

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Quality of Sleep and its Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder
at OutPatients Department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โดย	นางสาวธิติมา ณรงค์ศักดิ์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	แพทย์หญิงฐิติมา สงวนวิชัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(แพทย์หญิงฐิติมา สงวนวิชัยกุล)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(แพทย์หญิงทิพมาศ เตชวิวรรธน์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ : คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (Quality of Sleep and its Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder at OutPatients Department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: นพ.โชติมันต์ ชินวรารักษ์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: พญ.ธิติมา สงวนวิชัยกุล, 136 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 187 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI - II) แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.09 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.2 พบความชุกคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 74.3 ประมาณหนึ่งในสามมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 37.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง ร้อยละ 66.8 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลางหรือรุนแรง แสงสว่างในห้อง ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5974255130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: MAJOR DEPRESSIVE DISORDER / SLEEP QUALITY / SLEEP HYGIENE / DYSFUNCTION BELIEF AND ATTITUDE ABOUT SLEEP

THITIMA NARONGSAK: Quality of Sleep and its Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder at OutPatients Department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. ADVISOR: CHOTIMAN CHINVARARAK, M.D., CO-ADVISOR: THITIMA SANGUANVICHAIKUL, M.D., 136 pp.

The purposes of this research were to explore the sleep quality and its associated factors in patients with Major Depressive Disorder (MDD) at OutPatients Department in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The research design was cross - sectional and descriptive study utilising the information from 187 MDD out patients at the institute. The data were collected by a series of questionnaires to elicit general demography. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Dysfunction belief and attitude about sleep (DBAS - 16). Sleep hygiene behavior questionnaire and the Beck Depression Inventory II (BDI - II). The results were analysed by descriptive statistics, Chi - square test and multivariate multiple regression.

The result were 72.2 % of the respondents were women with the mean age of 44.09 years. The prevalence of poor - quality sleep was 74.3% ,37.4% responded to symptoms of severe depression. They also exhibited high erroneous understanding about sleep (66.8%) and only 39.6% followed proper sleep hygiene. Factors found to be associated with sleep quality were age, marital status, alcohol use, tobacco - use, caffeine usage, exercise, environment, level of income, the severity of depressive symptoms, concurrent medications, attitude and beliefs about sleep and sleep hygiene practice. Factors that could determine the quality of sleep were moderate to severe depressive symptoms, level of brightness, high - level of inaccurate attitude and belief about sleep, alcohol usage and low income.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ โชติมันต์ ชินวรารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์หญิง ลลิตีมา สงวนวิชัยกุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาด้านสถิติและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนให้กำลังใจในยามที่ผู้วิจัยท้อแท้เสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตาจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ ที่อนุญาตให้นำแบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับแปลภาษาไทยมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนันทิกา ทวีชาชาติ ที่อนุญาตให้นำแบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory II :BDI-II) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์จรรยา ฉิมหลวง ที่อนุญาตให้นำแบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์พัทธธัญญา แก้วแพง ที่อนุญาตให้นำแบบประเมินการปฏิบัติตามสุขวิทยาการนอนหลับ มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะทางด้านสถิติ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านและขอบพระคุณบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัว และเพื่อนที่ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สนับสนุนแก่ผู้วิจัยจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่ 1.....	1
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามงานวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective).....	4
สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	4
ขอบเขตงานวิจัย.....	4
ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations).....	5
คำนิยามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Operational Definition).....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	7
บทที่ 2.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	9
1.1 นิยามของโรคซึมเศร้า.....	9
1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า.....	10
1.3 อาการและอาการแสดง	12

1.4 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	13
1.5 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ	22
2.1 ความหมายของการนอนหลับ	22
2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ	23
2.3 ความหมายของคำศัพท์เฉพาะเกี่ยวกับการตรวจด้วย polysomnography	24
2.4 สรีรวิทยาและวงจรการนอนหลับ	25
2.5 กลไกการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์	28
2.6 วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	29
2.7 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายขณะนอนหลับ	30
2.8 คุณภาพของการนอนหลับ	31
2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ	32
2.10 ประโยชน์ของการนอนหลับ	34
3.ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	35
4.สุขวิทยาการนอนหลับ	36
5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
บทที่ 3.....	45
วิธีการดำเนินการวิจัย	45
รูปแบบการดำเนินการวิจัย (Research Design).....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria).....	45
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria).....	46
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Determination).....	46

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	54
บทที่ 4.....	55
ผลการศึกษา.....	55
บทที่ 5.....	77
สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผล.....	80
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ.....	89
การนำไปใช้ประโยชน์.....	89
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก ก.....	101
เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัยและแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	101
ภาคผนวก ข.....	109
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	109
<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน.....	110
<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ.....	115
<u>ส่วนที่ 3</u> แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย.....	117
<u>ส่วนที่ 4</u> แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	122

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมกาปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	127
ภาคผนวก ค.....	128
เอกสารขออนุมัติใช้เครื่องมือ.....	128
ภาคผนวก ง.....	133
เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม.....	133
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	136



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=187)	56
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	60
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	63
ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ (n=187).....	64
ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา เกี่ยวกับการนอนหลับ (n=187).....	65
ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การนอนหลับ (n=187).....	65
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในแต่ละด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน	66
ตารางที่ 8 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้ Chi - square (n=187)	68
ตารางที่ 9 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากับคุณภาพการนอน หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi - square (n=187).....	71
ตารางที่ 10 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187).....	72
ตารางที่ 11 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน หลับและคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187).....	73
ตารางที่ 12 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการ นอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187).....	73
ตารางที่ 13 ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติ Logistic regression เมื่อควบคุม อิทธิพลตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio).....	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) และโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) ที่พบบ่อยโรคหนึ่งในปัจจุบันมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้วงจรประสาททำงานไม่เป็นปกติ ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ ความคิด ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกเป็นอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รวมถึงมีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดน้อยลง สิ่งที่เคยสนใจเป็นไม่สนใจ อีกทั้งยังรบกวนการนอนหลับ ความอยากอาหาร ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรัง และทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง ในผู้ป่วยบางรายโรคซึมเศร้าอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ทำให้เกิดการสูญเสียต่อตนเอง สังคมและประเทศชาติ^(1, 2) ทั้งนี้พบว่าโรคซึมเศร้ามีความชุกชั่วชีวิต (Life time prevalence) สูงถึงร้อยละ 5 - 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)⁽³⁾ โดยมีโอกาสเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 1.7 เท่า ความชุกในเพศหญิงพบร้อยละ 5 - 9 ในขณะที่ความชุกในเพศชายพบร้อยละ 2 - 3⁽⁴⁾ และการศึกษาในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าระหว่างร้อยละ 1.4 - 19.9⁽⁵⁾

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและธนาคารโลกในการศึกษาภาระโรค (burden of disease) ของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากความสูญเสียของจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (Disability adjust Life Year, DALYs) หรือที่เรียกว่าปีสุขภาพะ ในปี ค. ศ 1990 พบว่าโรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตเป็นลำดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก อีกทั้งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด⁽⁶⁾ และการสำรวจในประเทศไทย พบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าใน ปี พ.ศ. 2541 มีความชุกของโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 1.4 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2546 พบความชุกของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 3.2 โดยประมาณการว่า มีคนไทยจำนวน 1.2 ล้านคน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิด major depressive disorder เป็นจำนวน 871,700 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 59 ปี⁽⁷⁾ อีกทั้งจากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนเท่ากับ 61,405 ราย ในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวนเท่ากับ 123,876 ราย ในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวนเท่ากับ 186,651 ราย และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 223,564 ราย ในปีพ.ศ. 2556^(2, 5)

นอกจากนี้จากรายงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program) ที่ศึกษาปีสุขภาวะที่ก่อความสูญเสีย (Disability adjusted Life Years : DALYs) พบว่าปี พ.ศ. 2542 , 2547 และ 2556 โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 ในผู้หญิงซึ่งคิดเป็นร้อยละ 3.7 , 4.5 และ 4.6 พร้อมทั้งก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 10 ในผู้ชายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.7 , 2.3 และ 2.4 ของทั้งหมดตามลำดับ⁽⁸⁾ แต่เมื่อพิจารณาจากปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to disability :YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคอันดับ 1 ในผู้หญิงและอันดับ 2 ในผู้ชาย⁽⁹⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดการเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 25 - 40 หลังจากเกิดอาการครั้งแรก⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นและผู้ป่วยโรคนี้มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับอาการของโรค ซึ่งก่อปัญหาให้แก่ตัวผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น มีความบกพร่องทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ ปัญหาการนอนหลับ เป็นต้น รวมถึงการเจ็บป่วยนี้ยังส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

การนอนหลับเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉลี่ยมนุษย์จะนอนหลับประมาณ 14 ปี ในช่วงชีวิตหรือ ประมาณ 3,000 ชั่วโมงในหนึ่งปี หรือคิดเป็นเวลาหนึ่งในสามของชีวิต ดังนั้นกระบวนการนอนหลับ จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ⁽¹¹⁾ โดยขณะนอนหลับร่างกายมีการลดลงของระดับการรับรู้ การรับรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่าง ๆ ไปในลักษณะผ่อนคลาย⁽¹²⁾ ซึ่งในขณะที่นอนหลับร่างกายจะมีการซ่อมแซม พื้นฟูส่วนต่างๆของร่างกายที่มีความผิดปกติ บกพร่อง เสื่อมถอย โดยการสังเคราะห์โปรตีนต่างๆมาซ่อมแซม รวมถึงการสะสมพลังงานเพื่อให้ร่างกายสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในตอนตื่นนอน จึงส่งผลต่อระดับการเรียนรู้ ความจำ การตัดสินใจ โดยการนอนหลับที่ดี จะประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ตัวชีวิตหนึ่งที่สามารถบอกถึงปัญหาการนอนหลับได้ คือ คุณภาพการนอนหลับ ซึ่งบุคคลนั้นเป็นผู้ประเมินเอง โดยประกอบไปด้วย พฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลนั้นๆต่อการนอนหลับ ตั้งแต่เข้านอน จนถึงตื่นนอน^(13, 14)

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากถึงร้อยละ 30 ของประชากรโลก 1 ใน 3 ของจำนวนนี้เป็นกรนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง พบมากในผู้หญิง คนสูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งการนอนไม่หลับมีผลคุกคามสุขภาพและคุณภาพชีวิต ส่งผลให้อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ไม่มีสมาธิ เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำไม่ดี อารมณ์หงุดหงิด รวมถึงมีปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจอีกด้วยเนื่องจากจะต้องใช้เงินจำนวนมากในการรักษา การตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของอาการนอนไม่หลับ และบ่อยครั้งการนอนไม่หลับทำให้เกิดการขาดงานได้บ่อย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับจะมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับถึง 2 เท่า⁽¹⁶⁾ โดยปัญหาการนอนไม่หลับนี้ สามารถแบ่ง

ได้เป็น 2 ประเภท คือ 1. ปัญหาการนอนไม่หลับที่ไม่มีโรคร่วม 2. ปัญหาการนอนไม่หลับที่มีโรคร่วม เช่น โรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมที่สามารถพบได้บ่อย⁽¹⁷⁾ ซึ่งจะมีปัญหาในเรื่องการเริ่มต้นการนอนหลับ คือ เข้านอนแล้วหลับยาก การตื่นระหว่างคืน รวมถึงการตื่นนอนเร็ว โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 3 อย่างร่วมกัน นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมีปัญหาการนอนมากอีกด้วย⁽¹⁸⁾

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะอาการแสดงที่แตกต่างกัน สามารถแบ่งออกได้เป็น 1) อาการทางด้านอารมณ์ (mood) รู้สึกเศร้า ท้อแท้ ร้องไห้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด เป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ 2) อาการทางด้านความคิด (cognitive) จะมีสมาธิแ่เหม่อลอย หลงลืมง่าย มีความคิดอยากตาย 3) อาการด้านการเคลื่อนไหว (psychomotor) ซึ่งอาจเป็น psychomotor retardation คือ มีอาการเชื่องช้า พุดน้อย หรือ psychomotor agitation คือ กระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ 4) กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (interpersonal symptoms) เช่น มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่เข้าสังคม แยกตัวจากสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม 5) อาการทางกาย (neurovegetative) เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการนอนหลับมากกว่าปกติหรือนอนไม่หลับ ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดจากอาการของโรค หรืออาจเป็นอาการบอกล่วงหน้าว่าจะเป็นโรค อีกทั้งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านเศร้า⁽¹⁾ ซึ่งอาการนอนไม่หลับสามารถพบในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยมีความชุกร้อยละ 60 - 75^(18, 19) และปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยเพิ่มระดับความรุนแรง เพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค และส่งผลให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นด้วย^(20, 21) นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ เจ็บป่วยง่าย รู้สึกไม่สดชื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย อีกทั้งจากการศึกษาเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นอนไม่หลับ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ⁽²²⁾

จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าเพศและจำนวนโรคทางกายมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับ โดยพบว่าเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย⁽²³⁾ อีกทั้งพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุได้⁽²⁴⁾ นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีอาการนอนไม่หลับ พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับได้⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและจำนวนโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่

หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า⁽²⁶⁾ อีกทั้งมีการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก⁽²⁷⁾ รวมถึงมีการศึกษาพบว่าความเครียดและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการนอนหลับได้⁽²⁸⁾

จะเห็นได้ว่าปัญหาการนอนหลับเป็นอาการที่สำคัญ และพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อีกทั้งคุณภาพการนอนหลับยังมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย แต่ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีย่อยอย่างจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง การประเมิน และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบองค์รวมต่อไป

คำถามงานวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research objective)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตงานวิจัย

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตาม DSM - IV - TR หรือ DSM - V ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย (selection criteria) และได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ จำนวน 187 คน โดยใช้เครื่องมือประกอบด้วย 5 ส่วนดังต่อไปนี้

- แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 15 ข้อ
- แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (PSQI) จำนวน 9 ข้อ
- แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI - II) จำนวน 21 ข้อ
- แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 16 ข้อ
- แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 14 ข้อ

ตัวแปรต้น (independence variables) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic variables) ประกอบด้วย

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| - เพศ | - อายุ |
| - สถานภาพสมรส | - อาชีพ |
| - ระดับการศึกษาสูงสุด | - รายได้จากการทำงาน |
| - ความเพียงพอของรายได้ | - ประวัติโรคประจำตัว |
| - ประวัติการใช้สารเสพติด | - สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ |
| - ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว | |

2. ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| - ระยะเวลาที่เจ็บป่วย | - ยาที่ได้รับในปัจจุบัน |
| - การรักษาเป็นผู้ป่วยในจิตเวช | - การรักษาด้วยไฟฟ้า |
| - ประวัติการฆ่าตัวตาย | - ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า |

3. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

ตัวแปรตาม (dependence variables) คือ คุณภาพการนอนหลับ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study design) และเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอื่นได้ สามารถบอกได้เพียงความชุกของคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลได้

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Operational Definition)

1. **โรคซึมเศร้า**⁽¹⁾ หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชรูปแบบหนึ่งที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เพียงด้านเดียว มีแต่อารมณ์เศร้า ร่วมกับอาการอย่างอื่น โดยจะต้องมีระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ซึ่งในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าตาม DSM - IV -TR หรือ DSM - V

2. **ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า**⁽²⁹⁾ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการศึกษานี้ประเมินระดับความรุนแรงโดยใช้แบบสอบถาม Beck Depression Inventory II (BDI - II) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตามค่าคะแนน โดยถือว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 0 - 13 มีภาวะ minimal depression ,14 - 19 มีภาวะ mild depression ,20 - 28 มีภาวะ moderate depression และ 29 - 63 มีภาวะ severe depression

3. **คุณภาพการนอนหลับ**^(30, 31) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการนอนหลับว่ารู้สึกนอนหลับอย่างเต็มที่ นอนหลับสนิท นอนพอ และรู้สึกสดชื่นภายหลังจากตื่นนอน ในการศึกษานี้ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai version - The Pittsburgh Sleep Quality Index, T - PSQI) ซึ่งผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี คือ มีคะแนนแบบสอบถามน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน และผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คือ มีคะแนนแบบสอบถามมากกว่า 5 คะแนน

4. **ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ**⁽²⁷⁾ หมายถึง การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และมีความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude about sleep, DBAS - 16) ซึ่งผู้มีคะแนนระหว่าง 0 - 3.8 หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ ผู้มีคะแนนระหว่าง 3.9 - 10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง

5. **พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ**⁽³²⁾ หมายถึง การปฏิบัติตนในด้านต่างๆในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านการนอน - การตื่นนอน ซึ่งในการศึกษานี้ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง พฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากหนังสือ บทความ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสรุปสาระสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 นิยามของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า
- 1.3 อาการและอาการแสดง
- 1.4 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
- 1.5 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

- 2.1 ความหมายของการนอนหลับ
- 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ
- 2.3 ความหมายของคำศัพท์เฉพาะเกี่ยวกับการตรวจด้วย polysomnography
- 2.4 สรีรวิทยาและวงจรการนอนหลับ
- 2.5 กลไกการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์
- 2.6 วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- 2.7 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายขณะนอนหลับ
- 2.8 คุณภาพของการนอนหลับ
- 2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ
- 2.10 ประโยชน์ของการนอนหลับ

3. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

4. สุขวิทยาการนอนหลับ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 นิยามของโรคซึมเศร้า

Kaplan และ Sandock⁽³³⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือ มีความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสียสิ่งสำคัญของบุคคลนั้น แล้วส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ เศร้า หดหู่ ไม่มีความสุข ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า อีกทั้งส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจ การมีสมาธิ ลดต่ำลง ซึ่งการมีอาการดังกล่าวข้างต้นเป็นระยะเวลานาน จนเข้าสู่ระยะอาการของโรคซึมเศร้า

Zung⁽³³⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะอาการที่ประกอบด้วยอารมณ์เศร้า หดหู่ ภาวะว้าวุ่น สับสน ความสามารถในการตัดสินใจลดต่ำลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรงโดยไม่มีทราบสาเหตุ

Beck⁽³⁴⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก กระบวนการทางความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน มีหลายระดับตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการเศร้า เสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย ไปจนถึงระดับรุนแรง อาจมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หดหู่ในชีวิต หดหู่ เชื่องซึม มีความคิดทางลบ นำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย

ดวงใจ กษานติกุล⁽³³⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะทางจิตใจหม่นหมอง ไม่มีความสุข มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หดอาลัยตายอยาก นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ความคิดและเคลื่อนไหวช้าลง มองโลกในด้านลบ ขาดสมาธิ ขาดความเชื่อมั่น วิตกกังวล ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเรียน อาจมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

กฤติกา บุญรัตน์ประภา และสรินทร์ บัวทอง⁽³⁵⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง เศร้าโศก ไม่มีความสุข ไม่มีสมาธิ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งภาวะซึมเศร้าระดับน้อยนั้น จะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจมีความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้ แต่ระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น

จากนิยามข้างต้นจึงสรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า คือ โรคที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิดและส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป โดยมีพฤติกรรมเป็นตัวแสดงภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติไป ซึ่งภาวะนี้เป็นอยู่นาน จนส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ดีหรือมีความทุกข์จากความซึมเศร้านั้น

1.2 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า^(4, 34, 35)

เชื่อว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน สามารถแบ่งสาเหตุได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม (Genetic) พบว่าผู้ที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึง 2 - 3 เท่า นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าฝาแฝด มีโอกาสเกิดโรคร่วมกันถึงร้อยละ 37

2) สารสื่อประสาท เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของหลายระบบที่ทำงานร่วมกัน ไม่ได้เกิดจากระบบใดระบบหนึ่ง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปริมาณ norepinephrine serotonin dopamine ลดต่ำลง รวมถึงอาจพบความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้อาจมีความผิดปกติของ acetylcholine , gamma-aminobutyric acid (GABA) , Glutamate และ Glycine ด้วย

3) ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการหลั่ง Cortisone และฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไต (ACTH) เพิ่มสูงขึ้น และพบการหลั่งของ Growth Hormone น้อยกว่าปกติ รวมถึงมีความผิดปกติของ Somatostatin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ Growth Hormone ด้วย นอกจากนี้พบว่าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการทำงานของ Hypothalamic Pituitary Adrenal axis (HPA - axis) เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ระดับ glucocorticoid ในเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ hippocampus ฝ่อ/ตาย เนื่องจากไปยับยั้งกระบวนการ neurogenesis และ dendritic remodeling ใน hippocampus ด้วย

4) ความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormality) พบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางสรีรวิทยาการนอนหลับ ซึ่งอาจมีช่วงเวลาหลับ ลึกลงลง มีการเข้าสู่การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เร็วขึ้น หรืออาจมี REM density เพิ่มขึ้น

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

1) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม⁽³⁶⁾ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บางเหตุการณ์จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าและสามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียพ่อแม่ไปก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียสามีหรือภรรยา การเสียชีวิตของญาติสนิท การถูกทำร้าย ปัญหาคู่สมรส

2) บุคลิกภาพ^(1, 34) บุคลิกภาพทุกแบบสามารถป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ แต่ผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive – compulsive personality disorder) , บุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพิง (dependent personality disorder) , บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) จะเพิ่มความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรค

ซึมเศร้า นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้านักมองโลกในด้านลบ มองเห็นแต่ความบกพร่องของตัวเอง ทำให้ตนเองซึมเศร้า ซึ่งความผิดปกติของบุคลิกภาพและมุมมองการมองโลกนั้น ส่งผลต่อการดำเนินโรค และการรักษาโรคซึมเศร้าด้วย

3) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory)^(34, 35, 37) Freud และ Abraham เชื่อว่าถ้ามีความบกพร่องในการเลี้ยงดู และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ในช่วงอายุ 12 - 18 เดือนนั้น จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การเกิดโรคซึมเศร่ายังเกิดจากความขัดแย้งต่างๆ ความผิดหวัง รวมถึงการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก การสูญเสียนี้ทำให้มีการใช้กลไกทางจิต เพื่อทดแทนการสูญเสีย โดยการซึมซับบุคคลที่รักไว้ในใจตนเอง (introjection) อีกทั้งยังมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ทั้งรักทั้งเกลียดบุคคลที่สูญเสีย โดยซึมซับความโกรธเข้าหาตนเอง (anger direct reward) ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มีการตำหนิตนเอง และมีความคิดในทางลบต่อตนเอง ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ทำให้การตัดสินใจ (judgment) ความมีเหตุผล (reasoning) การแก้ปัญหา (problem solving) ทำได้ไม่ดี ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

4) ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory)^(34, 38) Aron T. Beck กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้จะมีความคิดและมุมมองในทางลบ ซึ่งมุมมองและความคิดเป็นตัวกำหนดอารมณ์ พฤติกรรมที่จะแสดงออกมา และได้รับการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก มุมมองเหล่านี้ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ มุมมองต่อตนเอง เช่น ความรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกไร้ค่า มุมมองต่อโลก เช่น มองว่าสังคมรอบข้างมีแต่เอาเปรียบ และมุมมองต่ออนาคต เช่น มองว่าอนาคตมีแต่ความล้มเหลว

5) ความสิ้นหวัง หมดหนทาง (Learned Helplessness)⁽³⁵⁾ จากการศึกษาทดลอง โดยสังเกตพฤติกรรมของสุนัขที่ถูกไฟฟ้าอ่อนๆ ซื่อตอยู่ตลอดเวลา และไม่ให้สุนัขหลบหนี จนในที่สุดสุนัขเรียนรู้ว่าไม่สามารถหนีการถูกไฟฟ้าช็อตได้และไม่พยายามหนีอีก เมื่อให้ไฟฟ้าช็อตสุนัขอีกครั้ง สุนัขไม่หลบหนีและอยู่นิ่งเฉย ซึ่งพบว่าสถานการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เช่นนี้สามารถเกิดได้กับมนุษย์ จากแนวคิดนี้ Seliman M. อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตทางด้านลบมาก่อนและไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ถึงแม้พยายามแก้ไขปัญหาก็ไม่ประสบผลสำเร็จทั้งสิ้น จึงปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

6) การขาดแรงเสริมทางบวก Peter Lewinsohn กล่าวว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมทางบวก ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดการขาดแรงเสริมทางบวก คือ การขาดทักษะทางสังคม (social skill deficit) จึงไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้ ส่งผลให้ไม่ได้รับแรงเสริม ดังนั้นหลังจากที่ทาพฤติกรรมแล้ว ไม่มีแรงเสริมทางบวก จึงทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลง (lowering of self – esteem) มีความรู้สึกเบื่อหน่าย (boredom) ท้อแท้สิ้นหวัง (despair)

1.3 อาการและอาการแสดง^(4, 34, 39)

ผู้ป่วยมาด้วยอาการแสดงที่แตกต่างกัน แต่สามารถสรุปออกมาเป็นกลุ่มอาการด้านต่างๆได้ ดังนี้

1.3.1 กลุ่มอาการทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีอาการเศร้า หดหู่ สีหน้าเป็นทุกข์ บางรายอาจรู้สึกเบื่อหน่าย มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆลดลง เช่น ไม่สนใจงานอดิเรก ไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่สนใจทำงาน ทำให้งานไม่สำเร็จ ซึ่งอารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยทั่วไปอารมณ์เศร้าจะเกิดขึ้นในตอนเช้าและดีขึ้นในช่วงเย็นหรือช่วงค่ำ ไม่คงที่ บางเวลาเศร้ามาก บางเวลาเศร้าน้อย หรือมีเหตุการณ์ความเครียดเกิดขึ้นแล้ว ทำให้เกิดอาการเศร้า โดยมีระยะเวลาสั้นกว่าที่ควรจะเป็นจากเหตุการณ์นั้นๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นๆร่วมด้วย เช่น หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว กระวนกระวาย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยมักรู้สึกผิดต่อการกระทำของตัวเองทั้งที่เป็นเรื่องไม่รุนแรง รวมถึงอาจมีความรู้สึกกังวล ซึ่งความรู้สึกกังวลนี้อาจเกิดจากความกังวลไปล่วงหน้า

1.3.2 กลุ่มอาการทางชีวภาพ (vegetative symptoms) ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (insomnia) โดยมักตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือตื่นนอนกลางดึก (multiple awakening at night) เบื่ออาหาร (decrease appetite) น้ำหนักลด (weight loss) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง แต่ในบางรายจะมีอาการไม่เป็นแบบฉบับ (atypical feature) คือ นอนหลับมาก (hypersomnia) หรือกินมากกว่าปกติ (increased appetite) น้ำหนักเพิ่ม บางรายอาจพบประจำเดือนผิดปกติ (abnormal menses) รวมถึงมีความผิดปกติทางสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction) เช่น มีความต้องการทางเพศลดลง (libido) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยซึมเศร้า มักมีอาการทางกายร่วมกันหลายด้าน เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องผูก แน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งความรุนแรงของอาการจะสัมพันธ์กับระดับ และช่วงเวลาเกิดภาวะซึมเศร้า ในแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันออกไป

1.3.3 กลุ่มอาการด้านการเคลื่อนไหว (psychomotor) ผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง (psychomotor retardation) บางรายอาจอยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว (catatonic) อาจมีอาการไม่พูด (mutism) นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ จิตใจไม่สงบ (psychomotor agitation)

1.3.4 กลุ่มอาการด้านความคิด (cognition) ผู้ป่วยมีการตัดสินใจแย่งลง มองโลกในแง่ลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อโลกรอบตัวและอนาคต คิดตำหนิตัวเอง (self reproach or self blame) คิดถึงความผิดพลาดของตัวเอง รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (helplessness) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (feeling of worthlessness) บางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicide)

1.3.5 กลุ่มอาการทางด้านความสัมพันธ์ (Interpersonal symptom) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (social isolation) ไม่เข้าสังคม (social withdrawal) ไม่มั่นใจในตนเอง มีความขัดแย้งกับบุคคลอื่น (relationship problems) ซึ่งเกิดจากปัญหาทางอารมณ์ของตัวเอง ผู้ป่วยจะสร้างขอบเขตของตัวเองไม่ให้ผู้อื่นเข้ามาในขอบเขตนั้น ส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (lack of social support)

1.4 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบ สามารถแบ่งการประเมินได้เป็น 2 ประเภท ตามผู้ที่ทำแบบประเมิน คือ

1.4.1 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สัมภาษณ์ เช่น แพทย์ พยาบาลที่ได้รับการอบรม

1) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D)^(5, 26) เป็นแบบประเมินเพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ ในปีพ.ศ.2539 ผลการศึกษาพบว่า HRSD ฉบับภาษาไทยมีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในแบบวัด = 0.738 ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้กับ Global Assessment Scale เท่ากับ - 824 มีคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยมีคำถามวัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นๆอีก 4 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0 - 2 คะแนน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) รุนแรง (2 คะแนน) และ 0 - 4 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) ไม่แน่ใจถึงเล็กน้อย (1 คะแนน) เล็กน้อยถึงปานกลาง (2 คะแนน) ปานกลางถึงรุนแรง (3 คะแนน) และรุนแรงมาก (4 คะแนน) ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 - 52 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม

0 - 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า
8 - 12 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
13 - 17 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง
18 - 29 คะแนน	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก
30 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบประเมินนี้เหมาะสมในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2) **Monthomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS)⁽⁴⁰⁾** เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการรักษา ซึ่งได้รับการแปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกุลและคณะ ในปี พ.ศ.2539 มีค่า internal consistency 0.95 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 ประกอบด้วย คำถามจำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน

การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

7 คะแนน	หมายถึง ปกติ
15 คะแนน	หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย
25 คะแนน	หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง
31 คะแนน	หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง
44 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรงมาก

ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบกับการสังเกตสภาพจิต ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.4.2 การประเมินอาการซึมเศร้าโดยตนเอง

1) **แบบประเมิน Beck Depressive Inventory (BDI)** เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า และระดับความรุนแรงในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งมีความน่าเชื่อถือสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 ประกอบด้วย คำถาม 21 ข้อ คำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ คำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบเอง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที คะแนนรวม 0 - 63 คะแนน โดยคะแนนสามารถแบ่งระดับคือ

คะแนน 0 – 13	มีภาวะ minimal depression
คะแนน 14 – 19	มีภาวะ mild depression
คะแนน 20 – 28	มีภาวะ moderate depression
คะแนน 29 – 63	มีภาวะ severe depression

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมิน Beck Depressive Inventory ฉบับภาษาไทยซึ่งพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นั้น มีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ อีกทั้งแบบสอบถามมีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด อยู่ที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI - II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71 โดยแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (self - rated)

1.5 การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าสามารถทำได้หลายรูปแบบ แต่สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

การบำบัดรักษาโดยใช้ยา

การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา

1.5.1 การบำบัดรักษาโดยใช้ยา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1) การรักษาด้วยยาต้านเศร้า⁽⁴¹⁾ ในปัจจุบันการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถอธิบายด้วยทฤษฎี neuroplasticity hypothesis ซึ่งเกิดจากความผิดปกติที่เซลล์ประสาท โดยเซลล์ประสาทสูญเสียความสามารถในการปรับตัว รวมถึงการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ (neurogenesis) อีกทั้งสูญเสียการสื่อสารระหว่างเซลล์ประสาท (neuronal connectivity) จึงพบการลดลงของสารในนิวเคลียสของเซลล์ประสาท โดยเฉพาะ brain - derived neurotrophic factor (BDNF) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวนี้ เมื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้สมองในส่วน hippocampus และ prefrontal cortex ที่ควบคุมอารมณ์ ทำงานผิดปกติและเกิดการฝ่อลีบลง ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ดังนั้นเป้าหมายของยาต้านเศร้า จึงเป็นการเพิ่มระดับ BDNF เพื่อเพิ่มการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ โดยเฉพาะสมองส่วน hippocampus แต่ในปัจจุบันกลไกการออกฤทธิ์หลักของยาต้านเศรานั้นเป็นการเพิ่มฤทธิ์ของสารสื่อประสาท ได้แก่ serotonin (5 - HT) norepinephrine (NE), dopamine (DA) เช่น ยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาท ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการทำลายสารสื่อประสาท เป็นต้น ยาต้านเศร้าจึงออกฤทธิ์ช้าโดยต้องใช้ระยะเวลา 1 - 2 สัปดาห์ จึงเริ่มเห็นผลของยาในด้านอารมณ์ เนื่องจากต้องรอให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์เพื่อเพิ่มปริมาณ BDNF และเพื่อให้เกิดการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ขึ้น จึงต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านเศร่าอย่างต่อเนื่อง⁽⁴¹⁾ ถึงแม้ว่าในช่วงแรกของการทานยาต้านเศร่าแล้วอาการทางกายดีขึ้นแล้วก็ตาม⁽⁴¹⁾

(1.1) เกล็ดชีวิตของยาต้านเศร้า^(5, 41, 42)

ผลในระยะแรก (short - term effect) หลังจาก monoamine ถูกปลดปล่อยออกจาก presynaptic neuron และออกฤทธิ์ที่ receptor แล้วจะถูกกำจัดไป 3 ทางด้วยกัน โดยส่วนใหญ่จะถูก reuptake กลับสู่ presynaptic neuron ส่วนที่เหลือซึ่งเป็นส่วนน้อยนั้น จะถูกทำลายโดยเอนไซม์ catechol - o - methyl transferase (COMT) และเอนไซม์ monoamine oxidase (MAO) ซึ่งยาต้านเศร้าส่วนใหญ่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake ของ norepinephrine และ/หรือ serotonin กลับสู่ presynaptic neuron ทำให้ปริมาณของ neurotransmitter ระหว่าง neuron เพิ่มขึ้น อีกทั้งยาต้านเศร่ายังไปปิดกั้น receptor ต่างๆ ได้แก่ muscarinic receptor (M1) ,histaminergic receptor (H1) ,alpha receptor ,dopaminergic receptor (D2) และ serotonin receptor (5HT2) ซึ่งการไปปิดกั้น receptor ที่แตกต่างกัน จะส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงของยาแต่ละชนิดแตกต่างกันไปตาม receptor ที่ยาไปปิดกั้น

ผลในระยะยาว (long - term effect) เมื่อให้ยาต้านเศร้าไประยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิด down regulation ของ receptor ซึ่งจะกระตุ้นระบบ cAMP (cyclic adenosine monophosphate) ทำให้ระดับของ adeny cyclase และ cAMP - dependent protein kinase (PKA) เพิ่มขึ้น โดย PKA นี้จะไปกระตุ้นการทำงานของ CREB (cAMP response element binding protein) ซึ่ง CREB จะส่งผลให้ยีนในบริเวณ hippocampus สร้างโปรตีน ได้แก่ BDNF (brain derived neurotrophic factor) ซึ่งเป็น nerve growth factor ไปช่วยกระบวนการ neurogenesis และเพิ่ม synaptic plasticity

(1.2) ประเภทของยาต้านเศร้า ในปัจจุบันสามารถแบ่งกลุ่มยาต้านเศร้า ตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 9 กลุ่ม^(5, 34, 42) คือ

(1) **กลุ่ม Tricyclic** โครงสร้างเป็นวงชนิดสามวง (tricyclic ring) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อ norepinephrine และ serotonin แต่ออกฤทธิ์อย่างไม่เฉพาะเจาะจง เช่น imipramine ,amitriptyline ,nortriptyline ,lomipramine ,doxepin เป็นต้น

ผลข้างเคียงของยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยาขึ้นอยู่กับชนิดของยา และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ภาวะทางร่างกาย โรคทางร่างกาย ยาชนิดอื่นที่ใช้ร่วมกันด้วย ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ

อาการง่วงซึม ซึ่งเกิดจากฤทธิ์ antihistamine และ alpha adrenergic blocking ของยา ในผู้สูงอายุอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ (postural hypotension) ซึ่งอาการง่วงซึมจะเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของการใช้ยา และเมื่อใช้ยาไปนานๆอาการจะลดน้อยลง

ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติส่วนปลาย (Peripheral anti - cholinergic effect) ตาพร่ามัว เหงื่อออกน้อย คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก หัวใจเต้นเร็ว จะพบมากในการใช้ยา amitriptyline ซึ่งอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วงต้นของการใช้ยาและอาการจะดีขึ้นเมื่อใช้ยาในระยะหลัง

ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ยากลุ่ม Tricyclic จะทำให้ PR และ QRS interval ยาวขึ้น จึงไม่ใช่ในผู้ป่วยที่มี heart block นอกจากนี้จะทำให้มีอาการ postural hypotension ซึ่งพบมากในยา imipramine และพบได้น้อยในยา nortriptyline

น้ำหนักตัวเพิ่ม โดยพบมากจากการใช้ยา amitriptyline

(2) กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase inhibitors) มีกลไกการออกฤทธิ์ โดยการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ monoamine oxidase ทำให้ระดับ amine สูงขึ้น โดยเฉพาะ norepinephrine และ serotonin ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น phenelzine ,meclobemide ,isocarboxazid

(3) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) ยากลุ่มนี้ เช่น fluoxetine ,fluvoxamine ,paroxetine ,sertraline และcitalopram

ผลข้างเคียงของยา

ทางระบบประสาท พบอาการปวดศีรษะในช่วงแรก บางรายอาจมีอาการมือสั่น หรือกระวนกระวายร่วมด้วย นอกจากนี้ยังอาจพบอาการนอนไม่หลับ

ทางระบบทางเดินอาหาร มีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจมีท้องเสีย

ทางระบบเส้นเลือดและหัวใจ มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เช่น prolong QT interval

ปัญหาทางเพศ (sexual dysfunction) มีความต้องการทางเพศลดน้อยลง หลังช้า จุดสุดยอดช้า (delay to orgasm)

Serotonin syndrome มีอาการปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข ประสาทไว ประสาทอัตโนมัติแปรปรวน สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงเร็ว มีอาการ myoclonus ชัก ไข้สูง รวมถึงอาจมี rhabdomyolysis ไตวาย และถึงแก่ความตายได้ ซึ่งเกิดจากมี serotonin activity มากจนเกินไป โดยอาจเกิดจากการใช้ยาร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น MAOI ,lithium จึงทำให้มีปริมาณ serotonin ในเลือดสูงจนเป็นพิษ

Apathy syndrome มีอารมณ์ราบเรียบ เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย อ่อนล้า ซึ่งเกิดจากมี serotonin ในสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับ norepinephrine และ dopamine ใน frontal lobe ลดลง พบในผู้ป่วยที่ได้รับ SSRIs มานาน

หาวบ่อย (yawning) เกิดจากฤทธิ์ของยา SSRIs ที่มีผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส

ระบบต่อมไร้ท่อ เมื่อทานยา SSRIs ในระยะยาวสามารถเพิ่มระดับฮอร์โมน prolactin ทำให้เกิดอาการคัดเต้านม และมีการหลั่งของน้ำนมออกมา เกิดได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง

น้ำหนักเพิ่ม ยากลุ่มนี้จะกระตุ้นให้อยากอาหารทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น อีกทั้งพบว่ายังเพิ่มระดับ Cholesterol ในเลือด

(4) **กลุ่ม Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)** มีกลไกการออกฤทธิ์ผ่านการยับยั้งการดูดกลับของ serotonin (5 - HT) และ norepinephrine (NE) รวมถึงยับยั้งการดูดกลับของ dopamine (DA) อีกด้วย แต่มีฤทธิ์ต่อดopamine (DA) เพียงเล็กน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ venlafaxine

ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร กระวนกระวาย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง รวมถึงมีความดันโลหิตสูงขึ้น พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูง

(5) **กลุ่ม Tetracyclic antidepressants (TeCAs)** มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ปิดกั้น α_2 - adrenergic receptors ทำให้มีการหลั่ง norepinephrine มากขึ้นบริเวณปลายประสาทและยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine ได้เพียงเล็กน้อย ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น mirtazapine, mianserin เป็นต้น

(6) **กลุ่ม Triazolopyridine** มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ยับยั้งการดูดกลับของ serotonin ที่ปลายประสาท presynaptic ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น trazodone , nefazodone เป็นต้น

(7) **กลุ่ม Aminoketone** มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ ยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine ทำให้ระดับ norepinephrine มากขึ้น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น bupropion เป็นต้น

(8) **กลุ่ม Phenylethylamine** มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ การยับยั้งการดูดซึมกลับของ norepinephrine และ serotonin ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น venlafaxine เป็นต้น

(9) **กลุ่ม new generation : Agomelatine** เป็นยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับสารเมลาโทนินในสมอง

ผลข้างเคียงของยา มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนหัว ปากแห้ง ท้องเสีย อ่อนเพลีย ปวดท้อง และวิตกกังวล

(1.3) ผลของยาต้านซึมเศร้าที่มีต่อการนอนหลับ^(43, 44)

ยาต้านซึมเศร้ามีผลต่อการนอนหลับ โดยขึ้นอยู่กับชนิดของยาต้านซึมเศร้า ปริมาณ ความเข้มข้นของยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านซึมเศร้า ตัวอย่างเช่น

Drug class	continuity	SWS	REM sleep
Tricyclic antidepressants			
Amitriptyline	↑↑↑	↑	↓↓↓
Doxepin	↑↑↑	↑↑	↓↓
Imipramine	↔↑	↑	↓↓
Nortriptyline	↑	↑	↓↓
Desipramine	↔	↑	↓↓
Clomipramine	↑↔	↑	↓↓↓↓
MAOIs			
Phenelzine	↓	↔	↓↓↓↓
Tranlycypromine	↓↓	↔	↓↓↓↓
SSRIs			
Fluoxetine	↓	↔↓	↔↓
Paroxetine	↓	↔↓	↓↓
Sertraline	↔	↔	↓↓
Citalopram	↓	↔	↓
Fluvoxamine	↓	↔	↓
Other antidepressants			
Bupropion	↓↔	↔	↑
Venlafaxine	↓	↓	↓↓↓
Trazodone	↑↑↑	↔↑	↓
Mirtazapine	↑↑↑	↑↑	↔
Nefazodone	↑	↔	↑

หมายเหตุ ↑ = increased : ↓ = decrease : ↔ = no change

MAOI = monoamine oxidase inhibitor

REM = rapid eye movement

SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitor

SWS = slow – wave sleep

ยาด้านเศร้ามักมีผลให้เกิดอาการง่วงซึมด้วย เช่น ยากลุ่ม TCA ยกเว้น Desipramine ,Mirtazapine ,Nefazodone เป็นต้น

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการลดระยะเวลาของ REM sleep ได้แก่ ยากลุ่ม TCA ทุกตัว โดยเฉพาะ Clomipramine ยกเว้น Iprindole และ Imipramine, ยากลุ่ม SSRIs ทุกตัว อาทิ Fluoxetine ,Paroxetine ,Sertraline ,ยากลุ่มอื่นๆ เช่น Venlafaxine ,Trazodone ,Bupropion

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการเพิ่มระยะเวลา REM latency ได้แก่ ยากลุ่ม TCA, ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine ,Paroxetine ,Sertraline ,ยากลุ่มอื่นๆ เช่น Trazodone

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการลดของระยะเวลา REM latency ได้แก่ Mirtazapine

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการลดประสิทธิภาพการนอน (Sleep efficacy) ได้แก่ ยากลุ่ม TCA เช่น Clomipramine ,Desipramine ,Amitriptyline ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการเพิ่มระยะ NREM 1 ได้แก่ ยากลุ่ม TCA เช่น Clomipramine ,Desipramine ,Amitriptyline ,ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine

ยาด้านเศร้ามักมีผลในการลดระยะ NREM 2 ได้แก่ ยากลุ่ม SSRIs เช่น Fluoxetine

2) การรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepine⁽⁴²⁾

เภสัชจลศาสตร์ ยาสามารถละลายได้ดีในไขมัน และถูกดูดซึมได้ดีที่ทางเดินอาหาร ระดับยาในเลือดสูงสุดที่ 30 นาที - 2 ชั่วโมง

เภสัชพลวัต ยาออกฤทธิ์โดยจับกับ $\alpha - 1, \alpha - 2, \alpha - 3$ และ $\alpha - 5$ ที่ตำแหน่งของ GABA_A receptor ซึ่งทำให้ลดการสื่อสารประสาทของเซลล์ประสาทกับเซลล์กล้ามเนื้อ โดยการเกิด hyperpolarization

ผลข้างเคียง เกิดจากการออกฤทธิ์กดประสาท (CNS depressant) ทำให้เกิดอาการง่วงซึม สูญเสียความทรงจำชนิดไปข้างหน้า ส่งผลต่อกระบวนการรู้คิดและการควบคุมตัวเอง แยก เพราะไปกดการทำงาน reticular activating system

1.5.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1) **การรักษาด้วยไฟฟ้า**⁽³⁴⁾ จะใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง โดยการรักษาด้วยไฟฟ้ามีผลต่อ monoamine metabolism และเพิ่มปริมาณของ serotonergic และ alpha adrenergic receptors การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีอาการดีขึ้น

2) **การบำบัดทางจิตสังคม**⁽⁵⁾ เป็นการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด โดยมุ่งเน้นการรักษาด้านสัมพันธภาพและสังคม ช่วยให้สัมพันธภาพทางสังคมที่ดี เสริมสร้างความภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ อีกทั้งสามารถลดอาการซึมเศร้า การกลับเป็นซ้ำของโรค และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

จิตบำบัดที่สำคัญ เช่น จิตวิเคราะห์และจิตบำบัดโดยอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

(1) **การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)**⁽³⁴⁾ เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขความคิด และกระบวนการความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง อาจใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมด้วย โดยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความคิดกับอารมณ์ จดบันทึกเหตุการณ์เพื่อทบทวนอารมณ์ทางลบ ผู้รักษาตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง แก้ไขความคิดที่บิดเบือน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมุมมองทางความคิดที่หลากหลาย คิดอย่างมีเหตุผล มีความยืดหยุ่นมากขึ้น และมีมุมมองความคิดทางบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น การบำบัดทางความคิดนี้เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้เวลาบำบัดประมาณ 15 - 25 สัปดาห์ โดยเฉลี่ยประมาณ 20 สัปดาห์ สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45 - 50 นาที

(2) **จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy)**⁽³⁴⁾ Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman พัฒนาจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลขึ้น โดยอาศัยทฤษฎีทางสัมพันธภาพ (Interpersonal Theory) ที่เชื่อว่าอาการของโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสัมพันธภาพและปัญหาทางสังคม (Interpersonal and social difficulties) โดยเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal problems) ใน 4 ด้าน ซึ่งได้แก่

1. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief or complicated bereavement)
2. ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal role disputes)
3. การเปลี่ยนผ่านบทบาท (role transitions)
4. ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (interpersonal deficits)

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เมื่อปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.1 ความหมายของการนอนหลับ

เกษม ต้นผลาชีวะ⁽⁴⁵⁾ กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ภาวะที่ร่างกายมีการลดลงของระดับสติปัญญา และการทำงานของอวัยวะในส่วนต่างๆของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะผ่อนคลาย

ดาร์สนี โพรธารส⁽⁴⁶⁾ กล่าวว่า การนอนหลับ คือ การลดลงของระดับความรู้สึกตัว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวลดลงหรือไม่มีการเคลื่อนไหว โดยแสดงพฤติกรรมในลักษณะหลับตา นิ่ง ภาวะนี้เกิดขึ้นชั่วคราวสามารถปลุกให้ตื่นได้

สันต์ หัตถิรัตน์⁽⁴⁷⁾ กล่าวว่า การนอนหลับคือ การหยุดพักร่างกายชั่วคราว โดยไม่รู้สึกตัว ร่างกายอยู่ในลักษณะนอนราบ หลับตา

Webster และThompson⁽⁴⁸⁾ กล่าวว่า การนอนหลับ คือ กระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีความสัมพันธ์กับจังหวะชีวภาพ และการทำงานของร่างกายของสิ่งมีชีวิต

Bahr⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ภาวะที่ร่างกายและจิตใจซ่อมแซมส่วนที่ได้รับความเสียหาย ซึ่งภาวะนี้จะทำให้สูญเสียความรู้สึกตัว และเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติสามารถปลุกให้ตื่นได้

จากนิยามข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการนอนหลับ คือ กระบวนการที่ร่างกายมีการลดลงของระดับการรับรู้สติ อวัยวะต่างๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไปในลักษณะผ่อนคลาย ซึ่งช่วยรักษาภาวะสมดุล การทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงซ่อมแซมส่วนที่เสียหายของร่างกาย⁽¹²⁾ โดยจะแสดงพฤติกรรมในลักษณะนิ่งสงบและหลับตา ซึ่งการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับจังหวะชีวภาพและเกิดขึ้นชั่วคราว สามารถทำให้ตื่นได้โดยใช้สิ่งเร้ามากระตุ้น

การนอนหลับที่ดี⁽¹²⁾ เป็นการนอนหลับตามแบบแผนของตนเองอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับได้ง่าย โดยใช้เวลาไม่เกิน 20 - 30 นาที ตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงหลับจริง นอนหลับได้ลึกอย่างต่อเนื่องครบวงจรทั้งระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว และระยะที่มีการกลอกตาเร็ว หรือมีการตื่นระหว่างนอนหลับน้อย และเมื่อตื่นระหว่างนอนสามารถนอนหลับต่อไปได้จนถึงเวลาตื่น อีกทั้งหลังจากตื่นนอนแล้วรู้สึกสดชื่น

2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ ^(49, 50)

การนอนหลับและการตื่นเกิดจากการทำงานของระบบประสาทชีวเคมีในสมองตามทฤษฎีต่อไปนี้

2.2.1 ทฤษฎีผลโดยอ้อม (passive theory of sleep) การนอนหลับเกิดจากสมองส่วน ARAS (ascending reticular activating system) ทำงานลดลง ส่งผลให้สมองส่วนนอกและคอร์เท็กซ์ถูกกระตุ้นลดลง จึงรู้สึกง่วงนอนและเกิดการนอนหลับ ซึ่งผลการศึกษาในปัจจุบันขัดแย้งกับทฤษฎีนี้

2.2.2 ทฤษฎีผลโดยตรง (active theory of sleep) ทฤษฎีนี้เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน โดยเชื่อว่าการนอนหลับเกิดขึ้นจากการหลั่งสารสื่อประสาท serotonin ของกลุ่มเซลล์ประสาทในก้านสมองส่วนบริเวณไทมิดพอนส์ (midpons) ได้แก่ เซลล์ประสาทราเฟ (raphe nuclei) เซลล์ประสาทบริเวณ rostral solitary tract และ nucleus reticularis ventralis ร่วมกับการมีสิ่งเร้าที่เหมาะสม เช่น ความอบอุ่น, ความอึด เป็นต้น อีกทั้งการลดลงของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกจะทำให้เซลล์ประสาทดังกล่าว ทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งการทำงานของสมองส่วนต่างๆ โดยเฉพาะส่วน cortical cortex ซึ่งไปยับยั้งการทำงานของ reticular formation ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่ไม่มีอาการกลอกลูกตาเร็ว (non – rapid eye movement sleep : NREM) ส่วนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาเร็ว (rapid eye movement sleep : REM) เกิดจากการหลั่งสารนอร์แอดรีนาลีนและอะซีทิลโคลีน โดยเซลล์ประสาท locus coeruleus และ gigantocellular tegmental field : GTF ในสมองส่วนพอนส์

2.2.3 ทฤษฎีสารชีวเคมี (humoral theory) เชื่อว่าขณะที่ร่างกายทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จะมีของเสีย (chemical toxin) และเกิดการสะสม ซึ่งสารนี้จะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและมีความต้องการการนอนหลับ ขณะนอนหลับร่างกายจะขจัดของเสียดังกล่าวออกจากร่างกาย จนทำให้ตื่น แต่ทฤษฎีนี้ขัดแย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่าแฝดสยามอิน - จัน ซึ่งมีระบบไหลเวียนเลือดร่วมกัน แต่มีแบบแผนการนอนหลับที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน มีการค้นพบสารชีวเคมีที่มีคุณสมบัติทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและเกิดการนอนหลับ ได้แก่ gamma - amino butyric acid GABA ,peptides ,prostaglandins,เมลาโทนิน และฮอโมนอื่นๆ เป็นต้น

2.2.4 ทฤษฎีสรางทดแทน (restitution theory) จากการศึกษาพบว่า การนอนหลับระยะที่ไม่มีกรลอกตาเร็วระยะที่ 3 (NREM 3) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมร่างกาย โดยเชื่อว่าช่วงที่ร่างกายได้นอนเต็มที คือ ช่วงการนอนหลับระยะที่ไม่มีกรลอกตาเร็ว (NREM) โดยเฉพาะ 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ ระบบประสาทจะมีการหลั่ง growth hormone เพิ่มขึ้น ทำให้มีการนำ amino acid เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสังเคราะห์โปรตีน ขณะที่การนอนหลับระยะที่มีการลอกตาเร็ว (REM sleep) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ ซึ่งทฤษฎีนี้มีข้อโต้แย้งว่าขณะที่เซลล์มีการสังเคราะห์โปรตีนเพื่อเกิดการเจริญเติบโต การซ่อมแซมเซลล์นั้น จะต้องใช้อินซูลินร่วมด้วย แต่ในระยะแรกของการนอนหลับนั้น ร่างกายกลับไม่พบอินซูลิน

2.3 ความหมายของคำศัพท์เฉพาะเกี่ยวกับการตรวจด้วย polysomnography⁽¹²⁾

2.3.1 Sleep continuity หมายถึง ภาวะสมดุลของการนอนหลับและการตื่น โดยภาพรวมของช่วงเวลานอนหลับตอนกลางคืน

1) sleep continuity ดี หมายถึง นอนหลับได้ดีและมีการตื่นเพียงเล็กน้อย

2) sleep continuity ไม่ดี หมายถึง นอนหลับไม่สนิทและตื่นบ่อย

2.3.2 Sleep latency หมายถึง จำนวนเวลา (นาที) ที่ใช้ไปก่อนที่จะหลับ โดยคนปกติจะไม่เกิน 30 นาที

2.3.3 Intermittent wakefulness หมายถึง จำนวนเวลา (นาที) ที่ตื่นนอนภายหลังนอนหลับครั้งแรก

2.3.4 Sleep efficacy หมายถึง ประสิทธิภาพการนอน คำนวณได้จาก อัตราส่วนระหว่างเวลาที่นอนหลับกับเวลาที่อยู่บนเตียงคิดเป็นร้อยละ (ระยะเวลาการนอนหลับ/ระยะเวลาที่นอน X 100) ค่าสูงบ่ง sleep continuity ดี ซึ่งคนปกติจะอยู่ที่ร้อยละ 85

2.3.5 Sleep architecture หมายถึง โครงสร้างการนอนหลับ เช่น หลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นเข้าผิดปกติ

2.3.6 REM latency หมายถึง ระยะเวลาเริ่มหลับจนถึงการเกิดการนอนหลับระยะที่มีการลอกตาเร็ว (REM sleep)

2.4 สรีรวิทยาและวงจรการนอนหลับ⁽⁵¹⁾

การควบคุมการนอนหลับอาศัยการทำงานของระบบประสาท เพื่อให้สามารถหลับและตื่นเป็นเวลาที่สุดคล้องกับสิ่งแวดล้อม ตามทฤษฎี 2 - process model ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักดังนี้

2.4.1 Process S หรือ sleep homeostasis คือ การสะสมความต้องการที่จะนอนหลับ เมื่อร่างกายมีการทำกิจกรรมในระหว่างวัน ทำให้มีเมทาบอลิซึมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีสาร adenosine มากขึ้น ซึ่งสารนี้เกิดจากการสลายพลังงานภายในเซลล์ (ATP) และช่วยให้เกิดการนอนหลับ ร่างกายจึงสะสมความง่วงมากขึ้น (sleep debt) และเมื่อได้นอนหลับ ความต้องการการนอนหลับนี้จึงลดลง

2.4.2 Process C หรือ circadian process เป็นระบบนาฬิกาชีวิต (circadian clock) ทำหน้าที่ควบคุมการหลับ - ตื่น (sleep - wake cycle) ซึ่งวงจรของนาฬิกาชีวิตจะเป็น genetic - based clock วงจรการหลับ - ตื่น 1 รอบ มีเวลา 24.3 ชั่วโมง เรียกว่า tau และมีความจำเพาะแต่ละบุคคล ซึ่งทำงานเป็น transcription - translational feedback loop หากไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น วงจรนี้สามารถเกิดได้จากการควบคุมภายในร่างกาย ซึ่งมีศูนย์กลางการควบคุมอยู่ที่ suprachiasmatic nucleus (SCN) ในสมองส่วน anterior hypothalamus (internal pacemaker) นาฬิกาชีวภาพนี้จะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการ ซึ่งทำให้มนุษย์เข้านอนกลางคืนและตื่นเวลากลางวัน ดังนั้นจึงสามารถแบ่ง circadian rhythm ออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงกลางวันและช่วงกลางคืน

การควบคุมการทำงานของระบบสรีรวิทยาในร่างกายต่างๆ ให้มีความสอดคล้องกับปัจจัยแวดล้อมภายนอก ได้แก่ แสงสว่าง (กลางวัน) และความมืด (กลางคืน) ปัจจัยที่มีผลต่อวงจรการหลับ - ตื่นเหล่านี้ เรียกว่า ไซท์เกเบอร์ (zeitgeber) โดยแสงสว่างและความมืดเป็นตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลรุนแรงที่สุดต่อวงจรการนอนหลับ โดยเฉพาะแสงสีน้ำเงินและเขียว ซึ่งเป็นแสงชนิด short wave length จะสามารถกระตุ้นให้ตื่นตัวได้มาก นอกจากนี้พฤติกรรมและกิจกรรมทางสังคม เช่น การตื่นนอนโดยนาฬิกาปลุก มีอาหาร ล้วนมีอิทธิพลต่อวงจรการหลับ - ตื่น และเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของชีวิตหรือวงจรแห่งวัน (circadian rhythm) ซึ่งวงจรนี้จะควบคุมการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ทำงานในเวลาที่เหมาะสม เช่น ควบคุมจังหวะการหลั่งของฮอร์โมน (อาทิ growth hormone , ฮอร์โมนเมลาโทนิน (melatonin)) , การบีบตัวของลำไส้ , การทำงานของไต เป็นต้น

ในเวลากลางวันเมื่อได้รับการกระตุ้นจากแสงผ่านทางเรตินาของตา จะส่งกระแสประสาทผ่านเส้นประสาท retinohypothalamic tract และ intergeniculate leaflet ของ lateral geniculate body ไปสู่ SCN กระตุ้น SCN ทำให้รู้ว่าเป็นเวลากลางวัน ซึ่งสัญญาณจาก SCN จะกระตุ้นระบบการตื่น (wake promoting system) ให้มีการทำงานเต็มที่ นอกจากนี้ยังส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นบริเวณต่างๆ ของสมอง เช่น ที่บริเวณ reticular activating system (RAS) เพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัว , บริเวณไฮโปทาลามัส เพื่อกระตุ้นระบบควบคุมอุณหภูมิและการบริโภคอาหาร , บริเวณ neocortex เพื่อกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมไร้ท่อบริเวณต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้การได้รับการกระตุ้นจากแสงในเวลากลางวันจะยับยั้งการทำงานของเมลาโทนิน จากต่อมไพเนียล (pineal gland) ผ่านทาง cervical ganglion จึงทำให้ไม่หลับ โดยเมลาโทนิน (melatonin) นี้ยังทำหน้าที่เป็น negative feedback loop เพื่อยับยั้งการทำงานของ SCN อีกด้วย อีกทั้งการได้รับแสงจ้าในช่วงเช้านั้น จะไปกระตุ้น serotonin input ที่ 5HT_{2c} receptors ทำให้การหลั่งเมลาโทนิน (melatonin) ในตอนกลางคืนเกิดขึ้นเร็วอีกด้วย

ในช่วงกลางคืน ซึ่งเป็นสภาพที่ไม่มีแสง ทำให้กลไกที่ยับยั้งการหลั่งเมลาโทนินของ SCN หายไป ต่อมไพเนียล (pineal gland) จึงหลั่งเมลาโทนิน (melatonin) การทำงานของ SCN จึงลดลงโดยเมลาโทนิน (melatonin) นี้จะกระตุ้นวงจรการนอนหลับ อีกทั้งการนอนหลับยังเกิดจากการสะสมความต้องการการนอนหลับจาก s - process ทำให้รู้สึกง่วงนอนและเกิดการนอนหลับ โดยลดระดับความตื่นตัวและอุณหภูมิของร่างกาย นอกจากนี้ขณะนอนหลับร่างกายจะหลั่ง growth hormone releasing hormone (GHRH) ซึ่งเป็นสารควบคุมการนอนหลับอีกตัวหนึ่งด้วย (sleep regulatory substances: SRS)^(1, 52) แต่ถ้ามีการกระตุ้นของแสงสีน้ำเงินและเขียวในเวลากลางคืน ซึ่งแสงนี้พบมากในเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ จึงเกิดการเลื่อนของนาฬิกาชีวิตออกไป

2.4.3 การแบ่ง Sleep stage^(53, 54) การนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของนาฬิกาชีวภาพ มีลักษณะเป็นวงจร ซึ่งการนอนหลับในแต่ละคนจะมีความต้องการแตกต่างกัน โดยประเมินว่าระยะเวลาที่หลับนั้นพอดีสำหรับคนๆ นั้น จากความรู้สึกเมื่อตื่นนอนว่ารู้สึกสมองปลอดโปร่ง สดชื่น แจ่มใส หรือเมื่อตื่นนอนแล้วง่วงนอน ไม่สดชื่น เป็นต้น ปัจจุบันการนอนหลับสามารถแบ่งออกได้เป็นระยะต่างๆ ตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography, EEG) , คลื่นไฟฟ้าของลูกตา (Electrooculography, EOG) และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyography, EMG) ซึ่งสามารถแบ่งการนอนหลับได้เป็น 2 ระยะ คือ การนอนหลับระยะที่ไม่มีกรกลอกตาเร็ว (non rapid eye movement sleep : NREM) และการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (rapid eye movement : REM)

1) การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (non rapid eye movement sleep : NREM หรือระยะ N) บางครั้งอาจเรียกว่า ระยะหลับเงียบ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นอีก 3 ระยะ คือ

(1.1) การนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) เป็นระยะหลับตื้นที่สุด คลื่นสมองมีลักษณะเป็นคลื่นความถี่ต่ำ (low amplitude) และความถี่ผสมที่มีคลื่น theta wave (ความถี่ 3 - 7 Hz)

(1.2) การนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 2 (NREM 2) เป็นการหลับที่ลึกกว่าระดับแรก คลื่นสมองมีลักษณะเป็น spindle wave (13 - 15 Hz) และมีลักษณะคล้าย spindle ในบางช่วงจะพบคลื่นแบบ high voltage spike ที่เรียกว่า k - complex

(1.3) การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3 (NREM 3) ระยะนี้จะหลับลึก จึงอาจเรียกว่า ระยะหลับลึก หรือระยะ slow wave sleep (SWS) เนื่องจากมีคลื่นสมองเป็นแบบ slow wave หรือเป็นคลื่นเดลต้า (0.5 - 2 Hz) เกิดขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ของคลื่นสมอง

โดยปกติจะพบการหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (NREM) จะใช้เวลาาราวร้อยละ 75 - 80 ของการหลับทั้งคืน โดยพบว่าเป็นการนอนระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) และระยะที่ 2 (NREM 2) ร้อยละ 50 - 60 นอกจากนี้พบการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3 หรือระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ร้อยละ 20 - 25 ของการหลับทั้งคืน โดยการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) นี้จะเกิดในช่วงครึ่งคืนแรกของการนอนหลับ^(12, 53) อีกทั้งในระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมองความถี่ค่อนข้างต่ำ , การเคลื่อนไหวของลูกตาเป็นแบบช้าๆ ซึ่งพบบ่อยในช่วงกึ่งหลับกึ่งตื่น , การคลายตัวของกล้ามเนื้อ , อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ลดต่ำลงเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการหายใจจะช้าลงและสม่ำเสมอกว่าขณะตื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep)

2) การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (Rapid eye Movement :REM หรือระยะ R)⁽⁵⁵⁾ ระยะนี้พบการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว กล้ามเนื้อคลายผ่อนคลายมากที่สุด รวมถึงกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจ เช่น genioglossus และintercostal (ยกเว้นกล้ามเนื้อกะบังลม) จึงทำให้ระยะนี้มีอาการนอนกรน และภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นได้บ่อย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ช่วง Phasic REM โดยช่วงนี้จะมีการกลอกตาเร็ว และ tonic REM เป็นช่วงที่ไม่มีการกลอกตา ปกติระยะนี้จะเกิดร้อยละ 20 - 25 ของการนอนหลับตลอดทั้งคืน โดยพบมากในช่วงท้ายของคืน อีกทั้งอาจเรียกว่า ระยะหลับฝัน ซึ่งจะพบคลื่นสมองแบบความถี่ต่ำ (low amplitude) และมีความถี่สูงหรือผสม saw - tooth - wave คล้ายขณะตื่น^(1, 54)

2.4.4 วงจรการนอนหลับ ^(12, 53) ก้านสมอง ควบคุมให้เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) และมี muscle atonia ในขณะที่สมองส่วนหน้าควบคุมให้เกิดการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (NREM) และเกิดคลื่นสมองแบบ slow wave โดยในแต่ละคืนจะมีวงจรการนอนหลับเกิดขึ้นประมาณ 4 - 5 วงจร ระยะเวลากการนอนหลับในวงจรแรกใช้เวลา 70 - 100 นาที วงจรต่อมาจะใช้เวลาประมาณ 90 - 110 นาที เริ่มต้นการนอนหลับโดยคลื่นสมองจะเข้าสู่การนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) แล้วต่อไปเป็นระยะที่ 2 (NREM 2) และระยะที่ 3 (NREM 3) ตามลำดับ หลังจากนั้นวงจรการนอนหลับจะย้อนกลับมาเป็นการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะ 3 (NREM 3) ระยะที่ 2 (NREM 2) และระยะที่ 1 (NREM 1) แล้วจึงเกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ซึ่งระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) และระยะที่ 2 (NREM 2) เป็นการนอนหลับตื่น สามารถปลุกให้ตื่นง่าย ส่วนระยะการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3 (NREM 3) หรือบางครั้งเรียกว่า slow wave sleep (SWS) ซึ่งเป็นการหลับลึก แต่ถ้าตื่นขึ้นในระยะใดๆก็ตามของวงจรการนอนหลับจะต้องเริ่มต้นการนอนหลับระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) ทุกครั้ง

2.5 กลไกการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์⁽⁵⁶⁾

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์จะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ พบมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Janowsky เชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดยมีการเพิ่มขึ้นของ cholinergic และการลดลงของ monoaminergic ในสมอง ขณะเดียวกัน hobson และคณะ ได้เสนอทฤษฎี reciprocal interaction model ของวงจรการเกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็วและไม่มีการกลอกตา (REM /NREM) โดยเชื่อว่าการเพิ่มของ cholinergic ในก้านสมอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) แต่การเพิ่มของ monoaminergic ในก้านสมองจะกวดการทำงานของ pontine REM - on neuron แต่ในผู้ป่วยซึมเศร้ามีความผิดปกติในช่วงการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) จึงพบว่าการลดลงของ REM latency มีการเพิ่มของ REM density และมีการเพิ่มจำนวนครั้งของการเกิดการนอนระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ดังนั้นจึงอาจเกิดจากการเพิ่มขึ้นของ cholinergic ซึ่งจะกวดการทำงานของระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) อีกทั้งอาจเกิดจากการลดลงของ monoaminergic ด้วย จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ายาต้านเศร้าจะเพิ่มการทำงาน monoaminergic และจะกวดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep)

Papousek อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการเกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ในผู้ป่วยซึมเศร้าว่ามีความสัมพันธ์กับ phase advance ลักษณะนิสัยการนอน และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับวงจรการนอนหลับ ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตา

เร็ว (REM sleep) และมี REM latency ลดลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ จะพบ delay advanced circadian rhythms

Borbely ได้อธิบาย 2 - process model of sleep ประกอบไปด้วย process S (homeostatic sleep) และ process C (circadian rhythms) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความผิดปกติใน process S ทำให้การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ

2.6 วงจรการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า^(5, 12)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยพบว่าจะนอนหลับยาก ตื่นบ่อยและเมื่อทำการตรวจด้วย polysomnography พบความผิดปกติของรูปแบบการหลับ โดยพบการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้าดังนี้

2.6.1 การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับตามการรายงานจากผู้ป่วย (Subjective changes)

- นอนไม่หลับ (insomnia)
 - หลับยาก (early insomnia)
 - ตื่นกลางดึก (middle insomnia)
- ตื่นเช้ามีด (late insomnia)
- หลับมากเกินไป (hypersomnia)
- อ่อนเพลีย เมื่อยล้า (fatigue)
- ง่วงกลางวัน (daytime drowsiness)

2.6.2 การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับจากการสังเกต (Objective changes)

- มีระยะเวลาการนอน และการนอนหลับอย่างต่อเนื่องบกพร่อง (impaired sleep continuity and duration)
- มีโครงสร้างวงจรการหลับช่วงหลับลึก หรือช่วงที่มีคลื่นสมองช้าลดลง (decreased sleep or slow wave sleep or SWS)
- มีการลดลงของอัตราส่วน delta sleep
- มีการลดลงของระยะเวลาก่อนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM latency)
- มีการเพิ่มขึ้นของการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ในระยะเริ่มต้นของการนอนหลับ
 - มีการเพิ่ม REM density
 - มีการลดลงของการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3 (NREM 3)
 - มีการเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ก่อนการหลับมากขึ้น (prolong sleep latency)

2.7 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายขณะนอนหลับ (physiology of human sleep)

2.7.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular systems) ในช่วงการนอนระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ระบบประสาทอัตโนมัติทั้งแบบซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกจะทำงานไม่สม่ำเสมอ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตมีจังหวะไม่สม่ำเสมอ คือ มีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง แต่ในช่วง phasic ของการนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะเด่น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่แล้วมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่การนอนในระยะที่ไม่มีอาการกลอกตาเร็ว (NREM) ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเด่น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ,ความดันโลหิต และปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจจะลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับขณะที่ตื่น

2.7.2 ระบบการหายใจ (Respiratory system) ขณะนอนหลับกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (ยกเว้นกะบังลม) จะทำงานลดลง จึงทำให้มีการหายใจค่อนข้างแผ่วเบา ไม่สม่ำเสมอ เมื่อเทียบกับขณะที่ตื่น โดยเฉพาะการนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) จึงทำให้มีระดับ CO_2 ในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ระดับ O_2 ในหลอดเลือดแดงและ O_2 saturation ลดลงได้เล็กน้อย

2.7.3 ระบบฮอร์โมนต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ในขณะนอนหลับจะมีการหลั่งฮอร์โมน ได้แก่ ฮอร์โมนเมลาโทนิน ,ฮอร์โมน prolactin ,growth hormone จะหลั่งมากในช่วงการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ในช่วง 1 - 2 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ

2.7.4 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous system) ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเด่นในการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ในขณะที่ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานเพิ่มขึ้นในช่วง phasic ของการนอนที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) และช่วงที่สมองมีการตื่นตัว (arousals)

2.7.5 ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) การนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) กล้ามเนื้อจะผ่อนคลาย มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำและมีการเคลื่อนไหวลดลงเมื่อเทียบกับขณะที่ตื่น แต่อาจมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อได้ในผู้ที่มีโรคบางชนิด เช่น นอนละเมอ หรือนอนกัดฟัน

2.7.6 ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) สารอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อ จะทำให้มีอาการง่วงนอนมากขึ้น หลับลึกมากขึ้นในการนอนระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และทำให้การนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) อาจลดลง

2.8 คุณภาพของการนอนหลับ

2.8.1 คุณภาพของการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1) การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน , ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้าอนจนหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น

2) การนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นสามารถประเมินได้เอง เช่น การนอนหลับสนิท , การนอนหลับอย่างเพียงพอ⁽⁵⁷⁾ ซึ่งประเมินโดยความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะทำนอน , การเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ และความคิดเห็นของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง

2.8.2 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ สามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ

1) Objective sleep measurement^(49, 54, 58-60) ได้แก่

(1.1) Polysomnography (PSG) เป็นการตรวจความผิดปกติของการนอนหลับ ซึ่งต้องตรวจในห้องปฏิบัติการ (sleep lab) โดยมีเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับคอยเฝ้าดูอาการของผู้ป่วย เพื่อบันทึกความผิดปกติที่เกิดขึ้นตลอดคืน ประกอบด้วย การบันทึกข้อมูลคลื่นสมอง (electroencephalography หรือ EEG) , การเคลื่อนไหวของลูกตา (electrooculography หรือ EOG) , คลื่นไฟฟ้าจากกล้ามเนื้อ (electromyography หรือ EMG) , การตรวจการหายใจ (airflow) และคลื่นไฟฟ้าจากหัวใจ (electrocardiography)

(1.2) Actigraphy (Actiwatch) เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยสวมไว้ที่ข้อมือหรือข้อเท้าด้านที่ไม่ถนัดของผู้รับการตรวจตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งช่วยประเมินการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ การแปลผล คือ หากมีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพิ่มมากขึ้น (แถบสีดำใน actigraphy) หมายถึง การตื่นนอน ในทางตรงกันข้ามหากไม่มีการเคลื่อนไหว (บริเวณสีขาวใน actigraphy) หมายถึง นอนหลับ ซึ่งการตรวจดังกล่าวอาจมีความผิดพลาดในการแปลผล เช่น ในขณะที่นอนหลับอาจพบมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบ้างเล็กน้อย จึงเห็นแถบสีดำเล็กๆได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับแล้วนอนอยู่นิ่งๆไม่ขยับร่างกาย จึงต้องประเมินคู่กับ sleep diary

(1.3) Bedside monitor systems เป็นเครื่องเฝ้าระวังที่อยู่ข้างเตียง โดยวัดการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติ ซึ่งเครื่องจะแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขณะนอนหลับ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ , อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิตคุณภาพการนอน

2) Subjective sleep measurement เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง วิธีนี้ทำได้ง่าย ไม่รบกวนผู้ประเมิน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทำได้หลายวิธี ได้แก่

(2.1) การวัดด้วยการเปรียบเทียบกับสายตา Snyder - Halperu and Vem เป็นผู้สร้างขึ้น โดยให้ประเมินการนอนหลับของตนเองลงบนเส้นตรง ซึ่งแบบประเมินมีความละเอียด

ถึง 1 ใน 100 ส่วน ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา เป็นวิธีที่ใช้เวลาน้อย มีประสิทธิภาพ⁽⁶¹⁾

(2.2) การใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้ประเมินตอบคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ จำนวนครั้งการตื่นและอุปนิสัยการนอนหลับ

(2.3) Sleep diaries เป็นการบันทึกการนอนหลับและการตื่น โดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละช่วง ความถี่ของการตื่นนอนเป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาคำนวณชั่วโมงการนอนหลับ (Total sleep time) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep efficacy) เวลาที่ใช้ในการเข้านอน (Sleep latency) เวลาที่ตื่นกลางดึกได้ (wake after sleep onset)⁽⁶²⁾

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ความสะดวกในการใช้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญ คือ ความสามารถในการตอบปัญหาของการวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (Thai version - The Pittsburgh Sleep Quality Index, T-PSQI) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ไม่ยุ่งยากและสามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ แบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ แบบประเมินมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86.5 และพบว่ามี ความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 แบบประเมินนี้ เป็นที่นิยมใช้ในการศึกษา เพื่อสำรวจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับรวมเป็น 7 องค์ประกอบ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ^(30, 31)

2.9 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการนอนหลับ^(12, 53, 54)

การนอนหลับนั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยภายใน เช่น การทำงานของนาฬิกาชีวภาพที่อยู่ในส่วนของสมองชั้นใน ,อายุ ,สภาวะร่างกายหรือจิตใจ และปัจจัยภายนอก เช่น สภาวะห้องนอน ,แสง ,เสียง และอุณหภูมิ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะ และคุณภาพของการนอนหลับมีต่างๆมากมาย ได้แก่

2.9.1 อายุ (Age) โครงสร้างการนอนหลับในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ทารกแรกเกิดจนถึงขวบปีแรก มีโครงสร้างการนอนแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยจะเริ่มต้นการนอนในระยะเวลาที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ก่อน แล้วจึงมีการสลับกันของการนอนในระยะเวลาที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (NREM) และการนอนในระยะเวลาที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เป็นวงจร (NREM - REM cycle) วงจรละ 50 - 60 นาที นอกจากนี้ระยะการนอนหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) จะพบมากที่สุดในช่วงวัยเด็กเล็ก และลดลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งในผู้สูงอายุบางรายอาจไม่พบ

การนอนในระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) อีกทั้งผู้สูงอายุจะมี REM latency ลดลง และพบว่ามี การนอนหลับยาก ตื่นง่าย ตื่นกลางดึกบ่อย

อายุ	ความต้องการการนอนหลับ
ทารกเกิดใหม่ (0 - 2 เดือน)	12 - 18 ชั่วโมง
ทารก (3 - 11 เดือน)	14 - 15 ชั่วโมง
เด็กวัยหัดเดิน (1 - 3 ขวบ)	12 - 14 ชั่วโมง
เด็กก่อนวัยเรียน (3 - 5 ขวบ)	11 - 13 ชั่วโมง
เด็กวัยเรียน (5 - 10 ปี)	10 - 11 ชั่วโมง
วัยรุ่น (10 - 17 ปี)	8.5 - 9.25 ชั่วโมง
ผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ	7 - 9 ชั่วโมง
สตรีมีครรภ์	8 ชั่วโมงขึ้นไป

2.9.2 ประวัติที่เกี่ยวกับการนอนในช่วงก่อนหน้า (prior sleep history) การอดนอนในคืนก่อนหน้า เมื่อได้นอนหลับจะส่งผลให้การนอนในระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และการนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในกรณีที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาท เมื่อหยุดการใช้ยาแล้ว จะพบการนอนในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ได้ในระยะเริ่มแรกของการนอน

2.9.3 สภาพแวดล้อม (environment) สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อการนอนหลับ เช่น แสงสว่างที่จ้าเกินไป , มีเสียงดังที่รบกวน , อุณหภูมิห้องที่ร้อนหรือหนาวมากเกินไป , มีเครื่องนอนที่ไม่เหมาะสม , หมอนนุ่มเกินไป , ที่นอนที่แข็งเกินไป เป็นต้น จะส่งผลให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพ

2.9.4 ยา หรือ สาร (medications or substances)^(59, 63) พบว่ายาที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น ยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepines จะกุดการนอนหลับในระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ให้น้อยลง ยาด้านเศร้าบางชนิดอาจกุดการนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) และอาจมีผลต่อกลิ้ามเนื้อทำให้ขากระตุก หรือมีการกลอกตาบ่อย แต่เมื่อหยุดยาที่กุดการนอนในระยะต่างๆแล้ว จะสามารถกลับคืนมาในคืนถัดไปได้ นอกจากนี้สารต่างๆก็มีผลต่อการนอน เช่น แอลกอฮอล์ ในช่วงแรกของการนอนหลับ แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ทำให้มีการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) เพิ่มขึ้น และจะกุดการนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เมื่อหมดฤทธิ์แล้วพบว่าในช่วงครึ่งหลังของคืน จะนอนหลับไม่สนิทและมีการนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) เพิ่มขึ้น

2.9.5 โรคหรือความผิดปกติอื่นๆ (pathology) พบว่าความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะโรคจากการนอนหลับ เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep Apnea : OSA) จะส่งผลให้การนอนหลับในระยะเวลาที่ไม่มีอาการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) ,ระยะที่ 2 (NREM 2) และการนอนหลับในระยะเวลาที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) มีความผิดปกติ แต่พบความผิดปกติในระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ได้น้อยกว่า ถ้าเป็นระดับรุนแรง พบว่าผู้ป่วยมีการนอนหลับในระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ลดลงด้วย เนื่องจากสมองมีการตื่นตัว (arousals) จนทำให้การนอนหลับได้ไม่ต่อเนื่อง (sleep fragmentation) เมื่อได้รับการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) จะพบการนอนระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) และการนอนระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) เพิ่มมากขึ้นได้

2.10 ประโยชน์ของการนอนหลับ^(49, 64)

2.10.1 ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย โดยทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุง (restorative theory) เชื่อว่าการนอนหลับ จะส่งเสริมให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟู โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ มีการสร้างและสะสมพลังงาน (ATP) ไว้ในเซลล์ เพื่อใช้ในการสังเคราะห์โปรตีน เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน อีกทั้งในขณะนอนหลับระยะหลับลึก จะมีการหลั่งฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone : GH) ด้วย ในทางกลับกันเวลากลางวันร่างกายมีการใช้พลังงาน เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนที่กดการสังเคราะห์โปรตีน เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) ,กลูคากอน (glucagons) ,แคทีโคลามีน (catecholamine) ดังนั้นระยะหลับลึก จึงส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ซึ่งกระบวนการนี้จะถูกกดในภาวะเครียดหรือมีระดับคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) สูง

2.10.2 ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำและการทำงานด้านจิตใจ

ในขณะนอนหลับสมองจะรวบรวมข้อมูลในแต่ละวันเป็นความทรงจำ โดยจะจัดระบบข้อมูลใหม่ เก็บข้อมูลที่สำคัญไว้ และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของเมลาโทนิน (melatonin) และโมโนเอมีน (monoamine) ดังนั้นการหลับที่ดี จึงมีบทบาทในการกระตุ้นสมองเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมในวันใหม่ นอกจากนี้พบว่าการนอนหลับในระยะเวลาที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) พบการไหลเวียนโลหิตในระบบประสาทเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น จึงส่งเสริมต่อกระบวนการการเรียนรู้ และบันทึกความจำ ดังนั้นวัยทารกและวัยเด็ก จึงมีการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) มากกว่าผู้ใหญ่

3. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ^(63, 65-67)

3.1 ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (dysfunctional beliefs and attitudes about sleep)

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับนั้น ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของตนเอง ซึ่ง Morin อธิบายเกี่ยวกับกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับไว้ดังนี้

ลักษณะที่ 1 คือ รับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อปัญหาการนอนหลับที่ความรุนแรงมากขึ้น

ลักษณะที่ 2 คือ เชื่อว่าผลลัพธ์ของการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน จะส่งผลกระทบต่อร่างกายในเวลากลางวัน เช่น มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน มีอาการอ่อนเพลียและทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งผลดังกล่าวสามารถเกิดจากปัจจัยอื่นๆได้อีก หรือถ้าเป็นจริงแต่มีมากไปจะเป็นการย้ำเตือนว่าตนเองมีการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด และเป็นการกระตุ้นความคิดซ้ำๆ จึงรบกวนการนอนหลับ

ลักษณะที่ 3 คือ ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่จริงของตัวเอง เช่น ต้องนอนหลับให้ครบ 8 ชั่วโมง เพราะเชื่อว่าทำให้ร่างกายแข็งแรง และส่งผลให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน ไม่จำเป็นต้องนอนครบ 8 ชั่วโมง และเมื่อไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวัง จึงเกิดความกังวลถึงผลกระทบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น นอนกลางวันชดเชยในตอนกลางวัน ส่งผลให้ตอนกลางคืนนอนไม่หลับ

นอกจากนี้ Harvey ⁽⁶⁸⁾ กล่าวว่า การสนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป จะทำให้เกิดความกังวล ซึ่งถ้ามีความวิตกกังวลมากเกินไป จะทำให้บุคคลนั้นนอนไม่หลับและเมื่อมีความกังวลเกิดขึ้นซ้ำๆ อาจทำให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องได้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้อาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น

อีกทั้ง Espire ⁽⁶⁹⁾ กล่าวว่า การมีความตั้งใจที่จะนอนให้หลับ หรือความพยายามที่จะนอนให้หลับจะทำให้รบกวนการนอนหลับและส่งผลทำให้นอนไม่หลับ

จากข้างต้นจึงสรุปได้ว่า การมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งการมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นซ้ำๆ นั้นจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้นอนไม่หลับ และทำให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale ,DBAS - 16) ของ Morin และคณะ ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง นั้นมีความเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้

4. สุขวิทยาการนอนหลับ

4.1 สุขวิทยาการนอนหลับ⁽⁷⁰⁾

สุขวิทยาการนอนหลับ ถูกนิยามครั้งแรก โดย Peter Hauri ใช้อธิบายพฤติกรรม อุปนิสัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่ง Peter Hauri นำมาใช้รักษาโรคนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับ โดยได้มาจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ และหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น คาเฟอีนและแอลกอฮอล์มีผลต่อการนอนหลับ ดังนั้นสุขวิทยาการนอนหลับ คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ - การตื่น ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำทุกวันและสอดคล้องกับวงจรชีวภาพในร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น อุณหภูมิในร่างกาย , ระดับของฮอร์โมนในกระแสเลือด เป็นต้น อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร , การทำงาน , การพักผ่อน ดังนั้นการมีสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี (poor sleep hygiene) จะรบกวนวงจรการนอนหลับ จึงส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับและการตื่น (irregular sleep - wake schedule)^(71, 72) สามารถแบ่งสุขวิทยาการนอนหลับออกเป็น 3 ด้าน⁽³²⁾ คือ

4.1.1 ด้านพฤติกรรมการนอนหลับ มีพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับ เช่น เข้านอน - ตื่นนอนไม่เป็นเวลา , มีความกังวลเมื่อนอนไม่หลับ เช่น เมื่อนอนไม่หลับแล้วดูนาฬิกาบ่อยๆ รวมถึงการทำกิจกรรมอื่นๆในห้องนอน เช่น การดูโทรทัศน์ , การฟังเพลง , การทำงานในห้องนอน เป็นต้น⁽⁷⁰⁾ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้การนอนหลับลดลง ส่งผลให้มีการงีบหลับในเวลากลางวันมากขึ้น⁽⁶⁵⁾

4.2.2 ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าอาหารและสารอาหารบางชนิดมีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่

1) เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ซึ่งสารนี้พบในชา กาแฟ โคลา ช็อกโกแลต และเครื่องดื่มอื่นๆ เช่น โซดา เครื่องดื่มชูกำลัง โดยพบว่าสารนี้จะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ทำให้เกิดการตื่นตัวและนอนไม่หลับ อีกทั้งไปยับยั้งการทำงานของ Adenosine ซึ่งสาร Adenosine นี้จะช่วยทำให้เกิดการนอนหลับ โดยคาเฟอีนจะไปจับกับ Adenosine receptor แทนสาร adenosine ดังนั้นเมื่อถูกยับยั้งจึงทำให้ไม่่วงและเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) รวมถึงลดระยะเวลาการนอนหลับ (total sleep) ในแต่ละคืน 2 ชั่วโมง และเพิ่มจำนวนครั้งในการตื่นนอนระหว่างคืน อีกทั้งส่งผลต่อรูปแบบการนอนหลับทำให้การนอนหลับในระยะ NREM 2 และ 4 ลดลงด้วย^(51, 63, 70, 73, 74)

2) อาหารจำพวกถั่ว ผักดิบและของหมักดอง จะทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร ทำให้รู้สึกไม่สบายร่างกาย อีกทั้งอาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระบบการย่อยอาหารทำงานหนัก ส่งผลให้นอนไม่หลับ⁽⁷⁵⁾

3) แอลกอฮอล์ (alcohol) ออกฤทธิ์แตกต่างจากคาเฟอีนและนิโคติน แอลกอฮอล์จะกวดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) โดยพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเย็นหรือก่อนเวลานอน 4 ชั่วโมง จะทำให้มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี และเป็นสาเหตุของการเกิดโรค restlessness ซึ่งในตอนต้นของการนอนหลับแอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์ทำให้มีนงงและง่วงนอนจึงลดระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) ส่งผลให้เกิดการนอนหลับได้ดีในช่วงแรกของการนอนหลับ และจะทำให้มีระยะหลับลึก (NREM 3) เพิ่มขึ้น แต่จะกวดการนอนระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep)^(51, 70) อีกทั้งกระบวนการย่อยสลายแอลกอฮอล์ของร่างกายนั้น จะเพิ่มระดับแคทีโคลามีน (catecholamine) ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เหงื่อออก ฝันร้าย กระบวนการดังกล่าวทำให้ร่างกายมีการขับน้ำ จึงทำให้ปวดปัสสาวะและหิวน้ำบ่อย จึงตื่นระหว่างคืน ทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก จึงเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตทำให้มีความรู้สึกตื่นตัว และวุ่นวาย ตื่นบ่อย นอนไม่หลับ⁽¹⁶⁾

4) นิโคติน (nicotine) เป็นสารที่พบในบุหรี่ยาสูบและสารอื่นๆที่เป็นผลิตภัณฑ์ของ tobacco ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายคาเฟอีน โดยถ้ามีปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินในกระแสเลือดต่ำจะช่วยให้ผ่อนคลาย แต่ถ้ามีปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินสูงขึ้นจะทำให้ตื่นตัว และวุ่นวาย ซึ่งเป็นผลของ cholinergic effect ดังนั้นการสูบบุหรี่ใกล้เวลานอนจะมีผลต่อการนอนหลับ อีกทั้งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากจะนอนหลับได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 30 นาที และพบว่ามีตื่นนอนกลางดึกด้วย^(63, 76)

4.3.3 ด้านการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย จิตใจและบุคลิกภาพ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ทำให้นอนหลับได้เร็วและลึกขึ้น อีกทั้งมีการศึกษาพบว่าในผู้ที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะมีร้อยละของระยะการหลับลึก (NREM 3) และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ (total sleep) เพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามมีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธี เช่น การออกกำลังกายช่วงก่อนเข้านอน จะเป็นกระตุ้นให้นอนไม่หลับ นอกจากนี้การออกกำลังกายที่หักโหมเกินไปจนเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จะทำให้นอนหลับยากอีกด้วย⁽⁷⁷⁾ ดังนั้นการออกกำลังกายที่ถูกวิธีนั้น ควรออกกำลังกายขนาดปานกลาง ครั้งละ 15 - 30 นาที ติดต่อกัน อย่างน้อย 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ โดยสม่ำเสมอในช่วงเวลาบ่ายหรือเวลาเย็น และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนนอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จะทำให้นอนหลับได้ดีกว่าการออกกำลังกายในช่วงเวลาเช้าหรือกลางคืน^(11, 63, 70)

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับด้วย⁽⁶³⁾ เช่น

1) ห้องนอนไม่ควรมีเสียงดังรบกวน เช่น เสียงโทรทัศน์ เสียงแอร์รถ เสียงนาฬิกาปลุก เป็นต้น เสียงเหล่านี้จะทำให้ตื่นนอนระหว่างคืน

2) อุณหภูมิห้องนอน มีผลต่อการนอนหลับ โดยอุณหภูมิห้องนอนที่เหมาะสมต่อการนอนหลับ คือ อุณหภูมิประมาณ 18 องศาเซลเซียส ซึ่งถ้าห้องมีอุณหภูมิสูงเกินกว่า 24 องศาเซลเซียส จะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวระหว่างนอน อาจตื่นกลางดึก แต่ถ้าอุณหภูมิห้องต่ำกว่า 12 องศาเซลเซียส จะส่งผลให้หลับยากและเกิดฝันร้าย

3) การถ่ายเทอากาศ ห้องนอนควรมีระบบถ่ายเทอากาศอย่างเหมาะสม ถ้าห้องนอนมีระบบถ่ายเทอากาศที่ไม่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

4) แสงสว่างภายในห้องนอน ห้องนอนไม่ควรมีแสงสว่าง เนื่องจากแสงสว่างส่งผลต่อการหลั่งของฮอร์โมนเมลาโทนิ (melatonin) ที่ช่วยให้เกิดการนอนหลับ จากข้างต้นสามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติตามสุขวิทยาการนอนได้ดังนี้⁽⁵¹⁾

1) ควรตื่นและเข้านอนให้ตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน
2) ไม่ควรนอนชดเชยและไม่ควรนอนหลับระหว่างวันเกิน 30 นาที
3) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนนอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมงและไม่ควรออกกำลังกายหนักเกินไป

4) ควรหลีกเลี่ยง การดื่ม ชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รวมถึงการรับประทานอาหารมื้อหนัก หรือ ฝืด ก่อนนอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง

5) เติงนอน ต้องไม่แข็งและนุ่มเกินไป เพราะอาจส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง

6) ห้องนอนควรมืด ไม่มีแสงไฟ รวมถึงควรมีการระบายอากาศที่ดีและไม่ควรใช้ห้องในการทำกิจกรรมอื่นๆ นอกจากการนอนหลับ

7) ก่อนเข้านอนควรผ่อนคลาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การนั่งสมาธิ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์สยองขวัญ หรือการคุยโทรศัพท์ การโต้เถียง

8) หากนอนไม่หลับภายใน 20 นาที ให้ลุกไปทำกิจกรรมอื่นๆก่อน เช่น อ่านหนังสือ แล้วกลับมานอนใหม่อีกครั้งเมื่อว่าง ไม่ควรฝืนต่อไปเพราะจะทำให้เกิดความกังวล

9) ตอนเช้าควรได้รับแสงแดดอย่างน้อย 30 นาที เนื่องจากแสงแดดเป็นตัวควบคุมนาฬิกาชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ของพัทรีญา แก้วแพง นั้นมีความเหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา⁽²⁶⁾ ในปีพ.ศ. 2558 ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ พบร้อยละ 81.2 สิ่งเร้าทางการรู้คิด ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ สิ่งเร้าด้านร่างกาย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับ จำนวนของโรคทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับ เพศและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

วรวรรณ สวนศรี ชนกพร จิตปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์⁽⁷⁸⁾ ในปีพ.ศ. 2557 ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุสุมาลย์ รามศิริ⁽⁷³⁾ ในปีพ.ศ. 2543 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่าปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ด้านร่างกาย คือความเจ็บปวด ด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวล และด้านสิ่งแวดล้อม คือ เสียง ส่วนการจัดการกับปัญหาการนอนหลับด้านต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดนั้น คือ การเปลี่ยนท่านอน การทำสมาธิ และหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน

จรรยา ฉิมหลวง ยุพิน อังสุโรจน์ และชนกพร จิตปัญญา⁽²⁷⁾ ในปีพ.ศ. 2552 ที่ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 340 คน ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิทั่วประเทศ 10 แห่ง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 17.94 ชนิดของอาการนอนไม่หลับที่พบมากที่สุด คือ การเริ่มต้นนอนหลับยาก และตื่นขึ้นกลางดึกแล้วต้องใช้เวลาานานจึงจะสามารถหลับได้อีกครั้ง และพบว่าภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนั้นภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และเพิ่มขึ้น 4 เท่า ตามลำดับ

ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽²⁸⁾ ในปีพ.ศ. 2556 ที่ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ ภาวะการดูแลครอบครัว ปัญหาความมืด/สว่าง ภายในห้องนอน ความเครียด และความเหนื่อยล้า ปัจจัยทำนายปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ ความเครียดในระดับปานกลางถึงมากที่สุด และพบว่าปัญหาการนอนหลับและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

อัญชลี ชุ่มบัวทอง วิจิตร ชะโลปถัมภ์ พิชญา ทองอยู่เย็น และคณะ⁽⁷⁹⁾ ในปีพ.ศ. 2558 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าเพศและอายุไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ คือ ความเจ็บปวดและความสูงอายุ โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.7 กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเฉลี่ย 29.87 ± 4.2 เพศ ระดับอายุและระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

วรวิมล รมไทร และสุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย⁽⁸⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2555 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 90.5 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล คือ การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง การมีระดับพุทธิปัญญาเสื่อมไม่รุนแรงหรือมีค่าคะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) ที่สูง ผู้ป่วยที่มีอารมณ์หงุดหงิดหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำซ้ำๆ อีกทั้งพบว่ามี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเพศหญิง คะแนนความซึมเศร้าจากแบบสอบถาม HAM - D และการมีภาวะโรคร่วมทางกายของผู้ดูแล

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ดันชัยสวัสดิ์⁽³¹⁾ ในปีพ.ศ. 2540 ที่ศึกษาการนอนหลับ และปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 73 พยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัด มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานผลัดเข้าอย่างเดียว นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังสัมพันธ์กับสถานที่ทำงาน ,การงีบหลับ และความเครียดในชีวิต ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในช่วง 1 เดือนสูงสุด คือ การทำงานเป็นผลัดและการมีเหตุการณ์ความเครียด

พัทธิญา แก้วแพง และชนกพร จิตปัญญา⁽³²⁾ ในปีพ.ศ. 2547 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวิทยุใหญ่ พบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77 ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวดและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่

หลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็ง ต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็ง หลอดอาหาร ระยะที่ 3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับ สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนาศิลป์ และชนกพร จิตปัญญา⁽⁸¹⁾ ในปีพ.ศ. 2549 ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 74.30 อายุ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ภาวะโภชนาการ และสุขลักษณะการ นอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ชนิดการ รักษา และการได้รับยาที่เสริมการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ.05 เพศ การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ ภาวะยูเรีย ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไตวาย

นันทวรรณ พลสุวรรณ ผ่องศรี ศรีมรกต จงจิต เสนหา และคณะ⁽⁸²⁾ ในปีพ.ศ. 2557 ที่ศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54 ปี ร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม น้อยกว่า 1 ปี ได้รับยา เคมีบำบัดสูตร adriamycin ร้อยละ 61 กลุ่มตัวอย่าง มีอาการเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย มีภาวะโรค ร่วมจำนวนน้อย และมีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี โดยพบว่า อาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อยู่ใน ระดับน้อยกับคุณภาพการนอนหลับ ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ส่วน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ โดย อาการเหนื่อยล้า สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23

Lee Seng Esmond Seow, Mythily Subramaniam, Edimansyah Abidin, Janhavi Ajit Vainankar และSiow Ann Chong⁽⁸³⁾ ในปีค.ศ. 2016 ที่ศึกษาการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมารับบริการที่ Singapore Mental Health Study อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคนอนไม่หลับและการรบกวนการนอนหลับในช่วง 1 ปี มีความสัมพันธ์ กัน คิดเป็นร้อยละ 90.9 และ 91.9 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอน หลับ คือ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง การมีโรคร่วม เช่น โรคย้ำ คิดย้ำทำ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในจำนวนที่มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับ มีจำนวนร้อยละ 28.6 เท่านั้นที่ได้รับการรักษา

Mehmet Yucel Agargun , Hayrettin Kara และ Mustafa Solmaz⁽⁸⁴⁾ ในปีค.ศ. 1997 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 41 คน ตั้งแต่อายุ 18 – 65 ปีที่มีสุขภาพดี พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาก่อนหลับ ช่วงเวลาการนอน ประสิทธิภาพการนอนโดยทั่วไป

Sai Zuo, Marita P. McCabe, David Mellor และ Yifeng Xu⁽⁸⁵⁾ ในปีค.ศ. 2015 ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศจีน ที่มีอายุ 18 - 65 ปี จำนวน 100 คน ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับ โดยมีปัจจัย ดังนี้ เพศ อายุ ระยะเวลาในการป่วยโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการนอนหลับ จำนวนครั้งที่ตื่นกลางดึก พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับและการตื่นกลางคืนได้มากที่สุด รองลงมาคือ เพศ และ อายุ

Ki Jung Changa , Sang Joon Sonb, Yunhwan Lee cd , Joung Hwan Backe , Kang Soo Leef , Soo Jin Lee และคณะ⁽⁸⁶⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเกาหลี พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ระยะเวลา ก่อนหลับที่นาน การใช้นอนหลับ รวมถึงเพศ อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด

Jacob Gindin, Tamar Shochat, Angela Chetrit, Shulamit Epstein, Yehoshua Ben Israel, Sarah Levi และคณะ⁽⁸⁷⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ศึกษาอาการนอนไม่หลับ และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การทำกิจวัตรประจำวัน การรู้คิด ภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การออกกำลังกาย ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด และการใช้นอนหลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบ ระหว่าง 7 ประเทศในทวีปยุโรป และอิสราเอล พบว่า อัตราความชุกของอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 24 ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะพบอาการนอนไม่หลับสูงที่สุด ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำขึ้นไป เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้ยาในกลุ่ม hyposedatives สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นได้

Daniel Bluestein, Carolyn M. Rutledge และ Amanda C. Healey⁽²⁵⁾ ในปีค.ศ. 2010 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับกับ อายุ เพศ สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่าสถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และปัจจัยที่ร่วมทำนายความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ คือ ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง

Patricia C Emery, Keith G Wilson และ John Kowal⁽⁸⁸⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ศึกษาโรคซึมเศร้าและการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยปวดเรื้อรัง จำนวน 60 คน มาตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้า แล้วนำมาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยปวดเรื้อรังทั้งผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยปวดเรื้อรังจำนวน 33 คน (ร้อยละ 55) ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วยและใน 32 คน จาก 33 คน (ร้อยละ 97) มีปัญหาการนอนไม่หลับและมี 21 คน จาก 27 คน (ร้อยละ 72) ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า แต่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งผู้ที่มีโรคซึมเศราร่วมด้วยจะมีระดับความเจ็บปวดสูง มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสูงและมีสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งทั้งกลุ่มที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศรามีพฤติกรรมกรนอนไม่แตกต่างกัน

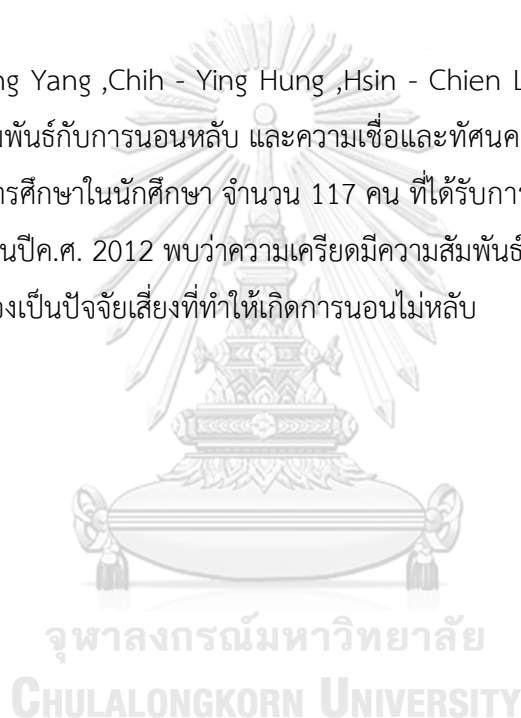
Lorna KP Suen ,Wilson WS Tam และ KL Hon⁽⁸⁹⁾ ในปีค.ศ. 2010 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขลักษณะการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาในประเทศฮ่องกง จำนวน 400 คน โดยใช้แบบประเมินวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (PSQI) และแบบประเมินวัดสุขลักษณะการนอนหลับ (Sleep hygiene know and practice) พบว่าสุขวิทยาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Monique K. LeBourgeois ,Flavia Giannotti ,Flavia Cortesi และคณะ⁽⁹⁰⁾ ในปีค.ศ. 2005 ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและสุขวิทยาการนอนหลับในวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี ประเทศอิตาลี จำนวน 776 คน และสหรัฐอเมริกา จำนวน 572 คน พบว่าวัยรุ่นในประเทศอิตาลีมีสุขวิทยาการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับดีกว่าวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา อีกทั้งพบว่าสุขวิทยาการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับทั้งสองกลุ่ม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ซึ่งสุขวิทยาการนอนหลับสามารถใช้พยากรณ์คุณภาพการนอนได้

Alice Theadom ,Mark Cropley ในปีค.ศ. 2007⁽⁹¹⁾ ที่ศึกษาความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเครียดและการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยไฟโบรมัยอัลเจีย โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มสุขภาพดี จำนวน 166 คน เป็นผู้ป่วยโรคไฟโบรมัยอัลเจีย 83 คน และคนปกติ 83 คน พบว่าผู้ป่วยไฟโบรมัยอัลเจีย มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสูง มีความเครียดสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มสุขภาพดี อีกทั้งความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ความเครียดที่สูง และมีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับและการทำกิจกรรมในเวลากลางวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chien - Ming Yang, Catherine Pei - Wern Chou, Fan - Chi Hsiao⁽⁹²⁾ ในปีค.ศ. 2011 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเครียดที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในคนที่ไม่มีปัญหาการนอน จำนวน 132 คนและผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ จำนวน 307 คน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับจะมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับนั้น เป็นปัจจัยที่ทำให้ปัญหาการนอนไม่หลับคงอยู่ รวมถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซ้ำๆ

Chien - Ming Yang , Chih - Ying Hung , Hsin - Chien Lee⁽⁹³⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ศึกษาความเครียดมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการทำนายนอนไม่หลับ โดยทำการศึกษาในนักศึกษา จำนวน 117 คน ที่ได้รับการสำรวจไปในปีค.ศ. 2006 และติดตามสำรวจอีกครั้งในปีค.ศ. 2012 พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับและความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดำเนินการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study) เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. ประชากรตัวอย่าง (Population to be sample) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตาม DSM - IV - TR หรือ DSM - V ซึ่งผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย (selection criteria)

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ผ่านตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM - IV - TR หรือ DSM - V
3. ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder หรือ dysthymia) หรือโรคซึมเศร้าที่เกิดจากภาวะทางกาย (depressive disorder due to another medical condition) หรือโรคซึมเศร้าที่เกิดจากสารหรือยา (substance/medication-induced depressive disorder) ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัย

2. มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ จากการทบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัย ดังนี้ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคจิต (psychosis) เช่น จิตเภท (schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหรือไบโพลาร์ (bipolar disorder) โรควิตกกังวล ได้แก่ generalized anxiety disorder ,panic disorder และ phobia โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive - compulsive disorder) และโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (acute stress disorder/post traumatic stress disorder)

3. มีประวัติเป็นโรคความผิดปกติของการนอนหลับสัมพันธ์กับการหายใจ (breathing – related sleep disorder) ซึ่งได้จากการทบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัยและการสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Determination)

ขนาดของตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจาก

$$\text{โดยใช้สูตร } n = \frac{(Z^2 \infty / 2) PQ}{d^2}$$

เมื่อกำหนด n = ขนาดตัวอย่างที่จะศึกษา

p = ความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

อ้างอิงของ จุฬารัตน์ จิราพงษ์ และคณะในปี 2558⁽⁷⁾ พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเท่ากับ 81.2% หรือเท่ากับ 0.81

$$q = 1 - 0.81 = 0.19$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.06$$

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล = 95% ดังนั้น ค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$ (Two tail)

แทนค่า ได้ขนาดตัวอย่าง = 164 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ 187 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (purposive or judgmental sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ทุกราย ที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์การคัดเข้าและไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้จากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 6 ข้อ ประกอบด้วย แสงสว่าง ,เสียงรบกวน จากภายในและภายนอกห้อง ,อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาว) ,กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ,ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน, ผ้าห่ม เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ^(30, 31) คือ ดัชนีวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ เครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86.5 และพบว่ามีค่าความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 มีข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ ประสิทธิภาพในการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งในแต่ละมิติได้มีค่าคะแนนไว้ 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน

การแปลผล คุณภาพการนอนหลับคำนวณจาก คะแนนรวมของทั้ง 7 องค์ประกอบ ซึ่งอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน ซึ่งการแปลผลคะแนนรวม มีดังนี้

คะแนนที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมดีกว่า

คะแนนที่สูงกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถาม ข้อ 5) ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

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

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

ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถาม 9.1)

การแปลผล	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

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

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

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1,3 และ 4)

ประสิทธิผลการนอนหลับ โดยปกติวิสัยคำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาดำเนินนอน (จากข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ 1)

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2 - 9.10)

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

ผลรวม คะแนนข้อ 9.2 - 9.10 เท่ากับ

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6)

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8)

การมีอาการง่วงนอนหรือผลอหับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามที่ 7)

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

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

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

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า ⁽²⁹⁾ แบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI - II) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ แบบสอบถามนี้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (self - rated) มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มี Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด อยู่ที่ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI - II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71 ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การแปลผล การคิดคะแนน นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ตามตัวเลขคะแนนหน้าข้อที่เลือก โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 3 คะแนน เทียบความรุนแรงตามค่าคะแนน ดังนี้

- ระดับคะแนน 0 – 13 มีภาวะ minimal depression
- ระดับคะแนน 14 – 19 มีภาวะ mild depression
- ระดับคะแนน 20 – 28 มีภาวะ moderate depression
- ระดับคะแนน 29 – 63 มีภาวะ severe depression

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ⁽²⁷⁾

แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude about sleep ,DBAS – 16) เป็นแบบประเมินของ Morin และคณะ ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง ด้วยวิธี back translate และผ่านการรับรองจากสถาบันภาษาทั้งสอง แห่ง คือ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็น Visual analog scale โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.83 มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ และประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

- 1 ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 5,7,9,12 และ 16)
- 2 ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (ข้อ 3,4,8,10,11 และ 14)

3 ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ (ข้อ 1และ 2)

4 ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ (ข้อ 6, 13 และ 15)

เกณฑ์ในการให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ช่วงความยาว ต่อเนื่อง 100 mm บนเส้นตรง (0 - 10) ในระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือ ไม่เห็นด้วย ถึง 10 คือเห็นด้วยมากที่สุด โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด

การแปลผล ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale ,DBAS – 16) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 0 - 3.8 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ

ระหว่าง 3.9 - 10 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ⁽³²⁾

แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ของพัทรีญา แก้วแพง ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .74 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ แบบประเมินนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยแบ่งการปฏิบัติตนออกเป็น

ปฏิบัติมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
ปฏิบัติมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อยที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน

ดังนั้น คะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 14 - 70 คะแนน โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การแปลผล คะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ เท่ากับ 0 - 70 คะแนน ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนจะเรียงจากปฏิบัติมากที่สุดจนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 1,2,3,4 และ 5 ตามลำดับ ได้แก่ข้อ 3,5,7,9,10,13,14 ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกคะแนนจะเรียงจากปฏิบัติมากที่สุดจนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ ได้แก่ข้อที่ 1,2,4,6,8,11,12

โดยคะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมาก แสดงถึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับที่น้อย แสดงถึงการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ดี

การกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ กำหนดจากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับออกมาเป็น 3 ระดับ ตามการแบ่งระดับของ Best ⁽⁹⁴⁾ ได้ดังนี้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ

2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ อยู่ในระดับปานกลาง

3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ อยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

- ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บวิจัยด้วยตนเอง เมื่อโครงการผ่านรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No.408 / 2017 และของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 027 / 2560

- ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยสถานที่ในการใช้เก็บข้อมูลนั้น มีความเป็นส่วนตัวสูงเนื่องจากเป็นห้องตรวจโรค ซึ่งการเก็บข้อมูลจะเก็บผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

- ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลเบื้องต้นตามเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้ได้รับเชิญในการวิจัยทราบถึงชื่อโครงการวิจัย คณะผู้วิจัย เหตุผลหรือที่มาของการทำวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย วิธีการที่จะปฏิบัติต่อกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับ รวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งผู้วิจัยตอบข้อสงสัยจนผู้ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนยินยอมลงนามในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการจะตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียวใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ไม่ต้องการตอบ โดยที่แบบสอบถามนั้นจะไม่มีระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น

- รวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอธิบายโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับเมื่อตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติ Chi - square

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อคุณภาพการนอนหลับ



บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 187 ราย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ค่าฐานนิยม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

1.3 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ กับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	27.8
หญิง	135	72.2
อายุ (min = 19 ปี,max = 82 ปี mean \pm SD= 44.09 \pm 14.8 ปี)		
18 – 40 ปี	85	45.5
41 – 60 ปี	73	39.0
61 ปีขึ้นไป	29	15.5
สถานภาพ		
โสด	77	41.2
หม้าย/หย่า/แยก	30	16.0
สมรส	80	42.8
การศึกษา		
ไม่ศึกษา	5	2.7
ประถมศึกษา	33	17.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	12.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	28	15.0
อนุปริญญา/ปวส	11	5.9
ปริญญาตรี	74	39.6
สูงกว่าปริญญาตรี	13	7.0
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	61	32.6
รับจ้าง	30	16.0
เกษตรกรกรรม	4	2.1
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	19	10.2
พนักงานบริษัทเอกชน	22	11.8
ธุรกิจส่วนตัว	46	24.6
อื่นๆ	5	2.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
รายได้จากการทำงาน		
(min = 0 บาท ,max = 60,000 บาท ,median ± IQR = 10,000 ± 25,000 บาท)		
≤10,000 บาท	103	55.0
10,000 - 20,000 บาท	34	18.2
20,001 - 30,000 บาท	23	12.3
30,001 - 40,000 บาท	13	7.0
≥ 40,001 บาท	14	7.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	107	57.2
ไม่เพียงพอ	80	42.8
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	84	44.9
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	103	55.1
โรคเบาหวาน	8	5
โรคความดันโลหิตสูง	29	18
โรคไขมันในเลือดสูง	25	15.5
โรคภูมิแพ้	35	21.6
โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ	24	14.9
โรคระบบทางเดินอาหาร	26	16.4
โรคไตรอยด์	7	4.3
อื่นๆ	7	4.3
จำนวนโรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	84	44.9
1	62	33.2
2	24	12.8
3	17	9.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่มี	47	25.1
มี	140	74.9
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่มี	45	24.1
มี	142	75.9
ประวัติการเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน		
ไม่มี	112	59.9
มี	75	40.1
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ		
ไม่มี	185	98.9
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	2	1.1
ประวัติการป่วยโรคจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	115	61.5
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	72	38.5
โรควิตกกังวล	52	54.7
โรคซึมเศร้า	10	10.5
โรคจิตหรือโรคจิตเภท	21	22.2
โรคทางจิตเวชอื่นๆ	6	6.3
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	101	54.0
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	69	36.9
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	17	9.1
ประวัติการฆ่าตัวตาย		
ไม่มี	141	75.4
มี	46	24.6

จากตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 72.2 โดยอยู่ในช่วงอายุ 18 – 40 ปีมากที่สุด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีอายุเฉลี่ยเป็น 44.09 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท มีความเพียงพอของรายได้ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 สูบบุหรี่ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9 และไม่ใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ไม่มีประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว และไม่ออกกำลังกาย จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
(n=187)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
ระดับอาการซึมเศร้า		
น้อยมาก	52	27.8
น้อย	23	12.3
ปานกลาง	42	22.5
รุนแรง	70	37.4
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
<1 ปี	79	42.2
1-5 ปี	71	38.0
6 -10 ปี	23	12.3
> 10 ปีขึ้นไป	14	7.5
(min = 1 เดือน ,max= 14 ปี ,mean ± SD = 2.83 ± 0.46 ปี)		
ชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
Antidepressants		
Tetracyclic Antidepressants		
ไม่มี	165	88.2
มี	22	11.8
Tricyclic Antidepressants		
ไม่มี	148	79.1
มี	39	20.9
SSRIs Antidepressants		
ไม่มี	54	28.9
มี	133	71.1
SARIs Antidepressants		
ไม่มี	166	88.8
มี	21	11.2
SNRIs Antidepressants		
ไม่มี	183	97.9
มี	4	2.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (n=187)

ประวัติการเจ็บป่วย	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
Antipsychotics		
Atypical		
ไม่มี	163	87.2
มี	24	12.8
Typical		
ไม่มี	167	89.3
มี	20	10.7
Hypnotics and anxiolytic		
ไม่มี	48	25.7
มี	139	74.3
Other		
ไม่มี	136	72.7
มี	51	27.3
จำนวนครั้งของการเข้าอนโรงพยาบาล		
แผนกจิตเวช		
ไม่เคย	163	87.2
เคย	24	12.8
การรักษาด้วยไฟฟ้า		
ไม่เคย	182	97.3
เคย	5	2.7

จากตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.8 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs Antidepressants จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา Antipsychotics จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาในกลุ่มคลายกังวลหรือยานอนหลับ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 และไม่เคยรับการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3



ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
แสงสว่าง/มืดภายในห้อง		
ไม่รบกวนการนอนหลับ	95	50.8
รบกวนการนอนหลับ	92	49.2
เสียงรบกวน		
ไม่รบกวนการนอนหลับ	65	34.8
รบกวนการนอนหลับ	122	65.2
อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)		
ไม่รบกวนการนอนหลับ	51	27.3
รบกวนการนอนหลับ	136	72.7
กลิ่นอับไม่พึงประสงค์		
ไม่รบกวนการนอนหลับ	99	52.9
รบกวนการนอนหลับ	88	47.1
ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน		
ไม่รบกวนการนอนหลับ	102	54.5
รบกวนการนอนหลับ	85	45.5

จากตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวนการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แสงสว่าง/ความมืด (จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2) เสียงรบกวน (จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2) อุณหภูมิ (จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7) กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ (จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1) ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ (n=187)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม		
ดี	48	25.7
ไม่ดี	139	74.3
เวลาในการเข้านอนจนหลับไป		
น้อยกว่า 30 นาที	75	40.1
ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป	112	59.9
Min = 1 นาที ,Max = 360 นาที ,Median ± IQR = 30 ± 45 นาที		
จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืน		
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	66	35.3
ตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป	121	64.7
Min = 2 ชั่วโมง ,Max = 14 ชั่วโมง ,Mean ± SD = 7.04 ± 1.98 ชั่วโมง		

จากตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้พบว่าเวลาในการเข้านอนจนหลับไปมีเวลาเข้านอนเฉลี่ย 30 นาที โดยมีเวลาในการเข้านอนจนหลับไปช้าที่สุด คือ 360 นาที และเวลาในการเข้านอนเร็วที่สุด คือ 1 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเข้านอนตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9

อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงนอนหลับได้ในแต่ละคืนเฉลี่ย 7.04 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนมากที่สุด คือ 14 ชั่วโมง และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนน้อยที่สุด คือ 2 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไปจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ
 ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา
 เกี่ยวกับการนอนหลับ (n=187)

พฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา เกี่ยวกับการนอนหลับ	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	74	39.6
ระดับปานกลาง	59	31.5
ระดับสูง	54	28.9

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา
 เกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 มีพฤติกรรมกรปฏิบัติ
 ตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ และระดับปานกลางจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ
 31.5 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา
 เกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
 ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ
 การนอนหลับ (n=187)

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	จำนวน (n=187)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	62	33.2
ระดับสูง	125	66.8

ตารางที่ 6 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง
 เกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 มีความเชื่อและ
 ทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ และมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อย
 ละ 66.8 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในแต่ละด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	mean	SD
1.ความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ		
- การนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนจะทำให้รบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในวันต่อมา	6.53	3.37
- ฉันคิดว่าถ้าหากฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนที่ผ่านมา จะทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในระหว่างวัน	5.64	3.29
- ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ฉันแทบจะทำอะไรไม่ได้ในวันถัดมา	4.66	3.20
- เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือเพียงแค่ดูเหมือนทำงานต่างๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวัน ส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น	5.63	3.23
- ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน ฉันจะต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมหรือครอบครัว	3.84	3.12
2.ความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ		
- การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย	7.33	3.25
- ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับของฉันได้	5.73	3.25
- เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันรู้ว่ามันจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอดสัปดาห์	4.73	3.38
- ฉันไม่สามารถคาดเดาได้เลยว่าฉันจะนอนหลับได้ดีหรือนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน	5.77	3.41
- ฉันมีความสามารถเพียงน้อยนิดในการจัดการกับผลเสียที่เกิดหลังจากการนอนหลับได้ไม่ดี	5.37	3.15
- ฉันรู้สึกว่าอาการนอนไม่หลับทำลายความสามารถของฉันที่จะมีความสุขกับชีวิตและทำให้ฉันไม่สามารถทำอะไรอย่างที่ยากทำ	5.98	3.10

ตารางที่ 7 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในแต่ละด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	mean	SD
3.ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับ		
- การนอนวันละ 8 ชั่วโมง ในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่างๆได้ดีในระหว่างวัน	7.07	3.17
- เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวัน หรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป	5.98	3.23
4.ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยานอนหลับ		
- ฉันควรกินยานอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นฉันจะตื่นตัวแล้วทำงานได้ตามปกติ	5.05	3.35
- ฉันเชื่อว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย	5.26	3.27
- การใช้ยานอนหลับจะเป็นวิธีเดียวที่จะแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ	4.82	3.26

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในแต่ละด้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในทุกด้านสูง โดยเฉพาะด้านความรู้สึกกังวล/หมดหนทางในการช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ในหัวข้อ “การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย” โดยมีค่า mean \pm S.D = 7.33 \pm 3.25 คะแนน นอกจากนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ในขณะที่มีอาการนอนไม่หลับ ในหัวข้อ “ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน ฉันจะต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมหรือครอบครัว” โดยมีค่า mean \pm S.D = 3.84 \pm 3.12 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความเกี่ยวข้องระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ กับคุณภาพการนอนหลับ ตารางที่ 8 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi - square (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n= 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	37	71.2	15	28.8	0.38	0.537
หญิง	102	75.6	33	24.4		
อายุ						
น้อยกว่า 60 ปี	119	77.3	35	22.7	3.96	0.047*
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	20	60.6	13	39.4		
สถานภาพ						
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	88	82.2	19	17.8	8.21	0.004**
สมรส	51	63.7	29	36.3		
การศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	69	69.0	31	31.0	3.20	0.074
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	70	80.5	17	19.5		
อาชีพ						
ไม่ประกอบอาชีพ	44	72.1	17	27.9	0.23	0.632
ประกอบอาชีพ	95	75.4	31	24.6		
รายได้จากการทำงาน						
≤10,000 บาท	76	73.8	27	26.2		
10,000 - 40,000 บาท	54	77.1	16	22.9	1.04	0.593
≥ 40,001 บาท	9	64.3	5	35.7		

ตารางที่ 8 (ต่อ) ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi - square (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n= 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	70	65.4	37	34.6	10.41	0.001**
ไม่เพียงพอ	69	86.2	11	13.8		
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	84	83.2	17	16.8	8.99	0.003**
ออกกำลังกาย	55	64.0	31	36.0		
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	59	70.2	25	29.8	1.34	0.247
มี	80	77.7	23	22.3		
จำนวนโรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	59	70.2	25	29.8		
1 โรค	68	80.0	17	20.0	2.72	0.256
2 โรค	12	66.7	6	33.3		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่มี	29	61.7	18	38.3	5.25	0.022*
มี	110	78.6	30	21.4		
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่มี	27	60.0	18	40.0	6.38	0.012*
มี	112	78.9	30	21.1		
ประวัติการเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน						
ไม่มี	72	64.3	40	35.7	14.77	<0.001**
มี	67	89.3	8	10.7		

ตารางที่ 8 (ต่อ) ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi - square (n=187)

ข้อมูลทั่วไป	คุณภาพการนอนหลับ				χ^2	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n= 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการป่วยโรคจิตเวชในครอบครัว						
ไม่มี	85	73.9	30	26.1	0.02	0.868
มี	54	75.0	18	25.0		

* $P < .05$ ** $P < .01$

จากตารางที่ 8 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ,ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ,ประวัติการสูบบุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งสถานภาพ ,ความเพียงพอของรายได้ ,การออกกำลังกาย ,ประวัติการเครื่องดื่มที่คาเฟอีน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 9 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi - square (n=187)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n=48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า						
น้อยมากถึงน้อย	37	49.3	38	50.7	41.01	<0.001**
ปานกลางถึงรุนแรง	102	91.1	10	8.9		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย						
น้อยกว่าเท่ากับ 2 ปี	86	78.9	23	21.1	2.857	0.091
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	53	67.9	25	32.1		
จำนวนครั้งของการเข้านอนโรงพยาบาลแผนกจิตเวช						
ไม่เคย	123	75.5	40	24.5	0.85	0.357
เคย	16	66.7	8	33.3		
ประวัติการฆ่าตัวตาย						
ไม่เคย	104	73.8	37	26.2	0.099	0.754
เคย	35	76.1	11	23.9		
จำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน						
1 ชนิด	4	57.1	3	42.9	1.13	0.020*
2 ชนิดขึ้นไป	135	75.0	45	25.0		

*P < .05 ** P < .01

จากตารางที่ 9 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกันกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	ไม่ดี		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสว่าง/มืด						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	58	61.1	37	38.9	17.85	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	81	88.8	11	11.2		
เสียงรบกวน						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	36	55.4	29	44.6	18.75	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	103	84.4	19	15.6		
อุณหภูมิ(ความร้อน/ความหนาวเย็น)						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	28	54.9	23	45.1	13.86	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	111	81.6	25	18.4		
กลิ่นอับไม่พึงประสงค์						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	67	67.7	32	32.3	4.88	0.027*
รบกวนการนอนหลับ	72	81.8	16	18.2		
ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน(หมอน,ผ้าห่ม)						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	65	63.7	37	36.3	13.23	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	74	87.1	11	12.9		

*P < .05 ** P < .01

จากตารางที่ 10 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ความสว่าง/มืด ,เสียงรบกวน ,อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น) และความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน,ผ้าห่ม) มีความเกี่ยวข้องกับความคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รวมถึงกลิ่นอับไม่พึงประสงค์มีความเกี่ยวข้องกับความคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187)

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ				χ^2	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n=48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับต่ำ	28	45.2	34	54.8	41.37	<0.001**
ระดับสูง	111	88.8	14	11.2		

**P < .01

จากตารางที่ 11 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับความคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 12 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Chi - square (n=187)

พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ	คุณภาพการนอนหลับ				χ^2	P - value
	ไม่ดี (n=139)		ดี (n=48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับต่ำ	69	93.2	5	6.8		
ระดับปานกลาง	47	79.7	12	20.3	43.26	<0.001**
ระดับสูง	23	42.6	31	57.4		

** P < .01

จากตารางที่ 12 ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับความคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอน โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

นำตัวแปรต้นที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ มาวิเคราะห์ Multiple Logistic regression ด้วยวิธี Forward likelihood ratio โดยนำตัวแปรต้นดังต่อไปนี้เข้าสมการ

ปัจจัยส่วนบุคคล

- อายุ
- ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์
- ประวัติการสูบบุหรี่
- สถานภาพ
- ความเพียงพอของรายได้
- การออกกำลังกาย
- ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

- ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า
- จำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

- ความสว่าง/ความมืด
- เสียงรบกวน
- อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)
- กลิ่นอับไม่พึงประสงค์
- ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน

ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

- ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ตารางที่ 13 ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติ Logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลตัวแปรอื่นๆด้วยวิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio)

ปัจจัยที่ศึกษา ^a	b	S.E.(b)	P-value	Adjusted OR(95% CI)
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า				
ระดับปานกลาง/รุนแรง	2.44	0.51	<0.001**	11.52 (4.23 – 31.40)
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ				
ระดับสูง	1.74	0.46	<0.001**	5.68 (2.32- 13.87)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.40	0.53	0.008**	4.06 (1.43 - 11.50)
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ				
แสงสว่าง/มีดภายในห้อง	1.32	0.483	0.006**	3.74 (1.45 - 9.65)
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	1.76	0.52	0.023*	3.42 (1.17 - 8.95)

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

^a ตัวแปรที่ถูกควบคุมอิทธิพลในการวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ ,สถานภาพ ,ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ,ประวัติการสูบบุหรี่ ,ความเพียงพอของรายได้ ,การออกกำลังกาย ,การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ,ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ,จำนวนชนิดของยาด้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน ,สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ความสว่าง/มืด ,เสียง ,อุณหภูมิ ,กลิ่นไม่พึงประสงค์ ,ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน ,ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

****ไม่นำตัวแปรพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับการนอนหลับเข้าสมการ เนื่องจากตัวแปรนี้มีความแปรปรวนซ้อนทับกับตัวแปรต้นตัวอื่นๆ (multicollinearity) จึงไม่สามารถนำมาคำนวณในสมการได้

จากตาราง 13 ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆแล้ว ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางหรือรุนแรง มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร่าระดับเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การรบกวนของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในด้านแสงสว่าง/ความมืดภายในห้อง มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการรบกวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การมีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 5

สรุปผลวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตลอดจนเพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ผ่านตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM - IV - TR หรือ DSM - V ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยสามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 187 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

สถิติเชิงพรรณนาในการบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi - square ในการวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติ Logistic regression ด้วยวิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 72.2 โดยอยู่ในช่วงอายุ 18 – 40 ปี มากที่สุด จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และมีอายุเฉลี่ยเป็น 44.09 ปี มีสถานภาพสมรสจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท มีความเพียงพอของรายได้ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 สูบบุหรี่ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 75.9 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9 และไม่ใช้สารเสพติดอื่นๆ จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ไม่มีประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว และไม่ออกกำลังกาย จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.8 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้าในกลุ่มของ SSRIs Antidepressants จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา Antipsychotics จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาในกลุ่มคลายกังวลหรือยานอนหลับ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 และไม่เคยรับการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3

3. ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวนการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แสงสว่าง/ความมืด (จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2) เสียงรบกวน (จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2) อุณหภูมิ (จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7) กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ (จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1) ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5)

4. ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้พบว่าเวลาในการเข้านอนจนหลับไปมีเวลาเข้านอนเฉลี่ย 30 นาที โดยมีเวลาในการเข้านอนจนหลับไปช้าที่สุด คือ 360 นาทีและเวลาในการเข้านอนเร็วที่สุด คือ 1 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเข้านอนตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9

อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงนอนหลับได้ในแต่ละคืนเฉลี่ย 7.04 ชั่วโมง โดยมีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนมากที่สุด คือ 14 ชั่วโมง และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนน้อยที่สุด คือ 2 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ในแต่ละคืนตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไปจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7

5. ข้อมูลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ และระดับปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง

6. ข้อมูลด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 66.8 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง

7. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ , ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ , ประวัติการสูบบุหรี่ , สถานภาพ , ความเพียงพอของรายได้ , การออกกำลังกาย , ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่คาเฟอีน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า , จำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ความสว่าง/มืด , เสียงรบกวน , อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น) , กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ และความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน , ผ้าห่ม)

ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

8. ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ , ความไม่เพียงพอของรายได้
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในด้านแสงสว่าง/มืดภายในห้อง
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลางหรือรุนแรง
ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 74.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seow LSE และคณะ⁽⁸³⁾ ในปีค.ศ. 2016 ที่ศึกษาการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมารับบริการที่ Singapore Mental Health Study อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของโรคนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 90.9 อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abad และคณะ⁽⁹⁵⁾ ในปี ค.ศ. 2005 ที่รวบรวมการศึกษาความชุกเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในโรคทางจิตเวช พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 60 - 90 นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Norifumi T และคณะ⁽⁹⁶⁾ ในปี ค.ศ. 2005 ที่รวบรวมผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 67 ซึ่งในผู้ป่วยซึมเศร้าจะพบว่ามี REM sleep latency ลดลง REM density เพิ่มขึ้น และมีระยะหลับลึกลดลง (NREM 3) ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้านอนไม่หลับและตื่นง่าย⁽²⁶⁾ ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

1. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽⁸⁵⁾ ในปีค.ศ. 2015 ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศจีน ที่มีอายุ 18 - 65 ปี จำนวน 100 คน พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับ และการตื่นกลางคืนได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang KJ และคณะ⁽⁸⁶⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ทำการศึกษาคูณภาพการนอนหลับที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศเกาหลี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างการนอนหลับ (sleep architecture) อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น มีการลดลงของการสร้างฮอร์โมนเมลาโทนิ (melatonin) เป็นต้น^(97, 98) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ - การตื่น (sleep - wake cycle) รวมถึงอาจเกิดจากความเสื่อมของ

เซลล์ประสาทในสมอง และเซลล์ที่ควบคุมจังหวะการนอนหลับ (circadian rhythm) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้า ทำให้ระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ลดลง อีกทั้งมีการเพิ่มขึ้นของระยะหลับตื้น (NREM 1, NREM 2) การเปลี่ยนแปลงนี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระยะการหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ลดลง ในขณะที่ระยะหลับตื้นจะเพิ่มขึ้น (NREM 1, NREM 2) จึงทำให้หลับไม่ลึกและถูกกระตุ้นให้ตื่นได้ง่าย (16, 98)

สถานภาพสมรส มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าสถานภาพสมรสเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมทางหนึ่ง ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดในชีวิตได้ อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า⁽⁹⁹⁾ หากไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคมหรือมีน้อย เมื่อมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอาจทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้อาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌักควรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ.2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barzagan M. และคณะ⁽¹⁰¹⁾ ในปีค.ศ.1996 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้า สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการนอนหลับ พบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

ความเพียงพอของรายได้ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌักควรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ.2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Anders ที่ประเทศเยอรมันในปี 2014 และ Arber ที่สหราชอาณาจักร ในปี 2009 พบว่าปัญหาการนอนหลับนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับเศรษฐกิจทางสังคมโดยผู้ที่มีระดับเศรษฐกิจทางสังคมในระดับสูง จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่า⁽¹⁰²⁾

การมีรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการกระตุ้นทางความคิดและอารมณ์ ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ทำให้แอดรีนาลิน (adrenaline) และ คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) เพิ่มขึ้นทำให้อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น⁽¹⁰³⁾ จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

การออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nalin A. และคณะ⁽¹⁰⁴⁾ ในปีค.ศ. 1997 ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่ ซึมเศร้า พบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abby C. และคณะ⁽¹⁰⁵⁾ ในปีค.ศ. 1997 ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายระดับปานกลางต่อคุณภาพ การนอนหลับในผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ และผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่าการออกกำลังกาย ความหนักระดับปานกลางส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Helen S. และคณะ⁽¹⁰⁶⁾ ในปีค.ศ. 2000 ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและการนอนหลับ พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง จะเพิ่มจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ (total sleep time) ลดระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) และเพิ่มระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep)

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายก่อนเข้านอนอย่างน้อย 2 ชั่วโมง จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับ โดยจะเพิ่มระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ทำให้หลับลึกขึ้น และเพิ่มจำนวนชั่วโมงของการนอนหลับ (total sleep time)⁽⁷⁰⁾

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและเป็นปัจจัย ทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีค.ศ. 2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัท การบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการ นอนหลับ และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Schrojenstein Lantman M และคณะ⁽¹⁰⁷⁾ ในปีค.ศ. 2017 ที่ศึกษาการเมาสุรา คุณภาพการนอน หลับและการง่วงนอนในตอนกลางวัน พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน หลับที่ไม่ดี และมีความสัมพันธ์กับการง่วงนอนในเวลากลางวัน

การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเย็นหรือก่อนเวลานอน 4 ชั่วโมง จะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ ไม่ดี ซึ่งในตอนต้นของการนอนหลับ แอลกอฮอล์จะมีฤทธิ์ทำให้มีนงงและง่วงนอนจึงลดระยะเวลา ก่อนหลับ (sleep latency) ส่งผลให้เกิดการนอนหลับได้ดีในช่วงแรกของการนอนหลับ และจะทำให้ มีระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) เพิ่มขึ้น แต่จะกุดการนอนหลับระยะการกลอก ตาเร็ว (REM sleep)^(51, 70) อีกทั้งกระบวนการย่อยสลายแอลกอฮอล์ของร่างกายนั้น จะเพิ่มระดับแคที โคลามีน (catecholamine) ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เหงื่อออก ฝันร้าย กระบวนการ ดังกล่าว ทำให้ร่างกายมีการขับน้ำ จึงทำให้ปวดปัสสาวะและหิวน้ำบ่อย จึงตื่นระหว่างคืน ทำให้ รูปแบบการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท ซึมพาเทติก จึงเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต⁽¹⁶⁾ ทำให้มีความรู้สึกตื่นตัว และวุ่นวาย ตื่นบ่อย นอนไม่หลับ ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

การสูบบุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaehnem A. และคณะ⁽¹⁰⁸⁾ ในปีค.ศ.2012 ที่ศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่อการนอนหลับวิเคราะห์โดยใช้เครื่อง Polysomnographic พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีการเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) ,REM sleep density มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อีกทั้งผู้ที่สูบบุหรี่มีการลดลงของระยะเวลาการนอนหลับ (sleep period time) รวมถึงมีการเคลื่อนไหวของขาและการหยุดหายใจขณะนอนหลับมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌักควรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Phillips BA และคณะ⁽¹⁰⁹⁾ ในปีค.ศ. 1995 ที่ศึกษาการสูบบุหรี่และการรบกวนการนอนหลับ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะนอนหลับยากและมีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Wetter และคณะ⁽¹¹⁰⁾ ในปี1994 ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสูบบุหรี่ต่อการนอนหลับ โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 1.2 - 2.6 เท่า

ในบุหรี่มีสารที่เรียกว่า นิโคติน ซึ่งถ้ามีปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินในกระแสเลือดต่ำ จะช่วยผ่อนคลาย แต่ถ้ามีปริมาณความเข้มข้นของนิโคตินในกระแสเลือดสูง จะมีฤทธิ์ไปเพิ่มระดับแคทีโคลามีน (catecholamine) ให้สูงขึ้น จึงเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลของ cholinergic effect ทำให้มีความรู้สึกตื่นตัว และวุ่นวาย นอนไม่หลับ^(16, 63, 76) อีกทั้งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากจะนอนหลับได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 30 นาที และพบว่ามีตื่นนอนกลางดึก^(63, 76) ดังนั้นการสูบบุหรี่ก่อนนอน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฌักควรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ.2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tachibana H. และคณะ⁽¹¹¹⁾ ในปีค.ศ. 1998 ที่ศึกษาความชุกและรูปแบบของอาการนอนไม่หลับในพนักงานและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความเครียดและชนิดของการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ที่ดื่มกาแฟเป็นประจำจะนอนหลับยากและตื่นกลางดึกบ่อยๆ

สารคาเฟอีนจะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และไปยับยั้งการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการนอนหลับ คือ adenosine โดยการไปจับกับ adenosine receptor แทนสาร adenosine ดังนั้น เมื่อถูกยับยั้งจึงทำให้ไม่่วงและเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) รวมถึงลดระยะเวลาการนอน (total sleep) ในแต่ละคืน 2 ชั่วโมง และเพิ่มจำนวนครั้งในการตื่นนอนระหว่างคืนด้วย

อีกทั้งส่งผลต่อรูปแบบการนอนหลับทำให้การนอนหลับระยะ NREM 2 และ NREM 3 ลดลง^(51, 63, 73, 74) ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนนอนจึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

แสงสว่าง/มืด มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แยมมา และคณะ⁽²⁸⁾ ในปีพ.ศ. 2556 ที่ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับความมืด/ความสว่างภายในห้องนอน สอดคล้องกับการศึกษาของณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) พบว่าแสงสว่างเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏนภา อารยะศิลป์ประรพี และคณะ⁽¹¹²⁾ ในปีพ.ศ. 2557 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมในด้านแสงสว่างทำให้เกิดการรบกวนการนอนหลับ

ความมืด - แสงสว่าง มีความสัมพันธ์กับวงจรการหลับ - ตื่น โดยเกี่ยวข้องกับการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับและกระตุ้นวงจรการนอนหลับ คือ ฮอร์โมนเมลาโทนิน (melatonin) ซึ่งจะหลั่งในช่วงกลางคืน และเป็นสภาพที่ไม่มีแสง โดยลดระดับความตื่นตัวและอุณหภูมิของร่างกายลง จึงทำให้เกิดการนอนหลับ แต่หากมีการกระตุ้นของแสงสีน้ำเงินและเขียวในเวลากลางคืน ทำให้เกิดการเลื่อนของนาฬิกาชีวิตออกไป^(51, 52) ดังนั้น แสงสว่างจึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

เสียงรบกวน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carter NL.⁽¹¹³⁾ ในปีค.ศ.1995 ที่ศึกษาเสียงของรถยนต์ มีผลต่อการนอน พบว่าเสียงรถยนต์จะทำให้จำนวนระยะการหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ลดลงและเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับ (sleep latency) ในวัยรุ่นที่ไม่เคยชินกับเสียง สอดคล้องกับการศึกษาของณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) พบว่าเสียงเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏนภา อารยะศิลป์ประรพี และคณะ⁽¹¹²⁾ ในปีพ.ศ. 2557 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยปัจจัยสิ่งแวดล้อมในด้านเสียงทำให้รบกวนการนอนหลับ

เสียงรบกวนทำให้รบกวนการนอนหลับ โดยพบว่าที่ระดับความดังของเสียงที่ต่ำกว่า 35 เดซิเบล บุคคลยังสามารถนอนหลับได้ดี แต่การนอนหลับจะถูกรบกวนและถูกกระตุ้นให้ตื่นด้วยเสียงที่ดังมากกว่า 45 เดซิเบล ซึ่งเสียงที่มารบกวนขณะนอนทำให้จำนวนการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ลดลง⁽¹¹⁴⁾ ส่งผลให้หลับยากและตื่นเร็ว อีกทั้งพบว่าเสียงที่เกิดขึ้นบางครั้งบางคราวจะรบกวนการนอนหลับมากกว่าเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾ ดังนั้นเสียงรบกวนขณะนอนจึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น) มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁰⁰⁾ ในปีพ.ศ. 2546 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าความหนาวเย็นเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏนภา อารยะศิลป์ประรพี และคณะ⁽¹¹²⁾ ในปีพ.ศ. 2557 ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในด้านอุณหภูมิความร้อน

อุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทำให้รบกวนการนอนหลับ โดยในขณะนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ร่างกายจะไม่มีอาการควบคุมอุณหภูมิ ดังนั้นอุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมจะส่งผลต่ออุณหภูมิในร่างกาย⁽¹¹⁵⁾ ซึ่งอุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการนอนหลับ คือ 18 องศาเซลเซียส แต่ถ้าอุณหภูมิห้องสูงกว่า 24 องศาเซลเซียส จะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวระหว่างนอน ทำให้การนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) และการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ลดลง จึงตื่นบ่อย ในขณะที่อุณหภูมิต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียสจะทำให้หลับยากและเกิดความฝันเกี่ยวกับอารมณ์ที่ไม่พอใจ⁽¹⁶⁾ ดังนั้นอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมขณะนอนจึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bell IR และคณะ⁽¹¹⁶⁾ ในปีพ.ศ. 1996 ที่ศึกษาสิ่งแวดล้อมในด้านกลิ่นสารเคมีที่ไม่พึงประสงค์ในชุมชนมีผลต่อรูปแบบการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่ากลิ่นสารเคมีที่ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ โดยกลิ่นอับไม่พึงประสงค์จะทำให้ระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM sleep) ลดลง และมี REM latency เพิ่มขึ้น ดังนั้นกลิ่นอับที่ไม่พึงประสงค์จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน, ผ้าห่ม, ที่นอน) มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Jacobson BH และคณะ⁽¹¹⁷⁾ ในปีค.ศ.2008 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและ stress - relate โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อน - หลังที่ใช้ที่นอนเก่า และใช้ที่นอนใหม่ พบว่าการนอนที่นอนใหม่สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ โดยที่นอนที่นุ่มอาจก่อให้เกิดอาการปวดหลัง รวมถึงที่นอนที่แข็งเกินไปอาจก่อให้เกิดอาการปวดในผู้ที่มีข้ออักเสบ⁽¹⁶⁾ ดังนั้นความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และคณะ⁽²⁶⁾ ในปีพ.ศ. 2558 ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bluestein D และคณะ⁽²⁵⁾ ในปีค.ศ. 2010 ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับกับ อายุ เพศ สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และปัจจัยที่ทำนายความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ คือ ภาวะซึมเศร้าในระดับสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Gindin J และคณะ⁽⁸⁷⁾ ในปีค.ศ. 2014 ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบระหว่าง 7 ประเทศในทวีปยุโรปและอิสราเอล พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำขึ้นไป อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽⁸⁵⁾ ในปีค.ศ. 2015 ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศจีน อายุ 18 - 65 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับและการตื่นกลางคืนได้มากที่สุด

อาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กัน ในลักษณะ bidirectional คืออาการซึมเศร้าทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่เดียวกันอาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า⁽⁵¹⁾ อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงจะมีระยะเวลาการเกิด REM latency ลดลง ซึ่งเกิดจากการนอนหลับระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ slow wave sleep) ลดลง ดังนั้นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงจะส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น⁽³⁹⁾ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับยากและตื่นบ่อย เนื่องจากอาการซึมเศร้าจะทำให้ระดับ Monoamine oxidase สูงขึ้น ซึ่งมีผลทำลาย Serotonin และ Noradrenaline ทำให้ลดต่ำลง โดย Serotonin มีหน้าที่ในการควบคุมการนอนหลับ อุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต รวมถึงทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้

เมลาโทนิน (melatonin) ทำงาน ดังนั้นเมื่อ Serotonin ลดลง ทำให้เมลาโทนิน (melatonin) ทำงานน้อยลง จึงส่งผลต่อวงจรการหลับ - ตื่น^(39, 103) ดังนั้นความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

จำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งยังไม่พบการศึกษา อาจเป็นเพราะในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงจะมีแนวโน้มต้องใช้ยาในการรักษามากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่ตอบสนองต่อยาเพียงตัวเดียว เช่น การรักษาแบบผสม คือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้าตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป⁽¹¹⁸⁾ ยาต้านเศร้าแต่ละชนิดจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยยาในกลุ่ม SSRIs จะทำให้เกิด REM suppression ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการเกิด REM (REM latency) และลดจำนวนของการเกิด REM sleep⁽¹¹⁹⁾ ดังนั้นจำนวนชนิดของยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิตา ชนะมณี และคณะ⁽¹²⁰⁾ ในปี 2549 ที่ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ พบว่าสุขวิทยาการนอนมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suen LK และคณะ⁽⁸⁹⁾ ในปีค.ศ. 2010 ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างสุขวิทยาการนอนหลับกับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาในประเทศฮ่องกง พบว่าสุขวิทยาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Monique KL และคณะ⁽⁹⁰⁾ ในปีค.ศ.2005 ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและสุขวิทยาการนอนหลับในวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี ประเทศอิตาลีและสหรัฐอเมริกา พบว่าสุขวิทยาการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับของทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยสุขวิทยาการนอนหลับสามารถใช้พยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้

สุขวิทยาการนอนหลับ คือ แนวทางในการปฏิบัติเพื่อการนอนหลับ ทำให้คุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาในการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ซึ่งหลักการเหล่านี้ได้มาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และได้จากการสังเกตผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ เช่น ไม่ควรงีบหลับในตอนกลางวัน หรือถ้านอนในตอนกลางวันไม่ควรเกิน 30 นาที เพราะว่าการนอนกลางวัน จะส่งผลต่อสมดุลการตื่นและการหลับ , หากนอนไม่หลับภายใน 20 นาที ไม่ควรกังวล ให้ลุกขึ้นไปทำกิจกรรมอื่นๆก่อน เพราะความกังวลหรือการตั้งใจที่จะหลับ หรือการพยายามที่จะนอนให้หลับ จะส่งผลให้นอนไม่หลับ , ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนนอนหรือควรดื่มก่อนนอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพราะสารคาเฟอีนจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยไปยับยั้งการ

จับ adenosine ที่ adenosine receptor ในสมอง ทำให้ไม่่วงนอน เป็นต้น^(51, 70) ดังนั้นสุขวิทยาการนอนหลับ จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

5. ปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และคณะ⁽²⁶⁾ ในปีพ.ศ. 2558 ที่ทำการศึกษาศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang C - M และคณะ⁽⁹²⁾ ในปีค.ศ.2011 ที่ทำการศึกษาศึกษาระหว่างความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเครียดที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในวัยรุ่น พบว่าผู้ที่ปัญหาการนอนหลับจะมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Bluestein D และคณะ⁽²⁵⁾ ในปีค.ศ. 2010 ที่ทำการศึกษาศึกษาระหว่างความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับกับอายุ เพศ สถานะทางด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ Harvey กล่าวว่ากลไกทางด้านการรู้คิดมีผลต่อการนอนไม่หลับ ความกังวล และการคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป ทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งในบางคนความกังวลนี้อาจพัฒนาไปเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดความกังวลมากขึ้น⁽⁶⁸⁾ ทำให้ปัญหาการนอนไม่หลับคงอยู่

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับนั้น ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ โดยเกิดจากกลไกความกังวลที่มากเกินไป นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้นอนหลับยาก ซึ่งถ้าวงจรของความกังวลดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำๆจะเป็นตัวกระตุ้น ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ⁽⁶⁸⁾ และทำให้มีอาการนอนไม่หลับคงอยู่ ดังนั้นความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา จึงบอกได้เพียงความชุกของคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ นอกจากนี้การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ทั้งหมด อีกทั้งการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (Self - Rating) ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความลำ รวมถึงแบบสอบถามมีลักษณะที่ต้องให้ข้อมูลย้อนหลัง (recall) จึงอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross - sectional descriptive study design) จึงสามารถบอกได้เพียงความชุกของคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ในการศึกษาต่อไปอาจทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytic study design) โดยทำการศึกษาคูณภาพการนอนหลับโดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะหลับ (Polysomnography) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

การนำไปใช้ประโยชน์

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ การปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านความกังวลที่เกี่ยวกับผลกระทบของการนอนไม่หลับซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ จะช่วยลดความวิตกกังวลต่อการนอนไม่หลับ รวมถึงการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน ซึ่งควรงดการดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพราะสารคาเฟอีนและแอลกอฮอล์จะรบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอนหลับนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยควรจัดให้ห้องนอนไม่มีแสงสว่างมารบกวน มีอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป และควรเงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าว พร้อมทั้งการปรับความคิด และพฤติกรรม อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ลดอาการของโรคและช่วยลดโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การซักประวัติด้านปัญหาการนอนหลับ จะช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอีกด้วย

รายการอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555
2. ธรณินทร์ กองสุข. โรคซึมเศร้า อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท, 2550
3. Rihmer Z. Mood disorders: epidemiology In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Philadelphia: Lippincott willams & Wilkins, 2005
4. สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2556
5. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกานานนท์. ตำราโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2558
6. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. THE LANCET 349 (May 1997): 1498–504.
7. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภา กิตติรัตน์ ไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติปี 2546. 12 (กันยายน 2547): 177-88.
8. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health 11 (January 2011): 53.
9. กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์, 2555
10. Keller MB, Boland RJ. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. Biological Psychiatry 44 (September: 348-60.
11. วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. สรีรวิทยาการนอนหลับ สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536
12. สมภพ เรื่องตระกูล. ความผิดปกติของการนอนหลับการประเมินและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2550

13. Liu Y, Tanaka H. Overtime work, insufficient sleep, and risk of non-fatal acute myocardial infarction in Japanese men. Occupational and Environmental Medicine 59 (July 2002): 447-51.
14. ราตรี สุดทรวง. ประสาทวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์, 2539
15. นันทวัช สิริธีร์รักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, พนม เกตุมาน. จิตเวช ศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์น ไทย, 2558
16. สุदारัตน์ ชัยอาจ, พวงพยอม ปัญญา. การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสภาการพยาบาล 20 (เมษายน-มิถุนายน 2548): 1-12.
17. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. Sleep 17 (October 1994).
18. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. Dialogues Clin Neurosci 10 (December 2008): 473-81.
19. Wilson S, Nutt DJ. Sleep Disorders New York: OUP Oxford, 2008
20. Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, Fan M-Y, Sateia MJ, Lyness JM, et al. Is Insomnia a Perpetuating Factor for Late-Life Depression in the IMPACT Cohort? SLEEP 31 (April 2008).
21. Reynolds III CF, Frank E, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Cornes C, et al. Which Elderly Patients With Remitted Depression Remain Well With Continued Interpersonal Psychotherapy After Discontinuation of Antidepressant Medication? Am J Psychiatry 154 (July 1997).
22. Asche CV, Joish VN, Camacho F, Drake CL. The direct costs of untreated comorbid insomnia in a managed care population with major depressive disorder. Current Medical Research and Opinion 26 (August 2010): 1843-53.
23. Kim J-M, Stewart R, Kim S-W, Yang S-J, Shin I, Yoon J-S. Insomnia, Depression, and Physical Disorders in Late Life: A 2-year Longitudinal Community Study in Koreans. Sleep 32 (September 2009): 1221-8.

24. Gindin J, Shochat T, Chetrit A, Epstein S, Ben Israel Y, Levi S, et al. Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in Long TERM care Study. Journal of the American Geriatrics Society 62 (2014): 2033-9.
25. Daniel B, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care. Journal of American Board of Family Medicine 23 (March-April 2010).
26. จุฑารัตน์ จิราพงษ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.
27. จรรยา ฉิมหลวง. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2009.
28. ชลธิชา แยมมา, พีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย. ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้าและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 58 (เมษายน-มิถุนายน 2556): 183-96.
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II: San Antonio, 1996
30. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 28 (May 1989): 193-213.
31. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรวิทย์ ต้นชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42 (กรกฎาคม-กันยายน 2540): 123-32.
32. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
33. ดวงใจ กษานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ กรุงเทพมหานคร: นานักวิชาการพิมพ์, 2542
34. อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2553
35. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มอชวิชาการ 19 (มกราคม-มิถุนายน 2559): 105-16.

36. ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์, 2556
37. Dryden W. Developments in Psychotherapy Historical Perspectives London: SAGE Publication Ltd, 1996
38. Beck AT. The Diagnosis and management of depression: University of Pennsylvania Press, 1973
39. สายฝน เอกวารงกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส, 2553
40. รณชัย คงสกนธ์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, อวยชัย ตรจนนิรันดร์กิจ. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48 (ตุลาคม-ธันวาคม 2546): 211-22.
41. ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, บุชบา จินตาวิจักษณ์. Pharmacotherapy of Psychiatric Disorders กรุงเทพฯ: ประชาชน, 2558
42. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2549
43. Mayers AG, Baldwin DS. Antidepressants and their effect on sleep. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 20 (October 2005): 533-59.
44. Reite M, Rubby J, Nagel K. Sleep Disorders New York: American Psychiatric publishing, 1954
45. เกษม ต้นติผลาชีวะ. การนอนหลับ และวงจรการนอนหลับ: ไขลึกลับ, 2543
46. ดารัสณี โปธารส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 1 (มกราคม-มีนาคม 2560): 25-36.
47. สันต์ หัตถ์รัตน์. นอนไม่หลับ กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2536
48. Bsc RAW, Thompson DR. Sleep in hospital. Journal of Advanced Nursing 11 (July 1986): 447-57.
49. ฉันทนา แรงสิงห์. คุณภาพนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
50. ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

51. กัลยา ปัญจพรผล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, นฤชา จิรกาลวสาน, มณฑิตา วีริกรรม, วิชญ์ บรรณศิริณ. เวชศาสตร์การนอนหลับขั้นพื้นฐาน สำหรับแพทย์ พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์ กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2560
52. อรพินทร์ เชียงปิว. นาฬิกาชีวภาพกับการนอนหลับ วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 7 (มีนาคม 2555).
53. Carskadon MA, Dement WC. Monitoring and staging human sleep 2011
54. ชีรเดช คุปตานนท์, วิสาข์สิริ ตันตระกูล, กัลยา ปัญจพรผล, นฤชา จิรกาลวสาน, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์การหลับ กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2559
55. มาโนช หล่อตระกูล, แสงอุษา สุทธิธนกุล. ความผิดปกติด้านการนอน กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2548
56. Rumble ME, White KH, Benca RM. Sleep Disturbances in Mood Disorders. Psychiatric Clinics of North America 38 (December 2015): 743-59.
57. Buysse DJ, Nofzinger EA, Keshavan MS. Psychiatric disorders associated with disturbed sleep and circadian rhythms New York: Marcel Dekker, Inc., 1999
58. Chokroverty S. Clinical Companion to Sleep Disorders Medicine. 2. New York: British Library, 2000
59. Buysse DJ. Sleep Disorders and Psychiatry John M. O, Michelle B. R. Washington: American Psychiatric Publishing, 2005
60. Bae C, Avidan A. Evaluation and testing of the sleepy patient 2008
61. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Research in Nursing & Health 10 (June 1987): 155-63.
62. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep 29 (November 2006): 1415-9.
63. Morin CM, Colin AE. Insomnia A Clinical Guide to Assessment and Treatment New York: Plenum Publishers, 2004
64. Hodgson LA. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing 16 (December 1991): 1503-10.

65. Morin CM. Psychological Assessment and Management New York: The Guilford Press, 1993
66. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behaviour Research and Therapy 40 (July 2002): 741-52.
67. Spielman AJ, Nunes J, Glovinsky PB. Insomnia. Neurological Clinics 14 (August 1996): 513-43.
68. วรุตม์ อุ๋นจิตสกุล, พิเชฐ อุดมรัตน์. ความรู้คิดและพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 61 (มกราคม-มีนาคม 2559): 89-106.
69. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. Sleep Med Rev 10 (Aug 2006): 215-45.
70. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. Sleep Medicine Reviews 7 (June 2003): 215-25.
71. Monk ea. A simple way to measure daily lifestyle regularity. European sleep research society 11 (September 2002): 183-90.
72. นางลักษณ์ อนันตอาจ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
73. กุสุมาลย์ รามศิริ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
74. Roehrs T, Roth T. Caffeine: Sleep and daytime sleepiness. Sleep Medicine Reviews 12 (April 2008): 153-62.
75. เพียรดี เปี่ยมมงคล. นอนไม่หลับใน การพยาบาลจิตเวช กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์, 2536
76. Shilo Lea. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. Sleep Medicine 3 (May 2002): 271-3.
77. ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

78. วรวรรณ สวนศรี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
79. อัญชลี ชุ่มบัวทอง, วิจิตร ชะโลปลั้มภัก, พิชญา ทองอยู่เย็น, ศรายุทธ โชคชัยวรรรัตน์, กันตภณ ธรรมวัฒนา, บังอร ฉางทรัพย์, et al. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและความรู้สึกรู้สึกในตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 24 (กันยายน-ตุลาคม 2558): 833-43.
80. วรวิมล รมไทร. คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่คลินิกโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
81. ทศนา นิลพัฒน์, ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
82. นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสน่หา, พรชัย โอเจริญรัตน์. ปัจจัยทำนาย คุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากรับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ 34 (September-December 2557): 19-38.
83. Seow LSE, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Sleep disturbance among people with major depressive disorders (MDD) in Singapore. Journal of Mental Health 25 (January 2016): 492-9.
84. Mehmet ya, Hayrettin k, Mustafa s. Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. Journal of Psychiatric Reseach 31 (May-June 1997): 377-81.
85. Zuo S, McCabe M, Mellor D, Xu Y. Sleep problems among clinically depressed adults in China. Journal Of Mental Health Vol. 24 2015): 43-7.
86. Ki Jung Chang, Sang Joon Son, Yunhwan Lee, Joung Hwan BackKang Soo Lee. Perceived sleep quality is associated with depression in a Korean elderly population. Archives of Gerontology and Geriatrics 59 (September-October 2014): 468-73.
87. Gindin J, Shochat T, Chetrita A, Epstein S, Ben Israe Y, Levi S, et al. Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel. Clinical Investigations 62 (November 2014): 2033-9.

88. Patricia C E, Keith G W, John K. Major depressive disorder and sleep disturbance in patients with chronic pain. Pain Res Manag 19 (January-February 2014): 35-41.
89. Lorna K P Suen, Wilson W S Tam, Ellis Ham Lun Hon. Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. Hong Kong medical 16 (June 2010): 180-5.
90. Monique K L, Flavia G, Flavia C, R W, John H. The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. PEDIATRICS 115 (January 2005): 257-65.
91. Theadom A, Cropley M. Dysfunctional beliefs, stress and sleep disturbance in fibromyalgia. Sleep Medicine 9 (May 2008): 376-81.
92. Yang C-M, Chou CP-W, Hsiao F-C. The Association of Dysfunctional Beliefs About Sleep With Vulnerability to Stress-Related Sleep Disturbance in Young Adults. Behavioral Sleep Medicine 9 (March 2011): 86-91.
93. Yang C-M, Hung C-Y, Lee H-C. Stress-Related Sleep Vulnerability and Maladaptive Sleep Beliefs Predict Insomnia at Long-Term Follow-Up. Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine 10 (September 2014): 997-1001.
94. หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
95. Abad VC, Guilleminault C. Sleep and psychiatry. Dialogues Clin Neurosci 7 (2005): 291-303.
96. Tsuno N, Besset A, Ritchie K. Sleep and depression. The Journal of clinical psychiatry 66 (Oct 2005): 1254-69.
97. Kryger M, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 6. Philadelphia: Saunders, 2016
98. Duffy JF, Zitting K-M, Chinoy ED. Aging and Circadian Rhythms. Sleep medicine clinics 10 (September 2015): 423-34.
99. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. Journal of Clinical Nursing 21 (January 2012): 111-20.

100. ณภัทรวรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัทการบินไทยจำกัด(มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
101. Bazargan M. Self-Reported Sleep Disturbance among African-American Elderly: The Effects of Depression, Health Status, Exercise, and Social Support. The International Journal of Aging and Human Development 42 (March 1996): 143-60.
102. Arber S, Bote M, Meadows R. Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. Social Science & Medicine 68 (January 2009): 281-9.
103. อินทิรา ปากันทะ. ปัญหาการนอนหลับและวิธีการแก้ไข. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2550).
104. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A Randomized Controlled Trial of the Effect of Exercise on Sleep. Sleep 20 (February 1997): 95-101.
105. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults: A randomized controlled trial. JAMA 277 (January 1997): 32-7.
106. Driver HS, Taylor SR. Exercise and sleep. Sleep Medicine Reviews 4 (August 2000): 387-402.
107. van Schrojenstein Lantman M, Roth T, Roehrs T, Verster JC. Alcohol Hangover, Sleep Quality, and Daytime Sleepiness. Sleep and Vigilance 1 (June 2017): 37-41.
108. Jaehne A, Unbehauen T, Feige B, Lutz UC, Batra A, Riemann D. How smoking affects sleep: A polysomnographical analysis. Sleep Medicine 13 (December 2012): 1286-92.
109. Phillips BA, Danner FJ. Cigarette smoking and sleep disturbance. Archives of Internal Medicine 155 (April 1995): 734-7.
110. Wetter DW, Young TB. The Relation Between Cigarette Smoking and Sleep Disturbance. Preventive Medicine 23 (May 1994): 328-34.
111. Tachibana H, Izumi T, Honda S, Takemoto T-I. The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial workers: Relationship between psychosocial stress and type of insomnia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 52 (August 1998): 397-402.

112. นาฏนภา อารยะศิลปธร. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 1 (มกราคม-มิถุนายน 2560): 38-50.
113. Carter NL. Transportation noise, sleep, and possible after-effects. Environment International 22 (January 1996): 105-16.
114. Muzet A. Environmental noise, sleep and health. Sleep Medicine Reviews 11 (April): 135-42.
115. จินดารัตน์ ชัยอาจ. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล : การจัดการโดยไม่ใช้ยา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 40 (ธันวาคม 2556): 105-15.
116. Bell IR, Bootzin RR, Ritenbaugh C, Wyatt JK, DeGiovanni G, Kulinovich T, et al. A polysomnographic study of sleep disturbance in community elderly with self-reported environmental chemical odor intolerance. Biological Psychiatry 40 (July 1996): 123-33.
117. Jacobson BH, Boolani A, Smith DB. Changes in back pain, sleep quality, and perceived stress after introduction of new bedding systems. Journal of Chiropractic Medicine 8 (March 2009): 1-8.
118. ธวัชชัย ลิพหานาจ. โรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองจิตเวชและประสาทวิทยา: กรุงเทพฯ, 2552
119. Argyropoulos SV, Wilson SJ. Sleep disturbances in depression and the effects of antidepressants. International review of psychiatry (Abingdon, England) 17 (August 2005): 237-45.
120. ผาณิตา ชนมะณี, สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 24 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2549): 163-73.




จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก.

เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัยและแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วย

นอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวธิตติมา ฌรณรงค์ศักดิ์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จ
เจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-442-2500 ต่อ 59268-73
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-499-9637

แพทย์ผู้ทำวิจัยหลัก


ชื่อ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298

แพทย์ผู้ร่วมทำวิจัย

ชื่อ แพทย์หญิงฐิติมา สงวนวิชัยกุล
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนน สมเด็จ
เจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-442-2500 ต่อ 59111

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค
ซึมเศร้า ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจ
เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึง
เหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถาม
ผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการ
ตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า 2/5</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------

เหตุผลความเป็นมา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยโรคหนึ่ง ซึ่งโรคนี้เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านสุขภาพมากที่สุด อีกทั้งมีคนไทยจำนวนถึง 1.2 ล้านคน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านี้ โรคนี้ก่อให้เกิดปัญหาให้ทั้งตัวผู้ป่วยเอง อีกทั้งส่งผลต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ปัญหาอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การนอนหลับซึ่งปัญหาการนอนหลับนี้จะส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาโรคนานขึ้น ระดับความรุนแรงมากขึ้น การรักษามีประสิทธิผลลดลง และส่งผลให้มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้นด้วย นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำ เจ็บป่วยง่าย อีกทั้งผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนไม่หลับจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ จะเห็นได้ว่าปัญหาการนอนหลับเป็นอาการที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในปัจจุบันนี้การศึกษาที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา


1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบประเมินซึ่งประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 15 ข้อ 2. แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 19 ข้อ 3. แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ 4. แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ 16 ข้อ 5. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ 14 ข้อ โดยท่านเป็นผู้อ่านและให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม โดยจะตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียวใช้เวลาประมาณ 30 นาที ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ข้อหนึ่ง หรือจะหยุดเมื่อใดก็ได้ โดยที่แบบสอบถามนั้นจะไม่ระบุถึงตัวท่าน และไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 187 คน

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 3/5

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา หรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการคัดกรอง การประเมิน และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบองค์รวม อันจะก่อประโยชน์แก่การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยความสัตย์จริง
- หากท่านมีข้อซักถามประการใด สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านอาจเกิดความเครียด ไม่สบายใจขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่งเมื่อท่านได้รับลงนามในเอกสารให้ความยินยอมแล้ว ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมาย ตามปกติที่ท่านพึงมี หากเกิดอันตรายกับอาสาสมัครผู้วิจัยจะส่งปรึกษาแพทย์หรือจิตแพทย์ให้การช่วยเหลือต่อไป


ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ เบอร์โทรศัพท์ 089 – 499 – 9637

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

ค่าตอบแทนของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยจากการเสียเวลาเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 4/5

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับ เกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ ที่อยู่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย


	<p style="text-align: center;">คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p style="text-align: center;">AF 09- 04/5.0 หน้า 5/5</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
 5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
 7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
 8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
- หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09- 05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่.....ได้


อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ
วิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัย
ได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหาร และยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้
จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้า
ร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของ
ข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09- 05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

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



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน แต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. เพศ

(1) ชาย

(2) หญิง

2. อายุปี

3. สถานภาพสมรส

(1) โสด

(2) สมรส

(3) หม้าย

(4) หย่า/ แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

(1) ไม่ได้เรียนหนังสือ

(2) ประถมศึกษา

(3) มัธยมศึกษาตอนต้น

(4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช

(5) อนุปริญญา/ปวส

(6) ปริญญาตรี

(7) ปริญญาโทหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

(1) ไม่มีอาชีพ

(2) รับจ้าง

(3) เกษตรกรรม

(4) รับราชการ ,รัฐวิสาหกิจ

(5) ค้าขาย

(6) ทำงานเอกชน

(7) ธุรกิจส่วนตัว

(8) อื่นๆ (ระบุ)

6. รายได้จากการทำงาน

(1) ไม่มีรายได้

(2) มีรายได้.....บาท/เดือน

7. ความเพียงพอของเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน

(1) เพียงพอ

(2) ไม่เพียงพอ

8. โรคประจำตัวทางกาย

- (1) ไม่มี
- (2) มี (ระบุโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) โรคเบาหวาน
- (2) โรคความดันโลหิตสูง
- (3) โรคไขมันในเลือดสูง
- (4) โรคภูมิแพ้
- (5) โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ
- (6) โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น
โรคกระเพาะอาหาร
- (7) โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอด
- (8) โรคระบบหมุนเวียนเลือดและหัวใจเช่น
โรคหัวใจ
- (9) โรคหลอดเลือดสมอง
- (10) โรคทางสมองอื่นๆ เช่น ลมชัก
- (11) อื่นๆ (ระบุ)

9. ประวัติการดื่มสุราและใช้สารเสพติด

- (1) ไม่มี
- (2) มี (ระบุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- (1) แอลกอฮอล์
- (2) สูบบุหรี่
- (3) ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็น
ส่วนประกอบ เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง , น้ำอัดลม
- (4) เฮโรอีน
- (5) ฝิ่น
- (6) มอร์ฟีน
- (7) กัญชา
- (8) กระท่อม
- (9) ยาบ้า
- (10) อื่นๆ (ระบุ)

10. การออกกำลังกายในที่นี้ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องด้วยการออกแรงปานกลางนานอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป เช่น วิ่ง เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก เล่นแบดมินตัน เล่นปิงปอง ซี่กโยคะ รำมวยจีน เป็นต้น

- (1) ไม่ได้ออกกำลังกายเลย
- (2) ออกกำลังกาย 1 - 4 วันต่อสัปดาห์
- (3) ออกกำลังกาย 5 - 7 ต่อสัปดาห์

11. ประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว

- (1) ไม่มี
- (2) มี ระบุโรคตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
 - (1) โรคซึมเศร้า
 - (2) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วหรือไบโพลาร์
 - (3) โรควิตกกังวล
 - (4) โรคจิตหรือโรคจิตเภท
 - (5) โรคทางจิตเวชอื่นๆ(ระบุอาการ.....)

12. ประวัติการฆ่าตัวตาย

- (1) ไม่มี
- (2) มี โปรดระบุวิธี.....

13. ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า (ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอก)

13.1 ได้รับการวินิจฉัยมานาน.....ปี.....เดือน

13.2 ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ระบุเฉพาะยาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าหรือยานอนหลับ

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

ชื่อ..... ขนาด..... mg/day ระยะเวลาที่ใช้ยา.....ปี..... เดือน

13.3 ประวัติการรักษาเป็นผู้ป่วยในจิตเวช

(1) ไม่มี

(2) มี (ถ้ามี ระบุจำนวนครั้ง.....)

14. ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า

(1) ไม่มี

(2) มี (ถ้ามี ระบุจำนวนครั้ง.....)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 2 ด้านปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในบริเวณที่พักอาศัยของท่าน ท่านมีปัญหารบกวนการนอนหลับจากปัจจัยเหล่านี้หรือไม่

ปัจจัย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ความสว่าง / มืด ภายในห้อง					
2. เสียงรบกวน					
3. อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)					
4. กลิ่นอับไม่พึงประสงค์					
5. ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน, ผ้าห่ม เป็นต้น)					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่วไปของคุณ กรุณาตอบโดยเติมข้อความลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความว่าการนอนหลับส่วนใหญ่ของคุณเป็นอย่างไร

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลาน.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไปนาที่
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านลุกจากที่นอนเวลาน.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติท่านนอนหลับได้คืนละชั่วโมง
(จำนวนชั่วโมงนี้ อาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร
 - (1) ดีมาก
 - (2) ดี
 - (3) ไม่ค่อยดี
 - (4) ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง) เพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด
 - (1) ไม่เคยใช้เลย
 - (2)ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - (3) ใช้ 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - (4) ใช้ 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใด ในระหว่างการทำกิจกรรม (ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์ เป็นต้น)
 - (1) ไม่เคยเลย
 - (2) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - (3) 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - (4) 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป

- (1) ไม่เป็นปัญหาเลย
- (2) เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
- (3) เป็นปัญหาพอควร
- (4) เป็นปัญหามาก

สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้

(กรุณาตอบคำถามทุกข้อ)

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

9.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	1	2	3	4
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ผื่นร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ (ระบุ)				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยประโยคคำพูด 21 หัวข้อ แต่ละหัวข้อจะพูดถึงอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมหรือความรู้สึกที่คุณอาจจะมี กรุณาอ่านประโยคเหล่านี้อย่างตั้งใจ แล้วเลือกประโยคหนึ่งประโยค ในแต่ละหัวข้อ ที่บรรยายความรู้สึกของคุณได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด **ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้**

โปรดทำเครื่องหมายเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ข้างหลังประโยคนั้น ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งประโยคที่สามารถบรรยายความรู้สึกของคุณได้ดีเท่าๆกัน ให้เลือกประโยคที่ตัวเลขข้างหลังสูงกว่า กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าในแต่ละหัวข้อ คุณเลือกเพียงประโยคเดียวเท่านั้น

1. อารมณ์เศร้า

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|
| ฉันไม่รู้สึกรเศร้า | <input type="checkbox"/> | (0) |
| ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยๆ | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ฉันรู้สึกเศร้าจนทนไม่ได้ | <input type="checkbox"/> | (3) |

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| ฉันไม่รู้สึกรอคอยกับอนาคต | <input type="checkbox"/> | (0) |
| ฉันรู้สึกท้อแท้ หมดหวังกับอนาคต มากกว่าที่เคยเป็น | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ฉันไม่คิดว่าปัญหาของฉันจะได้รับการแก้ไข | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ฉันรู้สึกสิ้นหวังกับอนาคต คิดว่าเรื่องทุกอย่างมีแต่จะแย่ลง | <input type="checkbox"/> | (3) |

3. ความล้มเหลว

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| ฉันไม่รู้สึกรว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว | <input type="checkbox"/> | (0) |
| ฉันล้มเหลวมากกว่าที่ควร | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ในอดีตที่ผ่านมา ฉันมีเรื่องที่ล้มเหลวมาก | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ฉันรู้สึกว่ารว่าตนเองเป็นคนที่ล้มเหลว ไม่เคยทำอะไรสำเร็จเลย | <input type="checkbox"/> | (3) |

4. ความรู้สึกเชิงหมดสนุก

- | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| ฉันยังคงมีความสุข สนุกกับสิ่งที่ฉันชอบเหมือนเช่นเคย | <input type="checkbox"/> | (0) |
| ฉันไม่มีความสุข เท่าเดิม เวลาทำสิ่งที่ฉันเคยชอบ | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ฉันมีความสุขน้อยมาก กับการทำในสิ่งที่ฉันเคยชอบ | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ฉันรู้สึกเชิง ไม่มีความสุขกับการทำสิ่งที่เคยชอบทำเลย | <input type="checkbox"/> | (3) |

5. ความรู้สึกผิด

- ฉันไม่รู้สีกว่าตนทำอะไรผิด (0)
- ฉันรู้สึกว่ตนผิดในเรื่องหลายเรื่องที่ทำไปแล้วหรือเรื่องที่ไม่ได้ทำทั้งที่ควรจะทำ (1)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตนเอง อยู่เกือบตลอดเวลา (2)
- ฉันรู้สึกผิด โทษตนเองตลอดเวลา (3)

6. ความรู้สึกว่ถูกลงโทษ

- ฉันไม่รู้สีกว่ตนเองกำลังถูกลงโทษ (0)
- ฉันรู้สึกว่ตนเองอาจจะถูกลงโทษ (1)
- ฉันคิดว่าตนเองจะต้องถูกลงโทษ (2)
- ฉันรู้สึกว่ตนเองกำลังถูกลงโทษ (3)

7. ความรู้สึกไม่ชอบตนเอง

- ฉันรู้สึกว่ตนเองเหมือนอย่างที่เคย (0)
- ฉันเสียความมั่นใจในตนเอง (1)
- ฉันรู้สึกผิดหวังกับตนเอง (2)
- ฉันรู้สึกไม่ชอบตนเอง (3)

8. การตำหนิตนเอง

- ฉันไม่ได้ ตำหนิ หรือโทษตนเองมากขึ้นกว่าเดิม (0)
- ฉันตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าที่เคย (1)
- ฉันตำหนิตนเองในความผิดของฉันทุกเรื่อง (2)
- ฉันโทษตนเองในเรื่องไม่ดีทุกเรื่องที่เกิดขึ้น (3)

9. ความคิดฆ่าตัวตาย

- ฉันไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย (0)
- ฉันมีความคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดที่จะทำ (1)
- ฉันอยากฆ่าตัวตาย (2)
- ฉันจะฆ่าตัวตายถ้ามีโอกาส (3)

10. การร้องไห้

- ฉันไม่ได้ร้องไห้บ่อยมากขึ้นกว่าเดิม (0)
- ฉันร้องไห้บ่อยมากกว่าเคย (1)
- ฉันร้องไห้ง่าย แม้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ (2)
- ฉันอยากจจะร้องไห้ แต่ร้องไม่ได้ (3)

11. ความรู้สึกกระสับกระส่าย

- ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่าย หรือ ตึงเครียดมากกว่าที่เคยเป็น (0)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่าย ตึงเครียดมากขึ้นกว่าเดิม (1)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนรู้สึกว่าจะอยู่นิ่งๆได้ (2)
- ฉันรู้สึกระสับกระส่ายมาก จนต้องเดินไปมา หรือจะต้องทำอะไรทำ (3)

12. ความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัว

- ฉันยังคงสนใจ คนอื่นๆ หรือ กิจกรรมต่างๆ อยู่ตามปกติ (0)
- ฉันสนใจคนอื่น หรือ สิ่งต่างๆรอบตัว น้อยลงกว่าเดิม (1)
- ฉันแทบไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งต่างๆรอบตัว (2)
- ฉันไม่รู้สึกระสนใจอะไรเลย (เป็นการยากที่สิ่งต่างๆจะทำให้ฉันสนใจ) (3)

13. ความลึกลับใจ

- ฉันตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิม (0)
- ฉันตัดสินใจได้ยากขึ้นกว่าเดิม (1)
- ฉันพบว่า การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เป็นสิ่งที่ยากขึ้นอย่างมาก (2)
- ฉันมีปัญหาในการตัดสินใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตาม (3)

14. ความรู้สึกไร้ค่า

- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (0)
- ฉันไม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์เหมือนอย่างที่เคย (1)
- ฉันรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยกว่าคนอื่น (2)
- ฉันรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์อะไรเลย (3)

15. การเสียกำลังใจ

- ฉันมีกำลังใจเหมือนๆเดิม (0)
- ฉันไม่มีกำลังใจมากกว่าที่เคย (1)
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรมาก (2)
- ฉันไม่มีกำลังใจพอที่จะทำอะไรเลย (3)

16. การนอนหลับ

- การนอนหลับของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (0)
- ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิม (1a)
- ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิม (1b)
- ฉันนอนหลับมากขึ้นกว่าเดิมอย่างมาก (2a)
- ฉันนอนหลับน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก (2b)
- ฉันนอนหลับเกือบทั้งวัน (3a)
- ฉันตื่นเช้าขึ้นกว่าเดิม 1 - 2 ชั่วโมง แล้วนอนหลับต่อไม่ได้ (3b)

17. ความรู้สึกหงุดหงิด

- ฉันไม่รู้สึกรังหงุดหงิดมากกว่าที่เคย (0)
- ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคย (1)
- ฉันหงุดหงิดมากกว่าที่เคยอย่างมาก (2)
- ฉันหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา (3)

18. ความอยากอาหาร

- ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (0)
- ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิม (1a)
- ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิม (1b)
- ความอยากอาหารของฉันลดลงจากเดิมอย่างมาก (2a)
- ความอยากอาหารของฉันเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมาก (2b)
- ฉันไม่รู้สึกรังอยากอาหารเลย (3a)
- ฉันรู้สึกรังอยากอาหารอยู่ตลอดเวลา (3b)

19. สมาธิไม่ดี

- ฉันมีสมาธิ สามารถเพ่งความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย (0)
- ฉันมีสมาธิแย่ลง ไม่สามารถจดจ่อความสนใจในเรื่องต่างๆ ได้เหมือนเคย (1)
- ฉันมีสมาธิไม่ดี ไม่สามารถจดจ่อให้ความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใด
ได้เป็นเวลานาน (2)
- ฉันไม่มีสมาธิ ไม่สามารถเพ่งความสนใจกับเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้เลย (3)

20. ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย

- ฉันไม่รู้สึเหนื่อยหรือ เพลียมากกว่าที่เคยเป็น (0)
- ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย กว่าปกติ (1)
- ฉันรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานหลายอย่างที่เคยทำไม่ไหว (2)
- ฉันรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียมากจนทำงานเกือบทุกอย่างที่เคยทำไม่ได้ (3)

21. ความสนใจเรื่องเพศ

- ความสนใจในเรื่องเพศของฉันไม่เปลี่ยนแปลง (0)
- ฉันมีความสนใจในเรื่องเพศน้อยกว่าที่เคย (1)
- ฉันสนใจในเรื่องเพศน้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก (2)
- ฉันหมดความสนใจในเรื่องเพศอย่างสิ้นเชิง (3)

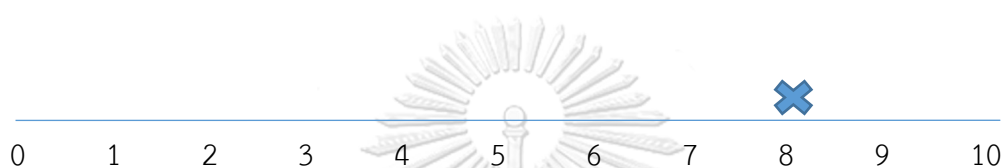
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง คำกล่าวต่างๆ ตามรายการข้างล่างนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ กรุณาแสดงระดับความคิดเห็นของคุณว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับคำกล่าวในแต่ละข้อ คำตอบของคุณจะไม่มีถูกหรือผิด ในแต่ละข้อให้คุณทำเครื่องหมาย (X) ที่หมายเลขที่ตรงกับระดับความเชื่อของคุณเอง กรุณาตอบคำถามทุกข้อแม้ว่าบางข้ออาจจะไม่เกี่ยวกับสถานการณ์ของคุณโดยตรง

ตัวอย่าง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

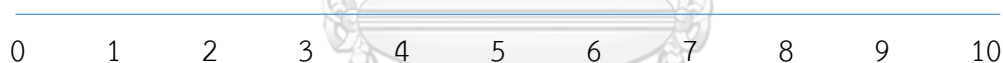
เห็นด้วยอย่างยิ่ง



1. การนอนวันละ 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืนจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีในระหว่างวัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

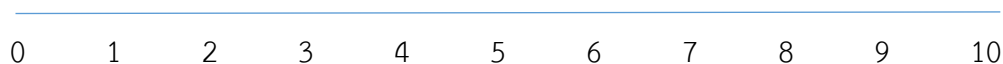
เห็นด้วยอย่างยิ่ง



2. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่เพียงพอในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันต้องนอนชดเชยในวันต่อไปโดยการงีบหลับตอนกลางวันหรือนอนให้นานขึ้นในคืนต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง



3. การนอนไม่หลับเรื้อรังจะทำให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อสุขภาพร่างกาย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ฉันรู้สึกกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมการนอนหลับของฉันได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. การนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนจะทำให้รบกวนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในวันต่อมา

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ฉันควรกินยานอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นฉันจะตื่นตัวและทำงานได้ตามปกติ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ฉันคิดว่าถ้าหากฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืนที่ผ่านมา จะทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลในระหว่างวันนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. เมื่อฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนใดคืนหนึ่ง ฉันรู้ว่ามันจะรบกวนการนอนหลับของฉันไปตลอด สัปดาห์

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับไม่เพียงพอในตอนกลางคืน ฉันแทบจะทำอะไรไม่ได้ในวันถัดไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ฉันไม่สามารถคาดเดาได้เลยว่าฉันจะนอนหลับได้ดีหรือนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. ฉันมีความสามารถเพียงน้อยนิดในการจัดการกับผลเสียที่เกิดหลังจากการนอนหลับ
ได้ไม่ดี

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ไม่มีแรง หรือเพียงแต่ดูเหมือนจะทำงานต่าง ๆ ได้ไม่ดีในระหว่างวัน
ส่วนมากเป็นเพราะว่าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในคืนก่อนหน้านั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. ฉันเชื่อว่าอาการนอนไม่หลับเป็นผลมาจากความไม่สมดุลของสารเคมีในร่างกาย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. ฉันรู้สึกว่าการนอนไม่หลับทำลายความสามารถของฉันที่จะมีความสุขกับชีวิตและทำ
ให้ฉันไม่สามารถทำอะไรอย่างที่ยากทำได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. การใช้ยาน่าจะเป็นวิธีการเดียวที่จะแก้ปัญหาคารนอนไม่หลับ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. ฉันคิดว่าถ้าฉันนอนหลับได้ไม่ดีในตอนกลางคืน ฉันจะต้องหลีกเลี่ยงหรือไม่เข้าร่วม
กิจกรรมกับสังคมหรือครอบครัว

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมกาปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 14 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายการปฏิบัติตนของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับกาปฏิบัติของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- ปฏิบัติมากที่สุด** (5) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับกาปฏิบัติตนของท่าน 80 - 100%
- ปฏิบัติมาก** (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับกาปฏิบัติตนของท่าน 60 - 79%
- ปฏิบัติปานกลาง** (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับกาปฏิบัติตนของท่าน 40 - 59%
- ปฏิบัติน้อย** (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับกาปฏิบัติตนของท่าน 20 - 39%
- ปฏิบัติน้อยที่สุด** (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับกาปฏิบัติตนของท่านหรือตรงกับกาปฏิบัติตนของท่าน 0 - 19%

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	ปฏิบัติมากที่สุด (5)	ปฏิบัติมาก (4)	ปฏิบัติปานกลาง (3)	ปฏิบัติน้อย (2)	ปฏิบัติน้อยที่สุด (1)
พฤติกรรมด้านการนอนหลับ					
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน					
2. ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกคืน					
3. ก่อนเข้านอนท่านทำกิจกรรม (เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น) ในห้องนอน					
4. ท่านไม่ทำงานในห้องนอน					
5. ท่านนอนกลางวันได้นานเกินกว่า 30 นาที					
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร					
6. ท่านรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง					
7. ท่านดื่มกาแฟ ชาหรือน้ำอัดลมก่อนเข้านอน					
8. ท่านไม่ทานอาหารพวกถั่ว หรือของหมักดอง					
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น ก่อนเข้านอน					
10. ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน					
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย					
11. ท่านออกกำลังกาย 3 - 4 วันต่อสัปดาห์					
12. ท่านออกกำลังกายในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็น					
13. ท่านออกกำลังกายในช่วงก่อนนอน					
14. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยล้ามาก					





พ.จ.ว.ศษ 54 /2560

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๓ มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัญชัย จิระประมุขศิริรักษ์

ด้วย นางสาวอิติมา นรงค์ศักดิ์ นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในการเก็บข้อมูล โดยมีนายแพทย์ โชติวัฒน์ ชินวารักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ขอขออนุญาตให้ นางสาวอิติมา นรงค์ศักดิ์ ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย ขอเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ฝึกสอน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

(นางสาวอิติมา นรงค์ศักดิ์)

นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โชติวัฒน์

(อาจารย์ นายแพทย์ โชติวัฒน์ ชินวารักษ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัญชัย จิระประมุขศิริรักษ์)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวอิติมา นรงค์ศักดิ์
โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 , โทรศัพท์ 089-4999-637

นาย โชติวัฒน์

๑๓ มีนาคม ๒๕๖๐



ที่ ยง.พิเศษ 56 /2560

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า

เรียน ศ.พญ.นันทิกา พิชายาศาสตร์

ด้วย นางสาวธิดิมา บรรณศิริศักดิ์ นิสิตหลักสูตร วม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เขียนบันทึกคำขออนุญาต เรื่อง ขออนุญาตกรณขอหนังสือขออนุญาตใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า
ผู้ให้ข้อมูล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาฯ ซึ่งใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในการเก็บข้อมูล โดยมีนายแพทย์ชัชวรินทร์
จินตวาทิตย์ เป็นวิทยากรที่ปรึกษาภาควิชาจิตเวช

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ขอขออนุญาตให้ นางสาวธิดิมา บรรณศิริศักดิ์ ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า เพื่อ
ประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย ขันเป็นพรคุณฉิม

ขอแสดงความนับถือ

ฉัตรจิต ภาวศศิริณี

(นางสาวธิดิมา บรรณศิริศักดิ์)

นิสิต วม. สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โชติรัตน์

(นางแพทย์ โชติรัตน์ จินตวาทิตย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาภาควิชาจิตเวช

(ศ.นพ.สุรเชษฐ ชัยวงษ์โยธ)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ / นางสาวธิดิมา บรรณศิริศักดิ์

โทร/วิทยุสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4316 , โทรศัพท์ 089-4999-637

๑๙/๓

๒๑/๓/๖๐

บันทึกเรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory-II)



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0 2218 1129 โทรสาร 0 2218 1130

ที่ ศบ 0512.11/ 0483

วันที่ 27 มีนาคม 2560

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ จว.ศสช 55/2560 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2560 เรื่อง อนุญาตให้มอบประเมินความเสี่ยงและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องมีัยงกับการนอนหลับ แจ้งว่า นางสาวศิริตม และศักดิ์ นิลศิริสกุลตร วท.ม. สาขาสุนัขพาหุจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัย เรื่อง "คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา" มีความประสงค์จะรออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว" ของ นางสาวจรรยา อิมหลวง นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศทิชฌูวิธนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



บันทึกข้อความ

สำนักงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0 2218 1129 โทรสาร 0 2218 1130
ที่ ศธ 0512.11/ 0414 วันที่ 17 มีนาคม 2560
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ จว.พิเศษ 60/2560 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2560 เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แจ้งว่านางสาวชิตินา นรงค์ศักดิ์ นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขมาทพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับ อนุมัติให้ทำวิจัย เรื่อง "คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา" มีความประสงค์จะขออนุญาตให้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมิน พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคิดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและเรื่องวิจัยใหญ่" ของ นางสาวพัทริศญา แก้วแพง นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้ง ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน
เพื่อ ทราบ พิจารณา
 ดำเนินการ

(น.ส.นพ.สุชเชวีญ ตั้งวงษ์ไชย)
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์





COA No. 408/2017

IRB No. 175/60

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 : คู่มือภาพการอ่านฟิล์มและรังสีวิทยาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นอนหลับไม่สนิทมาวัน จิตเวชศาสตร์ระดับเจ้าพระยา

เลขที่โครงการวิจัย :

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวธิดิษา เอมงค์คำห์

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเดิมชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 1 May 2017
2. โครงการวิจัยฉบับ ethic Version 2 Date 1 May 2017
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2 Date 1 May 2017
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 1 May 2017
5. แบบสอบถาม Version 1 Date 15 March 2017

ทั้งนี้ การรับรองไม่มีเงื่อนไขซึ่งจะระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

- โครงการวิจัยเรื่อง : คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตรวจผู้ป่วยนอก
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวอติมา อมรงค์ศักดิ์
- สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- ระยะเวลาดำเนินการ : มิถุนายน ๒๕๖๐ - มิถุนายน ๒๕๖๑
- เอกสารที่อนุมัติ
๑. โครงการวิจัย
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๓. พหุวิจัยอันรวมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาอนุมัติในแม่
จริยธรรมการวิจัยแล้วนั้น จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เอกสารรับรองโครงการที่ ๐๒๗ / ๒๕๖๐ วันที่อนุมัติ 09 มิ.ย. 2560

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว ธิตีมา นามสกุล ณรงค์ศักดิ์

วัน เดือน ปี เกิด 17 มิถุนายน พ.ศ.2531 ปัจจุบัน อายุ 29 ปี

ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

พ.ศ.2554 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาภาพถ่ายบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2554 -ปัจจุบัน ทำงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และเข้าศึกษาต่อในระดับ
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ในปีการศึกษา 2559

