

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า

จังหวัดอุบลราชธานี

ชนิสรา เครือไชย¹, จุฬพพร ธานี², อุไรวรรณ ไชยสังเกตุ³ และ กุลชญา ลอยหา^{4*}

(วันรับบทความ 4 พฤศจิกายน 2567, วันแก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 15 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือวัยทำงานอายุ 19-59 ปี ที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และมีคะแนนประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากแบบสอบถาม PHQ-9 ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป จำนวน 185 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยด้านการนอนหลับ และ (3) ปัจจัยด้านความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์พหุคูณแบบโลจิสติก นำเสนอผลด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย (AOR=1.41; 95%CI=1.01 to 3.85) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอายุไม่เกิน 45 ปี (AOR=2.38; 95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ (AOR=2.41; 95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (AOR=4.21; 95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย (AOR=2.15; 95%CI=1.81 to 5.61) นอกจากนี้ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับสูง (AOR=6.98; 95%CI=2.40 to 8.24) รวมถึงผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตในระดับต่ำหรือไม่เหมาะสม มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ การนอนที่มีคุณภาพ วัยทำงาน กลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Loyha2523@gmail.com

Research Article

Factors influencing sleep quality among working-age people at risk of depression in Ubon Ratchathani Province

Chanitsara Khrueachai¹, Julaporn Thanee² and Ulaiwan Khaisangket³, and Kulchaya Loyha^{4*}

(Received: November 4 2024; Revised: December 15 2025; Accepted: December 15 2025)

Abstract

This study aimed to examine factors influencing sleep quality among working-age adults at risk of depression in Ubon Ratchathani Province, Thailand. The participants were 185 working-age adults aged 19–59 years who received health services at the Health Promotion Center Region 10 and were identified as being at risk of depression, based on a Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) score of 5 or higher. Data were collected using a structured questionnaire developed from a review of relevant literature and previous studies. The questionnaire consisted of three components: (1) personal factors, (2) sleep-related factors, and (3) depression risk-related factors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. Adjusted Odds Ratios (AORs) with 95% confidence intervals (95%CI) were reported, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that females were more likely to have poor sleep quality than males (AOR=1.41; 95%CI=1.01 to 3.85). Participants aged over 45 years had a higher risk of poor sleep quality compared with those aged 45 years or younger (AOR=2.38; 95%CI=1.42 to 4.76). Those with a marital partner were more likely to experience poor sleep quality than those without a partner (AOR=2.41; 95%CI=1.09 to 3.86). Agricultural workers had a significantly higher risk of poor sleep quality compared with other occupations (AOR=4.21; 95%CI=1.32 to 5.35). Participants with a history of illness were at greater risk than those without such a history (AOR=2.15; 95%CI=1.81 to 5.61). In addition, individuals with low sleep hygiene literacy were significantly more likely to have poor sleep quality than those with high sleep hygiene literacy (AOR=6.98; 95%CI=2.40 to 8.24). Lower levels of knowledge and inappropriate attitudes toward life perspective and daily living were also significantly associated with poor sleep quality.

Keywords: Sleep quality, Quality sleep, Working age, Depression risk group

¹ Registered Nurse, Professional Level, Affiliated with Nursing Group, Regional Health Promotion Center 10

^{2,3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Affiliated with Nursing Group, Regional Health Promotion Center 10

⁴ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding Author Email: Loyha2523@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบความชุกของอาการนอนไม่หลับในประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกถึงร้อยละ 20⁽¹⁾ และพบความชุกในประเทศไทยที่ร้อยละ 10⁽²⁾ ซึ่งพบในกลุ่มวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ โดยอาการนอนไม่หลับตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคนอนไม่หลับ (Insomnia disorder) จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5) คือกลุ่มคนหรือผู้ป่วยมีการรายงานความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ตนได้รับ หรือมีความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อความรู้สึกเป็นทุกข์ และความบกพร่องในการใช้ชีวิตในระหว่างวัน โดยอาการที่พบได้ทั่วไปของโรคนอนไม่หลับ ได้แก่ นอนยาก ไม่่วงเมื่อถึงเวลานอน นอนหลับไม่สนิท นอนแล้วตื่นกลางดึก ตื่นแล้วกลับไปนอนไม่ได้อีก หรือไม่สามารถนอนหลับได้เลย โดยการนอนหลับไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางกาย เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เพิ่มโอกาสให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น อุบัติเหตุจากสาเหตุง่วงแล้วขับ และโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น⁽³⁾ ที่ผ่านมามีการศึกษาวินิจฉัยอย่างกว้างขวางเพื่อทำความเข้าใจกลไกความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับและโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย โดยอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าส่งผลต่อกระบวนการ Sleep consolidation ผู้ป่วยมักตื่นบ่อยครั้งในระหว่างคืน พบว่าการนอนมีการแตก ออกเป็นช่วง ๆ มี Sleep fragmentation ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น กระปรี้กระเปร่าในระหว่างวัน หรือ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักตื่นนอนในช่วงเช้าที่เร็วจนเกินไป ไม่สามารถกลับไปนอนหลับต่อได้ เนื่องจากโครงสร้างการนอนหลับในระยะหลับฝันถูกรบกวนจนไม่สามารถจัดการเนื้อหาและอารมณ์ ในระยะหลับฝันได้ตามปกติ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรง ของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น อัตราการให้ความร่วมมือต่อการรักษาที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย⁽⁵⁾ ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าจึงเป็น องค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการรักษาบำบัดอาการซึมเศร้าที่สามารถบรรเทาอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาให้ได้มากที่สุด ในความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (Sleep-related worry) คือความคิดวิตกกังวล ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Consequences of poor sleep) และการ สูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตน (Uncontrollability of sleep)⁽⁶⁾ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีการนอนหลับกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น การนอนหลับกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การนอนหลับกับการมีสุขภาพที่ดี การนอนหลับกับการมีสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี การนอนหลับและสมดุลอารมณ์ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และโรคซึมเศร้า⁽⁷⁾ ดังนั้น ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรมีการศึกษาให้ลึกซึ้ง ในประชากรผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อค้นหารูปแบบความคิดวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบในการรักษาในปัจจุบันให้ครอบคลุมและตอบโจทย์ เป็นรูปแบบที่มีคนใช้เป็น ศูนย์กลาง (Patient-centered) มากยิ่งขึ้น และในส่วนของสุขอนามัยการนอน (Sleep hygiene) คือองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ เป็นการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นให้ บุคคลจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับและส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีเป้าหมาย เพื่อลดการกระตุ้นทางความคิด (Mental stimulation) ซึ่งปรากฏขึ้นในรูปแบบของความเครียด ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นต้น แม้ว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับจะยังไม่ใช่วิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการอาการนอนไม่หลับ เมื่อเทียบกับการใช้ยาต้านเศร้า (Antidepressants) หรือการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ (Cognitive behavioral therapy for

insomnia: CBT-I) แต่งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมด้านสุขอนามัยการนอนสามารถช่วยเสริมคุณภาพการนอนได้ แม้ผลลัพธ์จะยังไม่ชัดเจนหากใช้เพียงวิธีเดียว นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในต่างประเทศยังชี้ว่า CBT-I ให้ผลดีกว่าและยั่งยืนกว่าในระยะยาว^(8,9) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลของสุขอนามัยการนอนแบบเดี่ยว ๆ ในกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยเฉพาะในบริบทของคนไทย ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งพัฒนาและประเมินแนวทางที่ผสมผสานสุขอนามัยการนอนเข้ากับวิธีอื่น ๆ เพื่อสร้างพฤติกรรมการนอนที่เหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น โดยใช้ต้นทุนต่ำและสามารถลงมือปฏิบัติได้ทันที⁽¹⁰⁾

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ ด้วยแนวความคิด Spielman's 3P model of insomnia จะสามารถเข้าใจได้ว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับยังดำเนินต่อไปหรือแย่ลง ในขณะที่ สุขอนามัยการนอนมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่ลง⁽⁷⁾ แม้ว่าความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับและอาการของโรคซึมเศร้าแย่ลง กลับพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัย ดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ตัดสินใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี เพื่อเป็นหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ อันจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าซึ่งนับวันจะมีแนวโน้มที่มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเหตุปัจจัยในด้านการดำรงชีวิตในเรื่องต่าง ๆ โดยผลการศึกษาจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเด็นทั้งในทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่องภาวะร่วมระหว่างนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และความกังวลต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน ปัญหาและวางแผนช่วยเหลือให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงให้สามารถ ควบคุมและคงสุขภาพการนอนหลับให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี

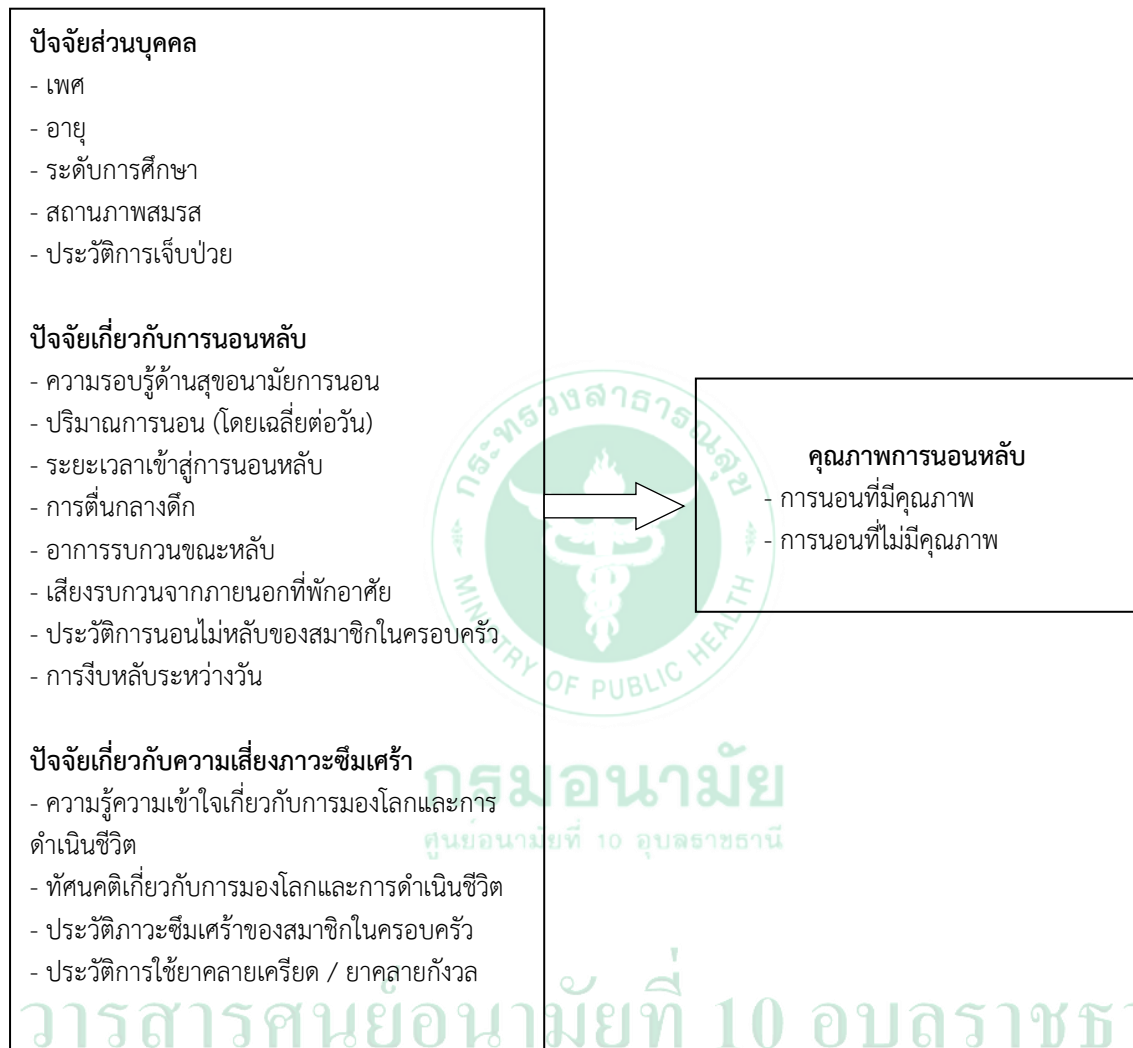
3. คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย

คำถามการวิจัย ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานในการวิจัย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ และปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการทำการศึกษาวิจัย ดังนี้



5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 19-59 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 ที่ผ่านตามเกณฑ์การศึกษา คือ อยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของ มหาวิทยาลัยมหิดล (ระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 185 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 19-59 ปี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 โดยคำนวณจากคำนวณจากโปรแกรม G*power version 3.1.9.4⁽¹¹⁾ ได้ จำนวน 185 คน ในที่นี้ผู้วิจัยได้ปรับ Power เป็น 0.8 และกำหนด Distribution ของค่า x ให้เป็น Binomial เนื่องจาก การกระจายตัวของค่า x หรือ ลักษณะคุณภาพ

การนอนมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การนอนที่มีคุณภาพ/การนอนที่ไม่มีคุณภาพ แต่ถ้าตัวแปร x มีการกระจายตัวแบบอื่น ๆ ก็ให้ระบุการกระจายตัวที่เหมาะสมกับตัวแปร x นั้น ๆ คำนวณได้ขนาดตัวอย่างที่ 163 คน และเนื่องจากในกรณีนี้เป็น Unbalance design หรือ มีรูปแบบการนอนที่แตกต่างกัน จากเดิมที่กำหนด $\pi=0.5$ ให้กำหนดเป็น $\pi=0.6$ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป (0-4 คะแนน: ไม่มีอาการซึมเศร้า 5-8 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9-14 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก และ 20 คะแนนขึ้นไป: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นประชาชนวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ที่เป็นพื้นที่เขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2566-2567 โดยอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบ PHQ-9 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีระดับคะแนนที่ 5-8 คะแนนขึ้นไป (0-4 คะแนน: ไม่มีอาการซึมเศร้า 5-8 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9-14 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 15-19 คะแนน: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก และ 20 คะแนนขึ้นไป: มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก)
- 2) สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด
- 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล
- 2) ไม่ยินยอมให้ข้อมูล
- 3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยป่วยเป็นซึมเศร้า และเคยได้รับการรักษาเรื่องปัญหาการนอนหลับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-05-66-01-E (โดยเป็นโครงการวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่ง ในงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของกลุ่มผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี)

5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย โดยเป็นข้อคำถามเป็นเดิมคำ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ระยะเวลาเข้าสู่การนอนหลับ การตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกาอาศัย ประวัติการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว และการรับหลับระหว่างวัน โดยเป็นข้อคำถามเป็นเดิมคำ และเลือกตอบ ยกเว้นคำถามด้านความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน จะเป็นระดับความเข้าใจในด้านทักษะความสามารถทั้ง 6 ด้านโดยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกองสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถในทักษะนั้น ๆ ได้แก่ ไม่ได้ทำ (0) ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ยาก (2) ทำได้ง่าย (3) ทำได้ง่าย

มาก (4) แล้วแปลงค่าเป็น 2 ระดับ (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถ: ไม่ได้ทำ (0) ทำได้ยากมาก (1) ทำได้ยาก (2) จัดให้อยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับน้อย และระดับความคิดเห็นในความยาก-ง่ายของความสามารถ: ทำได้ง่าย (3) ทำได้ง่ายมาก (4) จัดให้อยู่ในระดับความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในระดับมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ (ความรู้ความเข้าใจ ๗ ข้อ และทัศนคติ ๗ ข้อ) ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต โดยคำถามเป็นการถาม-ตอบ ให้ค่าคะแนนตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1979)⁽¹²⁾ ได้ระดับความรู้สูง ปานกลาง ต่ำ และปรับค่าเป็น 2 ระดับ คือความรู้ระดับมาก/ดี (9-15 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย/ต้องปรับปรุง (0-8 คะแนน) (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความรู้ระดับปานกลาง-สูง จะเป็นระดับมาก และความรู้ระดับต่ำ จะเป็นระดับน้อย ส่วนด้านทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต จะเป็นระดับความคิดเห็น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับความคิดเห็น คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แล้วแปลงค่าเป็น 2 ระดับ (เนื่องจากการศึกษาทำการวิเคราะห์แบบ Binary variation) โดยความคิดเห็นระดับปานกลาง-สูง จะเป็นระดับเหมาะสม และความคิดเห็นระดับต่ำ จะเป็นระดับไม่เหมาะสม ส่วนประวัติภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการใช้ยาคลายเครียด/ยาคลายกังวล ที่ได้รับในปัจจุบัน จะเป็นข้อคำถามเป็นเติมคำ และเลือกตอบ

5.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงให้ถูกต้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของคำถามทุกข้อเท่ากับ 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ยกเว้นประเด็นด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต หาค่า KR-20 ที่ทดสอบความยากง่ายของข้อคำถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

5.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

- 1) ดำเนินการขอหนังสือราชการจากทางศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอข้อมูลและการทำงานวิจัยในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) สร้างแบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาและการสร้างเอกสารเพื่อประกอบแนะนำการตอบแบบสอบถาม เพื่อชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความเข้าใจ
- 3) จัดเตรียมเอกสารและแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลให้เพียงพอตามขนาดตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมและประเมินข้อมูล

- 1) สืบค้นข้อมูลรายละเอียดและทำการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ลงพื้นที่เก็บข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม
- 3) นำข้อมูลมาลงรหัสและให้น้ำหนักคะแนนตามที่ตั้งไว้
- 4) วิเคราะห์และคำนวณผลต่างตามค่าสถิติที่เลือกใช้โดยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย การตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกาศัย ประวัติการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว การงีบหลับระหว่างวัน ประวัติภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการใช้ยาคลายเครียด/ยาคลายกังวลที่ได้รับในปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย อายุ รายได้ (เดือน) ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ปริมาณการนอน (โดยเฉลี่ยต่อวัน) ระยะเวลาเข้าสูการนอนหลับ ความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอน ทศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต ระยะเวลาเข้าสูการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ จังหวัดอุบลราชธานี รายตัวแปร โดยทำการวิเคราะห์ Univariate โดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression ประเมินช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crude Odds ratio และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร โดยใช้ Multiple logistic regression ด้วยวิธีการคัดเลือกด้วยแปรจากวิธี Backward design จากค่า Chi square ที่ค่า $p\text{-value} \leq 0.05$ และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

6. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ที่เข้ารับบริการในศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในปี พ.ศ.2566-2567 ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 185 คน พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีการนอนไม่มีคุณภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.1 และมีอายุเฉลี่ยในภาพรวมที่ 47.54 ปี (S.D.=12.16 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.8 มีระดับการศึกษาที่มัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 74.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว >5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.9 [Median (P₂₅:P₇₅)=5,230 (4,300: 8,500)] และมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.4 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=185 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การนอนที่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	55 (59.8)	25 (26.9)
หญิง	37 (40.2)	68 (73.1)
อายุ (ปี)		
≤ 45 ปี	40 (48.8)	32 (31.1)
> 45 ปีขึ้นไป	42 (51.2)	71 (68.9)
Mean (S.D.)	28.73 (SD.=13.40)	47.54 (SD.=12.16)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การนอนที่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ (n=185) จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพสมรส		
โสด	25 (35.7)	29 (25.2)
คู่	45 (64.3)	86 (74.8)
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	39 (65.0)	57 (45.6)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	21 (35.0)	68 (54.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
≤ 5,000 บาท	47 (53.4)	36 (37.1)
> 5,000 บาท	41 (46.6)	61 (62.9)
Median (P ₂₅ :P ₇₅)	5,100 บาท (P ₂₅ =2,450 บาท: P ₇₅ =12,000 บาท)	5,230 บาท (P ₂₅ =4,300 บาท: P ₇₅ =8,500 บาท)
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่มี	43 (52.4)	22 (21.6)
มี	39 (47.6)	80 (78.4)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี โดยเงื่อนไขของการวิเคราะห์แบบ Binary variation ด้วยการพิจารณาผลการวิเคราะห์ OR_{Crude} เลือกตัวแปรจากค่า Chi square ที่ค่า $p\text{-value} \leq 0.05$ นั้น ได้ตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ในโมเดลสุดท้าย รวมทั้งสิ้น 13 ตัวแปร ดังแสดงในตาราง ซึ่งผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 8 ตัวแปร ดังนี้ เพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย เป็น 1.41 เท่า (95%CI=1.01 to 3.85) ผู้ที่มีอายุ >45 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีอายุ ≤45 ปี เป็น 2.38 เท่า (95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่คู่ เป็น 2.41 เท่า (95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ เป็น 4.21 เท่า (95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเจ็บป่วย เป็น 2.15 เท่า (95%CI=1.81 to 5.61) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับมาก เป็น 6.98 เท่า (95%CI=2.40 to 8.24) ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก เป็น 1.18 เท่า (95%CI=1.03 to 1.87) ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็น 2.07 เท่า (95%CI=1.02 to 2.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้าจังหวัดอุบลราชธานี แบบพหุโลจิสติก (n=185 คน)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj}	(95%CI)	p-value
	การนอนที่มีคุณภาพ	การนอนที่ไม่มีคุณภาพ				
เพศ						0.051
หญิง	37 (40.2)	68 (73.1)	1.13	1.41	1.01-3.85	
ชาย	55 (59.8)	25 (26.9)	0.60-0.96	1		
อายุ (ปี)						0.043
>45 ปีขึ้นไป	42 (51.2)	71 (68.9)	1.75	2.38	1.42-4.76	
≤45 ปี	40 (48.8)	32 (31.1)	0.58-0.77	1		
สถานภาพสมรส						0.055
คู่	45 (64.3)	86 (74.8)	2.35	2.41	1.09-3.86	
โสด	25 (35.7)	29 (25.2)	0.12-0.98	1		
อาชีพ						0.016
เกษตรกรรม	40 (67.8)	94 (74.6)	2.72	4.21	1.32-5.35	
อาชีพอื่น ๆ	19 (32.3)	32 (25.4)	1.32-5.65	1		
ประวัติการเจ็บป่วย						0.024
มี	39 (47.6)	80 (78.4)	2.89	2.15	1.81-5.61	
ไม่มี	43 (52.4)	22 (21.6)	1.46-3.32	1		
ความรอบรู้ด้านสุขอนามัย						<0.001
การนอน						
น้อย	44 (48.4)	76 (80.9)	3.22	6.98	2.40-8.24	
มาก	47 (51.6)	18 (19.1)	1.11-3.44	1		
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต						0.034
น้อย	41 (45.5)	73 (76.8)	1.29	1.18	1.03-1.87	
มาก	49 (54.5)	22 (23.2)	1.10-1.80	1		
ทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต						<0.001
ไม่เหมาะสม	45 (46.9)	77 (86.5)	2.95	2.07	1.02-2.28	
เหมาะสม	51 (53.1)	12 (13.5)	1.04-3.21	1		

7. สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนวัยทำงานที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จังหวัดอุบลราชธานี พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้ เพศหญิง มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าเพศชาย เป็น 1.41 เท่า (95%CI=1.01 to 0.85) ผู้ที่มีอายุ>45 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีอายุ≤45 ปี เป็น 2.38 เท่า (95%CI=1.42 to 4.76) ผู้ที่มีสถานภาพคู่ มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่คู่ เป็น 2.41 เท่า (95%CI=1.09 to 3.86) ผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เป็น 4.21 เท่า (95%CI=1.32 to 5.35) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย เป็น 2.15 เท่า (95%CI=1.81 to 5.61) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีบุญญา ขาญสุข และสุจิตตา ฤทธิมนตรี (2566)⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 41.25 ปี ไม่ติดเชื้อ COVID-19 (99.2%) ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 โดยยังคงสถานการณ์ทำงาน และได้รับความช่วยเหลือจากสังคม มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 30 และมีอาการของซึมเศร้ารระดับน้อยมาก การมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจินตนา เกิดบางแถม (2564)⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกได้แก่สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดจากการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์⁽¹⁴⁾

ส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขอนามัยการนอนอยู่ในระดับมาก เป็น 6.98 เท่า (95%CI=2.40 to 8.24) ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก เป็น 1.18 เท่า (95%CI=1.03 to 1.87) ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าทัศนคติเกี่ยวกับการมองโลกและการดำเนินชีวิต อยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็น 2.07 เท่า (95%CI=1.02 to 2.2.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jack S Peltz & Ronald D Rogge (2016)⁽¹⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางอ้อมของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่ออาการซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 335 คน โดยใช้เครื่องมือ Patient Health Questionnaire เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI), Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่สามารถจัดการอารมณ์ตนเองในช่วงก่อนเข้านอนได้ดี และหลีกเลี่ยงการงีบหลับในระหว่างวัน มีผลคะแนนของโรคซึมเศร่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Mendoza JF et al. (2016)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับควมวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับเป็นปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับและปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ ระยะเวลาเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พฤติกรรมตื่นในระหว่างกลางคืน อาการง่วงหลับในระหว่างวัน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ สุขอนามัยการนอนโดยเรื่องของระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พบว่า ยิ่งผู้ป่วยพยายามจะนอนหลับเร็วให้ได้ หรือหมกมุ่นกับปัญหาอนไม่หลับมากเท่าไร ผู้ป่วยก็เผชิญกับปัญหาเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้อยู่บนเตียงกลายเป็นระยะเวลาของการถูกกระตุ้น ซึ่งการถูกกระตุ้นนี้ส่งผลให้ปัญหาอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้น บรรยากาศบนเตียงเพิ่มความกดดัน ไม่ผ่อนคลายและไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพนอนหลับได้ยาก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับได้ อ้างอิงตามแนวคิด

การถูกกระตุ้นที่เกินปกติ (Hyperarousal concept) ในเรื่องของปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พบว่าผู้ที่มีปัญหานอนไม่หลับและได้รับปริมาณการนอนหลับน้อย มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับแรงกระตุ้นทางความคิด (Cognitive arousal) และคลื่นสมองมีกิจกรรมเพิ่มเยอะขึ้นในระหว่างการนอนหลับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่นอนหลับยาว⁽¹⁷⁾

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) มีการวางแผนในการจัดการ/แก้ไขปัญหาคอนคุณภาพการนอนที่ไม่ได้คุณภาพอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง โดยนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางและพัฒนากิจการดำเนินงานเพื่อนำสู่การบริหารจัดการคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) นำข้อมูลจากการศึกษาคืนข้อมูลให้กับสถานบริการและประชาชนที่เข้ามารับบริการเพื่อนำไปจัดทำแนวทางการส่งเสริมการนอนให้มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานและประชาชนทุกกลุ่มในเขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยให้ทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 10 ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

2) ควรศึกษาออกแบบโปรแกรมหรือนวัตกรรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนวัยทำงานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี หรือออกแบบโปรแกรมเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของประชาชนทุกกลุ่มในเขตสุขภาพที่ 10 บนพื้นฐานของบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีความสอดคล้องและเกิดประสิทธิผล

9. เอกสารอ้างอิง

1. Bjoroy I, Jorgensen VA, Pallesen S and Bjorvatn B. The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. 2020. *Front. Psychol.* 11:527. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00527.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมอนามัย 2566 (Annual Report 2023) นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence – Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res.* 2012;46(4):436–43 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.011>.
4. O'Connell, R.G., Shadlen, M.N., Wong-Lin, K. and Kelly, S.P. Bridging Neural and Computational Viewpoints on Perceptual Decision-Making. *Trends in Neurosciences.* 2018;41(11):838-852.
5. B. Bei, L.D. Asarnow, A. Krystal, J.D. Edinger, D.J. Buysse, R Manber. Treating insomnia in depression: insomnia related factors predict long-term depression trajectories. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2018;86(3):282-293.

6. F. Ouyang, G.H. Zhang, K. Du, L. Shen, R. Ma, X. Wang, X. Wang, J. Zhang. Maternal prenatal urinary bisphenol A level and child cardio-metabolic risk factors: A prospective cohort study. *Environ Pollut.* 2020;265 (Pt A):Article 115008.
7. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: a review of empirical evidence. *Sleep Med Rev* 2015;22:23-36.
8. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675–700.
9. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunningham D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191–204.
10. Friedman, L., Benson, K., Noda, A., Zarcone, V., Wicks, D. A., O'Connell, K., Brooks, J. O. III, Bliwise, D. L., & Yesavage, J. A. An actigraphic comparison of sleep restriction and sleep hygiene treatments for insomnia in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology.*2000;13(1):17–27.
11. กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและการนอนหลับ. กรุงเทพฯ: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2562.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. and Buchner, A. G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods.*2007;39:175-191.
13. Bloom, B.S. Human Characteristic and School Learning. New York: McGraw–Hill. 1976.
14. ศรีัญญา ชาญสุข และ สุจิตตา ฤทธิมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานในสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 2566; 37(3): 76-91.
15. จันทนา เกิดบางแถม. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564.
16. Jack S Peltz & Ronald D Rogge. The indirect effects of sleep hygiene and environmental factors on depressive symptoms in college students. *National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information.* 2016; 2(2):159-166.
17. Thomas H. Bak, Madeleine R. Long, Mariana Vega-Mendoza and Antonella Sorace. Novelty, Challenge, and Practice: The Impact of Intensive Language Learning on Attentional Functions. *Tenth International Congress on Peer Review and Scientific Publication.* 2016; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153485>.