

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาล
ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Depression and sleep quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลใน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.ปริยนุช จันทร์สถิตานนท์
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา)

ปริยคุณ จันท์สถิตานนท์ : ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลใน
โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. (Depression and sleep
quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ.
ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกวงศ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและภาวะ
ซึมเศร้า รวมถึงถึงความชุกและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
ณ จุดใดจุดหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตนราช
ธานีและอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 638 คน เครื่องมือที่ใช้คือ
แบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย
และแบบประเมินคุณภาพการนอนฉบับภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงมาจาก the Pittsburgh sleep
quality index (PSQI) ข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้าและผลรวมประเมินคุณภาพการนอนจะถูก
นำเสนอในรูปแบบร้อยละ ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยและการหาความสัมพันธ์นำเสนอในรูปแบบ crude
และ adjusted odds ratios (ORs)

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่คุณภาพการนอนไม่ดีเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.38 เท่าของกลุ่มที่มี
คุณภาพการนอนที่ดี โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 17.3 โดยพยาบาล
ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 61 ปัจจัยอื่น ๆ ที่พบว่ามีสัมพันธ์กับการเกิด
ภาวะซึมเศร้าคือ ได้แก่ การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย ความพึงพอใจในงาน สวัสดิการและการ
ได้รับการสนับสนุนและคุณภาพการนอน

สรุปผลการศึกษา คุณภาพการนอนมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่
อาจส่งเสริมให้มีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่
การวางแผนและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาล

สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้าน สุขภาพ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2562	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6174012530 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: Depression Nurse Quality of sleep

Pariyanuch Junsatitanon : Depression and sleep quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok. Advisor: Asst. Prof. KRIT PONGPIRUL, M.D.,Ph.D.

Co-advisor: THANAPOOM RATTANANUPONG, Ph.D.

Nurses are one of the occupational groups that are at risk for depression. Nowadays, depression is considered one of the top mental health problems in Thailand. Untreated depression can become so severe that leads to suicide. The objective of this study was to investigate the relationship between sleep quality and depression including the prevalence of depression and associated factors. The sample of the study was nurses who worked in Nopparat Rajathanee hospital during the year 2019. A cross-sectional study was conducted among 638 nurses. Depression was assessed by the Thai Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Sleep quality was assessed by self-administered questionnaire adapted from the Pittsburgh sleep quality index (PSQI). Prevalence of depression and the total sleep quality assessment results are presented in percentage while those about its related factors were presented by crude and adjusted odds ratios (ORs).

The prevalence of depression in nurses was 17.3%. The findings suggested a strong association between sleep quality and depression. Nurses with poor sleep quality is 3.38 times more likely to be depressed and 61% of the nurses had a poor sleep quality. The other related factors associated with depression include: exercise, body mass index, Job satisfaction, receiving welfare and receiving support at work.

Field of Study: Health Research and
Management

Academic Year: 2019

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผศ.ดร.นพ. กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและ ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการดำเนินการและพัฒนาวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์จนทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จ รวมถึงคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความเมตตาและสละเวลาอันมีค่ายิ่งเพื่อร่วมเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อันได้แก่ รศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร และ ดร.นพ. วรภัทร รัตอาภา ในการให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire; PHQ9) ฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าและ รศ.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) เพื่อนำมาใช้ประกอบในแบบสอบถามดำเนินการวินิจฉัยวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณ นพ.สมบูรณ์ ทศบวร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล ขอขอบคุณ นพ.ปิยะพัทธ์ ปันดี ที่ช่วยให้คำแนะนำเรื่องงานวิจัย รวมไปถึงผู้ประสานงานทุกท่านที่ได้สละเวลาเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ช่วยประสานงานติดตามและจัดทำเอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยความยินดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์และการจัดการวิจัยให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนครอบครัวที่ กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ปริยณูช จันทร์สถิตานนท์

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational).....	1
1.2 คำถามของการวิจัย (Research question).....	2
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective).....	2
1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	3
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย (Operational Definitions).....	3
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)	3
1.8 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Obstacle and strategy to solve the problem) 4	
1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	5
บทที่ 2	6
บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	6
2.2 สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า.....	7
2.3 การแบ่งระดับความรุนแรง ลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	9
2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า.....	11
2.5 การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า.....	13
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ.....	15
2.8 การประเมินคุณภาพการนอน.....	17
บทที่ 3.....	20
วิธีดำเนินการวิจัย.....	20
3.1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย.....	20
3.1.1 ทบทวนวรรณกรรม.....	20
3.1.2 ระเบียบการวิจัย.....	20
3.1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง.....	21
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	22
3.3 การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	23
3.4 การวิเคราะห์ผลการศึกษา (Data analysis).....	24
บทที่ 4.....	25
ผลการวิจัย.....	25
4.1 อัตราการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง.....	25
4.2 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	25
4.2.1 ข้อมูลทั่วไป.....	25
4.2.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน.....	28
4.2.3 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม.....	29
4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน.....	29



4.3.1 ข้อมูลปัจจัยที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอน	29
4.3.2 ข้อมูลผลรวมประเมินคุณภาพการนอน	32
4.4 ผลการประเมินความชุกภาวะซึมเศร้า	32
4.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า	33
4.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	33
4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	34
4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	36
4.5.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้การ วิเคราะห์ Multiple logistic regression	38
4.5.5 ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนน ภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ Simple Linear Regression	39
4.5.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ Multiple linear regression.....	43
บทที่ 5	45
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	45
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	45
5.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอน.....	45
5.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	46
5.1.3 ปัจจัยจากงาน.....	46
5.1.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม	46
5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้า.....	46
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	47
5.2.1 ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	47
5.2.2 คุณภาพการนอนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	49
5.2.3 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	49

5.2.4 ปัจจัยด้านงานและจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า	51
5.3 จุดแข็งของการวิจัย	53
5.4 ข้อจำกัดในการทำวิจัย	53
5.5 ข้อเสนอแนะ	54
5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	55
ภาคผนวก ก.....	57
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าโครงการวิจัย.....	57
ภาคผนวก ข.....	62
หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย	62
ภาคผนวก ค.....	64
แบบสอบถามของการวิจัย	64
ภาคผนวก ง	70
เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	70
ภาคผนวก ฉ.....	74
หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม.....	74
ภาคผนวก ช.....	76
หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล.....	76
บรรณานุกรม.....	77
ประวัติผู้เขียน.....	84

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซีมเศร้าในพยาบาลประเทศต่าง ๆ.....	8
ตารางที่ 2 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งและได้รับตอบกลับแยกตามแผนก	25
ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	26
ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยจากงาน	28
ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม	29
ตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน.....	30
ตารางที่ 7 ข้อมูลความชุกของคุณภาพการนอน.....	32
ตารางที่ 8 ข้อมูลความชุกของภาวะซีมเศร้า.....	33
ตารางที่ 9 จำนวนผู้มีภาวะซีมเศร้า แยกตามแผนก.....	33
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพการนอนและภาวะซีมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression.....	34
ตารางที่ 11 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการเกิดภาวะซีมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression.....	35
ตารางที่ 12 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานและจิตสังคมกับการเกิดภาวะซีมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression	37
ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression.....	39
ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซีมเศร้า โดยใช้สถิติ Linear regression.....	41
ตารางที่ 15 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis).....	44
ตารางที่ 16 ความชุกของภาวะซีมเศร้า จากการศึกษาในอดีตเทียบกับการศึกษาปัจจุบัน.....	48

สารบัญรูปภาพ

หน้า

กราฟที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอน 32



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational)

สังคมไทยในปัจจุบัน เป็นสังคมที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรม ไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ทำให้เกิดการแข่งขันที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกอาชีพ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมซึ่งส่งผลให้ต้องมีการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตของคนในสังคม การที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เช่น การเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิต การหย่าร้าง การประสบปัญหาในการทำงาน การประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงการไม่สมหวังในสิ่งคาดหวังไว้ อาจเป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง เครียดส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าตามมา^(1, 2) ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 350 ล้านคน ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่ทำให้ความสามารถในการทำงานและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างแย่ลง ในกรณีที่รุนแรงที่สุด โรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไป⁽³⁾

พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีหน้าที่ภาระงานสูง มีความกดดันในการทำงานและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการปฏิบัติงานในหลายบทบาทหน้าที่ มีตารางการปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน ลักษณะและภาระงานพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลบริการผู้อื่น จำเป็นต้องใช้ทักษะในการสื่อสารและการทำงานกับคนหมู่มาก มีการทำงานให้บริการที่ต้องมีการสัมผัสและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลซึ่งอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยถึงกันได้ มีสิ่งคุกคามที่เกิดจากการทำงาน อาทิ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอาการปวดหลัง โดยในการศึกษาพบว่าพยาบาลในประเทศบราซิลถึงร้อยละ 80.7 มีอาการของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง⁽⁴⁾ การสัมผัสกับโรคต่าง ๆ การติดเชื้อจากทางกระแสเลือดเช่น เชื้อ HIV HCV HBV จากการโดนเข็มตำ⁽⁵⁾ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน โดยเฉพาะแผนกฉุกเฉิน ทั้งจากการคุกคามโดยการใช้คำพูดและการโดนทำร้ายร่างกาย⁽⁶⁾ ภาระงานที่มากเกินไปและความเครียดจากงาน รวมไปถึงการทำงานเป็นกะที่มีลักษณะการทำงานซ้ำ ๆ นอกจากทำให้เกิดความหมดไฟในการทำงานและการเหนื่อยล้า ยังทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ภาวะเครียดและซึมเศร้าตามมา⁽⁷⁾ ภายใต้งานกดดันทั้งทางร่างกายและจิตใจ การศึกษาในประเทศนอร์เวย์พบว่าพยาบาลรู้สึกเหนื่อยกับงานมากถึงร้อยละ 43.4⁽⁸⁾

พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด เช่น ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความตาย ภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือการรักษาที่ถูกต้องและเป็นเรื่องจริง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมา⁽¹⁾ ในประเทศไทยประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ถึงความสูญเสียที่เกิดจากการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่า อาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเมื่อเป็นแล้วสามารถหายได้เองและส่วนใหญ่ยังมีอคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชรวมถึงภาวะซึมเศร้า เมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา⁽⁹⁾ นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวัง จากสังคมในเรื่องจริยธรรมมากเช่นเดียวกับแพทย์ มีการทำงานหนักและมีเวลาพักผ่อนน้อย ต้องทำงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง จากการทำงานที่มีตารางการปฏิบัติงาน

ที่ไม่แน่นอนหรือการทำงานเป็นกะ ทำให้คุณภาพการนอนลดลงและมีแบบแผนการนอนหลับที่ไม่แน่นอน มีความเหนื่อยล้าสะสม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิต รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและครอบครัวลดลง ก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ พยาบาลในประเทศจีนที่ทำงานกะดึกจะมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน⁽¹⁰⁾ มีคุณภาพการนอนที่แย่และทำให้มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพยาบาลที่ไม่ได้ทำงานกะดึกเกือบ 2 เท่า ประเทศไทยได้มีการศึกษาพบว่าในพยาบาลมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนสูงถึงร้อยละ 93.3⁽¹¹⁾

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาบททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาล โดยพบว่าพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับคนปกติ^(12, 13) ประกอบกับงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีงานวิจัยในประเทศไทยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนโดยตรง การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอน รวมถึงหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่องดังกล่าวซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลทางสถิติ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการศึกษา รวมทั้งวางแผนทางการดูแลช่วยเหลือและการป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมถึงการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพจิตในพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

1.2 คำถามของการวิจัย (Research question)

คำถามการวิจัยหลัก

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นอย่างไร

คำถามการวิจัยรอง

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความชุกของคุณภาพการนอนของพยาบาลเป็นอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความชุกของคุณภาพการนอนของพยาบาล รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

คุณภาพการนอน ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยในงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย (Operational Definitions)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ มีอาการเบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์สนุกสนาน จนมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ในแทบทุกสถานการณ์ โดยในการศึกษาครั้งนี้ วัดระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9 Thai version (PHQ-9) ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

พยาบาล (Nurses) หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาล ที่สภากาชาดรับรอง ที่มีใบประกอบวิชาชีพ ที่ยังใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหรือยังไม่หมดอายุ และปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพตามวุฒิการศึกษาดังกล่าว

คุณภาพการนอน (Quality of sleep) หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ มีการประเมินคุณภาพการนอนหลับทั้งในเชิงปรนัยอัตนัย โดยในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) โดยตอบคำถามให้ใกล้เคียงมากที่สุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาแนวทางในการรับมือ เสนอแนวทางปรับแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถนำข้อมูลปัจจัยพื้นฐานที่พบไปประกอบการศึกษาวิจัยอื่นในวงกว้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในพยาบาลในโรงพยาบาล รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน

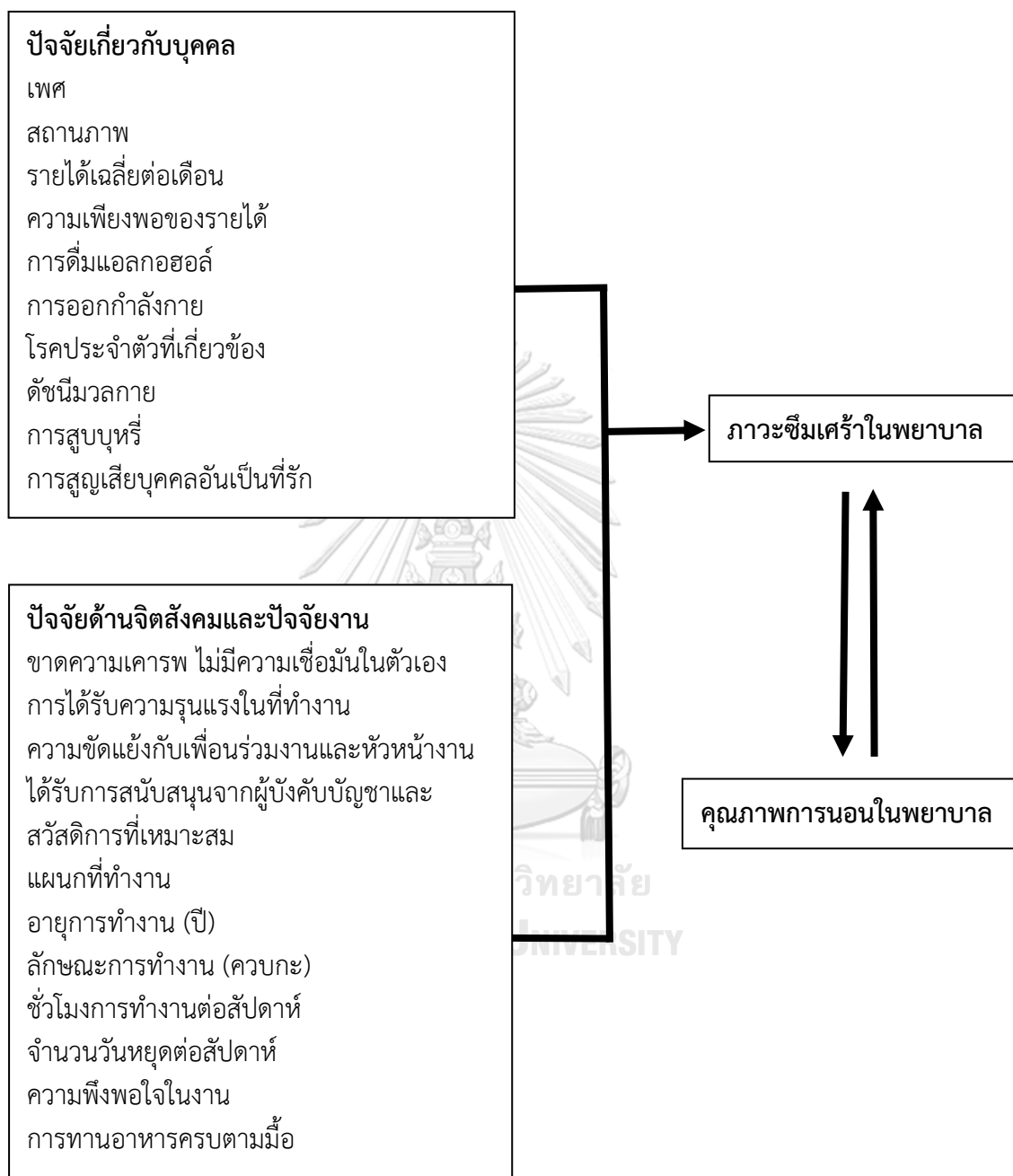
1.8 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (Obstacle and strategy to solve the problem)

1. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม เป็นข้อมูลที่เก็บจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งมีโอกาสที่จะตอบข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่ครบถ้วน หากผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีความกังวลว่าตัวเองจะมีภาวะซึมเศร้า หรือกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ปัญหาครอบครัว ภาวะหนี้สิน รายได้ อาจไม่ตอบข้อมูลตามความเป็นจริงหรือไม่ยอมกรอกข้อมูลในส่วนนั้นหรือคำถามบางข้อมีความไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจในคำถามและตอบคำถามไม่ถูกต้องซึ่งบางส่วนของข้อมูลดังกล่าวอาจทำให้การประเมินปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผลการวิเคราะห์คลาดเคลื่อนได้ ซึ่งแก้ไขได้ด้วยการอธิบายรายละเอียดของข้อมูลดังกล่าวให้ละเอียด เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าใจคำถาม เช่น การยกตัวอย่างขยายความในข้อคำถามในแบบสอบถาม พอสังเขปและเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ชักถามเกี่ยวกับข้อคำถามที่ไม่แน่ใจ

2. รูปแบบของงานวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. พยาบาลบางแผนกไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ อาจไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนพยาบาลที่แท้จริงได้และอาจทำให้แปลผลมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 2 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- 2.2 สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า
- 2.3 การแบ่งระดับความรุนแรง ลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
- 2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
- 2.5 การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
- 2.6 การรักษาโรคซึมเศร้า
- 2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ
- 2.8 การประเมินคุณภาพการนอน

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ในแทบทุกสถานการณ์^(2, 14) โรคซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อในแง่ลบให้แก่ผู้ป่วย เช่น ชีวิตส่วนตัว ชีวิตในที่ทำงาน ตลอดจนคุณภาพชีวิต อุนิสัยการกินและสุขภาพ โดยทั่วไป สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัยเมื่อดูจากภายนอกแล้ว อาการที่เห็นใกล้เคียงกับอาการเศร้าหรือเสียใจทั่วไป มักจะชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ย้ำคิดย้ำทำ เชื่องช้า เก็บตัว อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นหลังป่วย ไม่มีระยะเวลาที่ชัดเจน ปัญหาส่วนใหญ่คนที่ป่วยเป็นซึมเศร้านั้นจะไม่รู้ตัวเองว่าตนกำลังป่วยเป็นซึมเศร้า สาเหตุจากไม่ตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและคนรอบข้าง ทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ อาจทำให้อาการป่วยพัฒนาไปสู่ขั้นรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ภาวะซึมเศร้าไม่มีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ แต่อาจส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกภาวะการเจ็บป่วยทางกายซึ่งสามารถก่อให้เกิดอาการคล้ายกัน

ภาวะซึมเศร้ามีการประเมินและการวัดที่หลากหลาย รวมถึงการจัดระดับตามความรุนแรง โดยมีนิยามว่าถ้าภาวะซึมเศร้านั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงก็จะมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยโรคซึมเศร้ามักจะหมายถึง “Depressive disorder” ซึ่งอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย โดยในปัจจุบันมีอยู่ 2 เกณฑ์ในการวินิจฉัย คือ ICD (International Classification of Diseases and health related problems) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกและ DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)

2.2 สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตเวชซึ่งพบได้บ่อยมากขึ้นในสังคมเมืองและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าภาวะซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดการสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญและส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า มีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า⁽¹⁵⁾ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lived with Disability) มากกว่าร้อยละ 80 ของภาระโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้านี้ อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้มีการคาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ⁽¹⁶⁾ และโรคซึมเศร้านั้นก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2553 โดยคาดว่ามูลค่าของความสูญเสียนี้อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁵⁾

จากรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2551 โดยกรมสุขภาพจิต⁽⁹⁾ พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 คาดประมาณการจำนวน 1.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของประชากรไทยและยังพบว่าผู้หญิงเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มากกว่าผู้ชายถึง 1.7 เท่า กรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดครั้งคราว มากที่สุดร้อยละ 4.1 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.5 ส่วนภาคกลางและภาคเหนือมีความชุกเท่ากันคือร้อยละ 2.0 และภาคใต้ร้อยละ 1.9 จากข้อมูลบริการสายด่วนสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการให้บริการสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต อันดับ 1 ได้แก่การขอรับคำปรึกษาเรื่องความเครียดหรือวิตกกังวลร้อยละ 51.48 รองลงมาคือปัญหาซึมเศร่าร้อยละ 9.3

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งหากมีอาการเรื้อรังและไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อปฏิบัติหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันได้ ก่อนหน้านี้มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในประเทศต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประเทศต่าง ๆ

ผู้ที่ศึกษา	ปีที่ศึกษา (ค.ศ.) / แบบสอบถามที่ใช้	กลุ่มตัวอย่าง	ความชุก (ร้อยละ)
Letvak S.และคณะ ⁽¹⁷⁾	2012/9-item Patient Health Questionnaire (PHQ9)	พยาบาลในโรงพยาบาล นอร์ทแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา	18
Gong Y.และคณะ ⁽¹⁸⁾	2013/ Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	พยาบาลใน มณฑลเซิน เจิ้น ประเทศจีน	38
El Kissi Y.และคณะ ⁽¹⁹⁾	2014/ the CIDI sections related to MDD	พยาบาลที่ Soussé Farhat Hached teaching hospital ประเทศตูนิเซีย	7.5
Teris Cheung.และคณะ ⁽²⁰⁾	2014/Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21	พยาบาลที่เป็นสมาชิก Association of Hong Kong Nursing Staff (AHKNS)	35.8
Tran TTT.และคณะ ⁽²¹⁾	2015/Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21	พยาบาลในโรงพยาบาลรพ ดับตติยภูมิ ในกรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม	45.3
Saeedi S.และคณะ ⁽²²⁾	2017/systematic review	Iranian databases searched from January 2000 to March 2017.	22
Maharaj S.และคณะ ⁽²³⁾	2017 /Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	พยาบาลในโรงพยาบาล ประเทศออสเตรเลีย	32.4
Ariapooran S.และคณะ ⁽²⁴⁾	2017/Beck's Depression Inventory (BDI)	พยาบาลในเมืองมาราเยอร์ ประเทศอิหร่าน	17.83
Dai C.และคณะ ⁽¹⁰⁾	2017/ Hospital Anxiety and Depressive Disorders Rating Scale (HADS)	พยาบาลในรพ Jinhua Municipal Central Hospital ประเทศจีน	40.8

2.3 การแบ่งระดับความรุนแรง ลักษณะอาการและสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้อธิบายความรุนแรง ของ ภาวะซึมเศร้าการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ได้ 3 ระดับดังนี้⁽²⁵⁾

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใสอารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุ

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะมีรุนแรงจนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัวหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ การเข้าสังคมพบปะการเคลื่อนไหวช้าลง ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอกนอนไม่หลับ

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า^(26, 27)

1. อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ รู้สึกไม่แจ่มใส เป็นต้น อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลาส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือค่ำ

2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

3. มีความรู้สึกเบื่อหน่ายและหมดความสนใจในสิ่งรอบตัว ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทางเพศลดลง

4. อาการเบื่ออาหาร ทำให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรก อาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ฝันร้ายหรือตื่นบ่อยแต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักจะเป็นอีกแบบหนึ่งเรียกว่า “นอนไม่หลับตอนปลาย” (terminal insomnia) ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก แล้วหลับอีกไม่ได้หรือหลับได้แต่ยากและมักจะหลับไม่สนิท ผู้ป่วยบางรายมีอาการนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ามืด (early morning awakening)

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียแม้ว่าไม่ได้ออกกำลังกายหรือนอนหลับอย่างเพียงพอ

7. ความคิดการตัดสินใจลดลงรวมถึงมีการเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า ตลอดจนการพูดสนทนาจะช้าลงกว่าปกติ

8. ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญ ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำงานได้ไม่ดีหรือทำไม่ได้และเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ

9. ความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าหรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น

10. ความรู้สึกมีความผิดและตำหนิตัวเอง

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่

1. สาเหตุจากปัญหาทางจิตใจ (Intrapsychic models) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น มองโลกในแง่ร้ายอยู่เสมอ ไม่มีความเคารพในตัวเอง⁽²⁸⁾

2. สาเหตุเกิดจากความคิดในแง่ลบ (Negative Cognition) Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้า ว่าเกิดจากการมีความนึกคิดเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายเกินไป ทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม มองอนาคตในแง่ลบ^(26, 28)

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavioral model) ไม่เคยได้รับคำชมเชยหรือรางวัล ไม่ได้ได้รับสนับสนุนหรือไม่ประสบความสำเร็จได้เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข⁽²⁶⁾

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological model)

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitters)

สารเอมีน จูร์รับประสาท (receptors) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) ส่งผลให้การทำงานของสมองผิดปกติไป^(29, 30)

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine)

กลุ่มผู้ป่วยโรคคุชชิงหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ได้ นอกจากนี้โรคอ้วนก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ฮอร์โมนเลปตินและฮอร์โมนอินซูลินในเลือด เกิดการรบกวนสมดุล hypothalamic pituitary adrenal (HPA) axis และทำให้การหลั่งสาร cytokine ผิดปกติ ส่งผลให้สมองมีการควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติ^(31, 32)

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology)

โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายไซเตียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณที่สูง ทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะโรคอารมณ์สองขั้ว

5. สาเหตุทางพันธุกรรม (Genetics model)

พันธุกรรม ในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า บุคคลอื่นในครอบครัวนั้นมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า และการถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณร้อยละ 31-42^(29, 30)

6. การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease)

Rodic D. และคณะได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของโรคเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาตัวอย่างประชากรในประเทศสวีเดนแลนด์ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าโรคที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เบาหวาน ภูมิแพ้เช่น Hay fever และโรคข้ออักเสบ⁽³³⁾ ในประเทศออสเตรเลีย มีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในเพศหญิง เนื่องจากการมีภาวะซึมเศร้าทำให้เพิ่มโอกาสที่จะดื่มแอลกอฮอล์เมื่อ

เทียบกับกลุ่มไม่มีภาวะซีมเศร้าถึง 2.36 เท่า⁽³⁴⁾ โดยหากมีการเป็นโรคดังกล่าวเหล่านี้ จะเพิ่มโอกาสของภาวะซีมเศร้ามากยิ่งขึ้น⁽³⁵⁾

2.4 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้า

ปัจจัยด้านบุคคล

- เพศ

เพศหญิงจะมีการเกิดภาวะซีมเศร้าสูงกว่าเพศชาย 2 เท่า อธิบายได้จากโดยส่วนหนึ่งเกิดจากเพศหญิงถูกสอนว่าต้องดูแลผู้อื่น ต้องอดทนต่อปัญหาในครอบครัว เกิดความกดดันในตัวเอง ในขณะที่เพศชายจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า เนื่องจากเพศชายเวลาฆ่าตัวตายจะใช้วิธีการที่รุนแรงกว่า^(9, 36)

- สถานภาพ

สถานภาพหย่าร้างมีผลต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า เมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส รองลงมาเป็นสภาพโสด อธิบายได้จากการมีสถานภาพหย่าร้างหรือโสดทำให้เกิดการโทษตัวเองและถูกกดดันจากสังคม รวมไปถึงความเหงาจากการไร้คู่⁽³⁷⁾

- สถานะทางเศรษฐกิจสังคม/ความเพียงพอของรายได้

การมีสถานะทางการเงินที่ไม่ดีและความไม่เพียงพอของรายได้ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการปัจจัยพื้นฐาน นอกจากนี้อาจทำให้เกิดภาวะหนี้สินตามมาซึ่งเพิ่มความกดดันต่อตัวเองมากขึ้น⁽³⁸⁾

- การดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Caetano R. ที่พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีภาวะซีมเศร้าเป็น 1.96 เท่า อาจเกิดจากผลของอาการเมาค้าง มีการนอนหลับที่ผิดปกติและความสามารถในการควบคุมอารมณ์ลดลง⁽³⁹⁾

- การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้า โดยช่วยเพิ่มการหลั่งสารโดพามีนและเซโรโทนิน ทำให้เกิดความสมดุลและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น⁽⁴⁰⁾

- การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการสูญเสียจากการตายอย่างไม่คาดคิด ส่งผลกระทบกระเทือนกับจิตใจอย่างรุนแรง ส่วนใหญ่มักไม่สามารถปรับตัวได้และจำนวนเหตุการณ์การสูญเสียที่เพิ่มมากขึ้นจำทำให้อาการซีมเศร้ามีแนวโน้มแย่ลง⁽⁴¹⁾

- ดัชนีมวลกาย

การมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² และดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² ขึ้นไป จะเกิดภาวะซีมเศร้าเป็น 1.43 เท่า และ 1.57 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18.5 to ≤24.9 kg/m²) อธิบายได้จากการมีโรคอ้วน จะทำให้อารมณ์และการตัดสินใจแปรปรวน⁽⁴²⁾

ปัจจัยด้านจิตสังคม

- ขาดความเคารพในตัวเอง

การเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความวิตกกังวลและขาดความเคารพในตัวเอง ส่งผลต่อพฤติกรรม การแสดงออก การเข้าสังคมและคุณภาพ ทั้งนี้ขึ้นกับทักษะความสามารถส่วนบุคคลในการปรับตัว ต่อสถานการณ์ความกดดันต่าง ๆ ในชีวิต^(21, 23)

- การได้รับความรุนแรงในที่ทำงาน

การได้รับความรุนแรงในที่ทำงานไม่ว่าจะเป็น ทางด้านร่างกาย จิตใจรวมไปถึงการถูกคุกคามทางเพศ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ถูกรุ้กระทำแย่งลง มีความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าหรือแสดงออกโดยการมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม^(18, 43)

- ความขัดแย้งในกับเพื่อนร่วมงาน การได้รับสวัสดิการและการสนับสนุนที่เหมาะสม

ความขัดแย้งระหว่างเจ้านายกับลูกน้องหรือเพื่อนร่วมงาน รวมไปถึงทัศนคติที่ไม่ตรงกันนำมาซึ่งความ รุนแรงในที่ทำงานก่อให้เกิดความไม่มั่นคงและไม่มีกำลังใจในการทำงาน^(29, 44)

ปัจจัยในงาน

- แผนกที่ทำงาน

พยาบาลแผนกที่มีภาวะซึมเศร้าสูงได้แก่ แผนกศัลยกรรมและหูดอกจมูก อธิบายจากภาระงานที่มาก และมีความกดดันในหน้าที่สูง^(18, 43)

- อายุการทำงาน

Tran TTT. ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของพยาบาลเวียดนาม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ การ รับภาระงานหนัก รายได้น้อย ค่าตอบแทนไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้และอายุการทำงานน้อย ส่งผล ให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า⁽²¹⁾

- การทำงานควบกะ/การทำงานกะกลางคืน

การศึกษาการทำงานควบกะในคนงานประเทศอิตาลีพบว่าการทำงานควบกะโดยเฉพาะกะกลางคืน จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตและวงรอบของการนอนหลับ ส่งผลให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ หงุดหงิด ง่ายและอารมณ์แปรปรวน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา^(45, 46)

- จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ การมีวันหยุดพักผ่อนและความพึงพอใจงาน

Ogawa R. ทำการศึกษาในแพทย์ประจำบ้านประเทศญี่ปุ่น พบว่ากลุ่มที่ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ มากกว่า 100 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁷⁾ นอกจากนี้พยาบาล ในประเทศจีนที่ทำงานมากกว่า 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์จะมีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น^(18, 43)

Ruggeio JS. ได้ทำการศึกษาในสมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าการมีวันหยุดสุด สัปดาห์มากขึ้นต่อเดือนและความพึงพอใจในงาน จะลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้^(48, 49) เช่นเดียวกับ การศึกษาในมณฑลเหลียวหนิงที่พบว่าความพึงพอใจต่องานที่ได้รับมอบหมายเป็นปัจจัยป้องกันใน การเกิดภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานอย่างเหมาะสม^(48, 49)

- การทานอาหารตรงตามมือและทานเป็นเวลา

Lee G. และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทานอาหารต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ใน กลุ่มวัยรุ่นเกาหลี ในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่าการไม่ทานอาหารตรงตามมือและการทานไม่เป็นเวลา

โดยเฉพาะเมื่อเข้าจะเพิ่มเพิ่มความเสี่ยงของความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลมาจาก ความไม่สมดุลของฮอร์โมนคอร์ติซอล ส่งผลให้สมองมีการควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติ⁽³²⁾

2.5 การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถใช้ประเมินความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพและใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนี้

1. การประเมินโดยผู้รักษา (Physician rated Scale) เช่น ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแยกตาม DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) เป็นต้น

2. การประเมินด้วยตนเอง (Self-rating Scale)

แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (Beck depression inventory-II ;BDI-II)

มีเป้าหมายเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ตามเกณฑ์ DSM-V ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก โดยตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกให้มากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา⁽⁵⁰⁾ พัฒนาโดยนักจิตวิทยา ทริซาชาติ ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีCronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ The Hamilton rating scale for depression (HRSD) เท่ากับ 0.71⁽⁵⁰⁾ โดย 0-13 คะแนน คือไม่มีภาวะซึมเศร้า 14-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20-28 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง และ 29-63 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD)

เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยและประเมินผลการรักษา รวมไปถึงการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยทำการประเมินทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การนอนหลับ การแสดงออกทางกายภาพ และความคิด การประเมินเพื่อให้คะแนนทำโดยแพทย์หรือผู้ให้การรักษาเป็นผู้พิจารณา⁽⁵¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.74 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 52 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การวิเคราะห์ปัจจัยโดยรวมบ่งว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษามีอาการเด่นออกไปในลักษณะ anxious-depression การประเมินอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้าเป็นการประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกายและประสิทธิภาพในการทำงาน

The Nine-Item Patient Health Questionnaire Thai version (PHQ-9)

PHQ-9 เป็นเครื่องมือที่ได้รับการแนะนำให้ใช้ เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ใน guideline depression for clinical care ของ University of Michigan ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เพื่อ

สอบถามอาการ ในช่วง 2 สัปดาห์ เกี่ยวกับความถี่ของอาการที่มี โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ทางผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามนี้ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าได้ด้วยตัวเองและเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและมีงานวิจัยรองรับโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ⁽⁵²⁾ โดยผลที่ได้ทำการศึกษาคือหาก ค่า cut-off score ≥ 9 จะมีภาวะซึมเศร้า มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.79^(53, 54) นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งความรุนแรงแยกย่อยได้ดังนี้⁽⁵²⁾ มีความผิดปกติแต่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 5-8) ระดับน้อย (คะแนน 9-14) ระดับปานกลาง (คะแนน 15-19) และระดับรุนแรง (คะแนน ≥ 20)

Thai Depression Inventory (TDI)

ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 คำถาม เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูลและปรโมทย์ สุคนิษฐ์⁽⁵³⁾ ใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 และ Concurrent validity โดยใช้ Spearman-brown formula เท่ากับ 0.71 ข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้นไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

Zung Self Rating Depression Scale (SDS)

แปลเป็นฉบับไทยโดยนันทิกา ทวิชาชาติและคณะ⁽⁵⁵⁾ ประเมินความสมดุลด้านอารมณ์ (affect disturbance) ด้านร่างกาย (physiological disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (psychological disturbance) แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้วิธี test-retest และ split-half reliability เท่ากับ 0.73⁽⁵⁶⁾

เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 2 คำถาม (2Q) และอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยคำถาม 2 ข้อและประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีความเหมาะสมในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าสำหรับคนไทย เนื่องจากมีค่าความเที่ยงและความจำเพาะสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่มาตรฐานสากล ใช้สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไปและยังสามารถและใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเป็นแบบประเมินด้วยตัวเอง ชุดคำถามนี้มีจำนวนคะแนนทั้งหมดตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 มีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรคซึมเศร้า โดยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q มีค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 (มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1)

3. การวัดพฤติกรรม แบบปรนัย (Objective Behavioral Measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก⁽²⁾ ซึ่งสังเกตและวัดได้จากการสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าความถี่ของการเกิดพฤติกรรมแล้วบันทึกไว้เช่น การพูด การยิ้มและกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น The Behavioral Activation for depression Scale (BADs) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจาก

พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินจากการใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวัน การทำงานและการเข้าสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อมีการกำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 0-6 คะแนน หากคะแนนรวมยิ่งสูงก็จะมีแนวโน้มขาดทักษะทางสังคมและมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.87⁽⁵⁷⁾

2.6 การรักษาโรคซึมเศร้า^(2, 14, 25)

- การรักษาด้วยยา ยารักษาซึมเศร้า (antidepressant) มีหลายกลุ่ม เช่น Tricyclic Antidepressant (TCA) และ Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เป็นต้น
- การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา ควรพบญาติเพื่อประเมินอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และชี้แจงแก้ไขความเข้าใจผิด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแล การแก้ไขปัญหา รวมไปถึงการออกกำลังกาย
- การทำจิตบำบัด เช่น การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy)
- การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy; ECT) ในรายที่ต้องการรักษาให้อาการสงบอย่างรวดเร็วหรือมีอาการที่รุนแรง เช่น มีความตั้งใจฆ่าตัวตายสูง ซึมมาก ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่ช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

ระยะในการรักษา สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้^(2, 14, 25)

- การรักษาระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการไปจนถึงระยะที่อาการเริ่มสงบ โดยการรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า
- การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment)
โดยให้การรักษาด้วยการทานยาที่ตอบสนองดีในระยะเฉียบพลัน ต่อไปอีกประมาณ 6 เดือน แล้วจึงค่อย ๆ ลดยาโดยใช้เวลา 2- 3 เดือน จนสามารถหยุดการรักษาได้
- การป้องกันระยะยาว (Prophylactic treatment)
โดยการให้ยาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2-3 ครั้งขึ้นไป ควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 2-3 ปี

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ

ความหมายและความสำคัญเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งใช้เวลาประมาณหนึ่งในสามของช่วงชีวิตในการนอนหลับ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนอนหลับต่ออวัยวะทุกส่วนในร่างกาย และการดำรงชีวิต⁽⁵⁸⁾ การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ต้องอาศัยการทำงานอย่างมีระบบของระบบประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการนอนหลับและการตื่น เป็นกระบวนการทางสรีระวิทยาที่ซับซ้อนเกิดขึ้นตามธรรมชาติ การนอนยังมีความสำคัญโดยเฉพาะสมองซึ่งในช่วงที่เรานอนหลับเซลล์สมองจะมีการ

ฟื้นฟูและปรับปรุงระบบการทำงานของสมองรวมทั้งสารสื่อประสาทต่างที่ถูกหลั่งออกมาในระดับที่แตกต่างกันในช่วงที่เราตื่นซึ่งเกิดจากการถูกกระตุ้น เช่น ในขณะที่ตื่นสมองจะมีการทำงานตลอดเวลา มีการใช้พลังงานและรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมในรอบวัน แต่เมื่อหลับสมองจะทำการฟื้นฟูระบบการทำงานและจัดการข้อมูลระหว่างวันอย่างเป็นระบบ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลงมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย^(59, 60) การนอนหลับที่เพียงพอมีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพดี เวลานอนที่เหมาะสมที่สุดอย่างน้อย 8–9 ชั่วโมงต่อคืนและควรถูกขัดจังหวะเพียงเล็กน้อยเท่านั้น⁽⁶¹⁾ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกายที่ไม่แข็งแรง อ่อนล้า ง่วงนอนตอนกลางวัน ภูมิคุ้มกันลดลง และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ด้านลบกับการเข้าสังคม ความสามารถในการจัดการปัญหา มีความจำลดลง หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิและก่อให้เกิดปัญหาต่อการทำงานตามมา^(61, 62)

การทำงานเป็นกะต่อการนอนหลับ

การทำงานเป็นกะ (Shift Work) ตามคำนิยามขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization; ILO) คือการทำงานที่ในช่วงเวลานอกเหนือจากชั่วโมงการทำงานปกติ ซึ่งอาจแบ่งเป็นการทำงานแบบหมุนกะ (Rotating shift) หรือการทำงานแบบกำหนดช่วงระยะเวลาตายตัว (fixed shift) อาจแบ่งระยะเวลาการทำงานออกเป็น 3 กะ ได้แก่ early, late, night shifts โดยการทำงานกะกลางคืน (night shifts) คือการทำงานติดต่อกันไม่น้อยกว่า 7 ชั่วโมง โดยอยู่ในช่วงเวลาระหว่าง 24.00-5.00 น.⁽⁶³⁾

การทำงานเป็นกะส่งผลเสียต่อสุขภาพในเรื่องของการกินไม่เป็นเวลา นอนไม่เป็นเวลา โดยเฉพาะคนที่ทำงานกะดึก ย่อมมีอาการเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ทำให้ส่งผลต่อการทำงานโดยตรง ทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาวอีกด้วยโดยปกติร่างกายมนุษย์มีวงจรการทำงานเป็นแบบ 24 ชั่วโมงเรียกว่า Circadian rhythms ซึ่งจะทำงานปรับสมดุลวงจรของการนอนให้สอดคล้องกับกะที่ทำงาน ซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้น การทำงานในกะดึกจะมีผลต่อวงจรการทำงานมากที่สุด เพราะร่างกายต้องตื่นในขณะที่ประสิทธิภาพการทำงานต่ำสุดในช่วงกลางคืนและต้องพยายามหลับในขณะที่ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายสูงสุดในช่วงเวลากลางวัน⁽⁶⁴⁾

ผลของการทำงานเป็นกะ^(46, 65)

1. มีรูปแบบการนอนหลับที่ผิดปกติ ทำให้นอนหลับยากและถูกปลุกให้ตื่นได้ง่ายหรือตื่นบ่อย
2. คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่าย อารมณ์แปรปรวน เข้ากันสังคมได้ยากเนื่องจากทักษะการสื่อสารและมีมนุษย์สัมพันธ์กับคนรอบข้าง
3. สุขภาพร่างกายทำให้เกิด ภาวะเมแทบอลิกซินโดรมทำให้เกิดปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันสูง โรคอ้วน โรคหัวใจและปัญหาเกี่ยวกับระบบย่อยอาหาร
4. การรับรู้และความเข้าใจ มีการสูญเสียสมาธิ ทำให้ความจำแย่งและการตัดสินใจช้าลง โดยเฉพาะในคนที่ทำงานเป็นกะติดต่อกันมากกว่า 10 ปี ขึ้นไปส่งผลต่อการเกิดความเสียหายของความคิดพลาดในการทำงานและอุบัติเหตุในงานได้

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า

Zhang L. ได้ทำการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 72 โดยพบว่าการทำงานควบกะ (shiftwork) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dai C. และคณะที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลมณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน พบว่าพยาบาลที่ทำงานกะกลางคืน (night shift) จะมีคุณภาพการนอนแย่กว่าพยาบาลที่ทำงานในเวลากลางวัน⁽⁶⁶⁾ และทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าถึง 1.83 เท่า⁽¹⁰⁾ โดยการทำงานที่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ที่มากกว่าปกติ (35-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์) จะทำให้มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในเพศหญิง⁽⁶⁷⁾ นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศบราซิล⁽⁶⁸⁾ ยังพบว่าคุณภาพการนอนส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและการเข้าสังคม การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ จะส่งผลเสียทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานกะกลางคืนจะทำให้คุณภาพการนอนไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8 การประเมินคุณภาพการนอน

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน การประเมินคุณภาพการนอนที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการนอนของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสุขภาพร่างกาย สุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน ที่จะประเมินได้ว่าแต่ละคนต้องการระยะเวลาอนที่เพียงพอเท่าใด นอกจากนี้ความต้องการนอนยังแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยความต้องการนอนจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การประเมินคุณภาพการนอนประกอบด้วย 2 ลักษณะดังนี้^(56, 59)

- 1.คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับหรือจำนวนครั้งของการตื่นเป็นต้น
2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับที่เพียงพอ โดยคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพนั้น จะบอกได้โดยการประเมินส่วนบุคคล

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) เป็นแบบประเมินที่แปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แปลภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์⁽⁵⁸⁾ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบไปด้วย 7 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับอัตนัย (ใช้คำถาม ข้อ 5)

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

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ

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

2. ปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที

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

ผลรวมข้อ 1 และ 2 เท่ากับ 0 ให้ 0 คะแนน 1-2 ให้ 1 คะแนน 3-4 ให้ 2 คะแนน 5-6 ให้ 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)

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

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติ (ใช้คำถามข้อ 1 3 4)

เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการนอนโดยคิดจากชั่วโมงในการนอนหลับจริง (คำถามข้อ 4) เทียบกับจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาที่ตื่นนอนลบด้วยเวลาที่เข้านอน

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

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถาม ข้อ 9.2-9.10)

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

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นานอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 6)

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

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8)

1. มีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

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. ความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

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

ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2	0 คะแนน	เท่ากับ 0 คะแนน
	1-2 คะแนน	เท่ากับ 1 คะแนน
	3-4 คะแนน	เท่ากับ 2 คะแนน
	5-6 คะแนน	เท่ากับ 3 คะแนน

โดยการประเมินตนเองจากคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและองค์ประกอบมีการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับการแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน

การแปลผล (ผลรวมคะแนนอยู่ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน)

คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี

คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 89.6 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86.5 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.83⁽⁶⁹⁾

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย
2. การรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
4. การวิเคราะห์ผลการศึกษา

3.1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

3.1.1 ทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการซึมเศร้าของพยาบาลได้แก่ ความหมายของภาวะซึมเศร้า สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ การประเมินคุณภาพการนอน รวมไปถึงข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับซึมเศร้าของพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ

3.1.2 ระเบียบการวิจัย

3.1.2.1 รูปแบบการวิจัย (Research design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ณ จุดใดจุดหนึ่ง (Cross-sectional study)

3.1.2.2 กลุ่มเป้าหมายและประชากรที่ศึกษา

พยาบาลที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 638 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion criteria)

พยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่อยู่ในช่วงที่เก็บข้อมูล โดยปฏิบัติงานในพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี อยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ให้ข้อมูลตั้งครรภ์ขณะที่ทำการศึกษาและหลังตั้งครรภ์ 6 สัปดาห์ เพื่อเลี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดหลังคลอด (Postpartum Depression)

ผู้ให้ข้อมูลลาออก ขาดงาน หรือเสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้

ผู้ที่ป่วยเป็นซึมเศร้าอยู่เดิม

3.1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n \geq \frac{NZ_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

ใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

โดย N = จำนวนประชากรทั้งหมดในกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัย 638 คน

P = ความชุกของภาวะซึมเศร้า = 0.38⁽¹⁸⁾

α = โอกาสที่จะเกิด type I error = 0.05, (2-sided = 1.96)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการ ประมาณค่า = 0.05

จากการศึกษาของ Gong และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในเขตมณฑลเซินเจิ้นของประเทศจีน คิดเป็นร้อยละ 38 เมื่อแทนค่าทั้งหมดในสูตรพบว่าต้องใช้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 232 คน คาดว่าจะมี non response rate และพยาบาลที่ถูกคัดออกประมาณร้อยละ 20 คำนวณตัวอย่างที่ต้องการเก็บอย่างน้อย เท่ากับ 290 คน ทั้งนี้จะจัดเก็บข้อมูลจากพยาบาลทุกแผนกที่ทำงานในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีให้ได้มากที่สุด

ขั้นตอนการเข้าถึงอาสาสมัคร

จากการสำรวจข้อมูล ผู้ดำเนินการวิจัยจะแบ่งกลุ่มที่ผู้เข้าร่วม เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินการ และสามารถดูแลผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ได้อย่างทั่วถึง และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาดำเนินการแปลผลด้วยหลักเกณฑ์เดียวกัน โดยแบ่งกลุ่มพยาบาลได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มงานด้านอำนวยการ วิชาการและการแพทย์ รองผู้อำนวยการ รวมทั้งสิ้น 3 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน รวมทั้งสิ้น 468 คน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก รวมทั้งสิ้น 137 คน

กลุ่มที่ 4 กลุ่มงานวิชาการพยาบาล รวมทั้งสิ้น 30 คน

เมื่อมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว จะได้รับการแจกแบบสอบถาม โดยในหน้าแรกของแบบสอบถามจะมีคำแนะนำก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามจะใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งหมดประมาณ 10 นาที ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งในแบบสอบถามที่ท่านได้รับ แบบสอบถามประกอบไปด้วยชุดคำถาม 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 13 คำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 8 คำถาม

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) มีทั้งหมด 9 คำถาม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีทั้งหมด 9 คำถาม

ในกรณีที่ไม่สะดวกหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ทันที หากมีอาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพจิตขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคมและปัจจัยในงาน ได้แก่ แผนกที่ทำงาน การทำงานหมุนเวียน (ควบกะ) จำนวนปีที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ความพึงพอใจในงาน สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม การทานอาหารครบตามมื้อ จำนวนวันหยุดต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 3: แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบสอบถาม patient health questionnaire (PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามนี้ เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ใช้กันแพร่หลายและพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ มีที่มาจากของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-V เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามในการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ ติดตามผลการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-27 คะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน มีความเป็นไปได้ที่จะมีภาวะซึมเศร้าโดยมีค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79 มีค่าความไวร้อยละ 84 ค่า ความจำเพาะร้อยละ 77

ผลการประเมิน

หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทำการประเมินจนเสร็จสิ้นจะมีการแปลผลคะแนนจากการตอบคำถาม แบ่งตามช่วงคะแนนความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ทราบถึงผลการประเมิน โดยมอบเอกสารแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้และวิถีจัดการภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นและมีคำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยดังต่อไปนี้

คะแนนรวม	การแปลผล	ข้อแนะนำในการดูแล
5-8	มีความผิดปกติ แต่ยังไม่มียาภาวะซึมเศร้า	พักผ่อน หากิจกรรมผ่อนคลาย ออกกำลังกาย หากคนให้คำปรึกษา
9-14	มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย	สังเกตอาการ หากมีผลกระทบต่อการทำงาน การดูแลสิ่งต่าง ๆ หรือการเข้ากับผู้คน ควรพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ
15-19	มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง	**พบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือ
≥ 20	มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง	**พบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือ

ทางผู้วิจัยได้มีการแจ้งและประสานงานไปยังแผนกจิตเวชโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ให้ทราบเกี่ยวกับการจัดการดำเนินการวิจัยนี้ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้ารับคำปรึกษากับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แผนกจิตเวชโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้ในวันและเวลาทำการ ไม่ว่าจะคະແນนในการตอบแบบสอบถามจะมีหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าก็ตาม โดยข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

ส่วนที่ 4 : แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (PSQI) ได้รับการพัฒนาโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์⁽¹²⁾ มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อและ 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย มีค่าความไว เท่ากับร้อยละ 89.6 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 86.5 และพบว่ามีความเที่ยงที่ดีโดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 การแปลผลนั้นนำข้อคำถามมาจัดเป็น 7 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบจะมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน โดยสามารถแบ่งระดับของคุณภาพการนอนหลับได้เป็น 2 ระดับดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ส่วนคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขึ้นไปมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

3.3 การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลเพื่อการวิจัยจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ขั้นตอนการขอใช้เครื่องมือ ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ขออนุญาตผู้วิจัยที่เป็นเจ้าของต้นฉบับ
3. ขอประเมินเพื่อพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
4. ผู้วิจัยชี้แจงแก่พยาบาล เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ โดยชี้แจงถึง รายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย พร้อมแจกเอกสารชี้แจง แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet) และตอบข้อซักถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่พยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วย ทั้งนี้ข้อมูลการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มีการลงนามในเอกสารทั้งหมด หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยตาม
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาคำนวณทางสถิติ รายงานผลเป็นภาพรวม โดยรายละเอียดของข้อมูล มี 3 ส่วนได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอน

3.4 การวิเคราะห์ผลการศึกษา (Data analysis)

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปนำเสนอเป็นร้อยละ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้า ใช้ Chi-square test Odds ratio 95% confidence interval และ Multiple logistic regression โดย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หรือสร้างสมการทำนายพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า โดย Multiple linear regression ด้วยโปรแกรม Stata 14/IC (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP.)

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย คะแนนรวมภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมคุณภาพการนอน นำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามการกระจายตัวของข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิต การแยกกันอยู่ในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การทำงานหมุนเวียน ความพึงพอใจในงาน สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน ทานอาหารครบตามมื้อ วันหยุดต่อสัปดาห์ รวมไปถึงรายได้ต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนปีที่ทำงาน เนื่องจากเพื่อให้ง่ายต่อการตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบ แบบสอบถามเป็นการแบ่งกลุ่ม นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความชุกของภาวะซึมเศร้า โดยนำจำนวนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด เปรียบเทียบกับพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด โดยใช้สูตรคำนวณ Prevalence = $(X/Y) * 100$
เมื่อ X = จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

Y = จำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดทั้งที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

4. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ และหาความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอน กับภาวะซึมเศร้าของพยาบาล โดยมี Odds ratio เป็นตัวชี้วัดความสัมพันธ์โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นผู้ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า พิจารณาตัวแปรที่จะนำมาเข้าสมการจากการทำ Bivariate analysis ใช้สถิติ Chi-square ที่ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

5. ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Independent variable) กับคะแนนภาวะซึมเศร้าของพยาบาลจากแบบสอบถาม PHQ-9 (Dependent variable) โดยหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค forward stepwise regression ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีปัจจัยได้บ้างที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าของพยาบาล

โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 อัตรการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า

4.1 อัตรการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยได้ทำการแจกแบบสอบถามให้แก่พยาบาลแต่ละแผนก ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทั้งสิ้นจำนวน 638 ชุดได้รับกลับคืนมาจำนวน 402 ชุด คิดเป็นร้อยละ 63 โดยแยกเป็นแต่ละแผนกพบว่า แผนกที่ตอบกลับมาทั้งหมดคือ แผนกผู้ป่วยใน ขณะที่แผนกที่ตอบกลับน้อยที่สุดคือแผนกวิชาการ ตอบกลับร้อยละ 33.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนแบบสอบถามที่ส่งและได้รับตอบกลับแยกตามแผนก

แผนก	จำนวนทั้งหมด	ได้ตอบกลับ (ร้อยละ)
แผนกวิชาการ	33	11 (33.33)
แผนกผู้ป่วยนอก	137	68 (49.63)
แผนกผู้ป่วยใน	396	299 (75.51)
แผนกห้องผ่าตัด	72	24 (33.33)
รวม	638	402 (63.01)

4.2 ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

เนื่องจากข้อมูลที่เก็บได้ 402 คนนั้นมี 2 คนที่ตอบแบบสอบถามพบว่ามีภาวะซึมเศร้าและอีก 1 คน มีโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar disorder) เพื่อเลี่ยงผลกระทบของค่านอกเกณฑ์ (Outlier) จึงตัดออกจากการแปลผลโดยสามารถจำแนกข้อมูลได้ดังนี้

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 399 คน พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 397 คน (ร้อยละ 99.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดจำนวน 187 คน (ร้อยละ 46.9) สถานภาพหม้ายหย่าแยก 37 คน (ร้อยละ 9.2) รายได้เฉลี่ยของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ที่ 20,000-30,000 บาท

จำนวน 127 คน (ร้อยละ 31.8) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 69.7) ซึ่งแบ่งเป็นจำนวนคนที่มีเงินเหลือเก็บและไม่เหลือเงินเก็บ ต่างกันเพียงเล็กน้อยคือ 36.6 และร้อยละ 33.1 ตามลำดับและมีรายได้ไม่เพียงพอจำนวน 121 คน (ร้อยละ 30.3) เกือบทั้งหมดไม่ดื่มสุร่าจำนวน 371 คน (ร้อยละ 93.0) ไม่สูบบุหรี่จำนวน 394 คน (ร้อยละ 98.7) ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์ 192 คน (ร้อยละ 48.1) ส่วนผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย 127 คน (ร้อยละ 31.8) คนส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวปกติ (BMI=18.50-24.90 kg/m²) 168 คน (ร้อยละ 42.1, ค่าเฉลี่ย 23.65 kg/m²) โดยจำนวนคนที่อ้วนและอ้วนมากคือ 95 และ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8 และ ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง 291 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง 3 อันดับแรกคือ ภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 6.5 6.0 5.8 ตามลำดับ และมีภาวะซึมเศร้าในครอบครัว 2 คน (ร้อยละ 0.5)

ด้านครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.7 ส่วนการสูญเสียที่มากที่สุดคือ พ่อแม่ คู่สมรสหรือบุตร 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคล (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	0.5
หญิง	397	99.5
สถานภาพ		
โสด	187	46.9
สมรส	170	42.6
หม้าย	9	2.3
หย่า	22	5.5
แยก	6	1.5
ไม่ทราบ	5	1.3
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่ทราบ	10	2.5
<=20,000	16	4.0
20,000-30,000	127	31.8
30,001-40,000	111	27.8
40,001-50,000	57	14.3
50,001-60,000	62	15.5
มากกว่า 60,000 ขึ้นไป	16	3.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	146	36.6
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	132	33.1
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	20	5.0
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	101	25.3
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	371	93.0
ดื่ม	28	7.0
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	395	98.7
สูบ	5	1.3
การออกกำลังกาย		
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	80	20.1
3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	192	48.1
ไม่ออกเลย	127	31.8
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้ำหนักน้อย (<18.5)	30	7.5
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	239	59.7
ท้วม (23.0-24.9)	95	23.7
อ้วน (25.0-29.9)	31	7.8
อ้วนมาก (>=30)	5	1.3
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23.65 (4.37)	ต่ำสุด-สูงสุด (15.06-42.72)
โรคประจำตัวทางกายที่เกี่ยวข้อง¹		
ไม่มี	291	72.9
ภูมิแพ้	26	6.5
ความดันโลหิตสูง	24	6.0
ไขมันในเลือดสูง	23	5.8
เบาหวาน	6	1.5
หอบหืด	6	1.5
โรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	23	5.8
ภาวะซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มี	397	99.5
มี	2	0.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (ต่อ)

ปัจจัยด้านบุคคล (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก		
ไม่มี	254	63.7
พ่อแม่ คู่สมรส บุตร	112	28.1
ญาติ เพื่อน	33	8.3

¹โรคร่วมที่เกี่ยวข้องได้แก่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภูมิแพ้ โรคข้ออักเสบ โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง

4.2.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน

จากกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม 399 คน พบว่าลักษณะงานของคนส่วนใหญ่มีการทำงานควบกะ (shiftwork) 264 คน (ร้อยละ 66.2) โดยมีพยาบาลที่ทำงานแค่ตอนเช้า 135 คน (ร้อยละ 33.8) จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ พบว่าส่วนใหญ่ทำงานอยู่ที่ 40-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 273 คน (ร้อยละ 68.4) อายุการทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานมามากกว่า 10 ปี จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่องานที่ทำ 322 คน (ร้อยละ 80.7) มีสวัสดิการและการได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม 313 คน (ร้อยละ 78.4) จำนวนมื้ออาหารในแต่ละวัน พบว่าส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันจำนวน 247 คน (ร้อยละ 62.0) ส่วนใหญ่มีวันหยุดต่อสัปดาห์ 1-2 วัน จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยจากงาน

ปัจจัยด้านงาน (n = 399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การทำงานหมุนเวียน		
ทำงานในช่วงเวลาปกติ	135	33.8
ทำงานควบกะ	264	66.2
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์		
น้อยกว่า 40 ชั่วโมง	28	7.0
40 - 60 ชั่วโมง	273	68.4
มากกว่า 60 ชั่วโมง	98	24.6
จำนวนปีที่ทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	20	5.0
1-10 ปี	151	37.8
มากกว่า 10 ปี	228	57.1
ความพึงพอใจในงาน		
พอใจ	322	80.7
ไม่พอใจ	77	19.3

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านงาน(ต่อ)

ปัจจัยด้านงาน (n = 399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน		
พอใจ	313	78.4
ไม่พอใจ	86	21.6
ทานอาหารครบตามมือ		
ทานครบ 3 มือ	247	61.9
ทานไม่ครบ 3 มือ	152	38.1
วันหยุดต่อสัปดาห์		
ไม่มีวันหยุด	24	6.0
หยุด 1-2 วัน	351	87.7
มากกว่าเท่ากับ 3 วัน	25	6.3

4.2.3 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามี การได้รับความรุนแรงในที่ทำงาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 ขาดความเคารพในตนเองและไม่เชื่อมั่นในตนเอง 42 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.8 และ มีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม

ปัจจัยด้านจิตสังคม (n = 399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับความรุนแรงในที่ทำงาน	57	14.3
ขาดความเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง	42	10.5
ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน	28	7.0

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน

4.3.1 ข้อมูลปัจจัยที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอน

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามการประเมินเกี่ยวกับการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยแบบประเมินคุณภาพการนอนฉบับภาษาไทย (PSQI) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อและ 7 องค์ประกอบ ดังแสดงในตารางที่ 3 มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการสอบถามความเห็นถึงการนอนรายบุคคล พบว่ามีคุณภาพการนอนดีถึงดีมากร้อยละ 57.9 และคุณภาพการนอนไม่ค่อยดีถึงไม่ดีเลยร้อยละ 42.1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ส่วนใหญ่อยู่ที่น้อยกว่า 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 43.3 ใช้เวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมงในการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไป ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาคือไม่มีปัญหาเลยคิดเป็นร้อยละ 35.1

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ ส่วนใหญ่นอน 5-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ

37.1 มีเพียงส่วนน้อยที่มีระยะเวลาอนนอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 9.3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 85% ร้อยละ 63.2

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับใน 1 สัปดาห์ ซึ่งเป็นคะแนนรวมประเมินปัญหาการนอนจากสาเหตุย่อย ได้แก่ ตื่นกลางดึก ตื่นมาเข้าห้องน้ำ หายใจติดขัด ไอหรือกรนเสียงดัง รู้สึกหนาวหรือร้อนเกินไป ฝันร้าย เจ็บหรือปวดตามร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อย คะแนนรวมเป็น 1-9 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 76.7 มีส่วนน้อยที่เป็นปัญหามาก คะแนนรวม 19-27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 0.5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นอนหลับ ส่วนใหญ่ไม่ใช้ คิดเป็น ร้อยละ 89.6 มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ใช้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวัน ส่วนใหญ่มีอาการง่วง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 40.0 ไม่เคยมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับเลย ร้อยละ 6.5 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาเล็กน้อยต่อความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง ร้อยละ 66.0 และเป็นปัญหามากคิดเป็นร้อยละ 1.3

ตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน

รายละเอียด (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	48	12.0
ดี	183	45.9
ไม่ค่อยดี	146	35.8
ไม่ดีเลย	25	6.3
ระยะเวลาเข้านอนจนหลับ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที	173	43.0
16-30 นาที	150	37.6
31-60 นาที	26	6.5
มากกว่า 60 นาที	50	12.5
ปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว		
ไม่เป็นปัญหา	141	35.1
1 ครั้งต่อสัปดาห์	158	39.6
2 ครั้งต่อสัปดาห์	70	17.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	30	7.5

ตารางที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอน (ต่อ)

รายละเอียด (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาของการนอนหลับ		
มากกว่า 7 ชั่วโมง	84	21.1
6-7 ชั่วโมง	130	32.6
5-6 ชั่วโมง	148	37.1
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	37	9.3
ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติ		
มากกว่า 85%	252	63.2
75-84%	75	18.8
65-74%	52	13.0
น้อยกว่า 65%	20	5.0
การรบกวนการนอนหลับ		
0 คะแนน	27	6.8
1-9 คะแนน	306	76.7
10-18 คะแนน	64	16.0
19-27 คะแนน	2	0.5
การใช้ยานอนหลับ		
ไม่ใช้ยา	358	89.7
ใช้นาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	26	6.5
ใช้ยา 2 ครั้ง/สัปดาห์	12	3.0
ใช้ยา 3 ครั้ง/สัปดาห์	3	0.8
มีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับระหว่างวัน		
ไม่เคย	25	6.3
1 ครั้งต่อสัปดาห์	126	31.6
2 ครั้งต่อสัปดาห์	160	40.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	88	22.1
ความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง		
ไม่เป็นปัญหาเลย	90	22.6
เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย	264	66.2
เป็นปัญหาพอควร	40	10.0
เป็นปัญหามาก	5	1.3

4.3.2 ข้อมูลผลรวมประเมินคุณภาพการนอน

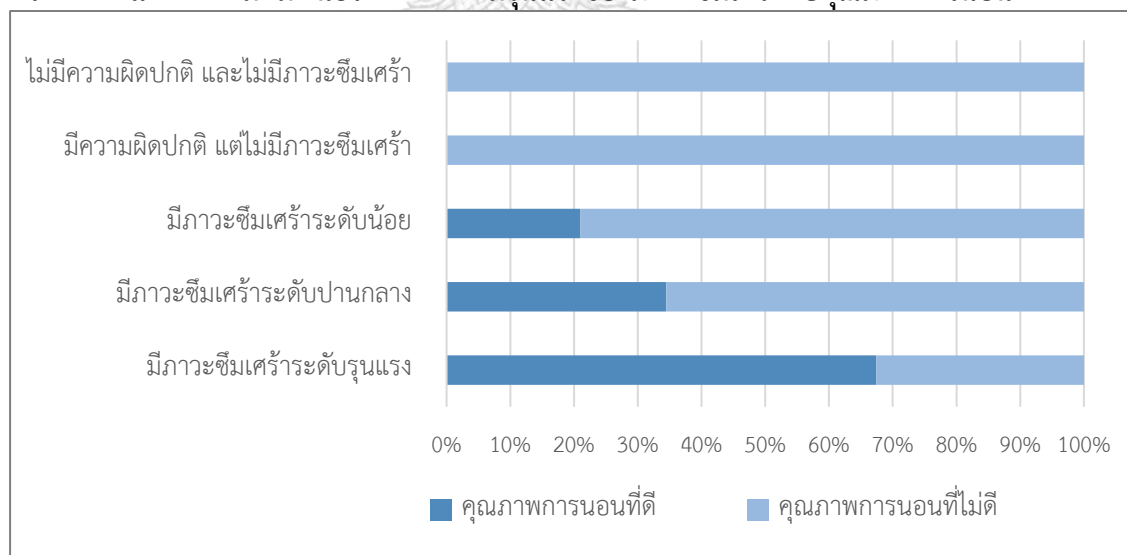
คุณภาพการนอน แปรผลโดยการประเมินตนเองจากคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยอาศัยการคำนวณจากข้อคำถาม PSQI นำมาแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน เมื่อนำคะแนนในแต่ละองค์ประกอบมาแปลผล พบว่าคนส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมากกว่าดี คิดเป็น ร้อยละ 61.0 และร้อยละ 39.0 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนเท่ากับ 6.6 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลความชุกของคุณภาพการนอน

คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5)	156	39.0
ไม่ดี (คะแนนรวมมากกว่า 5)	244	61.0
ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6.6 (2.56)	ต่ำสุด-สูงสุด (0-14)

เมื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนในแต่ละกลุ่ม มาจัดกลุ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จะได้กราฟดังต่อไปนี้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอน กล่าวคือ ยิ่งมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วยดังกราฟที่ 1

กราฟที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอน



4.4 ผลการประเมินความชุกภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบสอบถาม PHQ-9 โดยค่า cut-off score ≥ 9 เพื่อประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้า มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 มีค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.79^(53, 54) พบว่ามีพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า

69 ราย จากทั้งหมด 399 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 5.11 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8, 9

ตารางที่ 8 ข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้า

ประเมินสุขภาพจิต (n=399)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	330	82.7
มีภาวะซึมเศร้า	69	17.3
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม PHQ-9 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5.11 (3.89)	ต่ำสุด-สูงสุด (0-24)

ตารางที่ 9 จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า แยกตามแผนก

แผนกที่ทำงาน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คน)	มีภาวะซึมเศร้า (คน)	ร้อยละ
การรักษายาบาลผู้ป่วยนอก	48	4	7.7
ศัลยกรรม	61	11	15.3
ผู้ป่วยหนัก	7	3	30.0
ศัลยกรรมกระดูก	17	7	29.2
วิสัญญีวิทยา	22	2	8.3
จักษุ	2	2	50.0
สูตินรีเวชวิทยา	34	3	8.1
อายุรกรรม	63	23	26.7
กุมารเวชกรรม	44	7	13.7
ออร์โธปิดิกส์	6	2	25.0
ฉุกเฉิน	3	1	25.0
หอผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก	4	3	42.9
หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	5	1	16.7
ไตเทียม	3	0	0.0
วิชาการ	1	0	0.0

4.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า

4.5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) โดยกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 5.35 เท่า (95% CI = 2.57, 11.15) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ดี ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ

Binary logistic regression

คุณภาพการนอน	ภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		คิดเป็นร้อยละ	Crude OR (95% CI)
	ไม่ซึมเศร้า	ซึมเศร้า		
ดี	148	9	5.8	1.00
ไม่ดี	182	60	24.7	5.35 (2.57, 11.15)

n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (คน), OR = Odds ratio, * มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) ได้แก่ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และโรคประจำตัวทางกายที่เกี่ยวข้อง

สถานภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มโสดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.93 เท่า (95% CI = 1.08, 3.43) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มหม้ายหย่าแยกเป็น 1.95 เท่า (95% CI = 0.79, 4.84) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ 1.87 เท่า (95% CI = 1.10, 3.20) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ

การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.45 เท่า (95% CI = 1.06, 5.68) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่ม

การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งไปต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 0.85 เท่า (95% CI = 0.36, 2.02) และกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายเลยเป็น 3.42 เท่า (95% CI = 1.91, 6.13) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

โรคประจำตัวทางกายที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มที่มีอาการป่วยจากภูมิแพ้และหอบหืดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจะพบว่ามีการเกิดภาวะซึมเศร้า 0.25 เท่า (95% CI = 0.77, 0.85) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนรายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ

Binary logistic regression

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		คิดเป็นร้อยละ	Crude OR (95% CI)
	ไม่ซึมเศร้า	ซึมเศร้า		
สถานภาพ				
สมรส	149	21	12.4	1.00
โสด	147	40	21.4	1.93 (1.08, 3.43)*
หม้าย หย่า แยก	29	8	21.6	1.95 (0.79, 4.84)
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
≤20,000	14	2	12.5	1.00
20,001-30,000	101	26	20.5	1.80 (0.38, 8.43)
30,001-40,000	87	24	21.6	1.93 (0.41, 9.08)
40,001-50,000	52	6	10.3	0.80 (0.14, 4.44)
50,001-60,000	57	5	8.1	0.61 (0.10, 3.50)
มากกว่า 60,000	13	3	18.8	1.61 (0.23, 11.26)
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	238	40	14.4	1.00
ไม่เพียงพอ	92	29	24.0	1.88 (1.10, 3.21)*
ดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	311	60	16.2	1.00
ดื่ม	19	9	32.1	2.45 (1.06, 5.68)*
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	327	67	17.0	1.00
สูบ	3	2	40.0	3.24 (0.53, 19.85)
การออกกำลังกาย				
3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	170	22	11.5	1.00
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	72	8	10.0	0.85 (0.36, 2.02)
ไม่ออกเลย	88	39	30.7	3.42 (1.91, 6.13)*
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง				
ไม่มี	236	55	18.9	1.00
เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง	25	7	21.9	1.20 (0.49, 2.92)
หอบหืด ภูมิแพ้	50	3	5.7	0.25 (0.77, 0.85)*
โรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	19	4	17.4	0.90 (0.29, 2.76)

ตารางที่ 11 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		คิดเป็น ร้อยละ	Crude OR (95% CI)
	ไม่ซึมเศร้า	ซึมเศร้า		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)				
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	140	28	26.7	1.00
น้ำหนักน้อย (<18.5)	22	8	16.7	1.82 (0.73, 4.49)
ท้วม (23.0-24.9)	61	9	12.9	0.74 (0.33, 1.65)
อ้วน (25.0-29.9)	82	13	13.7	0.79 (0.39, 1.61)
อ้วนมาก (>=30)	25	11	30.6	2.20 (0.97, 4.98)
การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก				
ไม่มี	208	46	18.1	1.00
พ่อแม่ คู่สมรส บุตร	97	15	13.4	0.69 (0.37, 1.31)
ญาติ เพื่อน	25	8	24.2	1.44 (0.61, 3.41)

n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (คน), * มีนัยสำคัญทางสถิติ, OR = Odds ratio

4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Binary logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ ลักษณะการทำงาน (ควบกะ) ความพึงพอใจงาน การได้รับสวัสดิการและการสนับสนุนที่เหมาะสม การทานอาหารครบตามมื้อ วันหยุดต่อสัปดาห์และความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

การทำงานควบกะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีการทำงานควบกะ มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าเป็น 1.87 เท่า (95% CI = 1.02, 3.41) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทำงานในเวลาเท่านั้น

ความพึงพอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าเป็น 4.25 เท่า (95% CI = 2.41, 7.51) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พอใจ

การได้รับการสนับสนุนและสวัสดิการอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจ มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าเป็น 3.76 เท่า (95% CI = 2.15, 6.56) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พอใจ

การทานอาหารครบตามมื้อ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ทานอาหารไม่ครบตามมื้อ มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าเป็น 2.49 เท่า (95% CI = 1.47, 4.23) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทานอาหารครบตามมื้อ

จำนวนวันหยุดต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่วันหยุด 1-2 วันต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 0.31 เท่า (95% CI = 0.13, 0.76) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีวันหยุดต่อสัปดาห์เลย

ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.93 เท่า (95% CI = 1.29, 6.68) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

ส่วนจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนปีที่ทำงาน ความรุนแรงในที่ทำงานและการขาดความเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานและจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Binary logistic regression

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		คิดเป็นร้อยละ	Crude OR (95% CI)
	ไม่ซึมเศร้า	ซึมเศร้า		
ลักษณะการทำงาน				
ทำงานในเวลา	119	16	11.9	1.00
ทำงานควบกะ	211	53	20.1	1.87 (1.02, 3.41)*
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์				
น้อยกว่า 40 ชั่วโมง	24	4	14.3	1.00
40 - 60 ชั่วโมง	235	38	13.9	0.97 (0.32, 2.95)
มากกว่า 60 ชั่วโมง	71	27	27.6	2.28 (0.72, 7.19)
จำนวนปีที่ทำงาน				
น้อยกว่า 1 ปี	16	4	20.0	
1-10 ปี	115	36	23.8	1.25 (0.39-3.99)
มากกว่า 10 ปี	199	29	12.7	0.58 (0.18-1.86)
ความพึงพอใจในงาน				
พอใจ	282	40	12.4	1.00
ไม่พอใจ	48	29	37.7	4.25 (2.42, 7.51)*
สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน				
พอใจ	274	39	12.5	1.00
ไม่พอใจ	57	30	34.9	3.76 (2.15, 6.56)*
ทานอาหารครบตามมื้อ				
ทานครบ 3 มื้อ	217	30	12.1	1.00
ทานไม่ครบ 3 มื้อ	113	39	25.7	2.49 (1.48, 4.25)*
วันหยุดต่อสัปดาห์				
ไม่มีวันหยุด	15	9	37.5	1.00
หยุด 1-2 วัน	294	56	16.0	0.31 (0.13, 0.75)*
มากกว่าเท่ากับ 3 วัน	21	4	16.0	0.31 (0.08, 1.22)

ตาราง 12 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านงานและจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
ด้วยสถิติ Binary logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า (จำนวนคน)		คิดเป็นร้อยละ	Crude OR (95% CI)
	ไม่ซึมเศร้า	ซึมเศร้า		
ความรุนแรงในที่ทำงาน				
ไม่มี	280	62	18.1	1.00
มี	50	7	12.3	0.63 (0.27, 1.46)
ขาดความเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง				
ไม่มี	295	62	17.4	1.00
มี	35	7	16.7	0.95 (0.40, 2.14)

n คือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (คน), * มีนัยสำคัญทางสถิติ, OR = Odds ratio

4.5.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression

การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression ผู้วิจัยได้นำตัวแปรต้นที่สำคัญและได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอน Bivariate analysis ที่มีค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25⁽⁷⁰⁾ ได้แก่ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ดัชนีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง การออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย ลักษณะการทำงานควบกะ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ความพึงพอใจในงาน สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน ทานอาหารครบตามมื้อ วันหยุดต่อสัปดาห์ ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานและคุณภาพการนอน

พิจารณาการเกิด Multicollinearity ของตัวแปรต้น จากความหมายและโอกาสในการเกิดความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้น ซึ่งพบว่า รายได้ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การทำงานควบกะและชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ มีสหสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ พิจารณาตัดตัวแปรที่มีสหสัมพันธ์ตัวใดตัวหนึ่งออกซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จึงได้ตัดตัวแปรรายได้ต่อเดือน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์และการสูบบุหรี่ออก

เมื่อพิจารณาการเกิด Multicollinearity ของตัวแปรต้นและคำนวณโอกาสในการเกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้นและทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ การออกกำลังกาย ความพึงพอใจในงาน ความพึงพอใจในสวัสดิการและการสนับสนุนอย่างเหมาะสม คุณภาพการนอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายเลย มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า 2.2 เท่า (95% CI = 1.17, 4.11) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ความพึงพอใจในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.17 เท่า (95% CI = 1.13, 4.16) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พึงพอใจในงาน

การได้รับการสนับสนุนและสวัสดิการอย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.20 เท่า (95% CI = 1.16, 4.17) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พอใจ

คุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.43 เท่า (95% CI = 1.59, 7.38) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ดี ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
การออกกำลังกาย		
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	1.00	1.00
3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	0.85 (0.36, 2.02)	0.83 (0.34, 2.04)
ไม่ออกเลย	3.42 (1.91, 6.13)	2.20 (1.17, 4.11)*
ความพึงพอใจในงาน		
พอใจ	1.00	1.00
ไม่พอใจ	4.25 (2.41, 7.51)	2.29 (1.18, 4.16)*
สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน		
พอใจ	1.00	1.00
ไม่พอใจ	3.76 (2.15, 6.56)	2.20 (1.16, 4.17)*
คุณภาพการนอน		
ดี	1.00	1.00
ไม่ดี	5.35 (2.57, 11.15)	3.43 (1.59, 7.38)*

n จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน), * มีนัยสำคัญทางสถิติ, OR = Odds ratio, CI: confidence interval

Multivariate logistic regression analysis (Forward wald): variables of interest; สถานภาพ ความพึงพอใจของรายได้ โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย วันหยุดต่อสัปดาห์ การทำงานควบกะ ความพึงพอใจในงาน การได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้า การทานอาหารครบตามมื้อ ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน คุณภาพการนอน

4.5.5 ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ Simple Linear Regression

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นเชิงเดียวของคะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่

คะแนนคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนคุณภาพการนอนที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีคะแนนซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 0.80 คะแนน (95% CI = 0.67, 0.93)

สถานภาพมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีสถานภาพโสดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรส จะมีคะแนนซึมเศร้ามลดลง 1.41 คะแนน (95% CI = -2.21, -0.61)

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ จะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 0.68 คะแนน (95% CI = 0.27, 1.09)

การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มจะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 1.84 คะแนน (95% CI = 0.36, 3.33)

การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกาย จะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 1.94 คะแนน (95% CI = 1.09, 2.78)

การทำงานควบกะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการทำงานควบกะเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทำงานแค่เพียงในเวลา จะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 1.04 คะแนน (95% CI = 0.24, 1.84)

ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มากกว่า 60 ชั่วโมงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงาน 40-60 ชั่วโมง จะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 1.70 คะแนน (95% CI = 0.82, 2.59)

จำนวนปีที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ทำงานน้อยกว่า 1 ปี และทำงานมากกว่า 10 ปีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทำงาน 1-10 ปี จะมีคะแนนซึมเศร้ามลดลง 2.02 คะแนน (95% CI = -3.80, -0.24) และ 1.61 คะแนน (95% CI = -2.39, -0.82) ตามลำดับ

การได้รับการสนับสนุนและสวัสดิการที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในการสนับสนุนและสวัสดิการที่เหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่พอใจ จะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 3.28 คะแนน (95% CI = 1.69, 3.47)

ความพึงพอใจในงาน มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในงานจะมีคะแนนซึมเศร้ามมากกว่า 3.28 คะแนน (95% CI = 2.36, 4.19)

การทานอาหารครบตามมื้อ มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทานอาหารครบตามมื้อ จะมีคะแนนซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.25 คะแนน (95% CI = 1.49, 3.01)

การขาดความเคารพและความเชื่อมั่นในตัวเอง มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ขาดความเคารพในตัวเองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเคารพในตัวเอง จะมีคะแนนลดลง 0.61 คะแนน (95% CI = -1.23, -0.004)

ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความขัดแย้ง จะมีคะแนนซึมเศร้ายิ่งกว่า 0.73 คะแนน (95% CI = 0.23, 1.22) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Linear regression

ปัจจัย	P-value	Mean difference (95% CI)
คะแนนคุณภาพการนอน (ค่าเฉลี่ย=6.61 คะแนน)	<0.001	0.80 (0.67, 0.92)*
ค่าดัชนีมวลกาย (ค่าเฉลี่ย=23.66 kg/m ²)	0.366	0.04 (-0.04, 0.12)
สถานภาพ		
สมรส	-	Reference
โสด	0.001	-1.41 (-2.21, -0.61)*
หม้าย หย่า แยก	0.925	0.061 (-1.22, 1.34)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<=20,000	-	Reference
20,001-40,000	0.061	0.99 (-0.04, 2.02)
>=40,000	0.995	-0.004(-1.24, 1.24)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	-	Reference
ไม่เพียงพอ	0.001	1.37 (0.54, 2.19)*
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	-	Reference
ดื่ม	0.015	1.84 (0.36, 3.34)*
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	-	Reference
สูบ	0.272	1.92 (-1.51, 5.35)
การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย 3 ครั้ง	-	Reference
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	0.403	-0.42 (-1.40, 0.56)
ไม่ออกเลย	<0.001	1.92 (1.09, 2.78)*

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Linear regression (ต่อ)

ปัจจัย	P-value	Mean difference (95% CI)
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.212	-0.54 (-1.40, 0.31)
การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.165	-0.57 (-1.38, 0.23)
มีการทำงานควบกะ		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.011	1.04 (0.24, 1.84)*
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์		
40 - 60 ชั่วโมง	-	Reference
น้อยกว่า 40 ชั่วโมง	0.967	0.03 (-1.46, 1.52)
มากกว่า 60 ชั่วโมง	<0.001	1.70 (0.82, 2.59)*
จำนวนปีที่ทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	-	Reference
1-10 ปี	0.026	-2.02 (-3.80, -0.24)*
มากกว่า 10 ปี	<0.001	-1.61 (-2.39, -0.82)*
ความพึงพอใจในงาน		
พอใจ	-	Reference
ไม่พอใจ	<0.001	3.28 (2.36, 4.19)*
สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุน		
พอใจ	-	Reference
ไม่พอใจ	<0.001	2.58 (1.69, 3.47)*
ทานอาหารครบตามมื้อ		
ทานครบ 3 มื้อ	-	Reference
ทานไม่ครบ 3 มื้อ	<0.001	2.25 (1.49, 3.01)*
วันหยุดต่อสัปดาห์		
ไม่มีวันหยุด	-	Reference
มี	0.105	-0.90 (-1.98, 0.18)
ความรุนแรงในที่ทำงาน		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.401	-0.46 (-1.56, 0.62)

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนคุณภาพการนอนและปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนภาวะซิมเสร้า โดยใช้สถิติ Linear regression (ต่อ)

ปัจจัย	P-value	Mean difference (95% CI)
ขาดความเคารพและเชื่อมั่นในตนเอง		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.049	-0.61 (-1.23, -0.004)*
ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน		
ไม่มี	-	Reference
มี	0.004	0.73 (0.23, 1.22)*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5.6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซิมเสร้า โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ Multiple linear regression

สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค Stepwise Regression จากผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซิมเสร้ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนนภาวะซิมเสร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ คะแนนคุณภาพการนอน ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในงานและการทานอาหารครบตามมื้อ โดยตัวแปรที่สามารถทำนายคะแนนภาวะซิมเสร้าในพยาบาลได้แก่ คะแนนคุณภาพการนอน ค่าดัชนีมวลกาย ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในงานและการทานอาหารครบตามมื้อซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรกับภาวะซิมเสร้าในพยาบาล ได้ร้อยละ 34.32 (Adjusted R²= 0.3432) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

ปัจจัย	p-value	Mean difference (95% CI)
คะแนนคุณภาพการนอน (continuous)	<0.001	0.686 (0.559, 0.814)*
ค่าดัชนีมวลกาย (continuous)	0.082	0.063 (-0.008, 0.135)
ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน		
ไม่มี		Reference
มี	0.019	0.492 (0.081, 0.902)*
ความพึงพอใจในงาน		
พอใจ		Reference
ไม่พอใจ	<0.001	1.629 (0.778, 2.479)*
ทานอาหารครบตามมื้อ		
ทานครบ 3 มื้อ		Reference
ทานไม่ครบ 3 มื้อ	0.001	1.125 (0.453, 1.797)*
R ² = 0.351, Adjusted R ² = 0.3432		constant -4.536

* มีนัยสำคัญทางสถิติ Multiple linear regression analysis: variables of interest; ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การทำงานควบกะ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนปีที่ทำงาน การได้รับการสนับสนุนและสวัสดิการที่เหมาะสม ความพึงพอใจในงาน การทานอาหารครบตามมื้อ ขาดความเคารพในตัวเองและความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและมีวัตถุประสงค์รองเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลและอยู่ในช่วงปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกคือพยาบาลที่ตั้งครรภ์ขณะที่ทำการศึกษาหรือหลังตั้งครรภ์ 6 สัปดาห์ พยาบาลที่ลาออก ขาดงาน เสียชีวิตระหว่างช่วงเวลาที่ทำการศึกษาหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอยู่เดิม โดยทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลทั้งหมดซึ่งจากการสำรวจข้อมูลพบว่ามีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 638 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2562 ได้รับการตอบกลับคืนมาจำนวน 402 ชุด คิดเป็นร้อยละ 63

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) เป็นแบบประเมินที่มีการแปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.83 จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพการนอน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ และ 7 องค์ประกอบ อันได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นการสอบถามความเห็นถึงการนอนรายบุคคล พบว่าคุณภาพการนอนดีถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ 57.9 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ส่วนใหญ่อยู่ที่น้อยกว่า 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 43.4 ส่วนใหญ่นอน 5-6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 37.1 มีประสิทธิภาพการนอนส่วนใหญ่มากกว่า 85% ร้อยละ 63.2 มีปัญหาการนอนหลับเล็กน้อย (1-9 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 76.5 สามารถนอนหลับได้โดยไม่ใช้ยานอนหลับคิดเป็นร้อยละ 89.7 ส่วนใหญ่มีอาการรบกวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีปัญหาเล็กน้อยต่อความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จจูล่วง ร้อยละ 65.9

การประเมินคุณภาพการนอนโดยการประเมินตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จากการแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน พบว่าคนส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอน พบว่าคนส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมากกว่าดี คิดเป็น ร้อยละ 61.0

5.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 399 คน พบว่า เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 397 คน คิดเป็นร้อยละ 99.5 รายได้เฉลี่ยของพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ที่ 20,000-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.80 ซึ่งเพียงพอและไม่เป็นหนี้ คิดเป็นร้อยละ 69.7 ไม่มีโรคประจำตัวทางกายที่เกี่ยวข้อง 291 คน (ร้อยละ 72.9) ตามลำดับ เกือบทั้งหมดไม่เคยสูบบุหรี่จำนวน 394 คน (ร้อยละ 98.7) ไม่ดื่มสุร่าจำนวน 371 คน (ร้อยละ 93.0) มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ 192 คน ร้อยละ 48.1 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงน้ำหนักปกติ 168 คน (ร้อยละ 42.1) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.65 kg/m^2 โรคประจำตัวทางจิตมี 1 คน (ร้อยละ 0.25) ได้แก่โรคอารมณ์สองขั้ว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.7

5.1.3 ปัจจัยจากงาน

จากข้อมูลปัจจัยจากงานพบว่าลักษณะงานของคนส่วนใหญ่ทำงานควบกะ คือ 264 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ พบว่าส่วนใหญ่ทำงานอยู่ที่ 40-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 273 คน (ร้อยละ 68.4) มีอายุการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่องานที่ทำและพอใจต่อสวัสดิการและการได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม คิดเป็น 322 คน (ร้อยละ 80.7) และ 313 คน (ร้อยละ 78.3) ตามลำดับส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวันคิดเป็น 247 คน (ร้อยละ 61.9) มีวันหยุดต่อสัปดาห์ 1-2 วัน จำนวน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7

5.1.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม

จากข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีส่วนที่ได้รับการรุนแรงในที่ทำงาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ขาดความเคารพในตนเองและไม่เชื่อมั่นในตนเอง 42 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.5 และ มีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0

5.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression โดยนำปัจจัยที่สำคัญซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับจากการวิเคราะห์ ในขั้นตอน Bivariate analysis ที่มีค่า p-value น้อยกว่าเท่ากับ 0.25 และพิจารณาการเกิด Multicollinearity ของตัวแปรต้น เพื่อคำนวณโอกาสในการเกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้น และใส่ตัวแปรต้นโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้ดังนี้ การออกกำลังกาย ความพึงพอใจในงาน การได้รับสวัสดิการและการสนับสนุนที่เหมาะสม คุณภาพการนอน

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.2.1 ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่ทำงานอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 402 คน คิดเป็นร้อยละ 63 โดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลเท่ากับร้อยละ 17.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาต่าง ๆ ก่อนหน้านี้หน้าเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในพยาบาล พบว่า ความชุกของความรุนแรงมีตั้งแต่ร้อยละ 18 ไปจนถึงร้อยละ 40 ขึ้นอยู่กับแบบสอบถามที่ใช้และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกันบางประการ ดังแสดงในตารางที่ 17 โดยการศึกษานี้มีพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลมากกว่าการศึกษาของ El Kissi Y. และคณะ⁽¹⁹⁾ ในประเทศตูนิเซีย ซึ่งทำการศึกษาในพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ทำให้ภาระงานและจำนวนผู้ป่วยที่ไม่เยอะเท่ากับโรงพยาบาลทั่วไปโดยการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาได้แก่การศึกษาของ Letvak S. และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ทำการศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลนอร์ทแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งใช้แบบสอบถาม PHQ9 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นที่ความชุกใกล้เคียงกันได้แก่ Ariapooran S. และคณะ⁽²⁴⁾ ที่ทำการศึกษาในพยาบาลในเมืองมาราเยอร์ ประเทศอิหร่าน Maharaj S และคณะ⁽²³⁾ ที่ทำการศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาล ประเทศออสเตรเลีย รวมไปถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ในประเทศอิหร่านของ Saedi S. และคณะ⁽²²⁾

การศึกษาของ Gong Y. และคณะ⁽¹⁸⁾, Tran TTT. และคณะ⁽²¹⁾, Cheung T. และคณะ⁽²⁰⁾, Dai C. และคณะ⁽¹⁰⁾ มีความชุกที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งทั้ง 4 การศึกษาเป็นการศึกษาในพยาบาลในประเทศไชนเเอเซียซึ่งล้วนแล้วแต่มีความชุกที่สูงกว่าในการศึกษานี้ทั้งสิ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากแบบสอบถามที่ใช้มีข้อคำถามที่เน้นเกี่ยวกับการประเมินอารมณ์และพฤติกรรมทำให้ความชุกของภาวะซึมเศร้ามีอัตราสูงขึ้น นอกจากนี้อาจมีปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและลักษณะความคล้ายคลึงในตัวโรค และ 2 ใน 3 การศึกษาเป็นการศึกษาในประเทศจีน ซึ่งอาจมีปัจจัยด้านเชื้อชาติและลักษณะภาระงานที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้จากข้อมูลพื้นฐานยังพบว่าประเทศจีนมีประชากรหนาแน่น มีปัญหาเรื่องสุขอนามัย ทำให้เกิดโรคระบาดได้ง่าย ส่งผลให้ยอดผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้สัดส่วนเตียงต่อประชากรไม่เพียงพอต่อจำนวนสถานที่ให้บริการ ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรเพิ่มสูงขึ้น ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในอดีตเทียบกับการศึกษาปัจจุบัน

ผู้ที่ศึกษา	ปีที่ศึกษา (ค.ศ.) / แบบสอบถามที่ใช้	กลุ่มตัวอย่าง	ความชุก (ร้อยละ)
Letvak S. และคณะ ⁽¹⁷⁾	2012/9-item Patient Health Questionnaire (PHQ9)	พยาบาลในโรงพยาบาล นอร์ทแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา	18
Gong Y. และคณะ ⁽¹⁸⁾	2013/ Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)	พยาบาลใน มณฑลเซิน เจิ้น ประเทศจีน	38
El Kissi Y. และคณะ ⁽¹⁹⁾	2014/ the CIDI sections related to MDD	พยาบาลที่ Soussse Farhat Hached teaching hospital ประเทศตูนิเซีย	7.5
Teris Cheung. และคณะ ⁽²⁰⁾	2014/Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21	พยาบาลที่เป็นสมาชิก Association of Hong Kong Nursing Staff (AHKNS)	35.8
Tran TTT. และคณะ ⁽²¹⁾	2015/Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21	พยาบาลในโรงพยาบาลรพ ดับตติยภูมิ ในกรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม	45.3
Saeedi S. และคณะ ⁽²²⁾	2017/systematic review	Iranian databases searched from January 2000 to March 2017.	22
Maharaj S. และคณะ ⁽²³⁾	2017 /Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	พยาบาลในโรงพยาบาล ประเทศออสเตรเลีย	32.4
Ariapooran S. และคณะ ⁽²⁴⁾	2017/Beck's Depression Inventory (BDI)	พยาบาลในเมืองมาราเยอร์ ประเทศอิหร่าน	17.83
Dai C. และคณะ ⁽¹⁰⁾	2017/ Hospital Anxiety and Depressive Disorders Rating Scale (HADS)	พยาบาลในรพ Jinhua Municipal Central Hospital ประเทศจีน	40.8

5.2.2 คุณภาพการนอนกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เมื่อประเมินคุณภาพการนอนด้วยแบบสอบถาม Pittsburgh sleep quality index (PSQI) ฉบับภาษาไทย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 61 โดยคุณภาพการนอนและการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ดี เป็น 3.38 เท่า (95% CI = 1.56, 7.32) โดยเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามย่อยในแบบสอบถามจะพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาทางงนอนและเพลอหลับระหว่างวันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์และมีความกระตือรือร้นในการทำงานที่ลดลง อาจเกิดจากการนอนหลับไม่เป็นเวลา ทำให้วงจรการนอนหลับถูกรบกวนและมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การตัดสินใจและการเข้าสังคม ทำให้มีปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang L. ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 72 โดยการทำงานควบกะ (shiftwork) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁵⁾ ทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าถึง 1.83 เท่า ต่างจากการศึกษาของ Dai C. ที่พบภาวะซึมเศร้าเพียง 1.38 เท่าในกลุ่มของผู้ที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี⁽¹⁰⁾ โดยเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค (มณฑลเจ้อเจียง ประเทศจีน) ในขณะที่การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากพยาบาลในโรงพยาบาลส่วนกลางขนาดใหญ่ อาจเกิดจากความแตกต่างกันทางด้านภาระงาน การพัฒนาของระบบสุขภาพและลักษณะวัฒนธรรม⁽⁷¹⁾

5.2.3 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านเพศ พบว่าไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไป เนื่องจากร้อยละ 99.5 เป็นเพศหญิง โดยในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเพศหญิงพบมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า⁽³⁶⁾ โดยส่วนหนึ่งเกิดจากเพศหญิงถูกสอนว่าต้องดูแลและต้องอดทนต่อปัญหาในครอบครัว มักอดทนอดกลั้นและเกิดความกดดันในตัวเองรวมทั้งในปัจจุบันที่เพศหญิงต้องสามารถทำงานทั้งในและนอกบ้านได้

ปัจจัยด้านสถานภาพ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง เมื่อทำการจัดกลุ่มการวิเคราะห์ใหม่เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยเกินไปในบางกลุ่ม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มโสดและกลุ่มหม้ายหย่าแยก จะมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 1.93 เท่าและ 1.95 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่สมรส ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าสถานภาพหย่าร้าง มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คิดเป็น 2.0 เท่า (95% CI = 1.4, 2.9) เมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส อธิบายได้จากการหย่าร้าง ทำให้เกิดการโทษตัวเอง ถูกกดดันจากสังคม รวมไปถึงความเหงาจากการไร้คู่⁽³⁷⁾

ปัจจัยด้านรายได้และความเพียงพอของรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอจะเกิดภาวะซึมเศร้า 1.88 เท่า (95% CI = 1.10, 3.20) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาของ Freeman A. ที่พบว่าเศรษฐกิจทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าวคือ กลุ่มที่มีรายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 0.99 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอ⁽³⁸⁾

ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการดื่มแอลกอฮอล์มีการเกิดภาวะซึมเศร้า 2.45 เท่า (95% CI = 1.06, 5.678) โดยมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ Caetano R.⁽³⁹⁾ ที่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.96 เท่า อาจเกิดจากผลของอาการเมาค้าง การนอนหลับที่ผิดปกติ และการควบคุมอารมณ์ได้ลดลง

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ที่พบว่าการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า⁽⁷²⁾ ซึ่งอธิบายจาก เมื่อทำงานหนักจะเกิดความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าและพบว่ามีอาการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่มากขึ้น อธิบายจากแอลกอฮอล์กระตุ้นให้เกิดความง่วง จึงต้องสูบบุหรี่ซึ่งมีสารนิโคตินเพื่อให้สมองเกิดการตื่นตัว

ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายเลย เกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.2 เท่า (95% CI = 1.17, 4.11) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ แนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Stanton R. และคณะ⁽⁴⁰⁾ ที่พบว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยช่วยเพิ่มการหลั่งสารโดพามีนและเซโรโทนิน ทำให้เกิดความสมดุลและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น

ปัจจัยด้านโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า ที่พบว่าโรคร่วมที่เกี่ยวข้องได้แก่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ภูมิแพ้ โรคข้ออักเสบโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ⁽³³⁻³⁵⁾

ปัจจัยด้านดัชนีมวลกายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยหรือดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m² จะเกิดภาวะซึมเศร้า 1.8 เท่า (95% CI = 0.73, 4.49) และกลุ่มที่มีอ้วนที่อันตรายหรือดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m² จะเกิดภาวะซึมเศร้า 2.2 เท่า (95% CI = 0.97, 4.98) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่น้ำหนักตัวปกติหรือดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.00-24.99 kg/m² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kranjac AW. และคณะ ที่พบว่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 และ ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² ขึ้นไป จะเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.43 และ 1.57 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18.5 to ≤ 24.9 kg/m²) อธิบายได้จากการมีโรคอ้วน จะทำให้อารมณ์และการตัดสินใจแปรปรวน⁽⁴²⁾ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคร่วมตามมาได้แก่⁽⁷³⁾ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและโรคข้อ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้น

ปัจจัยการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁴¹⁾ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับจำนวนเหตุการณ์ของการสูญเสีย ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ การสูญเสียแบบไม่ทันคาดคิด และการปรับตัวได้ในระยะเวลาที่เหมาะสมเป็นต้น

5.2.4 ปัจจัยด้านงานและจิตสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านลักษณะการทำงาน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่การทำงานควบกะ มีการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 1.88 เท่า (95% CI = 1.03, 3.44) ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศจีนที่พบว่าการทำงานควบกะ โดยเฉพาะกะกลางคืน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 1.83 เท่า⁽¹⁰⁾ อาจเกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน จะทำให้คุณภาพการนอนแย่ลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการทำงานมากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีการเกิดภาวะซึมเศร้า 2.28 เท่า (95% CI = 0.72, 7.19) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทำงานน้อยกว่า 40 ชั่วโมง โดยพบว่า กลุ่มที่ทำงาน 40-60 ชั่วโมงเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า แตกต่างจากการศึกษาของ Ogawa R⁽⁴⁷⁾ อาจเกิดจากชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม ทำให้มีความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว

จำนวนปีที่ทำงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่ากลุ่มที่ทำงานอยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี จะเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 1.25 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่ทำงานมากกว่า 10 ปี กลับเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 0.58 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทำงานมาน้อยกว่า 1 ปี อาจอธิบายได้จาก การที่อายุการทำงานมากขึ้น ทำให้ได้ทำงานในตำแหน่งที่สูงขึ้น รายได้เพิ่มมากขึ้นและมีภาระงานลดลง

ความพึงพอใจในงาน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในงานมีการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.29 เท่า (95% CI = 1.18, 4.47) เช่นเดียวกับความพึงพอใจในการได้รับสวัสดิการและการสนับสนุนที่เหมาะสม ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่พอใจ เกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.17 เท่า (95% CI = 1.15, 4.08) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่พอใจสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(29, 44) ที่พบว่าเมื่อเกิดความพึงพอใจ จะทำให้สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลของอารมณ์ทำงานได้เป็นปกติ และเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

การทานอาหารครบตามมื้อ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่ได้ทานอาหารครบตามมื้อ เกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 2.51 เท่า (95% CI = 1.48, 4.25) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทานครบทุกมื้อ ต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้เช่น Gyungjoo L. ทำการศึกษาพบว่าการทำงานไม่ครบตามมื้อโดยเฉพาะมื้อเช้า มีภาวะซึมเศร้า เป็น 2.06 เท่า อาจเกี่ยวข้องกับการกินไม่ตรงตามมื้อจะทำให้ เกิดอารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจลดลงและไม่สามารถควบคุมปริมาณการกินอาหารได้⁽³²⁾

จำนวนวันหยุดต่อสัปดาห์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีวันหยุด 1-2 วันและมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 0.31 (95% CI = 0.13, 0.75) และ 0.32 (95% CI = 0.08, 1.23) เท่าตามลำดับ อธิบายได้จากการที่ไม่มีวันหยุดทำให้มีชั่วโมงการทำงานปริมาณมากและเกิดภาวะเครียดสะสมจากการทำงาน

ปัจจัยด้านความรุนแรงในที่ทำงาน จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรุนแรงจะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาเป็น 7.93 เท่า กล่าวคือความรุนแรงในที่ทำงาน ไม่ว่าจะเป็นการถูกทำให้อับอาย การถูกคุกคามทางเพศ โดนทำร้ายร่างกาย การถูกกลั่นแกล้ง ผลที่ตามมาทำให้ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่องานที่ทำ ความพึงพอใจในงานลดลง และส่งผลให้เกิดการขาดงานระยะยาวได้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อนหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ขาดความเคารพและเชื่อมั่นในตนเองและขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานจะเกิดภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 2.95 เท่า (95% CI = 1.30, 6.70) เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Zhou W⁽⁴⁴⁾ ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในคนขับรถไฟ พบว่าความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานเกิดภาวะซึมเศร้า 1.55 เท่า (95% CI = 1.11, 2.16) ซึ่งอธิบายจากได้จากเมื่อเกิดความขัดแย้งในระหว่างเพื่อนร่วมงานกันเอง ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือและการยอมรับ ไม่สามารถปรับตัวและทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression และ Multiple linear regression เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งนอกจากจะทราบถึงความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจแล้ว ยังทำให้ทราบถึงอิทธิพลในเชิงปริมาณของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดโอกาสของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ การออกกำลังกาย ความพึงพอใจในงาน สวัสดิการและการได้รับการสนับสนุนและคุณภาพการนอน แตกต่างกับการวิเคราะห์ด้วย Multiple linear regression ซึ่งจะพบว่าปัจจัยที่ใช้ทำนายความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ได้แก่ คะแนนคุณภาพการนอน ความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในงาน และการทานอาหารครบตามมือ สาเหตุอาจเกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ข้อมูลดิบที่ได้จากการเก็บข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูล continuous data ต่างจากในการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression ซึ่งข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลที่มีการจัดกลุ่มเป็น dummy variable ทำให้มีการกระจายตัวของข้อมูลน้อยกว่าและผลลัพธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แตกต่างกัน

จากการศึกษานี้ จะพบว่าพยาบาลมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 17.3 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.5⁽⁹⁾ จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในหลากหลายประเทศ ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลล้วนแล้วแต่มากกว่าความชุกของประชากรโดยรวมทั้งสิ้น นอกจากนี้การการศึกษาจะพบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว ยังพบว่าพยาบาลมากกว่า 2 ใน 3 นั้นมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี (ร้อยละ 71) ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่าปัญหาเรื่องการนอนส่งผลกระทบต่อการทำงานให้สำเร็จลุล่วงและทำให้มีอาการง่วงนอนระหว่างวันร่วมด้วย ทำให้ได้ทราบว่าคุณภาพการนอนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่น่าสนใจ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานควบ

ทำให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการนอนและสามารถวิจัยต่อยอดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ทำให้คุณภาพการนอนมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จะสามารถแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดจากงาน สามารถจัดสรรการทำงานอย่างเหมาะสม ยังเป็นประโยชน์ต่อความก้าวหน้าขององค์กรอีกด้วย

การวิจัยในครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในข้างต้น ทำให้ทราบถึงความสำคัญของปัญหาและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งมาจากปัญหาในงาน ทำให้เห็นถึงการขาดทักษะในการปรับตัวและจัดการกับความเครียดความกดดันจากภาระงาน ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงควรเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหารวมถึงการลดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การทำแบบสอบถามยังช่วยคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ช่วยสร้างความตระหนักรู้และมีการวางแผนจัดการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งมีการดูแลและติดตามเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาปัญหา เพื่อให้มีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

5.3 จุดแข็งของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า ทำให้ทราบขนาดปัญหาของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีภาระงานสูงและนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นได้และใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาต่อไปรวมถึงหาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

2. แบบสอบถามที่ใช้ในวิจัยนี้ได้แก่ แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.79 และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทยซึ่งเป็นแบบประเมินที่แปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้เท่ากับ 0.83 ซึ่งการถือว่าเป็นเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพทำให้ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องและน่าเชื่อถือ

5.4 ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive Study) ซึ่งทำให้ขนาดของปัญหา และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเบื้องต้น แต่ไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุการมีภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรต้นที่อาจเป็นสาเหตุของการมีภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ต่อไปควรพิจารณาทำเป็น การศึกษาเชิงวิเคราะห์ Cohort study เพื่อศึกษาและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2. ข้อมูลที่ได้มาจากการตอบแบบสอบถาม ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจเกิดจากกังวลเรื่องผลกระทบต่อตนเองและสถานที่ปฏิบัติงาน ความไม่แน่ใจหรือไม่เข้าใจคำถาม เป็นต้น สามารถแก้ไขโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาแก่

ผู้เข้าร่วมการศึกษาย่างชัดเจนเพื่อสร้างความมั่นใจในประเด็นเรื่องความลับของข้อมูลที่ได้และเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ชักถามข้อสงสัยในแต่ละข้อคำถาม

3. การเก็บข้อมูล ใช้การตอบแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ดำเนินการแจกแบบสอบถามโดยการแจกไว้ตามแต่ละแผนกในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งพยาบาลบางแผนกมีการทำงานควบกะ ทำให้ได้รับการแจกแบบตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ เนื่องจากไม่ได้ทราบถึงสาเหตุและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่แจกแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการศึกษาอาจตอบข้อมูลบางอย่างได้ไม่ครบถ้วนและเป็นการสอบถามข้อมูลในช่วงระยะเวลาย้อนหลัง ซึ่งอาจทำให้ความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นคลาดเคลื่อนและเกิดอคติในการให้ข้อมูล (Recall bias) ซึ่งทางผู้วิจัยได้พยายามลดความผิดพลาดของการเก็บข้อมูล ด้วยการแนบและชี้แจงข้อมูลวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย นอกจากนี้ยังมีผู้ประสานงานในแต่ละแผนกที่จะช่วยควบคุม เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยให้มากที่สุด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้เป็นการรวบรวมข้อมูลในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงอาจมีข้อมูลบางอย่างที่ไม่อาจสามารถนำไปใช้อ้างอิง ในบริบทอื่น ๆ ซึ่งอาจมีลักษณะและภาระงานที่แตกต่างกันออกไป เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลประจำบ้าน สถานพยาบาลในนิคมอุตสาหกรรมและโรงพยาบาล เป็นต้น

5. เนื่องจากมีแบบสอบถามบางส่วนไม่ได้รับการตอบกลับ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

6. แบบสอบถามในการประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอน มีระยะเวลาในการสอบถามอาการที่ไม่เท่ากัน อาจทำให้ผลของคำตอบไม่สัมพันธ์กัน

5.5 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ลักษณะคุณภาพการนอนของพยาบาล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยในงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป็นต้น รวมไปถึงคุณภาพการนอนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในพยาบาล รวมถึงอาจนำไปประยุกต์กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะการทำงานที่ใกล้เคียงกับพยาบาล ดังนี้

1. การใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองและค้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้า อาจเป็นคำถามที่ซ้ำซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ความเพียงพอของรายได้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น แต่ในทางกลับกัน อาจเป็นคำถามที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเฝ้าระวังและรักษาในระยะแรกเริ่มได้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะไม่ตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมดังกล่าว

2. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยในงานมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ อันได้แก่ การทำงานควบกะ การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน การได้รับสวัสดิการและการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาอย่างเหมาะสม ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยภายนอกอันเป็นปัญหาที่ส่วนใหญ่ถูกมองข้าม และมองว่าเป็นเรื่องที่ควรปรับตัวและอดทนต่อภาระงานที่ได้รับ ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้นหากเราสามารถปรับปรุงและหลีกเลี่ยงการเกิดปัจจัยที่ได้กล่าวมาในข้างต้น รวมไปถึงมีการประเมินสภาพจิตใจ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อประเมินความพร้อมของการทำงาน จะช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยในงานลงได้

3. ในปัจจุบันรายงานการเกิดภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตน้อยกว่าที่เกิดขึ้นจริง ส่วนหนึ่งมาจากกลัวส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ความอับอายและไม่ยอมรับว่าตัวเองมีปัญหาทางจิต ทำให้มีการตื่นตัวและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีการปรับปรุงพัฒนาแหล่งที่สามารถให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น สายด่วนกรมสุขภาพจิต เปิดช่องให้คำปรึกษาออนไลน์โดยนักจิตวิทยารวมไปถึงการทำจิตบำบัดและสามารถนัดวันเพื่อขอพบจิตแพทย์ ทำให้มีความเป็นส่วนตัวและสะดวกสบายมากขึ้น แต่ยังคงขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดี ทำให้มีการเข้าถึงน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ง่ายต่อการตอบคำถาม ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความละเอียดเท่าที่ควรและไม่สามารถคำนวณหาค่าเฉลี่ยหรือส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อดูแนวโน้มการกระจายตัวของข้อมูล ดังนั้นจึงควรเก็บข้อมูลดิบซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความต่อเนื่อง (continuous data) เพื่อทำให้ข้อมูลที่ได้สามารถทำการวิเคราะห์ที่ได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายละเอียดในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาและเป็นการค้นหาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องในเชิงลึกต่อไป

3. ในการศึกษาแบบสอบถามไม่ได้รับการตอบกลับมาจากทุกแผนก อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลประชากรได้ ทำให้การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอาจพบความคลาดเคลื่อนหรือทำให้ปัจจัยบางอย่างไม่สัมพันธ์กันได้ อาจต้องแก้ไข โดยการติดต่อประสานงานยังหัวหน้าแต่ละแผนก เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ

4. ควรทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและเป็นการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อจะได้สามารถหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น

5. การทำการศึกษายายกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อให้ได้ข้อมูลตัวอย่างกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น คลอบคลุมในทุกบริบท เช่น ในโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน พยาบาลประจำบ้าน สถานพยาบาลในนิคมอุตสาหกรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

6. เนื่องจากแบบสอบถาม PHQ-9 และ PSQI มีข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้คำถามเกี่ยวกับการนอนมาใช้ในการประเมิน อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความคาบเกี่ยวกัน จึงควรรหาแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้การประเมินที่ไม่มีคำถามเกี่ยวกับการประเมินเรื่องการนอนมาเกี่ยวข้อง เช่น GAD-7

7. จากการพบว่าความชุกของคุณภาพการนอนที่ไม่ดีค่อนข้างสูง ทำให้เกิดคำถามตามมา อาทิเช่น คุณภาพการนอนที่ไม่ดีนั้นเป็นอาการป่วยจากโรคทางกายอื่น ๆ หรืออาจมีสาเหตุมาจากกรนอนหลับที่ผิดปกติ นอกจากนี้คุณภาพการนอนที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ หรือไม่ เป็นต้น ทำให้เกิดแนวคิดในการออกแบบงานวิจัยต่อยอด เพื่อเชื่อมโยงนำไปสู่การหาค้นหาคำตอบในการวิจัยต่อไป



ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ (Title)

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขต
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัยหลัก (Principal Investigator)

ชื่อ แพทย์หญิง ปริญญช จันทร์สถิตานนท์

ที่อยู่ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคาร อปร ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-252-7864

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 087-706xxxx

แพทย์ผู้ร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อ ผศ.ดร.นพ. กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

ที่อยู่ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม อาคาร อปร ชั้น 19 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-252-7864 ต่อ 118

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 8.00-16.00 น. 086-605xxxx

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในช่วงปีงบประมาณ 2562 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 638 คน โดยผู้วิจัยจะศึกษา
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาล ก่อนที่ท่านจะ
ตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้
ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณา
ซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

สังคมไทยในปัจจุบัน เป็นสังคมที่มีการพัฒนารอบด้าน ทำให้เกิดการแข่งขันที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกอาชีพ ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 350 ล้านคน ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่ทำให้ความสามารถในการทำงาน และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างแย่ลง ในกรณีที่รุนแรงที่สุด โรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพหนึ่งที่มีหน้าที่ภาระงานสูง มีความกดดันในการทำงานและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการปฏิบัติงานในหลายบทบาทหน้าที่ มีตารางการปฏิบัติงานที่ไม่แน่นอน ภาระงานที่มากเกินไป และความเครียดจากงาน รวมไปถึงการทำงานเป็นกะที่มีการทำงาน ยังทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน ภาวะเครียด และซึมเศร้าตามมา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาล และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอน โดยทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 638 คน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นและเสนอมาตรการป้องกันแก้ไข เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพจิต ให้คำแนะนำเกี่ยวกับคุณภาพการนอนที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยค่าใช้จ่ายในการดำเนินการต่าง ๆ ผู้วิจัยจะเป็นคนออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ท่านจะได้รับเชิญให้มาพบตามวันเวลาและสถานที่ที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย จำนวน 1 ครั้ง หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้ท่าน

โดยแบบสอบถามจะใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งหมดประมาณ 10 นาที ซึ่งท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งในแบบสอบถามที่ท่านได้รับ แบบสอบถามประกอบไปด้วยชุดคำถาม 4 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 13 คำถาม
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 8 คำถาม
- ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) มีทั้งหมด 9 คำถาม
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีทั้งหมด 9 คำถาม

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่านในการทำแบบสอบถามด้วยความสัจย์

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัย อาจทำให้ต้องสละเวลาและเกิดความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินด้วยตนเองนั้น อาจเป็นการชี้แนะหรือกระตุ้นให้กังวลต่อผลการประเมินที่เกิดขึ้น ดังนั้นกรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่ไม่สะดวกหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หากมีอาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพจิตของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ได้ทราบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินด้วยตนเอง

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความคิดเห็นด้วยความสัตย์จริง
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ พญ.ปริยนุช จันทร์สถิตานนท์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 087-706-3822

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ พญ.ปริยนุช จันทร์สถิตานนท์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 087-706-3822 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ พญ.ปริยนุช จันทรสถิตานนท์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ภาคผนวก ข

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขต

กรุงเทพมหานคร

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่

..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและใน

คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้อนุญาตตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

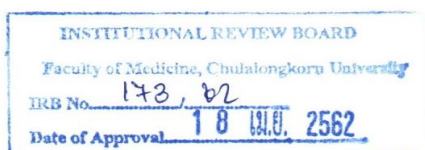
ภาคผนวก ค

แบบสอบถามของการวิจัย

คำชี้แจง

1. การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าของพยาบาลในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยในงานที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการนอน
2. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ พยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูล โดยปฏิบัติงานในพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และอยู่ในช่วงปีงบประมาณ 2562
3. แบบสอบถามในการวิจัย มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 13 คำถาม
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีทั้งหมด 8 คำถาม
 - ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) มีทั้งหมด 9 คำถาม
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีทั้งหมด 9 คำถาม
4. กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อตามความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน คำตอบของท่านจะมีคุณค่ายิ่งต่องานวิจัยนี้และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษา
5. ผู้วิจัยจะเก็บรักษาคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
นางสาวปริยนุช จันทร์สถิตานนท์
ผู้วิจัย

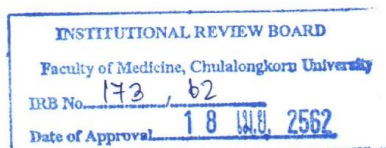


Version 2.0 1-April-2019

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. น้ำหนักกิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. รายได้รวมต่อเดือน (เงินเดือน ค่าตำแหน่ง เบี้ยเลี้ยงในการปฏิบัติงานและอื่นๆ) โดยประมาณ.....บาท
5. โรคประจำตัว
() ไม่มี () มี โปรดระบุ
6. ความเจ็บป่วยทางจิตเวช
() ไม่มี () มี โปรดระบุ
7. โรคทางจิตเวชในครอบครัว
() ไม่มี
() มีโปรดระบุ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น
8. การดื่มแอลกอฮอล์ () ดื่ม () ไม่ดื่ม
9. การสูบบุหรี่ () สูบ () ไม่สูบ
10. ปัญหาทางครอบครัว
การแยกกันอยู่ของครอบครัว () มี () ไม่มี
การทะเลาะรุนแรงเช่น การทำร้ายร่างกาย () มี () ไม่มี
ปัญหาชู้สาว () มี () ไม่มี
11. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก () มี () ไม่มี
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต () บิดา-มารดา บุตร คู่สมรส ()ญาติพี่น้อง เพื่อน
() อื่น ๆ โปรดระบุ
12. ความเพียงพอของรายได้และปัญหาทางด้านหนี้สิน
() เพียงพอ เหลือเก็บ
() เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
() ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้
() ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
- 13.การออกกำลังกาย
() ออกกำลังกาย 3 ครั้งขึ้นไป
() ออกกำลังกาย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
() ไม่ออกเลย



ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น อาการหรือ ประสบการณ์ของท่านมากที่สุด และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

ปัจจัยด้านจิตสังคม

- () การได้รับความรุนแรงในที่ทำงาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ทำร้ายร่างกาย การใช้ถ้อยคำ ในเชิงตำหนิหรือคำพูดที่ไม่สุภาพ รวมไปถึงการถูกคุกคามทางเพศ เป็นต้น
- () ขาดความเคารพในตัวเอง ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง
- () ความขัดแย้งในกับเพื่อนร่วมงาน เช่น ถูกกลั่นแกล้ง

ปัจจัยในงาน

- แผนกหรือออร์คที่ปฏิบัติงาน

() แผนกผู้ป่วยนอก	() แผนกรังสี	() แผนกอายุรกรรม
() แผนกศัลยกรรม	() แผนกวิสัญญี	() แผนกกุมารเวชกรรม
() แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู	() แผนกจักษุ	() แผนกหู คอ จมูก
() แผนกกระดูกและข้อ	() แผนกสูติรีเวช	() อื่นโปรดระบุ
- ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ

() ปฏิบัติงานในเฉพาะช่วงเวลาเช้า

() ปฏิบัติงานในเฉพาะช่วงเวลากลางคืน

() ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดงานในระบบ 8 ชั่วโมง

() ปฏิบัติงานแบบมีการควเวร เช่น เข้า-ป่วย หรือป่วย-ดึก
- จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์

() น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

() 40-60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

() มากกว่า 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- ประสบการณ์ทำงาน

() น้อยกว่า 1 ปี

() 1-10 ปี

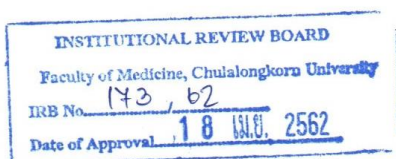
() มากกว่า 10 ปี
- ความพึงพอใจในงาน (ปริมาณงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่เพียงพอกับงานที่ต้องทำ ความมั่นคงในงาน งาน ที่ทำตรงกับทักษะหรือความสามารถที่มี ความปลอดภัยในการทำงาน สภาพแวดล้อมการทำงานที่ เหมาะสม เป็นต้น)

() พอใจ () ไม่พอใจ
- ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและสวัสดิการอย่างเหมาะสม

() ใช่ () ไม่ใช่
- ได้กินอาหาร ครบ3มื้อ

() ใช่ () ไม่ใช่
- จำนวนวันหยุดพักผ่อนต่อสัปดาห์

() ไม่มี () 1-2 วัน () มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน



ส่วนที่ 3 : แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9

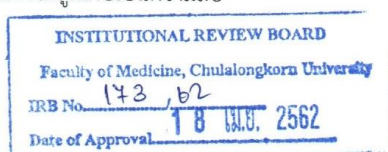
คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น อาการหรือประสบการณ์ของท่านมากที่สุด และกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง โดยเกณฑ์การให้คะแนน: ไม่เลย = 0, มีบางวันหรือไม่บ่อย = 1, มีค่อนข้างบ่อย = 2, มีเกือบทุกวัน = 3

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยมากแค่ไหน	ไม่เลย (0)	มีบางวัน หรือไม่บ่อย (1)	มีค่อนข้าง บ่อย (2)	มีเกือบ ทุกวัน (3)
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				
รวม				

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล	ข้อแนะนำในการดูแล
5 - 8	มีความผิดปกติ แต่ยังไม่มีความ ซึมเศร้า	พักผ่อน หากิจกรรมผ่อนคลาย ออกกำลังกาย ทานให้เพื่อ พูดคุยและขอรับคำปรึกษา
9 -14	มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย	สังเกตอาการ หากมีผลกระทบต่อการทำงาน การดูแลสิ่ง ต่างๆหรือการเข้ากับผู้คน ควรพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือ
15-19	มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง	**พบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือ
≥ 20	มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง	**พบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การช่วยเหลือ

ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้ารับคำปรึกษากับจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แผนกจิตเวชโรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี ได้ในวันและเวลาทำการ ไม่ว่าคะแนนในการตอบแบบสอบถามจะมีหรือไม่มีความซึมเศร้าก็
ตาม โดยข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

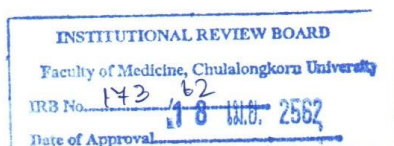


Version 2.0 1-April-2019

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ (PSQI)

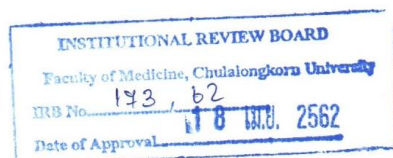
คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นการถามความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกและเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับกรนอนหลับของท่านและกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

1. ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนในเวลา น.
2. ท่านต้องใช้เวลาประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป นาที
3. ท่านลุกจากที่นอนเวลา น.
4. ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ ชั่วโมง
5. ท่านคิดว่าการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 - () ดีมาก
 - () ดี
 - () ไม่ค่อยดี
 - () ไม่ดีเลย
6. ท่านใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอนหลับมากเพียงใด
 - () ไม่เคยใช้
 - () ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - () 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
 - () 3 ครั้ง/สัปดาห์
7. ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างทำกิจกรรมระหว่างวัน (ขับรถ ทำงาน กินอาหาร เป็นต้น)
 - () ไม่เคยเลย
 - () น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์
 - () 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
 - () 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
8. ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป
 - () ไม่เป็นปัญหาเลย
 - () เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
 - () เป็นปัญหาพอควร
 - () เป็นปัญหามาก



9. สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อดังนี้ (กรุณาตอบคำถามทุกข้อ)
- 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
- 1 หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 หมายถึง มีปัญหา มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ท่านมีปัญหากับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย (0)	มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1)	มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (2)	มีปัญหา มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (3)
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือว่าตื่นเช้ากว่าปกติ				
9.3 ตื่นมาเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอหรือกรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่น ๆ (โปรดระบุ).....				



ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



COA No. 436/2019

IRB No. 173/62

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ภาวะซีมีเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : พญ.ปริยนุช จันทร์สถิตานนท์

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

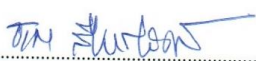
เอกสารรับรอง


1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0, 1-April-2019
2. Protocol Synopsis Version 1.0, 7-March-2019
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0, 1-April-2019
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1.0 Date 7-March-2019
5. แบบสอบถาม Version 2.0, 1-April-2019

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. งบประมาณ Version 1.0 Date 7-March-2019
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Pariyanuch Junsatitanon, M.D.
 - Assist.Prof. Krit Pongpirul, M.D., MPH, Ph.D.

ลงนาม 
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 18 เมษายน 2562
 วันหมดอายุ : 17 เมษายน 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 436/2019

IRB No. 173/62

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : Depression and sleep quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok.

Study Code : -

Principal Investigator : Pariyanuch Junsatitanon, M.D.

Affiliation of PI : Department of Preventive and Social Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2.0, 1-April-2019
2. Protocol Synopsis Version 1.0, 7-March-2019
3. Information sheet for research participant Version 2.0, 1-April-2019
4. Informed consent for participating volunteers Version 1.0 Date 7-March-2019
5. Questionnaire Version 2.0, 1-April-2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



6. Budget Version 1.0 Date 7-March-2019
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Pariyanuch Junsatitanon, M.D.
 - Assist.Prof. Krit Pongpirul, M.D., MPH, Ph.D.

Signature *Tada Sueblinong*
 (Emeritus Professor Tada Sueblinong MD)
 Chairperson
 The Institutional Review Board

Signature *Ananong Kulaputana*
 (Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board

Date of Approval : April 18, 2019
 Approval Expire Date : April 17, 2020

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ภาคผนวก ฉ

หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 02 4410201-4 โทรสาร 02 4419333

ที่ ศธ 0517.19/00318

วันที่ 22 มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามเพื่อดำเนินการวิจัยวิทยานิพนธ์

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิฑูรย์ ไล้สุนทร

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ รป. 00183/2562 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2562

ตามหนังสือที่อ้างถึง ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย โดย รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อใช้ประกอบในการทำวิจัยของวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลสตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร" ของ แพทย์หญิงปิยนุช จันทร์สถิตานนท์ นิสิตปริญญาโท สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สถาบันฯ ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม เพื่อใช้ประกอบในการทำวิจัย วิทยานิพนธ์ดังกล่าว

จึงเวียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. รชรินทร์ เกรัมย์)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

สำนักงานผู้อำนวยการ

โทรศัพท์ 02-4410201 ต่อ 406

โทรสาร 02-4419389

อีเมล: directpr@mahidoLac.th



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลวชิรเมธี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โทร. +๖๖-๔๓๒๕ โทรสาร ๐๒-๓๔๕-๗๒๕๘

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๖๕/ ๕๕๐

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง อนุญาตให้นำแบบสอบถามไปใช้

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

ตามหนังสือภาควิชาจิตเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยแพทย์หญิงปริญญ์ จันทร์สถิตานนท์ แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบประเมิน PHQ-๑๖ ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล เพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการงานวิจัย เรื่อง การประเมินและคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลสตูลภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ตามรายละเอียดที่แนบมาแล้วนี้

ทางภาควิชาฯ และศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เป็นประโยชน์สมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี พงษ์ฉวี)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสามารภกิจ ศิสิกษากรรณ สนิทสนอบสังคัม”

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล



บันทึกข้อความ

สนง.รองฯ พรส.
รับที่..... 742
วันที่ ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๒
เวลา 18.004
สำนักงานผู้อำนวยการ
รับที่ ๖๐.ค.พ.
วันที่ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๒
เวลา ๖.๓๐.๓๐

ส่วนราชการ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลนครพนมราชธานี โทร. ๒๖๖๑

ที่ สจ.๐๓๐๓.๒๖/๑๕๔ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัยในโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมราชธานี (ผ่านรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ)

เนื่องด้วย กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอชีวเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โดย แพทย์หญิงปริญญ์ จันทร์สถิตานนท์ ตำแหน่ง แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ ได้ส่งโครงการวิจัยโดยไม่ขอใช้งบ เรื่อง “ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการนอนของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยไม่ขอใช้งบประมาณ

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยของคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนครพนมราชธานีแล้ว เลขที่ใบรับรอง ๑๕/๒๕๖๒ : ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยในโรงพยาบาลด้วย
จะเป็นพระคุณ

(นายแพทย์กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

เห็นสมควรอนุมัติ

(นายประชา สิบพงษ์ศิริ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรโศภิติกส์
ปฏิบัติราชการในฐานะรองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
๒๕ เม.ย. ๒๕๖๒

อนุมัติ
ดำเนินการได้

(นายสมบุรณ์ ทศบวร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมราชธานี

๒๕ เม.ย. ๒๕๖๒

บรรณานุกรม

1. ปุณยภาพ สิทธิพรอนันต์. ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. 2550:70.
2. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มฉกวิชาการ วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;38:105-18.
3. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand. Lisbon, Portugal: Presented at WPA section on Epidemiology and public health; 2010.
4. Souza AC, Alexandre NM. Musculoskeletal symptoms, work ability, and disability among nursing personnel. Workplace Health Saf. 2012;8:353-60.
5. Perry J, Jagger J, Parker G. Nurses and needlesticks, then and now. Nursing. 2003;4:22.
6. Plaines D. Emergency department violence surveillance study[cited 2019 Feb12]. Available from: <https://www.massnurses.org/news-and-events/archive/2011/p/openItem/6693>.
7. Oyane NM, Pallesen S, Moen BE, Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. PLoS One. 2013;8:1-7.
8. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. PLoS One. 2013:8.
9. Department of Mental Health. Annual report, 2017[cited 2019Feb15]. Available from: <https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=393>.
10. Dai C, Qiu H, Huang Q, Hu P, Hong X, Tu J, et al. The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. Neuropsychiatr Dis Trea. 2019;15:435-40.
11. Chonticha Yamma et al. Sleep Problems, Fatigue and Work Efficiency among Registered Nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013;58(2):183-96.
12. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรรษุ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540;42:122-31.
13. กัณฑ์พร ยอดไชย, อารีวรรณ อ่วมธานี, ทิพมาส ชินวงศ์. ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2007;25:408-13.
14. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า : การวินิจฉัยและการรักษา. แพทยสภาสาร. 2538;24:108-13.

15. Organization WH. Depression2018 [cited 2018 Dec20]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
16. Asia WROfS-E. Conquering depression: You can get out of the blues. New Delhi: World Health Organization; 2001. 18-37 p.
17. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. Clin Nurse Spec. 2012;26:177-82.
18. Gong Y, Han T, Yin X, Yang G, Zhuang R, Chen Y, et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: a cross-sectional study. Sci Rep. 2014;4:7109.
19. El Kissi Y, Maarouf Bouraoui M, Amamou B, Bannour AS, Ben Romdhane A, Ben Nasr S, et al. Prevalence of anxiety and depressive disorders among the nurses of Sousse Farhat Hached hospital: assessment by the Tunisian version of CIDI. Tunis Med. 2014;92(1):18-23.
20. Cheung T, Yip PS. Depression. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(9):11072-100.
21. Tran TTT, Nguyen NB, Luong MA, Bui THA, Phan TD, Tran VO, et al. Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. Health Syst. 2019;13:3.
22. Saeedi S, Ghashghaee A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Behzadifar M, Mousavinejad N, et al. Depression among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran. 2017;31:130.
23. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. Int J Environ Res Public Health. 2018;16(1):61.
24. Ariapooran S. Sleep Problems and Depression in Iranian Nurses: The Predictive Role of Workaholism. Iran J Nurs Midwifery Res. 2019;24(1):30-7.
25. มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2542.
26. Ohler MC, Kerr MS, Forbes DA. Depression in nurses. The Canadian journal of nursing. 2010;42:66-82.
27. Newtown-Howes G, et al. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. British Journal of Psychiatry. 2006;188:13-20.
28. Kongsuk T, Udomratn U, Arunpongpaian S, Lotakul M, Maneeton N, Sitthiruk N. Association between stressful life events of major depressive disorder episode in patients from five university hospitals in Thailand. J Psychiatr Assoc Thailand. 2008;51:61-8.

29. Aan het Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Canadian Medical Association Journals*. 2009;180:305-13.
30. Shyn S.I, Hamilton S.P. The genetics of major depression: Moving beyond the monoamine. *Psychiatric Clin North Am*. 2010;33:125-40.
31. Jantaratnotai N1, Mosikanon K2, Lee Y3, McIntyre RS3. The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11(1):1-10.
32. Lee G, Han K, Kim H. Risk of mental health problems in adolescents skipping meals: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2010 to 2012. *Nurs Outlook*. 2017;65 411-19.
33. Rodic D, Meyer AH, Meinschmidt G. The Association between Depressive Symptoms and Physical Diseases in Switzerland: A Cross-Sectional General Population Study. *Front Public Health*. 2015;3:47.
34. Cramer H, Lauche R, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. Is Depression Associated with Unhealthy Behaviors among Middle-Aged and Older Women with Hypertension or Heart Disease? *Womens Health Issues*. 2020;30:35-40.
35. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebibi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *J Affect Disord*. 2018;241:461-8.
36. Alex B. Neitzke. An Illness of Power: Gender and the Social Causes of Depression. *Cult Med Psychiatry*. 2016;40:59-73.
37. Bulloch AG, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depress Anxiety*. 2009;26:1172-7.
38. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, al. e. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016;16(1):1098.
39. Caetano R, Vaeth PA, Mills B, G. C. Employment Status, Depression, Drinking and Alcohol Use Disorders in Puerto Rico. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40:806-15.
40. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport*. 2014;17:177-82.
41. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The Burden of Loss: Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 2014;171:864-71.
42. Jantaratnotai N , Mosikanon K , Lee Y , . MR. The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract* 2017;11:1-10.

43. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, et al. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. *BMJ*. 2018;8.
44. Zhou W, Gu G, Wu H, S. Y. Effects of occupational stress and related factors on depression symptoms in train drivers. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2015;49 1080-4.
45. Zhang L, Sun D, Li C, Tao M. Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index. *Asian Nursing Research*. 2016;10 (4):277-82.
46. Costa G. The impact of shift and night work on health. *Applied ergonomics*. 1996;27(1):9-16.
47. Ogawa R, Seo E, Maeno T, Ito M, Sanuki M, Maeno T. The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med Educ*. 2018;18:50.
48. Ruggiero JS. Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *J Nurs Adm*. 2005;35:254-63.
49. Gao YQ, Pan BC, Sun W, Wu H, Wang JN, Wang L. Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *J Adv Nurs*. 2012;5:1166-75.
50. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
51. มาโนช หล่อตระกูล. การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;4:235-46.
52. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46.
53. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. *J Med Assoc Thai*. 1999;12:1200-7.
54. ธรณินทร์ กองสุข. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561;4:321-34.
55. นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2533;4:195-203.
56. สมพล เทพชุม. การนอนหลับ-การตื่น[cited 2019 Feb25]. Available from: www.ps2.si.mahidol.ac.th/pels/pluginfile.../Sleep%20Chapter.docx.
57. J.W.Kanter, P.S.Mulick, C.R.Martell. The Behavioral Activation for Depression Scale (BADSD): Psychometric Properties and Factor Structure. *J Psychopathol Behav Assess*. 2007;29(3):191-202.

58. ดารัสนี โภธารส. ทำอย่างไรเมื่อนอนไม่หลับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2536;1:13-8.
59. Lee K A. An overview of sleep and common sleep. ANNA J. 1997;24:614-7.
60. Bonnet MH, Arand DL. We are chronically sleep deprived. Sleep 1995;18:908-11.
61. Ben DT, Lee TJ. Sleep duration, subjective sleep disturbances and associated factors among university students in Korea. J Med Sci Korea. 2001;16:475-80.
62. Chokroverty S. Overview of sleep & sleep disorders. Indian Journal of Medical Research. 2010;131:126-40.
63. Organization IL. Shift work2004 [cited 2019 Feb25]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_170713.pdf.
64. Millere I, Deklava L, Skutele I, Millere E, Fokina O. Shift work impact to symptoms of anxiety, depression and sleep quality among nurses. the International Scientific Conference. 2018;4:154-61.
65. Williams I. The effects of shift work on health [cited 2019 Feb20]. Available from: https://oshwiki.eu/wiki/The_effects_of_shift_work_on_health.
66. Jeanne S. Ruggiero. Health, Work Variables, and Job Satisfaction Among Nurses. JONA. 2005;35:254-63.
67. Weston G, Zilanawala A, Webb E, et al. Long work hours, weekend working and depressive symptoms in men and women. Epidemiol Community Health. 2019;73:465-74.
68. Valéria de Castilho Palhares, José Eduardo Corrente, Beatriz Bojikian Matsubara. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. Rev Saude Publica. .2014;48(4):594-601.
69. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Med Assoc Thai. 2014;97(3):57-67.
70. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2013. 500 p.
71. Adam Wagstaff. Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries Learn from Japan and the Asian Tigers? 2005 [cited 2018 Dec11]. Available from: <https://www.who.int/management/health%20systemseastasia.pdf>.
72. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2017;19:3-13.

73. Kranjac AW, Nie J, Trevisan M, Freudenheim JL. Depression and body mass index, differences by education: Evidence from a population-based study of adult women in the U.S. Buffalo-Niagara region. *Obes Res Clin Pract.* 2017;11:63-71.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	แพทย์หญิง ปริญช จันทรสถิตานนท์
วัน เดือน ปี เกิด	2 สิงหาคม 2533
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสาคร
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมิทรราชินาส นิตปริญญาโท สาขา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยและการจัดการ ด้านสุขภาพ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แพทย์ประจำบ้าน สาขา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม แขนงอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
ที่อยู่ปัจจุบัน	89/12 หมู่ 1 ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร 74120
ผลงานตีพิมพ์	Pariyanuch Junsatitanon,Krit pongpirul. Review article:Noise-induced hearing loss (NIHL) and sound control standards for stone crusher.Chula Med J Vol.63