนหลับ ร้อยละ 37.5

**ภาระในการดูแลครอบครัว** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลครอบครัว จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาระในการดูแลครอบครัว สามารถ



อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลครอบครัวนั้นจะมีกิจกรรมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว มีระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนน้อยลง มีระดับความเครียด ความวิตกกังวลที่สูง ซึ่งอาจจะมีผลต่อระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนน้อยกว่า 7 ชั่วโมง หรือมีการรบกวนการนอนหลับ จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**ลักษณะการตื่นนอน** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการนอนหลับที่ไม่เป็นเวลา จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการนอนหลับที่เป็นเวลา สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานที่เป็นกะ ไม่มีตารางการปฏิบัติงานที่แน่นอน ประกอบกับการรบกวนจากทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพของสังคมเขตเมือง (กรุงเทพมหานคร) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เวลาการเข้านอนและการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา ซึ่งมีผลให้การนอนหลับในระยะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเริ่มต้นการนอนหลับที่ไม่มีเวลานอน เมื่อมีการนอนหลับแล้วอาจจะนอนหลับสนิทได้เร็วขึ้น แต่ระยะเวลาสั้นลง ซึ่งมีผลต่อวงจรชีวภาพทั้งคืน ดังการศึกษาของ Clancy and Mc Vicar. [47] ที่ศึกษาถึงเวลาของการปรับตัวในวงจรการนอนหลับและการตื่น พบว่า ร้อยละ 55-66 ของกลุ่มตัวอย่างมีวงจรการนอนหลับและการตื่นได้ใหม่ การตื่นได้ใหม่ เมื่อจัดเวลาการนอนหลับและการตื่นซ้ำ ติดต่อกัน 7 วัน

**การงีบหลับและช่วงระยะเวลาในการงีบหลับ** จากงานวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการงีบหลับและช่วงระยะเวลาที่น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีกว่า เมื่อเทียบกับการงีบหลับที่มากกว่า 30 นาที/ครั้ง แสดงให้เห็นว่าการงีบหลับของกลุ่มตัวอย่างนั้นในแต่ละครั้งมากกว่า 30 นาที เพื่อให้เข้าสู่การนอนหลับในระยะ ต่าง ๆ ได้อย่างสมบูรณ์และเมื่อหลังจากการงีบหลับแล้วมีความรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่าในการทำงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Humm [97] ที่ศึกษาการงีบหลับของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ พบว่า ความอ่อนล้าเป็นปัญหาสำคัญในการทำงานเป็นกะ และทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาล โดยการงีบหลับ เพื่อช่วยให้มีความกระปรี้กระเปร่าในการทำงานต่อไป สอดคล้องกับ การศึกษาของ Hideki T., Kazuhiko T. [98] ที่ศึกษาผลของการงีบหลับและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า การงีบหลับในตอนกลางวันและการออกกำลังกายในตอนเย็น ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Takahachi M. and Arito H. [100] ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่ศึกษาผลของการงีบหลับหลังจากการรับประทานอาหารกลางวันในกลุ่มเด็ก จำนวน 12 คน ที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยจัดกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มที่ได้งีบหลับ และไม่ได้งีบหลับ) กำหนดระยะเวลาของแต่ละกลุ่มในการงีบหลับที่ 15 นาที พบว่า การงีบหลับในช่วงหลังรับประทานอาหารกลางวัน (ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการงีบหลับเท่ากับ 10.2 นาที) จะช่วยกระตุ้นความตื่นตัวและความพร้อมของร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayashi M, Hori T. [101] ที่ศึกษาผลของการงีบหลับ 20 นาที หลังการรับประทานอาหารเที่ยง โดยศึกษาในกลุ่มที่มีการงีบหลับและไม่ได้งีบหลับ พบว่า การ

งีบหลับมีผลทำให้ร่างกายมีความกระปรี้กระเปร่าในเวลากลางวัน แต่ระยะเวลาในการงีบหลับนี้ ในงานวิจัยนี้จะพบว่าระยะเวลาที่มากกว่า 30 นาที จะทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลใช้เวลาในการงีบหลับมากกว่าทั่วไปนั้น อาจจะเป็นผลมาจากการทำงานเป็นผลัด มีการปฏิบัติงานที่ไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้ใช้เวลาในการเริ่มเข้าสู่วงจรการหลับนานกว่าปกติ เพื่อปรับวงจรการนอนหลับ

**การออกกำลังกาย** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกาย มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ถึงร้อยละ 64.2 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ร้อยละ 50.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกาย ช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี สอดคล้องกับ Taylor C. และ คณะ [44] ที่กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกายในปริมาณและเวลาที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับให้นอนได้เร็วขึ้น เพิ่มระยะเวลาการหลับทั้งการนอนหลับแบบ NREM และ REM และสอดคล้องกับ วรรณุ ตันชัยสวัสดิ์ [1] ที่กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกาย ขนาดปานกลาง ครึ่งละ 15-30 นาที ติดต่อกัน อาจจะไม่จำเป็นต้องปฏิบัติติดต่อกันทุกวัน อาจจะทำออกกำลังกายเพียงวันเว้นวัน หรือ 3-4 วันต่อสัปดาห์ โดยสม่ำเสมอในเวลาช่วงบ่ายต่อกับเวลาเย็น จะให้ผลต่อการนอนหลับได้เร็วกว่าในช่วงเวลาเช้าหรือกลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hideki T., Kazuhiko T. [98] ที่ศึกษาเกี่ยวกับการงีบหลับและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่าการออกกำลังกายในตอนเย็นจะช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับที่สูงมากขึ้น

### ปัจจัยทางด้านการทำงาน

**ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน (อายุงาน) ที่น้อย จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน (อายุงาน) ที่มากกว่า สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติงานในเวรเช้าน้อย แต่มีการปฏิบัติงานในเวรบ่ายหรือดึกมากกว่า และในกลุ่มที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่มากขึ้น จะมีการปฏิบัติงานในเวรเช้า เป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อย จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**ช่วงปริมาณการปฏิบัติงานในเวรเช้า** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการปฏิบัติงานที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 เวร/เดือน จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการปฏิบัติงานที่มากกว่า 10 เวร/เดือน สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณการปฏิบัติงานที่น้อยกว่า 10 เวร/เดือนนี้ ส่วนใหญ่จะมีลักษณะการปฏิบัติงานในเวรบ่าย หรือดึกร่วมด้วย ทำให้มีลักษณะการตื่นนอนไม่เป็นเวลามากกว่า กลุ่มที่มีปริมาณการปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าอย่างเดียว ซึ่งมีผลทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**ช่วงปริมาณการปฏิบัติงานในเวรบ่าย/ดึก** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี การปฏิบัติงานในเวรบ่าย/ดึก จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีการปฏิบัติงานในเวรบ่าย/ดึก และเมื่อวิเคราะห์จำนวนการปฏิบัติงานในเวรบ่าย/ดึก พบว่า กลุ่มที่มีปริมาณการปฏิบัติงานในเวร บ่าย/ดึก ที่มากกว่า 7 เวร/เดือน จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ถึงร้อยละ 79-82 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่มีการปฏิบัติงานในเวรบ่าย/ดึกนี้ จะมีลักษณะการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา มีจังหวะในรอบวันที่ ต้องปรับเปลี่ยนบ่อยกว่าผู้ที่ไม่มี การปฏิบัติงานเวรบ่าย/ดึก จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สอดคล้องกับ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ [25] ที่ศึกษาถึงปัญหาการนอนหลับ ของพยาบาลประจำการใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่าร้อยละ 76.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่ ทำงานเป็นผลัด มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunert K., King ML., and Kolkhorst FW. [99] ที่ศึกษาความอ่อนล้าและคุณภาพการนอนหลับของ พยาบาลในแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พยาบาลที่ทำงานในกะกลางคืนจะมีคุณภาพ การนอนหลับไม่ดีกว่าพยาบาลที่ทำงานกะกลางวันและนอกจากนั้นยังพบว่ามีความอ่อนล้า ทางด้านร่างกายที่สูงอีกด้วย.

**การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ ต่อเนื่องมากกว่า 5 เวร/สัปดาห์ จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 74.8 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนน้อยลง และมี ความวิตกกังวลต่อเวลาการตื่นนอน เพื่อไปปฏิบัติงานให้ตรงเวลา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการ นอนหลับแบบหลับยาก หรือนอนหลับแบบหลับ ๆ ตื่น ๆ และตื่นเร็วกว่าปกติ จึงทำให้มีคุณภาพการ นอนหลับที่ไม่ดีได้

**กิจกรรมอื่น ๆ (การทำงานพิเศษนอกเวลาราชการ, การเลี้ยงดูบุตรและสมาชิกครอบครัว)** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการปฏิบัติงานประจำใน โรงพยาบาลแล้ว จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 83.6 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมี กิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจาก การปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาใน การนอนหลับในแต่ละคืนลดลง จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**ปัญหาการนอนหลับ** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอนหลับ จะมีคุณภาพ การนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมี ปัญหาการนอนหลับเป็นลักษณะของความรู้สึก ความนึกคิดที่เกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง เหมือนกับคุณภาพการนอนหลับเชิงปกติวิสัย โดยบุคคลเหล่านั้นต้องเป็นผู้ตอบเองเท่านั้น ดังนั้นจึง บ่งบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอนหลับไม่ว่าจะเป็นด้านการหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือ การตื่นเร็วกว่าปกติ จึงมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากเป็นผลจากการเข้าสู่ระยะต่าง ๆ ของการ นอนหลับเป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์

### ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

**แสงสว่าง** จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ได้รับการรบกวนจากปัจจัยด้านแสงสว่าง สามารถอธิบายได้ว่า แสงสว่างมีความเกี่ยวข้องกับวงจรการนอนหลับ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะมีผลต่อความเข้มของแสงที่ผ่านมายังเรตินา เมื่อแสงผ่านมายังเรตินา เซลล์ประสาทซูปราไคแอสมาติก ที่อยู่เหนือออปติคไคแอสซึม ทำหน้าที่ในการแปลผลความมืดและความสว่างพร้อมทั้งควบคุมการสังเคราะห์เมลาโทนิน ความมืดจะทำให้มีการหลั่งเมลาโทนิน แต่ความสว่างในตอนกลางวันที่มีความเข้มมากกว่า 2,000 ลักซ์ จะยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน ซึ่งเมลาโทนินนี้ช่วยในการควบคุมวงจรชีวิตภายในร่างกายให้ทำงานได้ตามปกติ ทำให้เกิดการนอนหลับ

**เสียง** จากงานวิจัย พบว่า เสียงมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อธิบายได้ว่า เสียงจะกระตุ้นการตื่นนอนของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะเสียงที่ระดับมากกว่า 45 เดซิเบล จะรบกวนการนอนหลับทำให้เกิดการตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญชู อนุศาสนันท์ [15] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ คือ เสียง โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

**อุณหภูมิ** จากงานวิจัยพบว่า อุณหภูมิมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายได้ว่า การนอนหลับในระยะ REM ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย จะไม่ทำงาน ร่างกายไม่มีการตอบสนองต่อความร้อนหรือความเย็น ด้วยการสั้นหรือเหงื่อออกได้ อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อม จึงมีผลกระทบต่อ อุณหภูมิร่างกายได้โดยตรง สามารถกระตุ้นให้ตื่นได้ ทำให้การนอนหลับในระยะ REM ลดลงโดยMorton. [84] กล่าวไว้ว่า อุณหภูมิที่สูงกว่า 75 องศาฟาเรนไฮต์ (23.9 องศาเซลเซียส) จะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และ REM ลดลง ตื่นบ่อยขึ้น และมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น และอุณหภูมิต่ำกว่า 54 องศาฟาเรนไฮต์ (12.2 องศาเซลเซียส) จะทำให้ไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับได้

**กลิ่นอันไม่พึงประสงค์** จากงานวิจัย พบว่า กลิ่นมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายได้ว่า กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ อันได้แก่ กลิ่นของน้ำเน่าเสีย หรือกลิ่นอาหารหรือกลิ่นคาว จะทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สุขสบาย จึงมีผลต่อการนอนหลับได้

นอกจากนั้น ยังพบว่า ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอนและความหิว/กระหาย มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นการตื่นนอนของกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่าง ตื่นบ่อยมากขึ้น จึงทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้



### ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

**รายได้และความเพียงพอของรายได้** จากงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อย และมีความมีปัญหาในด้านความเพียงพอของรายได้ จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าปกติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่าและไม่มีปัญหาในด้านความเพียงพอของรายได้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยและมีความมีปัญหาในด้านความเพียงพอของรายได้ จะมีภาวะเครียด ความวิตกกังวล จึงทำให้ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ เบนจางคประดิษฐ์ ทวีรัตน์ ศรีวิไลและรังสี กัลยาณวัต [100] ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลเบตง พบว่า ในกลุ่มที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับความเครียดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ภาระในการดูแลครอบครัว** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลครอบครัว จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าปกติมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาระในการดูแลครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมีภาระในการดูแลครอบครัว จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ต่อสมาชิกหรือภาระที่ได้รับจากครอบครัว จึงทำให้ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ เบนจางคประดิษฐ์ ทวีรัตน์ ศรีวิไลและรังสี กัลยาณวัต [100] ที่ศึกษาความเครียดของพยาบาล โรงพยาบาลเบตง พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาระในการดูแลครอบครัวต่างกัน จะมีระดับความเครียดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ลักษณะการตื่นนอน** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีลักษณะการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา จะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 15.2 เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการตื่นนอนที่เป็นเวลา (ร้อยละ 5.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ulla M. Edell-Gusstasson. [75] ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ความตึงเครียดและภาวะสุขภาพของผู้หญิงที่ทำงานเป็นกะ พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเป็นกะ ซึ่งมีลักษณะการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา จะมีระดับความเครียดที่สูงและต้องใช้ระยะเวลาในการปรับความสมดุลของสภาพร่างกายและจิตใจที่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

**ปัญหาการนอนหลับ** จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความปัญหาในการนอนหลับ มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 70.6 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอนหลับ จะมีความอ่อนล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเครียดและ ความวิตกกังวลต่อรูปแบบการนอนของตน เมื่อทดสอบภาวะสุขภาพจิตจึงต่ำกว่าปกติได้

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

จากงานวิจัย พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ถึงร้อยละ 14.7 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Kozier, B. and Mc Bufalino, P. [39] ที่กล่าวว่า การที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน อาจเป็นสิ่งที่รบกวนให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล โศกเศร้า หรือแม้แต่อารมณ์ตื่นตื่นมีผลต่อการนอนหลับ ร่างกายจะมีการหลั่ง นอร์แอดรีนาลีน ซึ่งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับยาก สอดคล้องกับ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์ [34] ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับ โมโนเอมีน ออกซิเดส (monoamine oxidase) สูงขึ้นซึ่งเอนไซม์นี้จะสลายนอร์อะดรีนาลีน และซีโรโทนิน หรือ 5-HT ทำให้บุคคลเหล่านี้หลับยาก และตื่นบ่อยเมื่อหลับแล้ว นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับ ศิวาภรณ์ โกศล [41] ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ไม่ปกติเนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวล หรือความเครียดนั้นจะนอนหลับได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มีความสุขจิตและอารมณ์ที่ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukukawa Y., Takahashi M., Airtto H. [101] ที่ศึกษาผลกระทบทางด้านอารมณ์จากพยาบาลที่ทำงานเป็นผลัดในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 1,608 คน พบว่า การทำงานเป็นผลัดมีผลทำให้เกิดความอ่อนล้า ความกระตือรือร้นลดลงและมีภาวะสับสน



### ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

เนื่องจากการขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีหลายขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามที่ระเบียบกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีเวลาจำกัด ในการที่จะเก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การอธิบายรายละเอียดในการทำแบบสอบถาม หรือการตอบคำถามด้วยตัวเองในกรณีที่ผู้ตอบคำถามมีข้อสงสัย

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

พยาบาลวิชาชีพ ควรมีความตระหนักในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของตนเอง และเพื่อเป็นการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยต่อตนเองและผู้รับบริการทางด้านสุขภาพ โดย

- ควรตื่นนอนเป็นเวลา อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อเป็นการส่งเสริมและปรับตัวในวงจรการนอนหลับและการตื่นให้เป็นปกติ
- การงีบหลับในระหว่างวัน จะช่วยทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมความตื่นตัวและความพร้อมในการทำงานให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้เร็วมากขึ้น
- การปฏิบัติงานในเวรป่วย/ดึก ไม่ควรเกิน 7 เวร/เดือน เพราะทำให้เกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกายและทำให้วงจรการนอนหลับและตื่นเสียความสมดุล
- การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง (ไม่มีวันหยุด) มากกว่า 5 เวร/สัปดาห์ มีผลเสียต่อคุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิต
- ควรปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของห้องนอนให้เอื้ออำนวยต่อการนอนหลับ เช่น การเปิดไฟในเวลาที่ยจำเป็น การควบคุมเสียงไม่ให้รบกวนการนอนหลับ เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ จำนวนระยะเวลาในการเดินทางเพื่อมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับหรือไม่ เนื่องจากภาวะสถานการณ์จราจรของเขตกรุงเทพมหานคร อาจจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ผลัด/กะ ในระยะเวลา 1 วัน มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรทางโรงพยาบาลว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางโรงพยาบาลต่อไป
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาในการงีบหลับที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

- [1.] วรรณ ตันชัยสวัสดิ์. ศรีรวิทยาการนอนหลับ. ใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (บรรณาธิการ). การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.
- [2.] Evan, J.C., & French, D.G. Sleep and healing intensive care setting. Dimensions of Critical Care Nursing, 1995; 14(4): 189-99.
- [3.] Kalimo R., Tankanen L., Harma M., Popius E. & Heinsalmi P. Job stress and sleep disorder. Finding from The Helsinki Heart Study. Stress medicine, 2000; 16: 65-75.
- [4.] Shapiro, C. and Flanigan, M. Function of sleep. Journal of Biology Medicine, 1993; 306: 383-5.
- [5.] Liu, Tanaka H, The Fukouka. Heart Study group. Overtime-work, insufficient sleep and risk of non-fetal acute myocardial infarction in Japanese men. Journal of Occupational & environment Medicine, 2002; 59: 447-51.
- [6.] ราตรี สุคตรวง. ประสาทวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- [7.] Kryger, Mier H. A woman's guide to sleep disorder. 2 nd ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- [8.] Reid K. & Fawson D. Comparing performance on a simulated 12 hours shifts rotation in young and older subjects. Occupational and Environmental Medicine, 2001; 58: 58-62.
- [9.] Winwood P.C., Lishington K & Winefield A.H. Further developmental and validation of Occupation Fatigue Exhaustion Recovery (OFER) Scale. Journal of Occupation and Environment Medicine, 2006; 58: 381-9.
- [10.] Walsleben, Joyce and Rita Baron Faust. A Woman's Guide to Sleep. Tree Rivers Press, 2000.
- [11.] พรสวรรค์ โจรนกิตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

- [12.] Edward, G.B. & Schuring, L.M. Sleep protocol. A Research bases practice Change. Critical Care Nurse, 1993; 84-8.
- [13.] McIntosh, A. Sleep deprivation in critically ill patient. Nursing, 1989; 3(45): 44-5.
- [14.] Brewer, M.J. To sleep or not to sleep: The consequence of sleep deprivation. Critical Care Nurse, 1985; 5(6): 35-41.
- [15.] Wolfson, Amy. The woman's Book on Sleep. Nerr Harbinger Publication, 2001.
- [16.] Hack, M & Mullington J. Sustained sleep restriction reduce emotion and physical well-being. Pain, 2002; 119(1-3): 56-64.
- [17.] จวี ธรรมสุข. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2544.
- [18.] Janne M, Fitzpatrick. Shift work and impact upon nurse performance: current knowledge and research issue. Journal of Advanced Nursing, 1999; 29(1): 18-27.
- [19.] Sandy Muecke. Effect of rotating night shift: Literature review. Journal of Advanced Nursing, 2005; 50(4): 433-9.
- [20.] Peter C, Antony H, Kurt Lushington. Work-related fatigue recovery: The contribution of age, domestic responsibilities and shift work. Journal of Advanced Nursing, 2006; 26(4): 428-49.
- [21.] Winwood P.C.Lushington. K. Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian Nurses. Journal of Advanced Nursing, 2006; 56(6): 679-89.
- [22.] Wu S., Zhu W., Wang Z., Wang M & Lan. Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. Journal of Nursing, 2007; 59(3): 233-39.
- [23.] Samaha E.,Lal S., Samaha N. & Wyndham J. Psychological, Life-style and coping contributors to chronic fatigue in shift-working nurses. Journal of Advanced Nursing, 2007; 59(3): 221-32.
- [24.] Ruggiero J.S. Correlates of Fatigue in critical care nurses. Research in Nursing and Health, 2003; 26: 434-44.

- [25.] ตะวันชัย จิระประมุข และวรัญญู ดันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาล  
ประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. Journal Psychiatric Association of  
Thailand, 1997; 42(3): 123-32.
- [26.] อภิชัย มงคลและคณะ. รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย  
ฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง  
สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์ 95, 2547.
- [27.] เกษม ต้นผลาชีวะ. การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. ใกล้หมอ, 2543; 15(5): 81-2.
- [28.] บุญชู อนุศาสนนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับ  
ความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย.  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- [29.] คาร์สัน โปธารส. ทำอย่างไรเมื่อนอนไม่หลับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัย  
บูรพา, 2539; 4(1): 13-8.
- [30.] Bahr, R. Sleep - wake pattern in the aged. Journal of Gerontological Nursing, 1983; 9: 534-  
9.
- [31.] Guyton, A.C. Textbook of Medical Physiology. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991.
- [32.] Webster & Thompson, R.A. and Thomson, D.R. Sleep in Hospital. Journal of Advanced  
Nursing, 1990; 11: 227-36.
- [33.] Wood, N.F. Patterns of sleep in post craniotomy patients. Nursing Research, 1972; 1(4):  
347-52.
- [34.] ฉัฐสุรางค์ บุญจันทร์. การนอนหลับ: แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์, 2538; 13: 10-8.
- [35.] Fuller, J. and Schaller -Ayers, J.S. Health assessment: A nursing approach. Philadelphia:  
J.B. Lippicott, 1990.
- [36.] Berger, K.J. and Williams, M.B. Fundamental of nursing: Collaborating for optimal health.  
Nor work: Appleton & Lange, 1992.
- [37.] Matteson, M.A. and McConnell, E.S. Gerontological nursing: Concepts and practice.  
Philadelphia: W.B. Saunders, 1988.
- [38.] McGhie, A. and Russell, S.M. The Subjective Assessment of normal sleep patterns. Journal  
of Mental Science, 1962; 108: 642-654.

- [39.] Kozier, B., Erb, G. and McBufalino, P. Introduction to Nursing. Menlo Park: Addison-Wesley, 1989.
- [40.] Closs, J. Patient's Sleep-wake Rhythms in Hospital part 1. Nursing Times, 1988; 84: 48-50.
- [41.] ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [42.] สันต์ หัตถ์รัตน์. การตรวจรักษาอาการ “หลับไม่ปกติ”. หมอชาวบ้าน, 2534; 13: 26-8.
- [43.] Patrick, M.L.; Woods, S.I., Garven, R.F., Rokovsky, J.S. and Bruno, P.M. Medical surgical Nursing: Pathophysiological concepts. Philadelphia: J.B. Lipincott, 1986.
- [44.] Taylor, C.; Lillis, C. and Lemone, P. Fundamental of Nursing: The art and Science of nursing care. Philadelphia: J.B. Lipincott, 1989.
- [45.] Espie, C.A. Practical management of insomnia: Behavioral cognitive techniques. Journal of British Medical, 1993; 306: 509-11.
- [46.] Edinger, J.D.; Morey, M.C. and Sullivan, R.J. et al. Effect of aerobic fitness and acute exercise on the sleep older man. Sleep Research, 1992; 21: 103.
- [47.] Clancy, J. and McVicar, A. Circadian Rhythm. British Journal of Nursing, 1994; 3:712-17.
- [48.] Clark, C.C. The Nurse as Group Leader. New York: Springer, 1977.
- [49.] Lexcen, F.J., Hick, R.A., Rider, S. and Sarnikonski, S. Smoking and self - reported Sleep problems. Sleep Research, 1993; 22: 89.
- [50.] Yokoi, M., Kawada, S. et al. Ethanol Effects on daytime sleepiness and Reaction time. Sleep Research, 1993; 22: 536.
- [51.] Kelly, T, Gomez, S., Engelland, S. and Naitoh, P. Repeated Administration of coffee during sleep Deprivation Dose not Affect cognitive Performance. Sleep Research, 1991; 22: 336.
- [52.] Hodgson, L.A. Why do we need sleep? : Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 1991; 16:1503-10.
- [53.] Shapiro, C.M.; Devis, G.M.; and Hussain, M.R. Sleep problems in patients with medical illness. British Medical Journal, 1993; 360: 1532-35.
- [54.] Beck, S. L. Measuring sleep. In M. Frank-Stromborg (Ed.), Instrument of clinical nursing research. (pp.255-67). Philadelphia: F.A. Davis company, 1992.



- [55.] Snyder-Halpern, R. and Verran, J.A. Instrumentation to describe subjective sleep Characteristics in healthy Subjects. Research in Nursing & Health, 1987; 10: 155-63.
- [56.] Townsend, Mary C. Psychiatric/Mental Health Nursing: Concepts of Care. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1993.
- [57.] ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522
- [58.] ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2530.
- [59.] สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. รายงานวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2530
- [60.] รวีวรรณ เผ่ากัณหา. พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิต. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2544; 1(2): 26-34.
- [61.] จีราวรรณ ประกอบผล. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สงวนสิทธิ์เวชสาร, 2531; 4(4): 181-7.
- [62.] อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอรกุลและคณะ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล), ขอนแก่น: คลังนาชนาวิทยา, 2544.
- [63.] Jahoda M. Currents concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
- [64.] สุวีภรณ์ สมคะเนย์. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาล.บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- [65.] เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบสุขภาพจิต. นนทบุรี: สถาบันสุขภาพจิต, 2537.
- [66.] อัมพร โอตระกูล. ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน : เกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536: 230-6.
- [67.] ชินโอสถ หัสบำเรอ. สุขภาพจิตในการทำงานและพฤติกรรมของมนุษย์. สารกองการพยาบาล, 2540; 10(12): 15-7.
- [68.] กุสุมาลย์ งามศิริ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- [69.] ฌักวรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับแลสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิต. คณะแพทยศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

- [70.] กัลยา สรรพพุดม. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [71.] ฟานิต ชนะมณีและคณะ. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ สงขลานครินทร์เวชสาร, 2549: 24(3); 163-73.
- [72.] ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [73.] Wolson, Jonh Hash. Sleep Hygiene and Sleep Quality in Italian and American Adolescents. Annals of the New York Academy of Sciences, 2004; 1021(1): 352-4.
- [74.] Ulla M. Edeell-Gustafsson. Sleep quality and responses to insufficient Sleep in women on different work shifts. Journal of Clinical Nursing, 2005; 11(2): 280-8.
- [75.] Ulla M. Edell-Gustafsson, Eiver I.K. Kritz and I. Kristina Bogren. Self-reports sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in female. Scandinavian Journal of caring Sciences, 2002; 16(2): 179-87.
- [76.] สกล ด่านภักดี. สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเมืองชัยภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544; 44(3): 313-27.
- [77.] ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล. ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในบรรยากาศการสอบเข้ามหาวิทยาลัย. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544. “ความสุขที่พอเพียง” วันที่ 5-7 กันยายน 2544: 52.
- [78.] ชนัดดา แนนเกสร, สงวน ธาณี และ สรวาลี สุนทรวิจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2540.
- [79.] จินตนา สิงขรอาจ. การหาคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต. General Health Questionair-28 (GHQ- 28). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- [80.] ภิรมย์ กมลรัตน์กุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์, ทวีสิน ดันประยูร. หลักการท้าววิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจนร์นัล พับลิเคชั่น, 2543.
- [81.] J Zeitlhofer and et al. Sleep and Quality of life in the Austrian population. Acta Neurologaca Scandinavica, 2000; 102(4): 249.

- [82.] จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และธนา นิลชัยโกวิทย์. รายงานเบื้องต้น: ปัญหาในการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540; 42(2): 66-7
- [83.] สุภารัตน์ สอนปะละ. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล.บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- [84.] Morton, P.G. Health assessment in nursing. 2 nd ed. St. Louis: Springhouse, 1993.
- [85.] Lee, K.A. An Overview of Sleep and Common sleep problem. American Nephrology Nurses Association Journal, 1997; 24(6): 614-24.
- [86.] Buyee DJ. et al. The Pittsburgh sleep quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research, 1989; 28(2): 193-213.
- [87.] สรยุทธ วาสิกานนท์. ยานอนหลับและสารช่วยการนอนหลับ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2543; 45(1): 87-97.
- [88.] Wagner J., Wagner ML., Hening WA. Beyond benzodiazepines: Alternative Pharmacologic agent for the treatment of insomnia. Annual Pharmacotherapic, 1998; 32: 680-91.
- [89.] Almeida OP, Tamai S. Garrido R. Sleep complaints among the elderly: result from a survey in psychogeriatric outpatient clinic in Brazil. International Psychogeriatric, 1999; 11: 47-56.
- [90.] วรดี รักอ้อม และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 2549; 24(4): 289-98.
- [91.] เจริญ แจ่มแจ้ง. สุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลนิติจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2535; 6(1): 376-82.
- [92.] พัชรา จารุโรจน์จินดา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในเขตจังหวัดนครปฐม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- [93.] มลิวัดย์ หงสนันท์ และคณะ. ความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์: อุบลราชธานี, 2541.
- [94.] ปราณี คาโรจน์, จามจุรี อุดรสาร และเทียนทอง บังศรี. ความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5, 2542.
- [95.] พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต: ขั้นตอนของพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

- [96.] Matteson. M.A. and McConnell, E.S. Gerontological nursing: Concept and Practice. Philadelphia: W.B. Saunder, 1988.
- [97.] Humm C. Night-shift napping. Nursing Standard, 2008; 22(17): 20-1.
- [98.] Hideki T., Kazuhiko T. Effect of shot nap and exercise on elderly people having difficulty in sleeping. Psychology and Clinical neurosciences, 2001; 55:173-4.
- [99.] Takahashi M., Arito H. Maintenance of Alertness and Performance by a brief nap after lunch under prior sleep deficit. Japan Sleep Research, 2000; 23(6): 813-9.
- [99.] Kunert K, King ML., Kolkhorst FW. Fatigue and sleep quality in nurses. Journal of Psychosocial nursing and mental health service, 2007; 45(8): 30-7.
- [100.] อมรรัตน์ เบญจางคประดิษฐ์, ทวีรัตน์ ศรีวิไลและรังสี กัลยาณวัตติ. ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลเบตง. ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7, 2542.
- [101.] Fukakuwa Y, Nakashima C, Tsuboi S, Saito I, Kosugi S, Shimokata H. Effects of shift work schedule on mood changes among female nurses. Japanese' Journal of Psychology, 2003; 74: 354-61.
- [101.] Hayashi M., Hori T. Effects of a 20-min nap before post-lunch dip. Psychiatry Clinical Neuroscience, 2008; 52(2): 203-4.

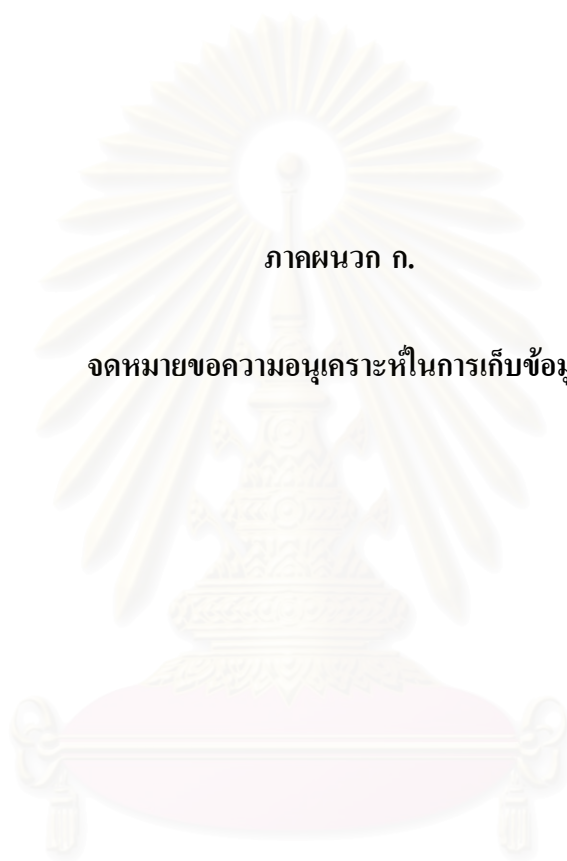
ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ที่ จว.พิเศษ..... /.....

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2550

เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน .....

ด้วย นางสาวฉันทนา แร่งสิงห์ นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์เดชา ลลิตอนันตพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใ้ขออนุญาตให้นางสาวฉันทนา แร่งสิงห์ เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลของท่าน จาก พยาบาลโดยใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น (THMI-15) และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (PSQI) ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิเวศพันธุ์)

ประธานหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298, 0-2256-4346



ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขต  
กรุงเทพมหานคร.

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวฉันทนา แรงสิงห์ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่องคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของ  
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นข้อมูลการส่งเสริมคุณภาพการ  
นอนหลับและภาวะสุขภาพจิตที่ดีแก่พยาบาลวิชาชีพและแก้ไขปัญหาการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของ  
พยาบาลต่อไป โดยคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามมีดังนี้

- เพศหญิง
- อายุการทำงานอย่างน้อย 6 เดือน
- มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
- ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงในเรื่องดังกล่าว การ  
ศึกษาวิจัยจะมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด โดยแบบสอบถาม  
จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 3 ปัจจัยทางด้านการทำงาน จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 4 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ

โดยใช้เวลาในการทำประมาณ 15-30 นาที

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

การเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิพิเศษใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็น  
ความลับ การเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงาน  
ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวฉันทนา แรงสิงห์ กลุ่มงานพยาบาลอา  
รกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โทร.081-3060567 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ หรือหาก  
ท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัย ขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-  
2564455 ต่อ 14-15. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวฉันทนา แรงสิงห์

### ใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง **คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ  
เขตกรุงเทพมหานคร.**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2550.

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอม ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้ทำวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล วิชาชีพใน โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ การนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วิธีการวิจัยจัดทำกรเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้า พอใจ.

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ.

ลงนาม..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวฉันทนา แรงสิงห์)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่จะศึกษา**

**ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความ หรือ กาเครื่องหมาย / ลงใน  ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. สถานภาพ
  - 1. โสด
  - 2. คู่
  - 3. หม้าย, หย่าหรือแยกกันอยู่
3. ปัจจุบันท่านนับถือศาสนา
  - 1. พุทธ
  - 2. คริสต์
  - 3. อิสลาม
  - 4. อื่นๆ ระบุ.....
4. ปัจจุบันนี้ ท่านอาศัยอยู่
  - 1. หอพักพยาบาล
  - 2. บ้านเช่า
  - 3. บ้านของตนเอง
  - 4. อื่น ๆ ระบุ.....
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ลักษณะการนอนของท่าน
  - 1. นอนคนเดียว
  - 2. นอนร่วมกับผู้อื่น
6. รายได้รวมต่อเดือน (เงินเดือน, ค่าครองชีพ, ค่าตำแหน่ง, ค่าเลี้ยงชีพ, เบี้ยเลี้ยงในการปฏิบัติงานและอื่นๆ) โดยประมาณ .....บาท.
7. ความเพียงพอของรายได้ของท่านเป็นอย่างไร
  - 1. เพียงพอ เหลือเก็บ
  - 2. เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
  - 3. ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
  - 4. อื่น ๆ ระบุ.....
8. (สำหรับท่านแล้ว) ภาระในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว เป็นอย่างไร
  - 1. ไม่นักเลย
  - 2. ค่อนข้างเป็นภาระ
  - 3. เป็นภาระที่หนักมาก

9. โรคประจำตัวของท่าน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. ไม่มี
  - 2. ความดันโลหิตสูง
  - 3. เบาหวาน
  - 4. โรกระบบทางเดินหายใจ
  - 5. ไทรอยด์
  - 6. ภูมิแพ้
  - 7. ข้ออักเสบ
  - 8. โรกระบบหมุนเวียนเลือดและหัวใจ
  - 9. อื่น ๆ.....
10. ท่านดื่มชาหรือกาแฟหรือไม่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
- 1. ไม่ดื่ม
  - 2. ดื่ม ปริมาณที่ดื่มต่อวัน .....แก้ว โดยเฉลี่ย
11. เหตุผลของท่านในการดื่มชา/ กาแฟ
- 1. เพื่อลดความง่วงและความอ่อนล้าของร่างกาย
  - 2. เพื่อการเข้าสังคม
  - 3. อื่น ๆ ระบุ.....
12. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
- 1. ไม่ดื่ม (ข้ามไปข้อ 16)
  - 2. ดื่ม ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....ครั้ง/สัปดาห์
13. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ท่านดื่มเป็นส่วนใหญ่
- 1. เบียร์ (Beer)
  - 2. ไวน์ (Wine)
  - 3. วิสกี้ (Whisky)
  - 4. อื่นๆ ระบุ.....
14. ปริมาณของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ท่านดื่มต่อครั้ง.....แก้ว (โดยเฉลี่ย)



15. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กิจกรรมที่ท่านปฏิบัติก่อนนอน มีอะไรบ้าง (สามารถตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 1. ดื่มนม/ น้ำ
  - 2. รับประทานอาหารว่าง
  - 3. เข้าห้องน้ำ
  - 4. ฟังเพลง
  - 5. สวดมนต์/นั่งสมาธิ
  - 6. อ่านหนังสือ
  - 7. ดูโทรทัศน์
  - 8. อื่น ๆ ระบุ.....
16. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านตื่นนอนเป็นเวลาหรือไม่
- ตื่นนอนไม่เป็นเวลา
  - ตื่นนอนเป็นเวลา ความถี่ .....วัน/สัปดาห์
17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ความถี่ของการตื่นระหว่างการนอนหลับของท่าน คือ.....ครั้ง/คืน
18. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้จับหลับมากน้อยเพียงใด
- ไม่ได้จับหลับ
  - ได้จับหลับ - ระยะเวลาในการจับ.....นาที/ครั้ง  
- ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์
19. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านออกกำลังกายหรือไม่
- ไม่ได้ออกกำลังกาย
  - ออกกำลังกาย ความถี่ .....ครั้ง/สัปดาห์

## ตอนที่ 2 แบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15)

### คำชี้แจง

กรุณาภาครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกต่อท่าน ว่าอยู่ในระดับใดแล้ว ตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 คำตอบ คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2.	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4.	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6.	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7.	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์กับชนหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8.	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9.	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10.	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11.	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12.	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13.	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14.	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15.	สมาชิกในครอบครัวมีความรักความผูกพันต่อกัน				

### ตอนที่ 3 ปัจจัยทางด้านการทำงาน

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความ หรือ กาเครื่องหมาย  $\surd$  ลงใน  ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานอยู่ในแผนก
  1. แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)
  2. แผนกผู้ป่วยใน (IPD)
  3. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
2. ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ รวม .....ปี.....เดือน
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านปฏิบัติงานในตำแหน่ง
  1. พยาบาลระดับปฏิบัติงาน (Member team)
  2. พยาบาลระดับหัวหน้าทีม (Leader team)
  3. พยาบาลระดับหัวหน้าเวร (Incharge)
4. ตารางการปฏิบัติงานของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
  1. เวรเช้า จำนวน .....เวร/เดือน
  2. เวรบ่าย จำนวน.....เวร/เดือน
  3. เวรดึก จำนวน.....เวร/เดือน
  4. เวรอื่น ๆ (เช่น เวร Stand By) จำนวน.....เวร/เดือน
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวนเวรที่ท่านขึ้นปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของท่าน **ติดต่อกันโดยไม่มีวันหยุด**  
โดยเฉลี่ย .....เวร/สัปดาห์
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่ **นอกเหนือ** จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับของท่านหรือไม่
  1. ไม่มี
  2. มี ระบุ .....  
ท่านใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยจำนวน.....ชั่วโมง/สัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการนอนหลับหรือไม่
  1. ไม่มีปัญหา
  2. มีปัญหา (*กรุณาตอบข้อ 8-9 เพิ่ม*)
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการนอนหลับ **หลังการปฏิบัติงาน** ในช่วงเวลาใดมากที่สุด (จงเรียงลำดับ)
  - ..... ♠ การปฏิบัติงานเวรเช้า (08.00-16.00 น.)
  - ..... ♠ การปฏิบัติงานเวรบ่าย (16.00-24.00 น.)
  - ..... ♠ การปฏิบัติงานเวรดึก (24.00-08.00 น.)

9. ส่วนใหญ่ปัญหาการนอนหลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ที่พบบ่อยที่สุดคืออะไร

1. ปัญหาหลับยาก
2. ปัญหาการนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ
3. ปัญหาตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
4. อื่น ๆ ระบุ.....

**ตอนที่ 3 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ**

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหารบกวนการนอนหลับจากปัจจัยเหล่านี้หรือไม่

ปัจจัย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.1 แสง (ความสว่าง/มืด)					
1.2 เสียง					
1.3 อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)					
1.4 กลิ่นอันไม่พึงประสงค์					
1.5 ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (เตียง, หมอนและผ้าห่ม)					
1.6 ความหิว/ความกระหายน้ำ					
1.7 อื่น ๆ ระบุ .....					

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

### คำแนะนำ

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่ว ๆ ไปของคุณ กรุณาตอบโดยเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย  $\surd$  ลงหน้าข้อความว่าการนอนหลับส่วนใหญ่ของคุณเป็นอย่างไร ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลา .....น.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้เวลาานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอน จนหลับไป.....นาที่
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านลุกจากที่นอนเวลา.....น.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง.  
(จำนวนชั่วโมงนี้อาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร
  - 1. ดีมาก
  - 2. ดี
  - 3. ไม่ค่อยดี
  - 4. ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง) เพื่อช่วยในการนอนหลับ บ่อยเพียงใด
  - 1. ไม่เคยใช้เลย
  - 2. ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 3. ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 4. ใช้ 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างการทำกิจกรรม (ขับรถ กินอาหาร หรือ ร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น)
  - 1. ไม่เคยเลย
  - 2. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 3. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
  - 4. 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป
  - 1. ไม่เป็นปัญหาเลย
  - 2. เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
  - 3. เป็นปัญหาพอควร
  - 4. เป็นปัญหามาก

สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้  
(กรุณาตอบคำถามทุกข้อ)

- |    |         |  |
|----|---------|--|
| 1. | หมายถึง | ไม่มีปัญหาเลย                                |
| 2. | หมายถึง | มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์            |
| 3. | หมายถึง | มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์                  |
| 4. | หมายถึง | มีปัญหา 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ |

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้ บ่อยเพียงใด	1	2	3	4
9.1. นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2. ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติ				
9.3. ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4. หายใจติดขัด				
9.5. ใจ หรือ กรน เสียงดัง				
9.6. รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7. รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8. ฝันร้าย				
9.9. เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่น ๆ (ระบุ).....				

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวฉันทนา นามสกุล แร่งสิงห์  
 วัน เดือน ปีเกิด 25 กรกฎาคม 2523 จังหวัด เชียงราย ปัจจุบันอายุ 27 ปี  
 พ.ศ.2546 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์  
 สาขาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.  
 พ.ศ.2547-ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
 สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยวชิรญาณ-สามัคคีพยาบาล ชั้น 4 กลุ่มงาน  
 อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และเข้าศึกษาต่อ  
 ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549.



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย