# คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

นางสาวจิราภรณ์ ทับแสงสี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# QUALITY OF SLEEP AMONG INTENSIVE CARE UNIT NURSES IN THAILAND

Miss Jiraporn Tupsangsee

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science Program in Occupational Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

| | |
|---|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย |
| โดย | นางสาว จิราภรณ์ ทับแสงสี |
| สาขาวิชา | อาชีวเวชศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี |

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิศร ภัทราดูลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรุณยุพา รอยกุลเจริญ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิราภรณ์ ทับแสงสี : คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย : (QUALITY OF SLEEP AMONG INTENSIVE CARE UNIT NURSES IN THAILAND), อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ.นพ.สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, 141 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป จำนวน 809 ตัวอย่าง ที่สุ่มเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เก็บข้อมูลระหว่าง 29 ตุลาคม 2550 – 15 ธันวาคม 2550 โดยใช้แบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 657 ตัวอย่าง (ร้อยละ 81.21) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.9 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) และร้อยละ 30.4 มีอาการนอนไม่หลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน, ตำแหน่งงาน, การควบเวร, สถานที่พักนอนหลับ, แสงสว่างและเสียงดัง ($p < 0.05$), ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน ($p < 0.01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, ตำแหน่งงาน, การปฏิบัติกิจกรรมอื่น, การปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม ($p< 0.05$), ความเพียงพอของรายได้, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และสถานที่พักนอนหลับ ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้ ควรมีนโยบายกำลังคนในระดับประเทศ, การสำรวจและปรับปรุงสวัสดิการหอพักอย่างสม่ำเสมอ, การให้ความรู้และเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล และตัวพยาบาลเองควรคำนึงถึงสุขภาพอนามัยของตนเองให้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ลายมือชื่อนิสิต.....จิราภรณ์ ทับแสงสี.....
สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา 2550 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

##4974711730 : MAJOR OCCUPATIONAL MEDICINE
KEY WORD : QUALITY OF SLEEP / INTENSIVE CARE UNIT / NURSES

JIRAPORN TUPSANGSEE: QULITY OF SLEEP AMONG INTENSIVE CARE UNIT NURSES IN THAILAND.THESIS PRINCIPLE ADVISOR: ASST.PROF. WIROJ JIAMJARASRANGSI DR., THESIS COADVISOR: ASST.PROF. SOOKJAROEN TANGWONGCHAI DR., 141pp.

This cross-sectional descriptive study aimed at studying the quality of sleep and its related factors among intensive care unit nurses in Thailand. Study subjects were 809 nurses in public hospitals sized 300 beds or larger who had at least one year of work experience in the intensive care unit. They were stratified random sampling that selected from all eligible subjects. Data was collected between 29 October 2007 and 15 December 2007 by using a set of designed questionnaires. Six hundred and fifty-seven examples replied the questionnaire (81.2 percent). The data was analyzed in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation, and Chi-square test.

The results showed that 81.9 percent of the study subjects had poor quality of sleep (T-PSQI Score $\geq$ 6) and 30.4 percent suffered from insomnia. Factors which were statistical significantly related to quality of sleep included drinking caffeine beverages, ranking of job, extended work shift, place of sleep or rest, presence of light and sound ($p < 0.05$), and job characteristic at the intensive care unit and the inconvenience of bed ($p < 0.01$).And factors which were significantly related to insomnia included marital status, number of offspring, ranking of job, extra activity other than the main duty, Part time job and total job characteristic ($p< 0.05$), and adequacy of the income , job characteristic at the intensive care unit and the place of rest or sleep ($p < 0.01$).

The suggestions from these study results include setting appropriate manpower policy at the national level, periodic survey and improvement of dormitory welfare for nurses, educating about proper health behaviors since nurse student years, and informing nurses about the importance of personal health.

Department Preventive and Social Medicine
Field of study Occupational Medicine
Academic year 2007

Student's signature Jiraporn Tupsangsee
Principle Advisor's signature
Co-advisor's signature

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ประธานคณะกรรมการสอบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์วรุณยุพา รอยกุลเจริญที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งมาร่วมเป็นคณะกรรมการสอบ รวมถึงให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาการให้กับผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ที่อนุเคราะห์ให้นำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (PSQI-Thai version) เป็นเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ และกรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ของผู้เขียน ที่คอยอบรม เลี้ยงดู ให้กำลังใจในการศึกษาเล่าเรียน การทำงาน และงบประมาณในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงบุคคลในครอบครัวและญาติพี่น้องทุกท่านที่เป็นกำลังใจอันสำคัญยิ่ง

ขอขอบพระคุณนิสิตปริญญาเอก เพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาอาชีวเวชศาสตร์ และสาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้บริหาร เพื่อนร่วมงานในหน่วย ไอ. ซี. ยู.และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ช่วยให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการแลกเวรเพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

**สารบัญ**


หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ฎ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 2

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 3

สมมติฐานการวิจัย..... 3

ขอบเขตการวิจัย..... 3

ข้อจำกัดของการวิจัย ..... 4

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย..... 4

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 7

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 8

ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ..... 8

แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ..... 8

วงจรการนอนหลับ..... 9

กลไกการควบคุมการนอนหลับ..... 12

ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ ..... 14

คุณภาพการนอนหลับ ..... 16

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ..... 16

ความผิดปกติในการนอนหลับ..... 19

แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... 28


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สารบัญ (ต่อ)**


| บทที่ | | หน้า |
|---|---|---|
| | ปัญหาของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ..... | 32 |
| | ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของพยาบาลประจำการ..... | 39 |
| | บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของพยาบาลประจำการ..... | 44 |
| 3 | วิธีดำเนินการวิจัย..... | 49 |
| | รูปแบบการวิจัย..... | 49 |
| | ประชากร..... | 49 |
| | วิธีดำเนินการวิจัย..... | 53 |
| | การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 59 |
| | การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 59 |
| | เกณฑ์เทียบระดับความคิดเห็น..... | 60 |
| 4 | ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 61 |
| | การตอบกลับของข้อมูล..... | 62 |
| | ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... | 63 |
| | ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... | 73 |
| | ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ..... | 81 |
| | ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... | 82 |
| | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... | 91 |
| 5 | สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 105 |
| | สรุปผลการวิจัย..... | 106 |
| | อภิปรายผล..... | 109 |
| | ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้..... | 119 |
| | ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป..... | 120 |
| รายการอ้างอิง..... | | 121 |
| ภาคผนวก..... | | 127 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | | 141 |


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สารบัญตาราง**

ตาราง หน้า

2.1 กลุ่มยาต่าง ๆ ที่มีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ ..... 41

3.1 ขนาดตัวอย่างจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่..... 51

3.2 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้และการเพิ่มขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่..... 51

3.3 การสุ่มตัวอย่างและจำนวนขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่..... 52

3.4 จำนวนโรงพยาบาลและขนาดตัวอย่างที่ได้ภายหลังการสุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่..... 53

4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล.... 62

4.2 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์..... 63

4.3 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ..... 64

4.4 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ... 66

4.5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการใช้ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท..... 68

4.6 แสดงจำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับกิจกรรมวิชาการและการศึกษาต่อ..... 70

4.7จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต 72

4.8 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล..... 74

4.9 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาเพิ่มในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ..... 76

4.10 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก..... 79

**สารบัญตาราง (ต่อ)**

ตาราง หน้า

4.11 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านการทำงาน จำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม และความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงาน ……..…… 80

4.12 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานที่พักนอนหลับ…….. 81

4.13 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ…… 82

4.14 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 ด้าน และคุณภาพการนอนหลับ……. 84

4.15 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ…… 86

4.16 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการนอนไม่หลับโดยรวม…… 89

4.17 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการนอนไม่หลับ…… 89

4.18 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาและระดับของปัญหาการนอนหลับภายหลังการปฏิบัติงาน…….. 90

4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square testและFisher's exact test…….. 92

4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test…… 97

4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test……..…… 102

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สารบัญแผนภูมิ**

แผนภูมิ หน้า

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 7



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

# บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)

การนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของมนุษย์ คนเรานอนหลับประมาณ 3,000 ชั่วโมงใน 1 ปี และประมาณ 14 ปี ในช่วงชีวิต ดังนั้น การนอนหลับจึงเป็นเรื่องที่น่าติดตามศึกษา เพราะเราใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตไปกับการนอน *(1)*

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งได้รับการระบุว่ามีความจำเป็นและเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิตมนุษย์ทุกเพศทุกวัยทั้งในเวลาปกติและในเวลาเจ็บป่วย คุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะสำคัญ คือการนอนหลับในเชิงปริมาณ และการนอนหลับในเชิงคุณภาพ การนอนหลับที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ขาดความกระตือรือร้น การทนต่อความเจ็บปวดลดลง เวียนศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน *(2)* พูดตะกุกตะกัก การมองเห็นและการได้ยินลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความสามารถในการระบายอากาศของร่างกายลดลง *(3)* ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี สับสน และความเครียดเพิ่มขึ้น

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ งานที่ต้องทำเป็นงานหนักที่ต่อเนื่องกันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานเป็นผลัด (Rotating Shift) ทำให้เปลี่ยนแปลงเวลานอน เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน จังหวะชีวิตถูกรบกวน มีการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานแบบผลัดหมุนเวียนมีปัญหาในการนอนหลับและมีการเจ็บป่วยสูงกว่าพยาบาลกลุ่มที่ไม่มีการหมุนเวียนผลัด*(4)* พยาบาลที่มีการหมุนเวียนผลัด มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าร้อยละ 77 เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำผลัดเช้าซึ่งมีคุณภาพการนอนไม่ดีร้อยละ 51 *(5)* และยังพบว่า พยาบาลที่มีการหมุนเวียนผลัดมีคุณภาพการนอนต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำผลัดเช้า *(6)* ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนจะมีระยะเวลาการนอนโดยเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานประจำผลัดเช้า 5-7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จึงอาจเกิดความผิดปกติของการนอนหรืออาจนำไปสู่ภาวะอดนอนเรื้อรังได้ *(7)*

พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องปฏิบัติงานท่ามกลางภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องอาศัยทั้งทักษะและประสบการณ์ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกเหนือจากทักษะการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปแล้ว พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องมีความชำนาญ เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย, การเตรียมและช่วยเหลือแพทย์ในเทคนิคการปฏิบัติต่าง ๆ , การปฏิบัติตามแผนการรักษา, การตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้องและอาศัยความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคประกอบด้วย นอกจากนั้นยังต้องมีความรู้ในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์,การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support) และการช่วยฟื้นคืนชีพแบบก้าวหน้า (Advance support) ซึ่งทักษะการพยาบาลดังกล่าวเป็นทักษะในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั่ว ๆ ไป ถ้าเป็นหออภิบาลผู้ป่วยหนักเฉพาะ เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ พยาบาลจะต้องมีความชำนาญเฉพาะด้านมากกว่านี้ *(8)*

การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้ขาดสมาธิในการปฏิบัติงานทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับอันตราย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติงาน ไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน หรือออกจากวิชาชีพไปประกอบอาชีพอื่น*(9)* ทำให้หน่วยงานต้องสูญเสียบุคลากร จำนวนพยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ต้องรับผิดชอบงานมากเกินกำลังความสามารถ และหมุนเวียนปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าคุณภาพของการนอนหลับมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพของพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ และจะส่งผลต่อหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพได้ ซึ่งการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการที่มีอยู่นั้นเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการนอนของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักในภาพรวมของประเทศ ซึ่งผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้หนึ่งที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเช่นกัน จึงเห็นความสำคัญของการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้พยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

**คำถามของการวิจัย** (Research questions)

1. คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีอะไรบ้าง

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** (Objectives)

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** (General objective)

เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

**วัตถุประสงค์เฉพาะ** (Specific objectives)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

**สมมติฐานการวิจัย** (Hypothesis)

1. พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพมีผลต่อกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

**ขอบเขตการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการ โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) และแบบสอบถามข้อมูลด้านการนอนหลับ แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน และแบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

**ตัวแปรอิสระ** (Independent variable) ได้แก่ อายุ, เพศ, ศาสนา, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้, ภาวะทางเศรษฐกิจ, การศึกษาต่อ, ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้รักษา, การสูบ

บุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน, การดื่มแอลกอฮอล์, การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และสุขภาพจิต (ซึมเศร้า, วิตกกังวล) ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน, ตำแหน่งงาน, การปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียน, อัตราการปฏิบัติงาน, การทำงานอื่น และการลาป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ได้แก่ แสงสว่าง, เสียง, อุณหภูมิ, ความไม่สะดวกของเครื่องนอน, กลิ่นไม่พึงประสงค์, ความหิว และ ความกระหาย

**ตัวแปรตาม** (Dependent variable) คือ การนอนหลับ (คุณภาพการนอนหลับ, อาการนอนไม่หลับ)

**ข้อจำกัดของการวิจัย** (Limitation)

เนื่องจากผู้วิจัยคาดว่าจำนวนเตียงผู้ป่วยโดยรวมของโรงพยาบาลมีผลต่อกิจกรรม และภาระงานในการให้การรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลา และค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงทำการสุ่มพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในสังกัดโรงพยาบาลจากหน่วยงานราชการที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไปเท่านั้น

**คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย** (Operational definition)

1. **โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการ** หมายถึง โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป สังกัดหน่วยงานต่อไปนี้
   - กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลในกรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค
   - กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป
   - กระทรวงศึกษาธิการ
   - กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี
   - สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร
2. **หออภิบาลผู้ป่วยหนัก** หมายถึง หอผู้ป่วยทุกแผนก ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยขั้นวิกฤต พยาบาลต้องให้การดูแลใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา และโดยมากต้องใช้เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในการศึกษานี้ ศึกษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในทุกแผนกการรักษา เช่น ทารกแรกเกิด, กุมารเวชกรรม, อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, สูติ-นรีเวชกรรม, โรคหัวใจและทรวงอก, ระบบหายใจ และหออภิบาลผู้ป่วยหนักอื่นตามที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด

3. **พยาบาลประจำการ** หมายถึง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

4. **การหมุนผลัด**

– **วิธีการหมุนผลัดไปข้างหน้า** หมายถึง การจัดเรียงผลัดแบบหมุนไปข้างหน้าหรือหมุนตามเข็มนาฬิกา คือ มีเวลาในช่วงเปลี่ยนผลัดอย่างน้อย 16 ชั่วโมง ซึ่งมีลักษณะการหมุน เช้า-เช้า, บ่าย-บ่าย หรือดึก- ดึก เป็นต้น หรือ 24 ชม. เช่น เช้า-บ่าย, บ่าย-ดึก เป็นต้น

– **การหมุนผลัดไปข้างหลัง** หมายถึง การหมุนผลัดทวนเข็มนาฬิกา เป็นการหมุนผลัดที่รวดเร็วและมีเวลาระหว่างเปลี่ยนผลัดในช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 8 ชม. และเลื่อนเวลานอนเข้ามาเร็วขึ้น เช่น ลักษณะการหมุน เช้า-ดึก, ดึก-บ่าย หรือบ่าย – เช้า เป็นต้น

5. **การต่อเวร** หมายถึง การปฏิบัติงานเกินช่วงเวลาปฏิบัติงานปกติ 8 หรือ 12 ชั่วโมง ตั้งแต่ 30 นาที แต่ไม่เกิน 4 ชั่วโมง/ ครั้ง

6. **การควบเวร** หมายถึง การปฏิบัติงานเกินช่วงเวลาปฏิบัติงานปกติ 8 หรือ 12 ชั่วโมง ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงเป็นต้นไป/ครั้ง

7. **ประสบการณ์การทำงาน** หมายถึง จำนวนปีของการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่คิดเป็นจำนวนปีสมบูรณ์

8. **อัตราการปฏิบัติงาน** หมายถึง จำนวนครั้งที่ต้องปฏิบัติงานในแต่ละเดือน

9. **คุณภาพการนอนหลับ** เป็นการประเมินความสามารถในการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพด้วยการประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงอัตนัย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาของการนอนหลับ ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

10. **ดูแลรับผิดชอบ** หมายถึง ดูแลและอุปการะค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของสมาชิกผู้นั้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** (Expected Benefit and Application)

1. เป็นข้อมูลกระตุ้นให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ
2. นำผลการศึกษาที่ได้มาให้ผู้บริหารองค์กรเพื่อใช้ในการวางแผน ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
3. สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเชิงลึกต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**กรอบแนวคิดในการวิจัย** (Conceptual Framework)

แผนภูมิ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 2

# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่จะกล่าวในส่วนนี้คือ

2.1 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

2.3 ปัญหาของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

2.5 บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

## 2.1 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

### แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การศึกษาเรื่องการนอนหลับได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ สรีรวิทยา จิตวิทยาและสาขาอื่น ๆ จึงมีผู้ให้ความหมายของการนอนหลับไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

เกษม ตันติผลชีวะ *(10)* กล่าวว่า การนอนหลับ คือ การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับการรู้สติหรือความรู้สึกตัว มีการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาต่าง ๆ ไปในลักษณะผ่อนคลาย อวัยวะต่าง ๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน

สันต์ หัตถีรัตน์ *(11)* กล่าวว่า การนอนหลับคือ การหยุดพักของร่างกายชั่วครั้งชั่วคราวโดยไม่รู้สึกตัว และมีอาการร่วมกับการนอนหลับ เช่น การเงียบ การหลับตา การกรนหรืออื่น ๆ ที่แสดงว่า “หลับแล้ว”

บุญชู อนุสาสนนันท์ *(12)* กล่าวว่า การนอนหลับหมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่สอดคล้องกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่น ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางผ่อนคลาย ลักษณะของการนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้า

และการเคลื่อนไหวของร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมโดยเอนร่างกายลงในท่านอนสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

Webster และ Thompson *(13)* กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิตและการทำหน้าที่ของร่างกาย การนอนหลับเกิดขึ้นตามธรรมชาติเป็นกระบวนการสรีรวิทยาพื้นฐานที่เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ และสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางผ่อนคลาย มีการลดลงของระดับความรู้สึกตัว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

**วงจรการนอนหลับ** *(14)*

ทั้งคนและสัตว์ส่วนใหญ่จะมีวงจรการหลับตื่นใน 1 วัน ซึ่งเรียกว่า circadian rhythm ซึ่งจะมีอยู่ตลอดถึงแม้ว่าจะให้อยู่ในที่มืดตลอดเวลา หรืออยู่ในที่สว่างตลอดเวลาก็ตาม วงจรนี้เกิดขึ้นจากการควบคุมภายในร่างกาย แต่สามารถปรับแต่งวงจรนี้ให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ จากการศึกษาพบว่า circadian rhythm นี้ถูกควบคุมโดยบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่เป็นนาฬิกาในร่างกาย (biological clock) ซึ่งได้แก่ suprachiasmatic nuclei (SCN) ของไฮโปธาลามัส ซึ่งมีการติดต่อใกล้ชิดกับจอตาทาง retinohypothalamic tract การใช้ไฟฟ้ากระตุ้น SCN ของไฮโปธาลามัสพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm นอกจากนี้ยังพบว่า SCN ยังถูกควบคุมอยู่หลายทาง เช่น ทางฮอร์โมนหรือทางวิถีประสาทอื่น จึงจัด SCN เป็นศูนย์กลางประสานงานในการควบคุม circadian rhythm ของร่างกาย

ถึงแม้ว่าวิถีประสาทที่แสดงการติดต่อของ SCN กับสมองบริเวณอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหลับตื่นยังไม่ทราบโดยละเอียด แต่อาจสรุปการติดต่อของ SCN กับสมองบริเวณอื่น ๆ ได้ คือ SCN รับข้อมูลจากจอตาทั้งทางตรงและทางอ้อม จาก SCN จะส่งเส้นประสาทส่วนใหญ่ไปยัง anterior hypothalamic area และ retrochiasmatic area และส่งเส้นประสาทส่วนน้อยไปยัง lateral hypothalamic area, tubular hypothalamus, basal forebrain และ midline thalamus พบว่ามีการติดต่ออย่างกว้างขวาง ระหว่าง anterior hypothalamic area, retrochiasmatic area และ lateral hypothalamic area กับ isthmic reticular formation ซึ่งรวมถึง locus coeruleus, dorsal raphe และ late dorsal tegmental nucleus และ reticular formation จะส่งกระแสประสาทไปทุกส่วนของซีรีบรัลคอร์เทกซ์ อาจทางตรงหรือผ่านทาง nonspecific thalamic nuclei,

lateral hypothalamus หรือ nucleus basalis ดังนั้นจึงมีวิถีประสาทที่มีความจำเพาะสำหรับ SCN ในการควบคุม circadian rhythm ของวงจรหลับตื่นผ่านทางวงจรประสาทดังกล่าว

การนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวภาพ เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นระดับของพฤติกรรมที่มีจังหวะและเป็นวงจรแบบแผนการนอนในวัยผู้ใหญ่จะเริ่มต้นด้วยระยะก่อนหลับ โดยเริ่มจากการง่วงซึม (drowsiness) จนถึงการหลับสนิท (deep sleep) เป็นจังหวะชีวภาพ (Biological rhythm) หนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ และจังหวะชีวภาพอื่น ๆ นักวิจัยแบ่งวงจรการนอนหลับโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า โพลีซอมโนกราฟี (polysomnography) ซึ่งเป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram : EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electrooculagram : EOG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyelogram : EMG) การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต ความเป็นกรดด่างของหลอดอาหาร เป็นต้น ซึ่งจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามระยะต่าง ๆ ของการนอนหลับ *(15)* โดยทั่วไปจะตรวจเพียง 3 ลักษณะ คือ คลื่นสมอง คลื่นตา และคลื่นกล้ามเนื้อ

การนอนหลับแบ่งเป็น 2 แบบ ตามการเคลื่อนไหวของลูกตา ได้แก่ การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (rapid eye movement : REM or paradoxical or dream sleep) และการนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (non-rapid eye movement : NREM or slow wave sleep : SWS or orthodox sleep)

**การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (NREM)**

เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพียงกัน (synchronized) ภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เริ่มลดลง คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (slow voltage and fast or high frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูง และความถี่ต่ำ (high voltage and slow wave) การนอนหลับช่วงนี้อาจมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะง่วงซึม (drowsiness) มีการปรับเปลี่ยนจากการตื่นเข้าสู่การหลับ เริ่มจากง่วงซึม กล้ามเนื้อหย่อนตัว หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อเสียความตึงตัว คออ่อนพับได้ง่าย คลื่นไฟฟ้าสมองยังมีลักษณะคล้ายขณะตื่น คือ ทำงานแบบไม่พร้อมเพรียงกัน (desynchronized) มี

ความแรงต่ำและความถี่สูง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูง การหายใจ การขับเหงื่อ ถ้าถูกปลุกหรือถูกกระตุ้นระยะนี้จะตื่นได้ง่าย

ระยะที่ 2 เริ่มหลับลึกลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ระดับการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จังหวะการหายใจเริ่มสม่ำเสมอ ลูกตาเคลื่อนไหวขึ้นลงช้า ๆ แต่ยังปลุกตื่นได้ง่าย ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองมี 2 แบบคือ

1. แบบกระสวย (spindle shape) หัวท้ายเรียวแหลมเท่ากัน ส่วนกลางกว้าง ความถี่ 12-14 รอบ/วินาที

2. ลักษณะคลื่นเป็น 2 ทิศทาง (K-complex) ความถี่จะลดลง ความแรงสูงมากกว่า 100 มิลลิโวลท์ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) ใช้เวลาการนอนหลับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 50-60 ของเวลาการนอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 (slow wave sleep) เป็นระยะที่หลับลึก (deep sleep) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นเดลต้า (delta) มีความถี่ช้าที่สุด 1-2 รอบ/วินาที ความแรง 75 มิลลิโวลต์ขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน และสงวนพลังงาน อัตราการเผาผลาญลดลง การหายใจลดลง ชีพจรเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมออัตราช้ากว่าขณะพักธรรมดาในเวลาตื่น การนอนหลับในระยะเวลาที่ 3 ระยะที่ 4 ใช้เวลาประมาณร้อยละ 20 ของเวลาการนอนหลับ

**การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว** (REM sleep)

เป็นระยะที่หลับลึกที่สุด กล้ามเนื้อคลายตัวเต็มที่ (hypotonia) มีการเคลื่อนไหวของร่างกายบ่อย ๆ การทำงานของสมองเรติคูล่าฟอร์เมชั่น (reticular formation area) เพิ่มมากขึ้น คลื่นไฟฟ้าสมองและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายคล้ายกับขณะตื่น เซลล์ประสาทมีการทำงานไม่พร้อมกัน (desynchronized) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบผสม มีความถี่สูง ความแรงต่ำ 4-25 รอบ/วินาที การเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว อาจมีการฝัน การนอนหลับช่วงนี้จะมีการจัดระบบความจำของสมองจากความจำระยะสั้น (short term memory) เป็นความจำระยะยาว (long term memory) ระบบการทำงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจร การหายใจ

การนอนหลับดังกล่าว จะเกิดเป็นวงจรเริ่มจากการนอนหลับแบบ NREM ผ่านระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อย่างรวดเร็ว เข้าสู่ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 แล้วกลับมาระยะที่ 2 เป็นเวลาประมาณ 70-100 นาที ก่อนที่จะมีการนอนหลับแบบ REM ประมาณ 2-3 นาที และกลับสู่การนอนหลับระยะที่ 2 ของ NREM รอบใหม่ แต่ละวงจรใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที การนอนหลับแบบ REM รอบแรกจะสั้นไม่เกิน 10 นาที รอบหลัง ๆ จะยาวขึ้น รอบสุดท้ายประมาณ 15-40 นาที คืน

หนึ่ง 4-6 ครั้ง หรือประมาณร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมด ในครึ่งแรกของการนอนหลับทั้งหมด ระยะที่ 2, 3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะยาวกว่า และในครึ่งหลังของการนอนหลับทั้งหมด การนอนหลับช่วง REM จะยาวกว่า ระหว่างการนอนหลับจะมีการตื่นเป็นระยะสั้น ๆ 2-3 ครั้ง และจะหลับต่อได้ในเวลาไม่นาน จนกระทั่งตื่นเต็มที่ โดยตื่นได้เองหรือได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า

**กลไกการควบคุมการนอนหลับ**

เชื่อว่าการนอนหลับเป็นผลจาก reciprocal interaction ของระบบของสารสื่อประสาท 3 แบบคือ ด้านหนึ่งเป็นซีโรโทนินและนอร์อิพิเนฟริน กับอีกด้านหนึ่งเป็นอะซิทิลโคลีน ในระยะ REM sleep พบว่า cholinergic neuron ใน gigantocellular tegmental field เพิ่มการทำงานขึ้นมาก เนื่องจากมีการลดการทำงานของ serotonergic neuron จาก nucleus raphe และ noradrenergic system จาก locus coeruleus แต่ต่อมาจะพบว่า serotonergic และ noradrenergic neurons กลับเพิ่มการทำงานมากขึ้น ทำให้ยับยั้ง REM sleep และเข้าสู่ NERM สลับกันไปมาเช่นนี้ตลอดช่วงระยะการหลับจนกระทั่ง cholinergic neuron ใน ARAS (ascending reticular activating system) ทำงานมากขึ้น (จาก circadian control) ทำให้ยับยั้ง reticular thalamic neuron และหยุดกระบวนการหลับ

ในภาวะตื่นร่างกายจะมี tonic activity ของสมองส่วน ARAS (ascending reticular activating system) ซึ่งเป็นระบบประสาทที่เป็นต้นกำเนิดของการรับรู้สติและจะกระตุ้นสมองส่วนอื่น ๆ เช่น nonspecific thalamic nuclei เมื่อระยะเวลาผ่านไป เซลล์ประสาทใน reticular formation จะทำงานลดลงเนื่องจากมีการควบคุมจังหวะภายในของตนเอง (autochthonous rhythm) ดังนั้น reticular thalamic neuron จะทำงานมากขึ้น แต่เนื่องจากบริเวณนี้มีคุณสมบัติของเยื่อหุ้มเซลล์ที่มีลักษณะพิเศษ ทำให้มีดีโพลาไรเซชั่นและไฮเปอร์โพลาไรเซชั่นสลับกัน ทำให้เกิด EEG เป็นแบบ sleep spindle ซึ่งพบใน stage 1 และ 2 ของ NREM sleep ระยะทั้ง 2 นี้ถูกควบคุมโดย serotonergic และ adrenergic neuron ของ nucleus raphe และ locus coeruleus ซึ่งมีคุณลักษณะควบคุมจังหวะภายในตนเองได้เช่นกัน เมื่อลดการทำงานลงจะเกิดการปลดปล่อยกลุ่มเซลล์ประสาทใน gigantocellular tegmental field ใน pontine reticular formation ซึ่งกลุ่มเซลล์ประสาทเหล่านี้เป็นต้นกำเนิดของ REM sleep ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของตาผ่านทาง pontogeniculooccipital cortex (PGO) และกล้ามเนื้อคลายตัว วงจร ultradian (จังหวะที่ระยะเวลาสั้นกว่า 24 ชั่วโมง) จะเกิดสลับไปมาระหว่าง NREM และ REM ตลอดช่วงระยะ

เวลาที่หลับเนื่องจากผลของการควบคุมจังหวะภายในของตนเองของ nucleus raphe จนกระทั่ง ARAS กลับมาทำงานใหม่ เป็นการสิ้นสุดการหลับ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ระดับความรู้สึกตัวของมนุษย์ มีการควบคุมโดยเซลล์ประสาทที่กระจายอยู่ทั่วแกนกลางของกล้ามเนื้อที่เรียกว่าเรติคูล่าฟอร์เมชั่น ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์รับความรู้สึกต่าง ๆ จากสภาวะแวดล้อมและส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองใหญ่ (Cerebral cortex) กระตุ้นให้ร่างกายมีการตื่นตัวควบคุมการเคลื่อนไหวและระบบประสาทอัตโนมัติโดยมีการติดต่อกับสมองส่วนอื่น ๆ อย่างกว้างขวาง ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัด ว่าเป็นหน้าที่ของสมองส่วนหนึ่งส่วนใดที่ทำให้เกิดการนอนหลับ แต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาทส่วนต่าง ๆ ที่ซับซ้อนโดยได้รับการกระตุ้นจากสารสื่อประสาทอื่น ๆ หลายชนิด

สมมติฐานเกี่ยวกับกลไกควบคุมการนอนหลับ ได้แก่

1. ระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (reticular activating system : RAS) บริเวณหน้าก้านสมองทำหน้าที่ควบคุมร่างกายในภาวะตื่น ทำให้สมองตื่นตัวต่อการรับรู้ภาวะแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว

2. กลุ่มเซลล์ประสาทราฟ (Raphe nuclei) บริเวณตอนล่างของสมองพอนส์ (pons) ต่อกับเมดัลลา (medulla) ทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทไปสู่สมองส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ไฮโปธาลามัส ระบบลิมบิค คอร์เทกซ์ และไขสันหลัง โดยหลั่งซีโรโตนิน (Serotonin, 5-Hydroxy-tryptamine) เป็นสารสื่อประสาท เชื่อว่าเป็นสารที่ยับยั้งการส่งสัญญาณไปยัง RAS มีผลให้ RAS มีการทำงานลดลง ซึ่งมีความสำคัญต่อการนอนหลับแบบ NREM และช่วยลดความวิตกกังวล สารซีโรโตนินจะมีการผลิตในเวลากลางวัน และสะสมไว้จนถึงเวลากลางคืนจะมีระดับสูงพอที่จะหลั่งออกมา ช่วยให้เกิดการนอนหลับที่ดี และร่างกายยังสามารถรับสสารนี้ได้จากอาหารในรูปของกรดอะมิโน เช่น แอลทริปโตแฟน (L-trytophan) ถ้ามีการขัดขวางการสังเคราะห์ซีโรโตนินหรือมีการทำลายบริเวณเซลล์ประสาทราฟ ร่างกายจะอยู่ในภาวะที่ตื่นตัวตลอดเวลา นอนหลับยากหรือทำให้การนอนหลับระยะที่ 3, 4 และการนอนหลับแบบ REM เกิดน้อยลง

3. เซลล์ประสาทโลคัสซีรูเลียส (Locus coeruleus) เป็นกลุ่มเซลล์ประสาทบริเวณสมองส่วนพอนส์ แขนงของเซลล์ประสาททอดติดต่อกับกลุ่มเซลล์อื่น ๆในเรติคูล่าร์ฟอร์เมชัน และหลั่งสารนอร์อิพิเนฟรินเป็นสารสื่อประสาท (Norepinephrine) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางจิตใจ (Mental function) ภาวะอารมณ์ (mood) การทำงานของสมองใหญ่และสมองน้อยเชื่อว่า เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ แบบ REM ถ้ามีการทำลายเซลล์ประสาทราฟ และ โลคัส ซีรูเลียส จะทำให้นอนหลับได้ลดลงหรือระยะต่าง ๆ ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

4. เซลล์ประสาทซูปราไคแอสมาติค (Suprachiasmatic nuclei) บริเวณไฮโปธาลามัสเป็นเสมือนนาฬิกาภายในร่างกาย (body clock) ที่ควบคุมให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานของร่างกายให้เป็นไป และสอดคล้องกับจังหวะวงจรในรอบวัน (circadian rhythm) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความมืด ความสว่าง และจากเหตุการณ์ต่าง ๆ

**ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ** *(16)*

การนอนหลับ และการตื่นเป็นปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทชีวเคมีในสมอง ตามทฤษฎีที่อธิบายกลไกการนอนหลับและตื่นมีกล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีผลโดยอ้อม (passive theory of sleep) ทฤษฎีกล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากสมองส่วน แอสเซนดิง เรติคูลาร์ แอคติเวติง ซิสเต็ม (ascending reticular activating system: ARAS) ซึ่งทำหน้าที่ในขณะตื่นลดการทำงานลงจึงส่งผลลดการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เท็กซ์ ทำให้บุคคลรู้สึกง่วงนอน และเข้าสู่วงจรการนอนหลับ อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมามีการศึกษาและทดลอง ได้ข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับแนวคิดนี้

2. ทฤษฎีผลโดยตรง (active theory of sleep) ในปัจจุบันทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดที่ยอมรับกันคือ การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มในก้านสมองบริเวณใต้มิดพอนส์ (midpons) ได้แก่ เซลล์ประสาทส่วนราฟ (raphe nuclei) เซลล์ประสาทบริเวณพอสทรัล โซลิทารี แทรค (postral solitary tract) ซึ่งหลั่งสารสื่อประสาทชื่อ ซีโรโทนีน เมื่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกลดลงร่วมกับมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม เช่น ความอบอุ่น ความอิ่ม หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และสม่ำเสมอ จะทำให้เซลล์ประสาทเหล่านี้ทำงานเพิ่มขึ้น และมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์สมองส่วนอื่น ๆ ที่สำคัญคือ ส่วนเปลือกสมองคอร์เทกซ์ (cortical cortex) โดยขัดขวางการทำงานของส่วนเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน (inhibit reticular formation) ผลคือ เกิดการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement sleep : NREM) ส่วนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep : REM) ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาท โลคัส ซีรูเลียส (locus ceoruleus) และ ไจแกนโทเซลลูลาร์ เทกเมนตัล ฟิลด์ (gigantocellular tegmental field : GTF) ในสมองส่วนพอนส์ซึ่งหลั่งสารนอร์แอดรีนาลีนและอะซีทีลโคลีน ตามลำดับ

กลไกการควบคุมการนอนหลับระยะ REM เกิดเมื่อสิ้นสุดการยับยั้ง GTF โดยกระแสประสาทจากโลคัส ซีรูเลียส ซึ่งปกติเกิดในขณะตื่น แล้วค่อย ๆ ลดลงในระยะ NREM เปิดโอกาสให้เซลล์ของ GTF ปล่อยกระแสประสาทเข้าสู่แลทเทอรัล เยนิคูเลท (lateral geniculate) ซึ่งเชื่อมจาก

จอตาแล้วส่งต่อไปยัง ออคซิปิตัล คอร์เทกซ์ (occipital cortex) ที่จุดนี้กระแสประสาทจะถูกแปลความหมายว่ามาจากจอตา เกิดกระบวนการจินตภาพของการฝัน กลไก ทั้งหมดนี้เรียกว่า พอนทีน-เยนิคูเลท –ออคซิปิตัล สไปค์ (pontine-geniculate-occipital spikes) เป็นลักษณะของการเริ่มต้นระยะ REM

3. ทฤษฎีสารชีวเคมี (humoral theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ช่วงเวลาตื่น ขณะที่ร่างกายมีกิจกรรมจะมีการสร้างของเสีย (chemical toxin) ซึ่งมีผลให้บุคคลเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับร่างกายจะมีการขจัดสารที่ทำให้หลับ (hypnotic toxin) ออกจากร่างกายทำให้เราตื่นขึ้น แต่ทฤษฎีนี้ถูกโต้แย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่าแฝดสยาม อิน-จัน ซึ่งมีระบบไหลเวียนโลหิตร่วมกัน แต่กลับนอนหลับคนละเวลาและมีแบบแผนการนอนหลับที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนักสรีรวิทยาและนักชีวเคมีค้นพบสารชีวเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเหนี่ยวนำให้ร่างกายผ่อนคลาย และนอนหลับ ได้แก่ กรดแกมมา-อะมิโนบิวไทริค (gamma-aminobutyric tyric acid : GABA) เปปไตด์ (pepties) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) เมลาโตนิน (melatonin) และฮอร์โมนอื่น ๆ การมีสารต่าง ๆ ดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับเกิดกระบวนการผ่อนคลาย อาจเป็นผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับได้ ซึ่งเป็นลักษณะการเกิดและคุณสมบัติของสารเหล่านี้

4. ทฤษฎีสร้างทดแทน (Restitution theory) ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่าการนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอหรือที่ใช้ไปในขณะตื่น การนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านร่างกาย ส่วนการนอนหลับแบบ REM จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ บางคนเชื่อว่าช่วงที่ร่างกายได้นอนเต็มที่คือ ช่วง REM โดยเฉพาะ 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ ระบบประสาทจะมีการหลั่งโกรธฮอร์โมน (growth hormone) เพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการนำอะมิโนแอซิด เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสังเคราะห์โปรตีน แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้มีข้อโต้แย้งว่า เซลล์ที่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์โปรตีนนั้น จะต้องใช้อินซูลิน (insulin) ร่วมด้วย แต่ในร่างกายอินซูลินกลับไม่พอในระยะแรกของการนอนหลับ

ดังนั้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปได้ว่าการนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทในสมอง ซึ่งหลั่งสารสื่อประสาท ซีโรโทนีน พร้อมกับมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะทำให้เซลล์ประสาทไปยับยั้งการทำงานของสมองส่วนอื่น ๆ โดยเฉพาะส่วนเปลือกสมองคอร์เทกซ์ ทำให้เกิดการนอนหลับทั้งระยะที่ไม่มี การกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว และระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว โดยมีสารเคมีหลายชนิด เช่น กรดแกมมา-อะ

มิโนบิวไทริค พรอสตาแกลนดิน เมลาโตนิน และฮอร์โมนอื่น ๆ ช่วยเหนี่ยวนำให้ร่างกายผ่อนคลายและต้องการนอนหลับร่วมด้วย

**คุณภาพการนอนหลับ**

การศึกษาคุณภาพการนอนหลับ เป็นการศึกษาใน 2 ลักษณะ คือ

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น

2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลอื่น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับเพียงพอ*(17)* เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอน จนถึงตื่นนอน *(18)* และการที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้น สามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลนั้นเอง

**การประเมินคุณภาพการนอนหลับ** *(19)*

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 วิธีคือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (subjective sleep quality) ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

**การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย**

การประเมินคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้ เป็นการประเมินองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ ซึ่งประเมินได้จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิกาย และความดันโลหิต ด้วยวิธีการใช้โพลีซอมโนกราฟซึ่งเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การวัดคุณภาพการนอนหลับ วิธีนี้ให้ผลถูกต้อง และเที่ยงตรงที่สุด การประเมินจะทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพงและวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องทำให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และการแปลผล วิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน และความพึงพอใจใน

การนอนหลับได้ โดยทั่วไปการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยนี้จะไม่ใช้ตรวจเพื่อการคัดกรอง แต่จะใช้ประโยชน์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษา เช่น การศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉียบพลัน โรคจิตและแอลกอฮอล์เรื้อรัง การศึกษาผลของความเข้มข้นของออกซิเจนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น จึงเป็นข้อจำกัดในการนำวิธีนี้มาใช้ในการศึกษาคุณภาพการนอนหลับเชิงสำรวจ

**การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย**

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ การประเมินคุณภาพการนอนหลับอาจทำได้หลายวิธีเช่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่บนเตียง หรือประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นการประมาณค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (visual analogue scale) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ของการนอนหลับ วัดเป็น 2 มิติคือ มิติประสิทธิผลการนอนหลับ (sleep effectiveness) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในทางบวก เกี่ยวกับความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ วิธีตื่นนอน ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกออกจากเตียง ความพอใจต่อจำนวนเวลาที่ได้นอนหลับ และใช้เวลาในการงีบหลับและมิติความแปรปรวนของการนอนหลับ (sleep disturbance) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางลบเกี่ยวกับการใช้เวลาในการเริ่มต้นหลับ การพลิกตัวหรือการเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างนอนหลับ การถูกรบกวนการนอนหลับ *(18)* หรือการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) *(17)* สอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มี 7 องค์ประกอบได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน *(17)* จากผลการศึกษาการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย และเชิงอัตนัยพบว่า ผลการประเมินมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยทำได้ง่ายไม่ซับซ้อนจึงนิยมใช้ในการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ *(20)*

การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่บัสซี่และคณะ สร้างขึ้น มี 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ**

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลามากน้อยได้ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ซึ่งหากใช้ระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ บุคคลสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงข้ามหากบุคคลใช้ระยะเวลามากก็ยังไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับได้ในระยะต่าง ๆ ได้ ทำให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2. ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ บุคคลจะมีความต้องการการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัยหรือช่วงอายุของบุคคล ทารกหลังคลอดถึงหนึ่งเดือนจะนอนหลับวันละประมาณ 20 ชั่วโมง และจะค่อย ๆ ลดลงมาตามลำดับเป็น 10-12 ชั่วโมง ต่อคืนเมื่ออายุ 4 ปี ต่อมาจะลดลงเหลือ 9-10 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 10 ปี โดยเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงเมื่อเข้าวัยรุ่นในระยะอายุ 16 ปี และลดลงมาเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 25-45 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 6.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3. ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่คำนวณได้จะมีเปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีค่าประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์

**การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ**

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นเอง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

2. การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดผลในลักษณะการนอนมากหรือน้อยเกินไป ปัจจัยหรือสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจลำบาก ไอหรือกรนเสียงดัง รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป ฝันร้าย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการรบกวนการนอนหลับสาเหตุจากสิ่งใดนั้นสามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้นเอง

3. การใช้ยานอนหลับ การใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ โดยแพทย์สั่งและซื้อมารับประทานเอง ซึ่งการใช้ยาดังกล่าวบ่งบอกถึง การมีปัญหาในการนอนหลับ หรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้นการใช้ยานอนหลับจึงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้

4. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอนหรือเผลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะทำให้มีการงีบหลับในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น เฉื่อยชา อ่อนเพลีย ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น *(21)*

คุณภาพการนอนหลับ เป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยได้ ซึ่งการเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมกับสถานการณ์

**ความผิดปกติในการนอนหลับ** *(11)*

การจะพิจารณาว่าการหลับของคน ๆ หนึ่งผิดปกติหรือไม่ จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างคน ความแตกต่างตามอายุ ความแตกต่างอันเกิดจากความเครียด การอดนอน และสิ่งแวดล้อมด้วย โดยจะต้องซักประวัติต่าง ๆ ให้ละเอียด ทั้งจากคนที่มีอาการและจากญาติ หรือคนที่นอนอยู่ร่วมเตียงเดียวกัน หรือในห้องเดียวกันด้วย เพราะหลายต่อหลายครั้ง คนที่หลับอยู่อาจไม่รู้

ว่า เขาหลับไม่ปกติ แต่คนที่อยู่กับเขาจะเป็นคนเล่าถึงอาการหลับที่ไม่ปกติเหล่านั้นแทน เช่น อาการเดินละเมอ (เดินขณะหลับ) เป็นต้น

อาการหลับไม่ปกติ อาจจะแบ่งออกได้เป็น

1. อาการนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอ (Insomnia)
2. อาการหลับมาก หรือ ง่วงเหงาหาวนอนมาก (Hypersomnia)
3. อาการที่เกิดร่วมกับการหลับ หรือพฤติกรรมขณะหลับ (Parasomnia)

**1. อาการนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอ (Insomnia)**

การนอนหลับมีความแตกต่างกันมากระหว่างคนและในคนเดียวกันที่อยู่ในสภาวะที่แตกต่างกัน การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอจริง จึงต้องอาศัยสิ่งประกอบอื่น ๆ รวมทั้งความเห็นของญาติหรือคู่นอนด้วย ถ้าคนที่บ่นว่านอนไม่หลับหรือหลับไม่พอ มีอาการง่วงเหงาหาวนอน ตาปรือ หลับใน นั่งหลับ หรือสัปหงกบ่อย ๆ ในเวลาที่ไม่ใช่เวลานอน และคู่นอนก็บ่นว่าในเวลานอนคน ๆ นั้นกลับไม่ค่อยหลับ เช่น ลุกบ่อย ตื่นบ่อย หรือยังตื่นอยู่ ก็พอจะถือได้ว่า คน ๆ นั้นนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอ แต่ถ้าคนที่บ่นว่านอนไม่หลับหรือนอนไม่พอนั้นมีคนแย้ง เช่น คู่นอนบ่นว่าหลับตลอดทั้งคืน ตื่นเพียง 1-2 ครั้ง แล้วก็หลับต่ออย่างรวดเร็ว มีเสียงอะไรก็ไม่ตื่น คนที่บ่นเช่นนั้นไม่ใช่ว่าเขาไม่หลับ ที่จริงเขาหลับได้ดี แต่เขามีความคิดหรือความรู้สึกว่าเขายังนอนไม่หลับ หรือหลับไม่พอ

**ลักษณะของอาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่พอ**

1. หลับยาก หรือกว่าจะหลับใช้เวลานานเกิน 30 นาที (Early or initial insomnia) มักจะเกิดจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวล หรือความเครียด

2. หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับได้แต่ตื่นบ่อย ๆ (Intermittent หรือ middle insomnia) คือ หลับค่อนข้างง่าย แต่หลังจากหลับแล้วมักตื่นบ่อย ๆ มักเกิดจากความสูงอายุ โรคประจำตัว หรือเกิดจากความวิตกกังวล หรืออารมณ์เศร้าภายในก็ได้

3. ตื่นกลางดึก หรือตื่นในช่วงดึกแล้วไม่หลับอีก (Late or terminal insomnia) มักเกิดในผู้สูงอายุ หรือคนที่มีอาการเหงา (รู้สึกว่า โดดเดี่ยว ไม่มีคนสนใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ฯลฯ) หรือมีอาการเศร้าภายใน (endogenous depression)

สาเหตุ ของการนอนไม่หลับหรือหลับไม่พอ มีหลายสาเหตุ เช่น

1. มีประวัติการนอนหลับยาก หรือหลับน้อยมาตั้งแต่เกิด

2. การนอนผิดเวลาหรือผิดสถานที่

3. การบินข้ามเขตเวลา (rapid time zone change or “jet lag” syndrome) ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการบินข้ามประเทศเป็นระยะทางไกล ๆ จนมีการเปลี่ยนแปลงเวลา จากที่เคยเป็นเวลากลางวันมาเป็นเวลากลางคืน ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ทัน จึงยังคงตื่น (นอนไม่หลับ) แม้จะเป็นเวลากลางคืน (ในประเทศใหม่)

4. การรบกวนจากภายนอก เช่น คู่นอนนอนดิ้นมากหรือกรนเสียงดัง ในห้องที่แสงสว่างมากเกินไป หรือน้อยเกินไป มีเสียงดังมากเกินไป ร้อนเกินไป หรือหนาวเกินไป เป็นต้น

5. การเจ็บป่วย ที่อาจทำให้นอนไม่หลับ เช่น

- คนที่เป็นโรคปวดข้อเรื้อรัง มักจะปวดข้อเวลากลางคืน ทำให้ต้องตื่นบ่อย ๆ
- คนที่เป็นโรคหัวใจ และเกิดภาวะหัวใจล้ม หรือคนที่เป็นโรคหอบหืด อาจเกิดอาการเหนื่อย แน่น หรือหอบในตอนกลางคืนได้ง่าย
- ผู้สูงอายุที่ต่อมลูกหมากโต อาจต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อย ๆ ในตอนกลางคืน เป็นต้น

6. การกระตุกของขา หรือของกล้ามเนื้อขณะหลับ (nocturnal myoclonus) ส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไปหรือมักจะเป็นมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มักจะเป็นที่ขา โดยอาจจะเป็นแค่การกระตุกหัวแม่เท้า เป็นระยะ ๆ ไปจนถึงการเตะ ถีบ หรืออาจจะเป็นที่แขน โดยนิ้วมืออาจจะกระดิกเป็นระยะ ๆ หรืองอแขน ฟาดแขน เป็นต้น การกระตุกของแขนขา เหล่านี้จะเป็นมากขึ้นถ้าอดนอน มีเรื่องเครียดก่อนนอน เกิดโรคทางระบบประสาท เช่น หลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน เป็นโรคเบาหวาน หรืออื่น ๆ

7. การหายใจผิดปกติในขณะหลับจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท คือ

7.1 โรคหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea syndrome) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยหยุดหายใจมากกว่า 10 วินาทีบ่อย ๆ ในขณะหลับ เนื่องจากการหายใจเข้าไม่ได้ เพราะลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจที่หลังคอหอย (obstructive sleep apnea) และ/หรือ เพราะไม่หายใจ เนื่องจากสมองไม่สั่งให้หายใจ (central apnea) ทำให้เขียว ดิ้นรน และสะดุ้งตื่น (อาจตื่นแบบไม่รู้สึกตัว) แล้วจึงหายใจได้ โดยหายใจลึก และเร็ว สักพักแล้วหลับต่อใหม่ แต่เมื่อหลับสนิทก็เกิดอาการดังกล่าวขึ้นใหม่ ทำให้ต้องตื่นคืนละหลาย ๆ ครั้ง (มักจะตื่นโดยไม่รู้สึกตัว หรือจำอะไรไม่ได้) ทำให้หลับไม่สนิทหรือหลับไม่พอในตอนกลางคืน และง่วงในตอนกลางวัน

7.2 ภาวะหายใจไม่พอขณะหลับ (sleep hypoventilation) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยหายใจน้อยกว่าปกติมากในขณะหลับ และอาจมีการหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ได้ แต่มักไม่มีการนอนกรนเสียงดัง และไม่มีการดิ้นรนขณะหลับ และขณะหยุดหายใจ คนปกติที่นอนหลับก็หายใจน้อยกว่าปกติบ้าง

แต่ไม่เขียว และไม่มีอาการอะไร (ออกซิเจนในเลือดลดลงเพียงเล็กน้อย และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย) แต่ในผู้ป่วยหายใจน้อยกว่าปกติมาก จะเขียวคล้ำ เพราะออกซิเจนในเลือดลดลงมาก และซึมเพราะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด เพิ่มขึ้นมาก ภาวะนี้อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้หลายอย่างเช่น

โรคอ้วน ทำให้เกิดโรคหลับเพราะอ้วน (Pickwickian syndrome) ความอ้วนมากทำให้หายใจไม่พอ ทั้งในเวลาตื่นและเวลาหลับ ทำให้ผู้ป่วยง่วงเหงาหาวนอนทั้งวันทั้งคืน หลับง่ายและหลับนานจนเขียว และสะดุ้งตื่นบ่อย ๆ

โรคทางสมอง ที่ทำให้ศูนย์หายใจ (Respiratory center) ไม่ทำงานหรือทำงานน้อยลงในขณะหลับ

7.3 การหายใจผิดปกติแบบอื่น ๆ ซึ่งพบในโรคของสมองชนิดต่าง ๆ เช่น การหายใจเร็วช้าหยุดสลับกัน (cheyne-strokes respiration) การหยุดหายใจในท่าหายใจเข้า (apneutic breathing) การหายใจเร็ว ๆ เป็นช่วง ๆ สลับกับการหยุดหายใจ (cluster breathing) เป็นต้น แต่การหายใจผิดปกติเหล่านี้อาจพบได้ทั้งในเวลาตื่นและเวลาหลับ แต่ในเวลาหลับจะเป็นได้มากกว่า

8. การใช้ยาหรือการหยุดยา และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทบางอย่าง เช่น

- การดื่มชา หรือกาแฟ ตอนเย็นหรือตอนกลางคืน อาจทำให้นอนไม่หลับได้
- การกินยาลดความอ้วน ทำให้นอนไม่หลับ
- ยาอื่น ๆ ที่อาจทำให้หลับยาก หรือไม่หลับ เช่น ยากระตุ้นประสาท ยาขยายหลอดลม เป็นต้น
- การหยุดยานอนหลับ ยาคลายเครียด หรือยาต้านซึมเศร้า ที่ทานเป็นประจำ จะทำให้นอนไม่หลับได้
- การดื่มสุราเป็นประจำ จะหลับไม่ปกติ เพราะช่วงการหลับแบบกระตุก (REM sleep) จะน้อยลงหรือหมดไป ทำให้เวลาตื่นมีอาการง่วงซึมและอ่อนเพลีย และถ้าหยุดดื่ม ก็จะทำให้นอนไม่หลับ โดยเฉพาะการขาดการนอนหลับแบบตากระตุกเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดอาการสับสน เพ้อ การรับรู้ ภาพหลอน เสียงหลอน เกิดขึ้นได้และเมื่อหยุดดื่มสุราทันที จะทำให้เกิดอาการเพ้อคลั่งและชัก (delirium tremens) ได้

9. โรคจิตโรคประสาท ส่วนใหญ่จะทำให้หลับยากหรือหลับได้ไม่ดี ทำให้มีอาการทางจิตประสาทเพิ่มขึ้น และทำให้หลับยากยิ่งขึ้น เป็นวงจร (Vicious cycle) ทำให้อาการทรุดลง

10. ปัญหาทางจิตใจ ที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะสูญเสีย เศร้า เสียใจ หรือความโกรธ เป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ

**2. อาการหลับมาก หรือ ง่วงเหงาหาวนอนมาก** (Hypersomnia)

คือ อาการหลับมาก หลับบ่อย และ/หรือ หลับนานกว่าปกติ หรือง่วงเหงาหาวนอนผิดปกติในช่วงเวลาที่ไม่ใช่เวลานอน เป็นต้น การวินิจฉัยว่าหลับมากเกินไป จึงต้องอาศัยการเปรียบเทียบกับการนอนก่อนหน้านั้น เช่น เปรียบเทียบกับระยะเวลาหลับก่อนหน้าที่จะมีอาการหลับมากในคน ๆ นั้น เปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานก่อนหน้านั้น เปรียบเทียบกับความสดชื่นกระปรี้กระเปร่าในขณะตื่นก่อนหน้านั้น เช่น ถ้าอดนอนมาหลายวัน ก็ทำให้หลับมากหรือง่วงมากได้ โดยไม่ใช่สิ่งผิดปกติ แต่ความผิดปกติจากอาการหลับมาก จะอาศัยระยะเวลาที่เกิดความผิดปกติ เปลี่ยนแปลงไปจากการนอนเดิม และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันที่ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

สาเหตุ มีหลายสาเหตุ เช่น

1. การใช้ยาบางชนิด เช่น ยากล่อมประสาท (ยาคลายเครียด คลายกังวล) ยานอนหลับ ยาลดความดันเลือดบางชนิด ยาแก้แพ้ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เกิดอาการง่วงเหงาหาวนอนในช่วงเวลาที่ไม่ใช่เวลานอนได้

2. การหยุดใช้ยาหรือสารบางชนิดที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น ชา กาแฟ ยาลดความอ้วน หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนผสมอยู่ เช่น ลิโพวิตัน-ดี กระทิงแดง เป็นต้น ซึ่งคนที่กินยาพวกนี้ หรือเครื่องดื่มเหล่านี้เป็นประจำจะมีอาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย และง่วงเหงาหาวนอนเมื่อหยุดใช้ได้

3. การอดนอน นอนไม่หลับ หรือนอนไม่พอในเวลากลางคืน จะทำให้เกิดอาการง่วงในเวลากลางวันได้

4. โรคบางชนิด เช่น

4.1 โรคทางกาย และโรคบางอย่าง จะทำให้เกิดอาการง่วงเหงาหาวนอนได้มากกว่าโรคทั่วไป เช่น

4.1.1 โรคสมองฝ่อ (Cerebral atrophy) มักจะเป็นในผู้สูงอายุ จะมีอาการหลงเลือนและสับสน เป็นครั้งคราว เป็นต้น

4.1.2 โรคธัยรอยด์บกพร่อง (Hypothyroidism)

4.1.3 โรคตับบางระยะ โดยเฉพาะระยะตับอักเสบมาก (severe hepatitis) หรือตับวาย (hepatic failure)

4.1.4 โรคไต โดยเฉพาะระยะไตล้มหรือไตวาย (Renal failure)

5. โรคลมหลับ (Narcolepsy) เป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการง่วงเหงาหาวนอนในเวลากลางวัน อาการหลับแบบไม่ปกติ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน และมีอาการแปลก ๆ ซึ่งอาจเป็นในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือหลายลักษณะก็ได้ ดังนี้

5.1 หลับฉับพลัน (Sleep attacks) คือ อาการง่วงหลับไปทันที ทั้งที่ทำงานอยู่ หรือกำลังสนุกสนานอยู่ (เป็นการหลับแบบตากระตุก) อาจหลับไปเพียงไม่กี่นาที หรือเป็นชั่วโมงก็ได้ เมื่อตื่นขึ้นมาจะรู้สึกสดชื่น เหมือนคนตื่นนอนทั่วไป หลังจากนั้นจะมีอาการหลับฉับพลันอีก

5.2 หลับหมดแรงฉับพลัน (Cataplexy) คือ อาการหมดแรงอย่างฉับพลัน ซึ่งมักเกิดขณะที่หรือหลังจากที่มีอารมณ์รุนแรง เช่น หัวเราะ โกรธ ตกใจ ดีใจ พอใจ หรือเครียดมากทันที หรือหลังกินอิ่มมากเกินไป อาการหมดแรง อาจจะเกิดเพียงไม่กี่วินาที หรืออาจจะนานถึงครึ่งชั่วโมงก็ได้ โดยอาจจะเป็นทั้งร่างกาย หรือเป็นเฉพาะกล้ามเนื้อบางส่วน เช่น ศีรษะตก ขากรรไกรตก แขนตก เข่าอ่อน พูดตะกุกตะกัก ตาเห็นภาพเป็นสองภาพ หรือถ้วยหล่นจากมือ เป็นต้น การตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้หรือไม่ ใช้การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (electromyography)

5.3 ผีอำ (Sleep paralysis) คือ อาการหมดแรงโดยรู้สึกขยับเขยื้อนแขนขาไม่ได้ ลืมตาไม่ได้ หรือหายใจลึก ๆ ไม่ได้ ในขณะที่กำลังจะหลับ หรือกำลังจะตื่น มักจะร่วมด้วยการเห็นภาพหลอน หรือได้ยินเสียงหลอน อาการผีอำมักจะเกิดทันทีเมื่อหมดช่วงการหลับแบบตากระตุก จะเป็นอยู่ไม่กี่นาทีและค่อย ๆ หายหรือหายทันทีเมื่อถูกเรียกหรือสัมผัส

5.4 สิ่งหลอนยามหลับ (Hypnic hallucination) คือ อาการหลอนขณะหลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ อาจจะเกิดตอนเริ่มหลับ (hypnogogic hallucinations) หรือตอนท้ายของการหลับหรือกำลังจะตื่น (hypnopompic hallucinations) ซึ่งต่างจากความฝัน เพราะมันไม่เป็นเรื่องราว สิ่งหลอนเหล่านี้จะเกิดเพียงไม่กี่วินาทีหรือไม่กี่นาทีและจบลงอย่างกระทันหันด้วยการกระตุกของส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (hypnic jerks) อาการหลอนเช่นนี้นอกจากจะพบได้ในโรคลมชักแล้ว ยังพบได้ในภาวะอื่น ๆ เช่น คนที่นอนหลับไม่พอหรือหลับผิดเวลา เป็นต้น

โรคลมหลับ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น อุบัติเหตุขณะขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักร สมรรถภาพในการทำงานลดลง ทำให้ต้องออกจากงาน สมรรถภาพทางเพศลดลง เกิดโรคซึมเศร้า เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคลมหลับ จะทำได้เมื่อมีเกณฑ์ครบ 2 ข้อ คือ

1. อาการง่วงเหงาหาวนอนมากในเวลากลางวันร่วมกับอาการหลับฉับพลัน และ/หรืออาการหมดแรงฉับพลัน

2. การตรวจพบว่าผู้ป่วยเริ่มหลับแบบตากระตุกก่อน (คนปกติจะเริ่มหลับแบบตาไม่กระตุกก่อน) ตรวจพบอย่างน้อย 2 ครั้ง ในการทดสอบการหลับ 5 ครั้ง ในช่วง 10,12,14,16 และ 18 น. ในวันเดียวกัน หลังจากที่ได้หลับตามปกติมาแล้วในคืนก่อน

6. โรคหลับมากจากสมองที่ไม่รู้สาเหตุ (idiopathic central nervous system hypersomnia) คือ อาการง่วงเหงาหาวนอนทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน โดยไม่มีอาการหลับฉับพลัน หมดแรงฉับพลัน ผีอำ หรืออาการหลอน และลักษณะของการหลับจะเป็นแบบปกติ (เริ่มหลับแบบตาไม่กระตุกก่อน) บางครั้งจึงเรียกโรคนี้ว่า โรคลมหลับแบบตาไม่กระตุก (non-rapid eye movement sleep narcolepsy) หรือโรคหลับไม่รู้สาเหตุ (essential hypersomnia, functional hypersomnia, harmonious hypersomnia) โรคนี้ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจเกิดจากกรรมพันธุ์ โรคทางระบบประสาทจากเชื้อไวรัส เช่น กิแลงบาร์เร (Guillain – Barre syndrome) โรคโมโนนิวคลิโอซิส (mononucleosis) โรคปอดอักเสบบางอย่าง (atypical viral pneumonia) เป็นต้นหรืออาจไม่พบสาเหตุใด ๆ เลยก็ได้

7. ปัญหาทางจิตใจ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท (Schizophrenia) ความเบื่อหน่ายท้อถอย ความเกียจคร้าน และปัญหาทางจิตใจอื่น ๆ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของอาการง่วงเหงาหาวนอนในเวลากลางวัน และมักจะร่วมกับอาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอในเวลากลางคืนด้วย

**3. อาการที่เกิดร่วมกับการหลับ หรือพฤติกรรมขณะหลับ (Parasomnia)**

คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในขณะหลับ อาจจะปกติหรือผิดปกติก็ได้ ถ้าผิดปกติอาจเรียกว่าอาการผิดปกติขณะหลับ (dyssomnias) อาการที่เกิดร่วมกับการหลับมีมากมายเช่น

1. การกระตุกขณะหลับ (hypnic Jerks, periodic movement in sleep, nocturnal myoclonus) คือ การทำงานของกล้ามเนื้อเป็นพัก ๆ ขณะหลับเป็นอาการปกติที่พบบ่อยมากร่วมกับการหลับ มักเกิดในผู้ใหญ่ตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไป และมักจะเป็นมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

การกระตุกขณะหลับมักจะเป็นมากขึ้น ถ้าอดนอน มีเรื่องเครียดก่อนนอน มีโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมองแตก หรือตีบ การได้ยาต้านอาการซึมเศร้า การหยุดยานอนหลับหรืออื่น ๆ อาการกระตุกขณะหลับที่พบบ่อยมักจะเป็นที่ขา มีความรู้สึกว่ามีอะไรคลานหรือไต่กวนอยู่ในน่องลึก ๆ จนต้องขยับบ่อย ๆ ในยามตื่น (Restless leg syndrome) เกือบทั้งหมดจะมีการกระตุกของขาขณะหลับ แต่คนที่ขากระตุกขณะหลับอาจไม่รู้สึกผิดปกติที่น่องในขณะตื่น อาการเหล่านี้จะทำให้นอนไม่พอทั้งที่รู้สึกว่าหลับทั้งคืน และทำให้ง่วงเหงาหาวนอนมากในเวลากลางวัน

2. การละเมอ

การละเมอพูด (sleep talking) คือ การพูดพึมพำ หรือการตะโกนขณะหลับ อาจจะเป็นประโยคหรือเป็นคำ ๆ อาจฟังรู้เรื่อง หรือไม่รู้เรื่องและเกิดในขณะหลับ แต่ในบางกรณีที่พบได้น้อยมากคือ การละเมอพูดในขณะตื่นมากกว่าหลับ แบบฟังไม่รู้เรื่อง หรืออาจตอบรู้เรื่องแต่ผู้ละเมอจะจำอะไรไม่ได้เมื่อตื่นขึ้นเต็มที่ การละเมอพบได้ในทุกอายุ และในหญิงมากกว่าชาย โดยทั่วไปการ

ละเมอมักจะเกิดในระยะที่ 1 และ 2 ของการหลับแบบตาไม่กระตุก แต่ในบางครั้งก็เกิดในการหลับแบบตากระตุกได้

การละเมอเดิน (sleep walking, somnambulism) คือ การเดินโดยไม่รู้ตัวขณะหลับ มักเกิดขึ้นในช่วงแรก ๆ ของการนอนหลับ โดยเฉพาะในระยะที่ 3-4 ของการหลับแบบตาไม่กระตุกในช่วงแรก และมักจะเกิดขึ้นในเด็กวัยตั้งแต่ 2-3 ขวบ จนถึงวัยรุ่น มากกว่าผู้ใหญ่

สาเหตุของการละเมอ อาจจะเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะการเก็บกดความไม่พอใจไว้ หรืออื่น ๆ

3. การฝัน (Dreaming) คือ การเห็นเป็นเรื่องราวในขณะหลับ ความฝันที่จำได้ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80-90 เกิดในช่วงของการหลับแบบตากระตุก ความฝันที่เกิดในการหลับแบบตาไม่กระตุก มักจะจำได้ ถ้าเกิดในระยะที่ 1 (เมื่อเริ่มหลับ) และมักพบในคนที่หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับแบบตื่นได้ง่ายหรือในคนที่มีอาการเศร้า ถ้าช่วงการหลับแบบตากระตุกลดลง เช่น จากการดื่มสุรา การฝันในช่วงการหลับแบบตาไม่กระตุก จะเพิ่มขึ้น

ฝันผวา (Sleep terrors, night terrors) มีลักษณะคล้ายฝันร้าย (nightmares) แต่ร่วมด้วยพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาที่รุนแรงโดยไม่รู้ตัว และจำความฝันหรือพฤติกรรมของตนเองไม่ได้ มักเกิดในขณะหลับสนิท (ระยะที่ 3-4 ของการหลับแบบตาไม่กระตุก)

อาการฝันผวา เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ ยกเว้นอาการเกิดขึ้นบ่อย และทำให้เกิดอันตรายแก่ตนเองและคนรอบข้าง สาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ ปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะการเก็บกดความไม่พอใจไว้และอื่น ๆ

4. การขบเขี้ยวเคี้ยวฟันขณะหลับ (nocturnal broxisium, sleep toothgrinding) คือ อาการกัดฟันหรือขบฟันดังกรอด ๆ หรือกระแทกฟันเข้าหากันจนเกิดเสียงดัง และเกิดขึ้นในขณะหลับโดยไม่รู้ตัว การขบเขี้ยวเคี้ยวฟัน เกิดในช่วงหรือระยะไหนของการหลับก็ได้ และมักพบในช่วงการหลับแบบตากระตุก หรือในระยะที่ 2 ของการหลับแบบตาไม่กระตุก

สาเหตุ อาจเกิดจากผลของกรรมพันธุ์ โรคสมองอักเสบ หรือสมองพิการบางอย่าง รวมทั้งภาวะปัญญาอ่อน ภาวะขากรรไกรบนหรือล่างผิดปกติ และปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะความเครียดจากการเปลี่ยนงาน การหย่าร้าง หรือการเก็บกด และอาจพบร่วมกับโรคหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea syndrome) และโรคกระตุกขณะหลับ (nocturnal myoclonus) ได้

5. การกรน (Snoring) คือ การหายใจที่มีเสียงดังออกมาจากลำคอ อันเกิดจากการสั่นของลิ้นไก่มากระทบกับเพดานอ่อน และเนื้อเยื่อของคอหอย รวมทั้งแผ่นกั้นหลังต่อมทอนซิลในขณะหลับหรือครึ่งหลับครึ่งตื่น โดยเฉพาะเมื่อหายใจทางปาก

การกรนเกิดได้ในคนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในคนที่อดนอนหรือ อ่อนเพลียมาก ซึ่งจะกรนเป็นครั้งคราว ส่วนคนที่กรนประจำ (Habitual snorers) คือ คนที่กรนทุกคืนหรือเกือบทุกคืน มักพบในชาย (ร้อยละ 25) มากกว่าหญิง (ร้อยละ 15) และในคนอายุ 35-65 ปี มากที่สุด หลังอายุ 65 ปี แล้วการกรนจะพบน้อยลง

การที่คนกรนมากหยุดหายใจจนตื่นหรือเกือบตื่น และนอนแบบครึ่งหลับครึ่งตื่น หรือไม่ได้หลับสนิท จนถึงระยะที่ 3-4 ของการนอนหลับแบบตาไม่กระตุก ทำให้เกิดอาการหลับไม่พอในเวลากลางคืน และจะง่วงในเวลากลางวัน

สาเหตุของการกรนเป็นประจำ

- พบบ่อยในคนอ้วน
- คนที่รูจมูกหรือคอหอยแคบหรือตีบ เช่น รูจมูกหรือคอหอยแคบแต่กำเนิด, แผ่นกั้นรูจมูกเบี้ยว (Deviated nasal septum), ริดสีดวงจมูก (hypertrophy of the turbinates)
- ต่อมทอนซิลโต (tonsillar or adenoid hypertrophy)
- คางเล็ก (micrognathia)
- คางหด (retrognathia)
- ลิ้นโต (macroglossia)
- การดื่มสุรา การใช้ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ และสารที่ออกฤทธิ์กดประสาทมักจะทำให้กรนมากขึ้น

6. ปัสสาวะขณะหลับ (bedwetting, nocturnal enuresis, junctional enuresis) คือ การปัสสาวะรดที่นอนโดยไม่รู้ตัวเป็นประจำในขณะหลับ อาจเกิดจากความผิดปกติทางกาย เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ หรือผิดปกติกระดูกหลังแยก (spina bifida) ลมชัก โรคประสาท เบาหวาน เป็นต้น หรืออาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเครียด

7. อาการปวดขณะหลับ เช่น ปวดศีรษะขณะหลับ (Headache in sleep) คือ อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นในขณะหลับ จนทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นขึ้น เช่น โรคไมเกรน หรือโรคหยุดหายใจขณะหลับ เป็นต้น

อาการปวดอื่น ๆ ขณะหลับ มักจะเกิดจากโรคที่เป็นอยู่เช่น โรคปวดข้อ เช่น รูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) เกาต์ (gouty arthritis) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary heart disease) ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นกลางอก จนต้องตื่นกลางดึก หรือโรคกระเพาะลำไส้ (peptic ulcer disease) องคชาติแข็งตัวขณะหลับ (sleep-related penile erection) อาการชักขณะหลับ การกลิ้งศีรษะขณะหลับ เป็นต้น

ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ความผิดปกติในการนอนหลับ มีหลายประเภท และแสดงอาการต่าง ๆ อันเกิดจากสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ป่วย เช่น หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ง่วงนอนในตอนกลางวัน เป็นต้น ปัจจัยทางด้านโรคทางกาย สิ่งแวดล้อม และปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการในความผิดปกติในการนอนหลับได้เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นต้น

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

### หออภิบาลผู้ป่วยหนัก *(8)*

หออภิบาลผู้ป่วยหนักพัฒนามาจากความต้องการการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วยเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ จึงได้รับการออกแบบให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว ทันท่วงที จึงทำให้หออภิบาลผู้ป่วยหนักแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป บางประการคือ

1. สิ่งแวดล้อม หออภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีลักษณะเป็นหน่วยเล็ก ๆ ภายในหน่วยรับผู้ป่วยได้ประมาณ 6 – 12 คน เตียงผู้ป่วยวางอยู่ในตำแหน่งที่พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ แม้จะยืนอยู่ที่โต๊ะทำงานของพยาบาล ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงแคบ ๆ มีราวกั้นเตียงทั้ง 2 ข้าง พร้อมทั้งมีสายยางหลายสายต่อออกจากตัวผู้ป่วยไปสู่เครื่องมือซึ่งเป็นอุปกรณ์การแพทย์หรือต่อลงถุงหรือขวดข้างเตียง มีสายน้ำเกลือและขวดน้ำเกลือหลายชุดหยดเข้าทางหลอดเลือดดำพร้อม ๆ กัน ที่ตัวผู้ป่วยอาจมีผ้าปิดแผลปิดอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจจะเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งอย่างอื่น ในปากผู้ป่วยอาจมีท่อหลอดลมคอใส่ไว้และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ที่แขนมีเครื่องวัดความดันโลหิตพันอยู่และต่อสายไปยังเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดแสดงค่าอย่างต่อเนื่อง ที่ผนังหัวเตียงผู้ป่วยมีที่สำหรับเสียบออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องวัดความดันโลหิต ภายในหน่วยมีห้องสำหรับเก็บอุปกรณ์การแพทย์ซึ่งมีอยู่หลายชนิดวางอยู่ในสถานที่ที่สามารถเคลื่อนย้ายไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที อุปกรณ์การแพทย์ที่มีอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่เป็นเครื่องช่วยหายใจซึ่งปัจจุบันมีชื่อเครื่องหมายการค้าหลายชนิด อุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน อุปกรณ์ในการดูดเสมหะ เครื่องควบคุมหยดน้ำเกลือ สายยางและท่อต่อต่าง ๆ เครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) จอแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดแสดงค่าบนจออย่างต่อเนื่อง และรถเข็นฉุกเฉินซึ่งมียาและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย เนื่องจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องจำกัดคนเข้าออกจึงมักเป็น

2. หน่วยที่ปิดหน้าต่างติดม่านและติดเครื่องปรับอากาศ ทำให้มองไม่เห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกจนดูเหมือนตัดขาดจากโลกภายนอก ภายในหน่วยจึงต้องเปิดไฟสว่างทั้งกลางวันและกลางคืนนอกจากนี้เสียงที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงจากอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เสียงสัญญาณเตือนของเครื่องควบคุมหยดน้ำเกลือ เสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เสียงเครื่องดูดเสมหะ กลิ่นในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักเป็นกลิ่นของน้ำยาฆ่าเชื้อ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้จึงแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่วไป

3. กิจกรรมการพยาบาล ภายในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวนมากพอ ๆ กับจำนวนผู้ป่วย มีแพทย์ประจำอยู่ในหน่วยตลอดเวลา แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยจะตรวจเยี่ยมอาการและสั่งการรักษาบ่อยครั้งกว่าหน่วยผู้ป่วยทั่วไป กิจกรรมพยาบาลมีติดต่อกันตลอดเวลานับตั้งแต่การตรวจวัดสัญญาณชีพซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมอื่น ๆ เช่นการช่วยแพทย์เจาะคอ หรือใส่ท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะ และบีบลมเข้าปอด (self inflating bag) การทำแผลท่อเจาะคอ ล้างท่อเจาะคอ และเปลี่ยนท่อเจาะคอ การปรับเครื่องช่วยหายใจ การให้น้ำเกลือต่อน้ำเกลือ ปรับหยดน้ำเกลือ ต่อสายน้ำเกลือเข้ากับเครื่องควบคุมหยดน้ำเกลือ เปลี่ยนสายน้ำเกลือ ให้อาหารทางสายยางต่อสายยางเข้ากับเครื่องดูดเพื่อดูดน้ำจากกระเพาะอาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ (Foley) การตวงปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง การเจาะเลือด การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ การตรวจเลือดหรือปัสสาวะเพื่อหาน้ำตาล กิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวมานี้เป็นกิจกรรมกึ่งอิสระ คือทำภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ จนพยาบาลแทบจะไม่มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นบทบาทอิสระซึ่งมีความสำคัญเช่นกันคือ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลซึ่งต้องใช้เวลาในการปฏิบัตินานขึ้น เพราะผู้ป่วยมีแผลหรือมีสายยางหลายสายทำให้พลิกตะแคงตัวไม่สะดวก การดูแลสุขวิทยาในช่องปากต้องพิถีพิถันกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะมักเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคและอาจเป็นเหตุให้เกิดปอดบวมจากการสำลักได้ การดูแลสุขวิทยาในช่องปากจะต้องระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลม นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ จนทำให้ดูเหมือนว่ากิจกรรมการพยาบาลต้องอยู่ในภาวะเร่งรีบตลอดเวลาจนแทบจะลืมนึกถึงจิตใจของผู้ป่วย

4. ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยวิกฤตที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จะขาดความเป็นส่วนตัวเพราะต้องอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา แม้ผู้ป่วยจะต้องการความเป็นส่วนตัวโดยแสดงความจำนงขออยู่ห้องพิเศษเพื่อให้ญาติเฝ้าก็ไม่อาจทำได้ เพราะห้องพิเศษไม่เอื้ออำนวยให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้

5. การเยี่ยมของญาติ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดดังกล่าวแล้ว และต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยเทคนิคปฏิบัติหลายอย่าง จึงจำเป็นต้องจำกัดเวลาเยี่ยมให้สั้น

ลง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาใกล้ชิดกับญาติน้อยลง และญาติก็ไม่อาจให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้เต็มที่

**การพยาบาลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** *(8)*

การพยาบาลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ( Critical Care Nursing) หมายถึงการพยาบาลซึ่งนำกระบวนการตัดสินใจมาใช้ภายใต้พื้นฐานของความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิ สรีระ และจิตวิทยา การปฏิบัติพยาบาลต้องทำด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแก้ไขปัญหาตามลำดับความสำคัญ เพื่อให้ระบบต่าง ๆ อยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด

**พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS) *(22)* ได้ให้คำจำกัดความของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ว่าเป็นผู้ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่เข้มงวดเป็นพิเศษ เป็นงานที่รวมถึงงานในพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยทั่วไป การให้การดูแลที่จำเป็นในแต่ละบุคคล, เป็นตัวกลางระหว่างผู้ป่วยกับระบบการรักษาที่เหมาะสม เช่น ระบบทางเดินหายใจ การได้รับอาหาร การติดตามภาวะสุขภาพ และการช่วยเหลือแพทย์ในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

**ทักษะในการพยาบาล** *(8)*

การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องอาศัยแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเท่านั้นจึงจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตได้ ทักษะและประสบการณ์เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นั่นคือ การรับผู้ป่วยไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้

ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก นอกเหนือจากทักษะการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไปแล้ว พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องมีความชำนาญดังต่อไปนี้คือ

1. การประเมินผู้ป่วย พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะต้องสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง ความคาดหวังของแพทย์คือ คาดหวังว่าพยาบาลสามารถจะประเมินความผิดปกติของผู้ป่วยได้ในทันทีที่ปรากฏอาการหรืออาการแสดงและตัดสินใจให้ความช่วยเหลือทันที หรือรายงานแพทย์ทราบ การที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยตรวจวัดสัญญาณชีพและจดค่าเหล่านั้นไว้ที่ปลายเตียงโดยไม่ประเมินว่าค่าเหล่านั้นหมายความว่าอย่างไร หรือแสดงถึงอะไร

แล้วการวัดเหล่านั้นแทบจะไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ เลย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเช่นเดียวกับเครื่องวัดที่มีคุณภาพสูง

2. การเตรียมและช่วยเหลือแพทย์ในเทคนิคการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การเตรียมเครื่องมือและช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอ การเตรียมและช่วยในการผ่าหลอดเลือดดำ การเตรียมและช่วยในการใส่สายทางหลอดเลือดแดงเป็นต้น ความชำนาญในการเตรียมและช่วยจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันท่วงทีก่อนที่อวัยวะสำคัญจะถูกทำลาย

3. การปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากยาที่ใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักจะเป็นยาอันตราย และมีขนาดรักษาต่างจากขนาดที่เป็นพิษเพียงเล็กน้อย ถ้าพยาบาลไม่มีความชำนาญในเรื่องเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการรักษาได้ นอกจากนี้ยาบางชนิดมีวิธีการใช้แตกต่างจากยาทั่วไป การใช้ผิดวิธีอาจไม่เกิดผลในการรักษาได้

4. การตัดสินใจ การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้อง การตัดสินใจดังกล่าวต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคประกอบด้วย การไม่กล้าตัดสินใจ ตัดสินใจช้าหรือตัดสินใจผิดจะทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายได้

5. การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยหนักต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้มีความชำนาญ เพราะอุปกรณ์เหล่านี้จะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อได้ใช้อย่างถูกต้องและดูแลผู้ป่วยขณะใช้อย่างใกล้ชิดเท่านั้น ถ้าใช้ผิดวิธี หรือประเมินไม่ได้ว่าเครื่องทำงานขัดข้องหรือไม่จะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ หรืออย่างน้อยที่สุดก็ไม่เกิดประโยชน์จากการใช้อุปกรณ์เหล่านั้น

6. การช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคอะไร อาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจอย่างกะทันหันได้เสมอ พยาบาลในหน่วยนี้จึงต้องมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งมีทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support) และการช่วยฟื้นคืนชีพแบบก้าวหน้า (advance support)

ทักษะการพยาบาลดังกล่าวเป็นทักษะในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทั่ว ๆ ไป ถ้าเป็นหออภิบาลผู้ป่วยหนักเฉพาะ พยาบาลจะต้องมีความชำนาญเฉพาะด้านมากกว่านี้

สรุป การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต นอกจากจะต้องดูแลผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะวิกฤตจากโรคต่าง ๆ แล้ว พยาบาลจะต้องป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และดูแลช่วยเหลือญาติให้สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ อันเกิดจากการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวได้ ในการดูแลพยาบาลจะต้องคำนึงถึงการเป็นหน่วยเดียวของกายและจิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการหายตามปกติ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างผสมผสานกับการดูแลผู้ป่วยให้สมศักดิ์ศรีของ

ความเป็นมนุษย์ โดยพยาบาลจะต้องฝึกฝนตนเองให้มีความเป็นมนุษย์ก่อนจึงช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานให้เข้าใจเกี่ยวกับความเป็นมนุษย์ และช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่เป็นอันตรายขั้นวิกฤตซ้ำอีก

## 2.3 ปัญหาของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก *(8)*

### 1. ความเครียด

หลังจากได้มีการจัดหออภิบาลผู้ป่วยหนักขึ้นในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งได้ไม่นานนักได้มีการกล่าวถึงผลกระทบของหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อเจ้าหน้าที่ขึ้น โดยเริ่มต้นจากมีบทความซึ่งเขียนโดยพยาบาล ลงในวารสารทางการแพทย์ของอเมริกา เพื่อเรื่องเกี่ยวกับความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยกล่าวถึงสภาพการทำงานว่าเต็มไปด้วยความเครียดเนื่องจากขาดความรู้และทักษะ *(23)* ต่อมา ค.ศ. 1972 ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อภาวะเครียดจากสิ่งแวดล้อมของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและพยาบาลทั่วไป ผลปรากฏว่า ทั้ง ๆ ที่บุคลิกภาพของพยาบาลในสถานปฏิบัติงานทั้ง 2 แห่งนี้ไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีภาวะซึมเศร้า ดุดัน (Hostility) วิตกกังวล อารมณ์ไม่คงเส้นคงวา พูดจาก้าวร้าวและแสดงความรู้สึกไม่พอใจมากกว่าพยาบาลทั่วไป *(24)* เกี่ยวกับการใช้กลไกทางจิตเมื่อเกิดความเครียดพบว่าพยาบาลใช้วิธีการปฏิเสธ โดยจะยังคงแสดงอาการร่าเริง และแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ทั้ง ๆ ที่ผลการทดสอบทางจิตพบว่าพยาบาลเหล่านั้นรู้สึกไร้อำนาจ และวิตกกังวล *(25)* ความเครียดและความวิตกกังวลของพยาบาลเกิดจากการที่พยาบาลจะต้องเผชิญกับปัญหาหลาย ๆ ด้านดังต่อไปนี้คือ

**1.1 ปัญหาทางด้านศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมาย** พยาบาลที่ทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะต้องตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศีลธรรม จริยธรรม และกฎหมายอยู่ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลต้องคิดว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการผิดศีลธรรมหรือไม่ เช่น ในกรณีที่มีเครื่องช่วยหายใจอยู่เพียงเครื่องเดียวและกำลังใช้อยู่กับผู้ป่วยเรื้อรัง บังเอิญผู้ป่วยรับใหม่ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเช่นเดียวกัน พยาบาลจะตัดสินใจอย่างไร การช่วยชีวิตผู้ป่วยรับใหม่โดยการถอดเครื่องช่วยหายใจจากผู้ป่วยเรื้อรังมาให้กับผู้ป่วยรับใหม่จะเป็นการเหมาะสมหรือไม่ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคกำลังให้เครื่องช่วยหายใจ ญาติต้องการนำผู้ป่วยกลับบ้านเพราะทราบว่าจะมีชีวิตต่อไปอีกไม่นาน และเป็นการทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการไปเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลจะถอดเครื่องช่วยหายใจออกให้หรือไม่ การตัดสินใจในเหตุการณ์ดังกล่าวในบางครั้งพยาบาลจะต้องทำทั้ง ๆ ที่ขัดความรู้สึกหรือความเชื่อของตนเอง

ในปัจจุบันได้มีการพูดถึงสิทธิในการตายของผู้ป่วยค่อนข้างมาก สืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีชั้นสูงที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป แต่ภายใต้ชีวิตที่ยืนยาวออกไปนั้น ผู้ป่วยไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นบุคคลทั่วไป เป็นเพียงสิ่งมีชีวิตที่ยังมีหัวใจทำงานได้ อย่างอื่นจะต้องใช้เครื่องช่วยชีวิตไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การพลิกตะแคงตัว กรณีดังกล่าวทำให้ญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง พยาบาลจะแก้ปัญหานี้อย่างไร ผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิปฏิเสธการช่วยเหลือหรือไม่

ในแง่ของกฎหมายนั้นพยาบาลที่ทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายอยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากการกระทำของแพทย์และพยาบาลเพื่อช่วยชีวิต เช่น การใส่สายยางเพื่อวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 4 โรคแทรกซ้อนจะสูงขึ้นถ้าใส่สายยางลึกถึงหลอดเลือดแดงปอดคือทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการหลุดลอยของก้อนเลือดหรือฟองอากาศที่หลอดเลือดแดงปอดได้ร้อยละ 2 และผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเกิดเยื่อบุหัวใจข้างขวาอักเสบได้ถึงร้อยละ 7 การใส่สายเข้าไปในหลอดเลือดแดงก็มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 8 นอกจากนี้การเจาะคอเพื่อใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ17*(26)*ในจำนวนนี้เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 2 ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นผลจากการรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาล ซึ่งเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากญาติและผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

1.2 **ปัญหาอันเกิดจากงาน** ลักษณะงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักก่อให้เกิดความเครียดแก่พยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป เพราะ

1.2.1 งานล้นมือ (overload) งานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องใช้พลังสมองและพลังทางกาย การใช้พลังสมองเป็นเรื่องเกี่ยวกับการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวการณ์เจ็บป่วยที่แตกต่างกัน การใช้พลังทางกายเป็นงานที่ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าทำเท่าไหร่ก็ไม่เสร็จสิ้น นับตั้งแต่การเฝ้าคอยสังเกตอาการและระวังอาการ อาการแสดงต่าง ๆ หลาย ๆ อย่าง แต่ละอย่างต้องสังเกตบ่อยครั้ง ทุก ๆ ขั้นตอนของงานที่ปฏิบัติจะต้องลงบันทึกไว้ในรายงาน นอกจากพยาบาลยังรู้สึกว่าตนจะต้องทำงานให้ดีตามความคาดหวังของแพทย์ เพื่อนร่วมงาน ครอบครัวผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยความกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยซึ่งคอยสอบถามอาการอยู่ตลอดเวลา ต้องคอยปลอบโยนผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการศึกษาปัญหาของผู้ป่วย ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งมีการเปลี่ยนแผนการรักษาบ่อยครั้ง ตามความซับซ้อนและภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น จึงดูเหมือนว่าไม่สามารถจะทำงานเหล่านั้นให้เสร็จได้อย่างมีคุณภาพภายในเวลาอันจำกัด ซึ่งเป็นผลให้เกิดความเครียดแก่พยาบาล

1.2.2 ต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว สภาพเหตุการณ์ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่อาจจะคาดคะเนล่วงหน้าได้ เช่น ขณะรับเวรดูเหมือนว่าวันนี้ผู้ป่วยไม่น่าจะมีปัญหาอะไรซับซ้อน แต่เมื่อถึงเวลาปฏิบัติงานจะพบว่ามีเหตุการณ์ไม่คาดฝันเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางรายที่ต้องตัดสินใจให้การช่วยกู้ชีวิตอย่างรีบด่วนทันที สภาพความไม่แน่นอนเหล่านี้ทำให้พยาบาลต้องอยู่ในภาวะเครียดพร้อมเผชิญเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าไม่มีพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์เหล่านี้ได้ ลักษณะดังกล่าวนี้เป็นลักษณะงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ต่างจากหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดแก่พยาบาล

1.2.3 ความรู้ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจึงต้องตื่นตัวในการหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงรุ่น เปลี่ยนแปลงรูปแบบและวิธีใช้บ่อยมากจนแทบจะตามไม่ทัน และการดูแลก็มักจะยุ่งยากมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดแก่พยาบาลเป็นเงาตามตัว โดยเฉพาะกรณีที่เครื่องมือขัดข้องที่ไม่อาจแก้ไขได้ หรือหาผู้ช่วยเหลือไม่ได้

1.2.4 การตายของผู้ป่วย ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตเสมอ ๆ โดยเฉพาะในหน่วย ไอ ซี ยู อายุรกรรม จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่าหน่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาล *(27)* การดูแลผู้ป่วยแล้วมีผลให้ผู้ป่วยตาย เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าตนประสบกับความล้มเหลวในทักษะการดูแล ความมีทักษะทางวิชาชีพสร้างขึ้นจากความรู้สึกและแรงเสริมจากความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยนั้นคือ ผู้ป่วยหาย หรือปลอดภัยจากภาวะถูกคุกคามชีวิต แต่ถ้าดูแลผู้ป่วยแล้วมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงของทักษะวิชาชีพ ความตายของผู้ป่วยทำให้พยาบาลต้องประสบกับความรู้สึกล้มเหลว และต้องยอมรับข้อจำกัดทางศาสตร์และศิลป์แห่งวิชาชีพของตน การที่ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของการตายของผู้ป่วยได้ซ้ำ ๆ กันบ่อยครั้ง ทำให้พยาบาลรู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยของตนไม่มีคุณภาพพอที่จะช่วยผู้ป่วยได้ เป็นความเจ็บปวดที่ต้องทบทวนถึงสิ่งล้มเหลวนี้หลาย ๆ ครั้ง

นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องผ่านกระบวนการตาย (Dying process) หลายขั้นตอนและต้องใช้เวลานานจึงจะยอมรับได้ ตัวพยาบาลเองก็ผ่านกระบวนการนี้ด้วยเช่นกัน พยาบาลอาจจะรู้สึกขมขื่นกับคำสั่ง “งดช่วยกู้ชีวิต” (No Resuscitation) แต่เมื่อแพทย์ไม่ยอมสั่งและยกให้เป็นการตัดสินใจของพยาบาล สิ่งนี้จะเป็นความรู้สึกยุ่งยากใจ และเศร้าใจโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอยู่ในวัยหนุ่มสาว หรืออยู่ในวัยใกล้เคียงกับบิดามารดาของตน

1.2.5 เสี่ยงต่อการติดโรคจากผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ฉุกเฉินบ่อยครั้ง การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว จนทำให้เสี่ยงต่อการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง (Secretion) เลือด น้ำเหลืองจากผู้ป่วยอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โรคที่เป็นที่หวาดวิตกแก่พยาบาลในปัจจุบันคือโรคเอดส์ ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณถ้าสถานพยาบาลแห่งนั้น ไม่มีวิธีปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ เพราะลักษณะงานของพยาบาลต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นผู้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ว่าการเจาะเลือด การให้น้ำเกลือ การทำแผล การดูดเสมหะ ล้วนแต่เสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคทั้งสิ้น

1.2.6 การตอบสนองความต้องการแก่ครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้ป่วยเสมอ ๆ เพราะหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้น ให้เวลาญาติเยี่ยมผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด พยาบาลจะต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดแก่ญาติจึงจะทำให้ญาติคลายความวิตกกังวลได้ แต่ญาติผู้ป่วยบางคนตั้งเกณฑ์การดูแลหรือมีความคาดหวังในการดูแลค่อนข้างสูง บางครั้งครอบครัวรู้สึกว่าพยาบาลละเลยในการดูแลผู้ป่วยและแสดงออกโดยการตำหนิพยาบาล ทำให้เกิดแรงกดดันขึ้นระหว่างผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เมื่อพยาบาลต้องเจอเหตุการณ์เช่นนี้บ่อยครั้งทำให้เกิดความเครียดสูง

**1.3 ปัญหาอันเกิดจากสภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

หออภิบาลผู้ป่วยหนักมีลักษณะที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป คือมักจะเป็นห้องไม่กว้างนัก ปิดหน้าต่าง ติดม่าน และเครื่องปรับอากาศ ภายในหน่วยมีเครื่องใช้ทางการแพทย์หลาย ๆ อย่าง และเตียงผู้ป่วยซึ่งมีไม่มากนัก มีการจำกัดคนเข้าออก สภาพดังกล่าวนอกจากมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังทำให้พยาบาลรู้สึกว่าถูกแยก (detachment) ออกจากสิ่งแวดล้อมมากกว่าหน่วยอื่น ๆ นอกจากนี้ระดับเสียงในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมักจะดังอยู่ตลอดเวลา อาจเป็นเสียงจากเครื่องมือ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ หรือเสียงร้องของผู้ป่วย เสียงพูดคุยของเจ้าหน้าที่ ภาพที่มองเห็นผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นภาพผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยสายต่าง ๆ นานาชนิด มีทั้งแขวนไว้ข้างบนและวางไว้บนพื้นข้างเตียงผู้ป่วย มีของเสียหลายอย่างออกจากตัวผู้ป่วยทั้งทางปากซึ่งมีน้ำลาย เสมหะ ทางแผลเจาะคอ อาจเลอะอาเจียน เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ ผ้าปิดแผลที่โชกด้วยน้ำเลือดน้ำหนอง และมีกลิ่นที่น่ารังเกียจ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวก่อให้เกิดความเครียดแก่พยาบาลได้ *(28)*

**1.4 ปัญหาอันเกิดจากการบริหาร**

ระบบการบริหารในโรงพยาบาลเป็นลักษณะการบริหารที่มีระดับผู้บังคับบัญชาหลายระดับ มีลักษณะการปฏิบัติงานเฉพาะ และเป็นแบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ปฏิบัติงาน

เต็มไปด้วยความเครียด และทำให้เกิดภาวะจิตใจผิดปกติซึ่งพบมากในพยาบาล *(29)* ปัญหาดังกล่าวอาจจะเกิดจากรูปแบบการจัดแพทย์ดูแลผู้ป่วยในหน่วย บางโรงพยาบาลไม่มีแพทย์ประจำ จะมีเฉพาะแพทย์เจ้าของไข้ บางแห่งมีแพทย์ประจำร่วมกับมีแพทย์เจ้าของไข้ การมีแพทย์หลายคนดูแลผู้ป่วยรายเดียวกันอาจทำให้เกิดความยุ่งยากแก่พยาบาลได้ เช่น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นแก่ผู้ป่วยพยาบาลไม่ทราบว่าจะรายงานแพทย์ท่านใด หรือกรณีที่สั่งการรักษาที่ขัดแย้งกัน พยาบาลไม่ทราบว่าควรจะทำตามแผนการรักษาของแพทย์ท่านใดเป็นต้น

บางครั้งการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่ได้เป็นไปตามกฎระเบียบ หรือนโยบายที่วางไว้ เช่น ระเบียบการรับผู้ป่วยไว้ในหน่วยกำหนดไว้อย่างหนึ่ง เมื่อปฏิบัติจริงอาจมีกรณีพิเศษที่ได้รับข้อยกเว้นให้รับไว้ในหน่วยได้ หรือเกี่ยวกับการเบิกจ่าย หรืออุปกรณ์การแพทย์ พยาบาลได้บอกผู้ป่วยหรือญาติตามระเบียบที่วางไว้ แต่ทางปฏิบัติจริงกลับไม่เป็นไปตามนั้น หรือผู้บริหารที่ทราบปัญหาต่าง ๆ แต่ไม่ยอมแก้ไข หรือแก้ปัญหาไม่ได้ เช่น กรณีขาดแคลนเจ้าหน้าที่ทำให้พยาบาลแต่ละเวรต้องทำงานหนักขึ้น กรณีเครื่องใช้ไม่เพียงพอ การสื่อสารระหว่างแพทย์-พยาบาล หรือการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ถ้ามีความบกพร่องแล้วไม่ได้รับการแก้ไขจะก่อให้เกิดความเครียดและความเบื่อหน่ายในการทำงานของพยาบาลได้

2. **ความเบื่อหน่าย** (Burnout)

ความเบื่อหน่ายเป็นกลุ่มอาการทางกายและลักษณะอ่อนล้าทางจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมี อัตมโนทัศน์และเจตคติในการทำงานไปในทางลบ รู้สึกสูญเสียในการยอมรับนับถือตนและความรู้สึกมีคุณค่าของตน เป็นความรู้สึกไร้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะวิชาชีพของตน *(25)* ความเบื่อหน่ายมักจะเกิดจากความเครียดจากการทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน มักปรากฏเมื่อกลไกการป้องกันตนเอง (Defense mechanism) ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพในการเผชิญกับความเครียด หรือการเผชิญปัญหาวิธีที่ผิด เช่น การกล่าวโทษผู้อื่น (projection) โกรธ วิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น บ่น หรือรู้สึกซึมเศร้า ผู้ที่เบื่อหน่ายอาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องเดิน น้ำหนักลด

พยาบาลที่รู้สึกเบื่อหน่ายในการทำงานจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนวัตถุที่ไร้ชีวิตจิตใจ พยาบาลจะไม่สนใจต่อความรู้สึกในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ปฏิบัติงานตามความรับผิดชอบให้เสร็จไปวัน ๆ หนึ่ง อาจจะลางานบ่อยขึ้นและในที่สุดเมื่อทนไม่ไหวก็จะลาออก

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเบื่อหน่ายในงานพบว่า ความเบื่อหน่ายมีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ คือ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบอดทน (Hardiness) คือ สามารถทนต่อความซ้ำซากจำเจได้จะเป็นผู้ที่รู้สึกเบื่อหน่ายจากความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว *(29)* นั้นคือคุณลักษณะความ

อดทน จะช่วยป้องกันความรู้สึกเบื่อหน่ายจากงานแต่ไม่สามารถป้องกันความเครียดสูงขณะทำงานได้ ผู้ที่มีลักษณะเป็นคนอดทนแม้มีความเครียดสูงก็จะรู้สึกเบื่อหน่ายในงานในระดับต่ำกว่า

ลักษณะอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความเบื่อหน่ายในงานของพยาบาลได้แก่ ความเครียดสูง โดยเฉพาะความเครียดอันเกิดจากเสียงในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก *(30)* ความวิตกกังวล การเปลี่ยนสถานที่ทำงาน อายุน้อย ประสบการณ์น้อย ต้องทำงานแบบเร่งรีบ การศึกษาน้อย ไม่สามารถหยั่งรู้ปัญหาการทำงานได้ล่วงหน้า และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนแปลกแยกจากคนอื่น (Alienation) ไร้อำนาจ และขาดการควบคุมผู้อื่น ลักษณะดังกล่าวจะทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเบื่อหน่ายได้ง่าย *(25)*

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบเป็นตัวของตัวเอง (assertiveness) เป็นลักษณะเด่น และมีลักษณะอื่นร่วมด้วยคือ ชอบแข่งขัน ก้าวร้าว และหัวแข็ง นอกจากนี้ยังพบว่ามีบางคนมีอัตตาสูง การยอมรับนับถือตนเองสูง ซึ่งลักษณะดังกล่าวทำให้เป็นคนชอบเสี่ยงอันตรายและชอบการท้าทายจึงเลือกที่จะปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพราะเป็นหน่วยที่ต้องมีความตื่นตัวและขยันขันแข็งอยู่ตลอดเวลา เป็นหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับในหมู่พยาบาลด้วยกันเองและบุคคลทั่วไปว่า มีความซับซ้อนกว่าการพยาบาลในหน่วยอื่น ๆ ทำให้รู้สึกภูมิใจตนเองและคาดหวังว่าตนเองต้องทำงานด้วยความสงบเยือกเย็น ภายใต้ความกดดันต่าง ๆ ให้ได้ พยาบาลในหน่วยนี้จึงประสบกับความเครียดสูง ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเบื่อหน่ายในงาน

**3. ปัญหาด้านสุขภาพ**

การทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานในลักษณะผลัดหมุนเวียน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับงานพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการมีความต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานในลักษณะนี้ได้ โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 ผลัด ดังนี้

1) ผลัดเช้า (Day shift) เป็นเวลาทำงานในช่วงเช้าและกลางวัน เช่น เวลา 06.00-14.00 น, 07.00-15.00 น. 08.00-16.00 น.

2) ผลัดบ่าย (Evening shift) เป็นเวลาทำงานในช่วงบ่ายและเย็น เช่น 14.00-22.00 น. , 15.00-23.00 น. หรือ 16.00-24.00 น.

3) ผลัดดึก (Night shift) เป็นเวลาการทำงานในช่วงกลางคืน เช่น 22.00-06.00 น. 23.00-07.00 น. หรือ 24.00-08.00 น.

การจัดระบบผลัดหมุนเวียนมีผลต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของงาน โดยเฉพาะที่ทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีการปฏิบัติงานผลัดกลางคืนเป็นประจำ การจัดลักษณะงานระบบผลัดหมุนเวียนที่ต้องคำนึงถึงมีดังนี้

1) วิธีการหมุนผลัด การหมุนผลัดไปข้างหน้าหรือหมุนตามเข็มนาฬิกา (clockwise or forward) หมายถึงการหมุนผลัดที่ให้เวลานอนเลื่อนช้าออกไป และมีเวลาระหว่างเปลี่ยนผลัดนานประมาณ 16 ชั่วโมง เช่น เช้า-เช้า,บ่าย-บ่าย,ดึก-ดึก หรือ 24 ชั่วโมง เช่น เช้า-บ่าย,บ่าย-ดึก แตกต่างจากการหมุนผลัดไปข้างหลัง หรือหมุนทวนเข็มนาฬิกา (anticlockwise or backward) เพราะเป็นการหมุนผลัดที่รวดเร็วและมีเวลาระหว่างเปลี่ยนผลัดในช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 8 ชั่วโมง และเลื่อนเวลานอนเข้ามาเร็วขึ้น เช่น ลักษณะการหมุน เช้า-ดึก,ดึก-บ่าย และ บ่าย-เช้า เป็นต้น การหมุนผลัดแบบทวนเข็มนาฬิกาจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยได้อย่างมาก ในด้านการนอน ความเมื่อยล้า และการใช้ชีวิตอย่างปกติสุข เพราะจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยได้ในระยะยาว *(31)*

2) ความสม่ำเสมอของการหมุนผลัด หมายถึง ลักษณะงานที่มีจำนวนวันขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละผลัดคงที่ รวมถึงมีวันหยุดในแต่ละผลัดคงที่ เช่น เช้า 2 วัน ,บ่าย 2 วัน , ดึก 2 วัน และหยุด 2 วัน เป็นต้น เพราะการหมุนผลัดที่บ่อยเกินไปจะส่งผลต่อสรีระของร่างกายและเกิดความผิดปกติต่อระบบต่าง ๆ ทำให้สุขภาพร่างกายและกระบวนการนอนหลับเสื่อมลง ประสิทธิภาพการทำงานลดลงรวมถึงความระมัดระวังในการทำงานลดลงด้วย*(31)*

โดยทั่วไป การปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนที่มีการปฏิบัติในผลัดใดผลัดหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะสามารถปรับลักษณะการทำงานได้ ไม่มีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ *(32)* แต่ในลักษณะการทำงานของพยาบาล นิยมจัดในลักษณะหมุนเวียนสลับในแต่ละช่วงอยู่ตลอดเวลา *(33)* ทำให้ระบบชีวภาพเปลี่ยนไป เกิดผลกระทบต่าง ๆ เช่น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ต้องเปลี่ยนเวลานอนไปเรื่อย ๆ กล่าวคือ การนอนต้องนอนในเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงเวลาวงจรการตื่นและต้องทำงานเวลากลางคืนซึ่งเป็นช่วงวงจรการหลับ(34) จึงเกิดความผิดปกติของการนอนทำให้คุณภาพการนอนลดลงอาจนำไปสู่การอดนอนเรื้อรังได้ *(7,35)* จากการสำรวจในทวีปยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกา *(36)* พบว่าคนที่ทำงานในผลัดดึกนั้นสามารถนอนได้น้อยกว่าคนทำงานในช่วงเวลากลางวันประมาณ 5-7 ชั่วโมงในรอบสัปดาห์ ซึ่งได้มีการศึกษายืนยันของ Walsh, Muchbach และ Schweitzer ในกลุ่มคนที่ทำงานผลัดดึกเปรียบเทียบกับคนทำงานผลัดเช้า พบว่าคนที่ทำงานผลัดดึกจะนอนในช่วงกลางวันโดยเฉลี่ย 306 นาที ซึ่งน้อยกว่าคนที่ทำงานในช่วงกลางวันที่นอนเฉลี่ย 401 นาที ดั้งนั้น หากพยาบาลต้องทำงานผลัดดึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะที่มีการอดนอนอย่างเรื้อรังซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำงานและอารมณ์ได้

**2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของพยาบาลประจำการ**

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย

**1.1 อายุ** เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนของการนอนหลับของคนเรา การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอายุคือ ระยะเวลานอนหลับทั้งหมดลดลงจาก 17-18 ชั่วโมงต่อคืนตอนหลังคลอด และลดลงมาเป็น 10 ชั่วโมงเมื่ออายุ 4 ขวบ และเหลือ 9-10 ชั่วโมง เมื่ออายุ 10 ขวบ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นระยะเวลาการนอนหลับลดลงเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงอย่างช้า จนเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

นอกจากนี้อายุยังเป็นปัจจัยที่สำคัญของรูปแบบการนอน และมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างและชีววิทยาที่เปลี่ยนไปโดยการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่สนับสนุนว่าประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep Efficiency) จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น slow wave sleep และ REM sleep ลดลง และมีการเปลี่ยนแปลง NREM sleep ระยะที่1,2,3,4 มากขึ้น *(37)* ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุตื่นบ่อยกว่าวัยหนุ่มสาว พร้อมกับการใช้เวลานอนบนเตียง รวมทั้งจำนวนและระยะเวลาของการงีบหลับเพิ่มขึ้นพร้อมกับคุณภาพการนอนหลับลดลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น *(38)* และมักนอนหลับในเวลากลางวัน ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อย มีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ตื่นบ่อยและมักจะตื่นเช้า พร้อมกับรู้สึกว่านอนหลับไม่เพียงพอ ดังนั้นสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการนอนขึ้นอยู่กับอายุที่เพิ่มขึ้น

**1.2 เพศ** จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการนอนหลับ ตามระยะพัฒนาการระหว่างผู้ชายและผู้หญิง พบว่าผู้ชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าผู้หญิงประมาณ 10-20 ปี *(12)* และพบว่าการนอนของผู้ชายมีการนอนระยะที่ 3 และ 4 NREM ลดลง และมีการตื่นบ่อยขึ้นในกลุ่มอายุ 60-70 ปี และREM sleep จะสั้นลงและลดเวลาการนอนทั้งหมด (Total sleep time) ในเพศชายมีเหตุรบกวนการนอนมากกว่าผู้หญิง โดยธรรมชาติเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป อาทิเช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศในเวลากลางคืน ซึ่งจะเกิดในระยะ REM ในขณะที่การศึกษาของ Wever *(37)* พบว่าเพศหญิงจะสามารถนอนหลับในระยะเวลาต่อเนื่องได้นานกว่าผู้ชาย แต่ในความเป็นจริงเพศหญิงมักจะบ่นถึงปัญหาในการนอนหลับมากกว่าผู้ชาย และกินยาช่วยให้นอนหลับมากกว่าผู้ชาย *(39)*

**1.3 สถานภาพสมรส** สถานภาพโสดมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าสถานภาพสมรสคู่ *(39)*

**1.4 รายได้** และภาวะทางเศรษฐกิจ รายได้ที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งรบกวนการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ *(40)*

**1.5 ประวัติโรคประจำตัว** สุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมต่อสิ่งแวดล้อม ความสามารถอันนั้นได้แก่ ปฏิกิริยาตอบสนอง (Human Responses) และการปรับตัวของบุคคล (Human Adaptation) ภาวะสุขภาพจึงเป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่า " สุขภาพ " ไว้ว่า เป็นภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากโรคหรือความพิการใด ๆ *(41)* ดังนั้นถ้าขาดความสมดุลของร่างกายทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น จึงสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพร่างกายและพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายต่าง ๆ จะมีผลต่อจังหวะชีวภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งวงจรการนอนหลับ การตื่น โดยทำให้มีลักษณะการนอนหลับยากขึ้น หลับไม่ได้ปะติดปะต่อ จากการศึกษาของศิวาภรณ์ *(6)* พบว่าภาวะสุขภาพร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ที่มีพยาธิสภาพทางร่างกายมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพปกติ สภาพร่างกายแข็งแรงสอดคล้องกับการศึกษาของ Brassington และ Hicks *(42)* พบว่าอาการทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

จากการสำรวจปัญหาการรบกวนการนอนหลับ ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่มีปัญหาการนอนหลับควบคู่กับความเจ็บป่วยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสรีระขณะนอนหลับ อาจทำให้พยาธิสภาพที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น

1) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่าอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และไม่สม่ำเสมอในช่วง REM sleep ประกอบกับปริมาณการใช้ออกซิเจนที่เพิ่มขึ้นทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานมากกว่าปกติจึงเกิดภาวะ angina attack ซึ่งพบในช่วงเวลา 05.00-06.00 น. ได้บ่อยและเป็นช่วงเริ่มต้นของ REM sleep (Oren & Barnes) *(14)*

2) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไขข้ออักเสบ (Rheumatoid Arthritis) จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ คือ นอนหลับยาก ใช้เวลานานกว่าจะหลับและตื่นบ่อยทำให้เป็นสาเหตุของการปวดและอาการอ่อนเพลีย

3) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะ โรคเบาหวาน ที่มีการถ่ายปัสสาวะบ่อยทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงเพราะตื่นบ่อยในเวลากลางคืน

4) อาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) พบในกลุ่มผู้ป่วยข้ออักเสบ เนื้องอกและผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงโดยการเริ่มง่วงและ slow wave sleep ลดลงและวงจรการนอนหลับไม่สมบูรณ์และผลการนอนหลับที่ไม่ดีจะมีผลกระทบต่ออาการปวดในอนาคตและมีผลทั้งปริมาณและคุณภาพการนอนหลับได้ทั้งสิ้น

**1.6 การใช้ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** ยา โดยคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึง สาร หรือผลิตภัณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์ ในการใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางสรีรวิทยาของร่างกาย หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขบวนการทางพยาธิวิทยา ซึ่งทำให้เกิดโรคทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ได้รับยานั้น ซึ่งประโยชน์ของการใช้ยา คือใช้ในการควบคุมโรคหรือบรรเทาอาการ และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พบว่ามีประวัติการใช้ยาหรือสารต่าง ๆ มาก่อนซึ่งจะพบว่ามีกลุ่มยาหลายชนิดมีผลต่อปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ โดยเฉพาะกลุ่มยานอนหลับพบว่ามีการใช้ยาร้อยละ 80 เพื่อให้นอนหลับได้ดีขึ้นแต่การใช้ยาเพื่อให้หลับอย่างเดียวโดยไม่หาสาเหตุของการนอนไม่หลับอาจนำไปสู่ปัญหาการติดยา ซึ่งส่งผลต่อเวลาการนอนหลับทั้งหมดหรือทำให้การนอนแต่ละระยะของการนอนหลับแปรปรวนไปจากธรรมชาติ และกลุ่มยาต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อรูปแบบนอนหลับดังนี้คือ

ตารางที่ 2.1 กลุ่มยาต่าง ๆ ที่มีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ

| ประเภทยา | รูปแบบการนอนหลับ |
|---|---|
| แอมเฟตามีน (Amphetamin) | - การนอนหลับระยะ REM ลดลง |
| แอลกอฮอล์ | - ทำให้ง่วงนอนเร็วแต่การนอนหลับระยะ REM ลดลงและรบกวนการนอนระยะอื่นของ NREM |
| ยานอนหลับ (Sedative – Hypnotic drug) | - กดการนอนหลับระยะ REM และลดการนอน NREMระดับที่ 3 และ 4 ถ้ายานี้จะเกิดการนอนหลับระยะ REM มากขึ้นทันที ผู้ป่วยจะฝันร้ายและตื่นนอนบ่อย |
| ยากล่อมประสาท (Tranquilizer) | - รบกวนการนอนหลับระยะ REM |
| ยาบรรเทาปวดเช่น มอร์ฟีน ซัลเฟต | - ลดระยะหลับสนิทและระยะ REMลงแต่เพิ่มส่วนสัดของระยะหลับตื้นแทน สำหรับผู้ที่ได้รับยาจะตื่นบ่อยขึ้นและรู้สึกง่วงเวลากลางวัน |
| ยาขยายหลอดลม เช่น ธีออฟิลลีน (Theophylline) | - ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้หลับยาก |
| ยาทางหลอดเลือดและหัวใจ | - ผลข้างเคียงทำให้มีอาการง่วงซึม ฝันร้าย และอาจมีอาการสับสน |

นอกจากนี้สารต่าง ๆ เช่น แอลกอฮอล์ นิโคติน และคาเฟอีน จะทำให้การนอนเปลี่ยนแปลงโดยแสดงปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล

1) นิโคติน พบว่าถ้ามีนิโคตินในกระแสเลือดขนาดต่ำจะเป็นยานอนหลับอ่อน ๆ และช่วยผ่อนคลายแต่ถ้ามีความเข้มข้นของนิโคตินสูงขึ้นจะทำให้ผลของการนอนหลับเร็วขึ้น เปลี่ยนเป็นความรู้สึกตัวตื่นและวุ่นวายเป็นผลของ cholinergic effect ที่นิโคตินเป็นตัว receptor การสูบบุหรี่ 1 มวนใน 1 ชั่วโมง ก่อนนอนจะทำให้ง่วงนอนช้ากว่าปกติและกลางคืนจะนอนไม่หลับและผู้สูบบุหรี่มากจะบ่นว่านอนน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่มีตัวแปรอื่นที่สำคัญประกอบด้วยซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้สูบบุหรี่มากจะนอนได้น้อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 30 นาที จากการศึกษาของ Lexcen และคณะ *(43)* ทำการศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่ 28 คน และไม่สูบบุหรี่ 30 คนโดยจับเป็นรายคู่ตาม อายุ เพศ และพื้นเพที่อาศัยเป็นเวลา 27 วัน เพื่อศึกษาปัญหานอนไม่หลับ พบว่าผู้สูบบุหรี่มีปัญหานอนไม่หลับมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่จะมีคุณภาพและปริมาณการนอนหลับน้อยลง

2) แอลกอฮอล์ เป็นตัวทำให้สมองได้พักและส่งเสริมการนอนหลับและผลของแอลกอฮอล์จะมี slow wave sleep มากขึ้นและลดจำนวน REM sleep เพราะว่ามีกลไก เมตาบอลิซึมที่เร็วจึงทำให้ผลการกดประสาทลดลงในเวลากลางคืน จึงมีการย้อนกลับทำให้ตื่นเร็วขึ้นเมื่อความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดใกล้ศูนย์ ขณะเดียวกันจะเพิ่มจำนวน REM ในคืนต่อมา

การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อการนอนหลับของ Yokoi และคณะ *(44)* พบว่าการให้ปริมาณแอลกอฮอล์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะช่วยให้การนอนหลับมีประสิทธิผลและไม่มีผลเสียต่อการปฏิบัติงานในวันถัดไปด้วย แต่ในขณะเดียวกันผู้ดื่มแอลกอฮอล์มากจะพบว่ามีการแปรปรวนการนอนหลับรวมทั้งการนอนไม่หลับ ง่วงนอนตอนกลางวัน (Hypersomnia) และขัดขวางวงจรการหลับตื่นกับมีการงีบหลับถี่ขึ้น

3) คาเฟอีน เป็นสารเคมีที่พบในเครื่องดื่มมากและบางครั้งพบในองค์ประกอบของยา และผลของกาแฟต่อการนอนหลับจะเพิ่มจำนวนของการตื่นภายหลังดื่มกาแฟ 3 ถ้วย ใกล้เวลานอนเพราะว่าคาเฟอีนจะมีครึ่งชีวิตยาว ประมาณ 5 ชั่วโมงแต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าการดื่มกาแฟในตอนเย็นมีความสำคัญ การดื่มกาแฟมากกว่า 6 ถ้วย/วัน เป็นสาเหตุให้เพิ่มจำนวนการตื่นและการนอนไม่หลับเพราะว่าการดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วย/วัน จะลดการนอนหลับระหว่างวัน ทำให้มีการแปรปรวนการนอนหลับเล็กน้อย และเป็นเหตุให้การนอนแย่ลงซึ่งมีสาเหตุจากการดื่มคาเฟอีนมากในระหว่างวัน

นอกจากนี้คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เส้นเลือดบีบตัว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว ฤทธิ์ที่ใช้กันมากที่สุดคือการทำให้หายง่วงนอน จากการศึกษาของ Kelly และคณะ *(45)* พบว่าเมื่อได้รับคาเฟอีนปริมาณ 400 มิลลิกรัม

ภายหลังอดนอนจะช่วยให้มีการตื่นตัวและสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.7 **สุขภาพจิต** ในการศึกษานี้จะขอกล่าวถึงใน 2 กลุ่มอาการ คือ อาการซึมเศร้า (Depression) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกเศร้า เช่น หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีแรงจูงใจ แยกตัว ความรู้สึกท้อแท้ เป็นต้น และอาการวิตกกังวล (Anxiety) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น กระวนกระวาย นั่งไม่ติด กลัว ประหม่า และมีอาการทางกายที่เกิดร่วม เช่น อาการสั่น หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น เมื่อร่างกายมีความกังวลเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการหลั่งสารอิฟิเนฟฟริน และนอร์อิพิเนฟฟริน จากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) และคอร์ติซอน (Cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก (Adrenal cortex) ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยาก ตื่นบ่อย และไม่สามารถหลับต่อได้หลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน *(39)*

2. **ปัจจัยด้านการทำงาน** เช่น การทำงานระบบผลัดหมุนเวียน การหมุนผลัดตามเข็มนาฬิกา จะมีระยะ เวลาการเปลี่ยนผลัดนานประมาณ 16 ชั่วโมง โดยช่วงเวลาเปลี่ยนผลัด 16 ชั่วโมง ซึ่งมีลักษณะการหมุน เช้า- เช้า, บ่าย-บ่าย หรือดึก- ดึก เป็นต้น หรือ 24 ชั่วโมง เช่น เช้า-บ่าย, บ่าย-ดึก เป็นต้น แตกต่างจากการหมุนผลัดไปข้างหลัง หรือเป็นการหมุนผลัดทวนเข็มนาฬิกา เป็นการหมุนผลัดที่รวดเร็วและมีเวลาระหว่างเปลี่ยนผลัดในช่วงเวลาสั้น ๆ ประมาณ 8 ชั่วโมง และเลื่อนเวลานอนเข้ามาเร็วขึ้น เช่น ลักษณะการหมุน เช้า-ดึก, ดึก-บ่าย หรือบ่าย – เช้า เป็นต้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถพักผ่อนได้เต็มที่ เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ในระยะยาว *(31)*

3. **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ** *(40)* ประกอบด้วย

3.1 **เสียง** บุคคลสามารถนอนหลับได้ดีในระดับความดังของเสียงต่ำกว่า 50 เดซิเบล (dB) หรือถูกกระตุ้นได้ดีในเสียงที่มีระดับดังกว่า 45 เดซิเบล (dB) เสียงที่มีความถี่สูงจะรบกวนการนอนหลับ เสียงดังรบกวนจะทำให้หลับ ๆ ตื่น ๆ นอนหลับไม่สนิท

3.2 **แสงสว่าง** ความเกี่ยวข้องของแสงต่อวงจรการนอนหลับคือความสว่างและความมืดในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงมีความสำคัญต่อวงจรการหลับตื่น *(38)* ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อความเข้มของแสงที่ผ่านมายังเรตินา*(46)* เมื่อแสงผ่านมายังเรตินา เซลล์ประสาทซุปราไดแอสมาติค (Suprachiasmatic Nuclei) ที่อยู่เหนือออพติคไคแอสซึม (Optic Chiasm) ทำหน้าที่ในการแปลผลความมืดและความสว่างพร้อมทั้งควบคุมการสังเคราะห์เมลาโทนิน ความมืดจะทำให้มีการหลั่งเมลาโทนิน *(38)* แต่ความสว่างในตอนกลางวันที่มีความเข้มมากกว่า 2,000 ลัคซ์ (Lux เป็นหน่วยความเข้มของแสงเท่ากับหนึ่ง Lumen/sq. meter) จะยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน (Lewy และคณะ) *(47)* ซึ่งเมลาโทนินช่วยควบคุมวงจรชีวภาพในร่างกายให้ทำงานได้ปกติ ทำให้เกิดการนอนหลับ

3.3 **อุณหภูมิ** อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการนอนหลับโดยตรง ถึงแม้ว่าอุณหภูมิจะเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยโดยพบว่าอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไป มีผลให้ระยะหลับสนิทและระยะ REM มากกว่า NREM ทำให้ตื่นบ่อย ช่วงเวลาที่ตื่นนอนนานขึ้นโดยเฉพาะอุณหภูมิที่ต่ำจะมีผลต่อการนอนหลับในระยะ REM มากกว่าอุณหภูมิสูง (Haskell และคณะ) *(37)* เนื่องจากการนอนหลับในระยะ REM นั้นกลไกการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำงานลดลงในทางตรงข้ามอุณหภูมิสูงเกินไปมีผลต่อระยะ NREM มากกว่าในที่มีอุณหภูมิต่ำ *(13)* พบว่าอุณหภูมิที่สูงกว่า 24 องศาเซลเซียส จะทำให้การนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และ REM ลดลง ตื่นบ่อย และมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เพิ่มขึ้น *(48)*

3.4 **กลิ่นไม่พึงประสงค์** หมายถึงกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ กลิ่นขยะ กลิ่นน้ำเสีย กลิ่นอาหาร กลิ่นอุจจาระ และกลิ่นสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองต่อกลิ่นที่แตกต่างกัน ในการรับรู้กลิ่นจะถูกทำโดย bipolar nerve cell ที่อยู่ในเยื่อบุผิวของโพรงจมูกและนำความรู้สึกไปยังประสาทสมอง คู่ที่ 1 คือ olfactory nerve แล้วนำไปแปลผลในสมองส่วน Temporal lope กลิ่นที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรำคาญไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับได้ ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง จากการตื่นมาบ่อยครั้งถ้าได้กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์

3.5 **ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน** อุปกรณ์เครื่องนอน เช่น เตียง หมอน ผ้าห่มที่แข็งหรือนุ่มเกินไป ทำให้เกิดความไม่สบายตัว ซึ่งส่งผลให้การนอนหลับมีคุณภาพลดลงได้

3.6 **ความหิว** เป็นปัจจัยทางกายภาพที่มีผลทำให้นอนไม่หลับ หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ แคลอรีของสารอาหารที่ได้รับมีผลต่อการนอน จากการทดลองในสัตว์พบว่า สัตว์ที่ได้รับแคลอรีเพียงพอ จะหลับได้นานกว่าและไม่ตื่นเป็นช่วง ๆ นอกจากนั้นการได้รับประทานอาหารที่มี precursor ของ ซีโรโทนิน เช่น L- tryptophan อยู่ อาจทำให้หลับได้ดีขึ้น

ปัจจัยดังกล่าวมาข้างต้นมีความเกี่ยวข้องกับการนอนของพยาบาลประจำการทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ เพราะการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นมีการทำงานเป็นผลัด มีการนอนหลับที่ไม่เป็นเวลา ทำให้ต้องปรับตัวกับเวลา และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ย่อมส่งผลกระทบกับการนอนหลับของพยาบาลประจำการที่ทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักได้

## 2.5 บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของพยาบาลประจำการ

กันตพร ยอดใชย, อารีย์วรรณ อ่วมตานี และทิพมาส ชิณวงศ์*(49)* ศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลประจำการ

จำนวน 240 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ แบบแผนการทำงาน ความเหนื่อยล้า และคุณภาพการนอนหลับ พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ110, SD=16.74) คะแนนเต็ม 150 คะแนน, ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ (r=0.521) และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ (r=0.204)

ผาณิตา ชนะมณี, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์ *(50)* ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหาวิทยาลัยในภาคใต้ จำนวน 300 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอนหลับ แบบวัดความเครียดของสวนปรุง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีตามเกณฑ์ของ Pittsburgh ร้อยละ 45.3 รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 มีความเครียดระดับปกติ และสุขนิสัยการนอนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอน และความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 27 โดยสุขนิสัยการนอนสามารถอธิบาย ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 15 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ

เอกลักษณ์ วงศ์อภัย *(51)* ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี (ร้อยละ 56.1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับได้แก่ ปัจจัยด้านความเครียด และปัจจัยด้านการใช้ยานอนหลับหรือยาคลายกังวลเป็นประจำ

อภิชาติ จริยาวิลาศ *(52)* ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย พบว่า แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย สามารถใช้แยกแยะผู้มีปัญหาเรื่องการนอนหลับได้ดี ณ จุดตัดคะแนนตั้งแต่ที่ 6 คะแนนขึ้นไป และให้ความไวสูงถึงร้อยละ 97.70 และความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 95.30

เยาวรัตน์ มัชฌิม, กันตพร ยอดใชย และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์*(53)* ศึกษาแบบแผนการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวันที่มีการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย วันที่เรียนทฤษฎี และวันหยุด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 190 คน ที่ลงทะเบียนเรียน

รายวิชาปฏิบัติและรายวิชาทฤษฎี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามแบบแผนการนอนหลับ และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า วันที่ฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.43 เข้านอนหลังเวลา 24.00 น. แต่ไม่เกิน 02.00 น. ร้อยละ 44.22 เข้านอนช่วงเวลา 22.00 - 24.00 น. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.50 ตื่นนอนช่วงเวลา 05.00 - 06.00 น. ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.10 ใช้เวลาในการนอนหลับคืนละ 4 - 6 ชั่วโมง ร้อยละ 66.30 นอนหลับไม่เพียงพอ และร้อยละ 38.40 รับรู้ว่าคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับพอใช้ วันที่เรียนทฤษฎี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.50 เข้านอนช่วงเวลา 22.00 - 24.00 น ร้อยละ 41.50 ตื่นนอนหลังเวลา 06.00 น. แต่ไม่เกิน 07.00 น. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.50 ใช้เวลาในการนอนหลับมากกว่า 6 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 84.70 รับรู้ว่านอนหลับเพียงพอ และร้อยละ 58.40 รับรู้ว่าคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี วันหยุดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.90 เข้านอนช่วงเวลา 22.00 - 24.00 น. ร้อยละ 42.10 ตื่นนอนหลังเวลา 08.00 น. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.40 ใช้เวลาในการนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.90 รับรู้ว่านอนหลับเพียงพอ และร้อยละ 54.20 รับรู้ว่าคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี

ณภัควรรต บัวทอง *(40)* ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ เพศชาย สถานภาพโสด ความไม่เพียงพอของรายได้ การลาป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การปฏิบัติงานในเที่ยวบินระยะใกล้ระหว่างเวลา 12.00-18.00 น. ปัญหาการนอนหลับจากการปฏิบัติงานในเที่ยวบินระยะไกลในเส้นทางขากลับจากทวีปยุโรปและทวีปออสเตรเลีย ปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ จากแสงสว่างที่บ้าน ความหิวที่บ้าน ความกระหายน้ำที่บ้านและโรงแรม ปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความหนาวเย็นที่โรงแรม ความไม่เพียงพอของรายได้ และเพศชาย

นาถฤดี เด่นดวง และกนกวรรณ ธราวรรณ*(54)* ศึกษาปัญหาสุขภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนในประเทศญี่ปุ่น พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในผลัดดึกใช้เครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น ชา กาแฟ หรือแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่าอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งรับประทานยานอนหลับในช่วงเวลากลางวันหลังจากการปฏิบัติงานเพื่อให้นอนหลับได้มากขึ้นด้วย

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ *(5)* ศึกษาหาความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนไม่ดี และวิเคราะห์หาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 461 คน ด้วยแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย ได้รับการตอบรับกลับมา 326 คน คิดเป็นร้อยละ 70.71 พบว่าพยาบาลประจำการที่คุณภาพการนอนไม่ดี (T-PSQI Score > 5) มีจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 73 โดยพยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัดไปเรื่อย ๆ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานผลัดเช้าอย่างเดียว (ร้อยละ 76.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 51.1) ความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับลดลงตามอายุที่มากขึ้นคือพบปัญหาเพียงร้อยละ 43.75 ในกลุ่มอายุ 40-60 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 77.2 ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังสัมพันธ์กับสถานที่ทำงาน, การงีบหลับ และความเครียดในชีวิต โดยการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนไม่ดีโดยใช้ logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในช่วง 1 เดือนสูงที่สุดคือ การทำงานเป็นผลัดและการมีเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด การศึกษานี้พบว่าประมาณสามในสี่ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยมีปัจจัยสำคัญจากการทำงานเป็นผลัดและความเครียดในชีวิต

จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และธนา นิลชัยโกวิทย์ *(55)* ได้รายงานการศึกษาเบื้องต้น “ปัจจัยในการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร” จากการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 826 คน ด้วย แบบสอบถาม GHQ-60 ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ประมาณหนึ่งในสามของประชากรมีแนวโน้มของปัญหาในการนอนหลับในช่วง1 เดือนที่ผ่านมา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาจิตสังคมในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา เหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และอายุ โดยกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีจำนวนของปัญหาจิตสังคมสูง กลุ่มที่มีจำนวนเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตมากกว่า 1 เหตุการณ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และกลุ่มที่อายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในการนอนหลับมากกว่ากลุ่มอื่น

ศิวาภรณ์ โกศล *(6)* ศึกษาคุณภาพการนอนของบุคลากรด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดหมุนเวียนเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนต่ำที่สุด เนื่องจากการมีตารางการนอนที่ไม่แน่นอน มีอาการแสดง เช่น นอนหลับยาก นอนหลับได้ไม่ลึก ตื่นระหว่างการนอนหลับบ่อยครั้ง เวลาการนอนหลับโดยรวมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องนอนหลับเวลากลางวันจึงทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้นานเท่าที่ต้องการ

Sveinsdottir, Herdis*(56)* ศึกษาการประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมการทำงาน ประสบการณ์การเจ็บป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาลหญิงที่ทำงานผลัดแตกต่างกัน ศึกษาในพยาบาลจำนวน 348 คน พบว่า ไม่พบความแตกต่างในผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยในเรื่อง ชนิดของผลัดการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ความพึงพอใจในงานและคุณภาพการนอนหลับ พยาบาลที่ทำงานแบบหมุนผลัด เช้า บ่าย ดึก มีการรายงานว่าวันการทำงานที่ยาวกว่า มีความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานมากกว่า โดยส่วนใหญ่พยาบาลจะรายงานความรุนแรงของอาการต่ำ อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นพยาบาลแบบหมุนผลัด เช้า บ่าย มีความรุนแรงของระบบทางเดินอาหารและอาการเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อมากกว่า ซึ่งเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้อธิบายได้โดยการมีช่วงพักสั้นๆ ระหว่างผลัดบ่ายและผลัดเช้าทำให้มีเวลาพักไม่เพียงพอ โดยสรุปพยาบาลไอซ์แลนด์ ทั่วๆไปมีความพึงพอใจกับการทำงานและการมอบหมายงาน ซึ่งไม่มีผลต่อ circadian cycle ผู้จัดการพยาบาลแนะนำว่าควรให้พยาบาลมีความสนิทสนมใกล้ชิดในองค์กรมากขึ้นของพยาบาลผลัดกลางคืน และมีเวลาพักเพียงพอก่อนการเปลี่ยนผลัดจากผลัดบ่ายเป็นผลัดเช้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 3

# วิธีดำเนินการวิจัย

## รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Descriptive Cross-Sectional Study)

## ประชากร (Populations)

**ประชากรเป้าหมาย** (Target populations) คือ

พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป

**ประชากรตัวอย่าง** (Sample populations) คือ

พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling)

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา** (Inclusion Criteria)

พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรี หรือสูงกว่าและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา** (Exclusion Criteria)

พยาบาลที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา แต่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาก่อนการศึกษาไม่ได้เข้าปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เช่น ลาศึกษาต่อ ปฏิบัติงานช่วยราชการนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** (Sample size)

1) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย คำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane *(57)* ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากรเป้าหมาย รวม 5,546 ราย (ได้รับข้อมูลจากการโทรศัพท์สอบถามจำนวนพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป)

p = สัดส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักกำหนดให้เท่ากับ 0.5 เนื่องจากในทางสถิติ ค่า p = 0.5 จะให้ค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

q = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.5

d = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 365 ราย

2) หาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่โดยใช้การเทียบสัดส่วน (sampling with proportional to size) โดยใช้สูตรของ สุวิมล ติรกานันท์ *(58)* ดังนี้

$$n_h \equiv \frac{N_h}{N} \times n_0$$

เมื่อ $n_h$ = ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$N_h$ = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

$n_0$ = ขนาดประชากรในแต่ละกลุ่ม

เมื่อแทนค่าในแต่ละสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่จะได้ขนาดตัวอย่างดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ขนาดตัวอย่างจำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่

| สังกัดโรงพยาบาล | จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง) | จำนวนประชากร (คน) | ขนาดตัวอย่าง (คน) |
|---|---|---|---|
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | 18 | 401 | 26 |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค | 73 | 3,627 | 239 |
| กระทรวงศึกษาธิการ | 7 | 910 | 60 |
| กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี | 7 | 367 | 24 |
| สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร | 4 | 241 | 16 |
| รวม | 109 | 5,546 | 365 |

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ต้องใช้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 365 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีส่งแบบสอบถามให้ตอบกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งส่วนใหญ่มีอัตราการตอบกลับค่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างตามความเหมาะสม ประมาณ 0.5 เท่าของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละสังกัดโรงพยาบาล เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่มากพอ ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้และการเพิ่มขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่

| สังกัดโรงพยาบาล | ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (คน) | เพิ่มขนาดตัวอย่าง (คน) |
|---|---|---|
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | 26 | 39 |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค | 239 | 359 |
| กระทรวงศึกษาธิการ | 60 | 90 |
| กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี | 24 | 36 |
| สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร | 16 | 24 |
| รวม | 365 | 548 |

**เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง** (Sampling techniques)

สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการนำรายชื่อโรงพยาบาลแยกตามสังกัด ทำการจับสลากชื่อโรงพยาบาล และเลือกพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทุกคน ในทุกแผนกการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ทำซ้ำ จนกว่าจะครบจำนวนขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ รายละเอียดดังตารางที่ 3.3 และตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.3 การสุ่มตัวอย่างและจำนวนขนาดตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่

| สังกัดโรงพยาบาล | ขนาดตัวอย่าง (คน) | ลำดับที่โรงพยาบาลที่สุ่มเลือก | จำนวนขนาดตัวอย่าง (คน) |
|---|---|---|---|
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | 39 | 1 | 41 |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค | 359 | 1 | 30 |
| | | 2 | 30 |
| | | 3 | 40 |
| | | 4 | 50 |
| | | 5 | 50 |
| | | 6 | 29 |
| | | 7 | 69 |
| | | 8 | 60 |
| | | 9 | 25 |
| | | 10 | 114 |
| กระทรวงศึกษาธิการ | 90 | 1 | 180 |
| กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี | 36 | 1 | 8 |
| | | 2 | 40 |
| สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร | 24 | 1 | 43 |
| รวม | 548 | | 809 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.4 จำนวนโรงพยาบาลและขนาดตัวอย่างที่ได้ภายหลังการสุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาลที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำงานอยู่

| สังกัดโรงพยาบาล | จำนวนโรงพยาบาลที่สุ่มเลือก | ขนาดตัวอย่าง (คน) |
|---|---|---|
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | 1 | 41 |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค | 10 | 497 |
| กระทรวงศึกษาธิการ | 1 | 180 |
| กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี | 2 | 48 |
| สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร | 1 | 43 |
| รวม | 15 | 809 |

**วิธีดำเนินการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ซึ่งมี 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่** 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอน

**ตอนที่** 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลรับผิดชอบ รายได้รวมต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การศึกษาต่อ โรคประจำตัวและการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มชาหรือกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยานอนหลับ ยาหรือสมุนไพรประเภทต่าง ๆ เพื่อช่วยให้นอนหลับ อาการป่วยและการลาป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**ตอนที่** 2 แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ที่ได้พัฒนาขึ้นจาก ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ *(59)* ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางที่สุดฉบับหนึ่ง และแม้ว่าจะเริ่มพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล แต่พบว่าสามารถใช้ในการสำรวจปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ในกลุ่มประชากรทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช ได้ดีเช่นกัน

เนื่องจาก HADS เป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด มีค่าความแม่นตรง และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี จึงเหมาะแก่การใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นในทางคลินิกว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชอยู่ในกลุ่มอาการวิตกกังวลหรือกลุ่มอาการซึมเศร้า

คุณสมบัติของเครื่องมือ

Thai HADS สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ศึกษาได้ดี โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับและมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้จุดตัด (cut-off point) ที่คะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช พบว่า Thai HADS มีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล ($p<0.0001$, kappa = 0.67) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ($p<0.0001$, kappa = 0.73) ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 กลุ่มอาการ (sub-scale) อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับกลุ่มอาการวิตกกังวล (anxiety sub – scale) และ 0.8259 สำหรับกลุ่มอาการซึมเศร้า (depression sub – scale)

การให้คะแนน

คำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ โดยในกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน และกลุ่มอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-3 คะแนน ค่าคะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่ตั้งแต่ 11 คะแนนบ่งถึงความผิดปกติในกลุ่มนั้น

**ส่วนที่** 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านการนอนหลับ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

**ตอนที่** 1 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลและดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ *(5)*

คุณสมบัติของเครื่องมือ

อภิชาติ จริยาวิลาศ *(52)* ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย พบว่า แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับ

ภาษาไทย สามารถใช้แยกแยะผู้มีปัญหาเรื่องการนอนหลับได้ดี ณ จุดตัดคะแนนตั้งแต่ที่ 6 คะแนนขึ้นไป และให้ความไวสูงถึงร้อยละ 97.70 และความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 95.30

การให้คะแนน

จากคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1** คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 3) ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการประเมินตนเอง ถึงคุณภาพในการนอนหลับในช่วง 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 1.2 และ 7.1)

1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 1.2 )

การแปลผล

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

2) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถามข้อ 7.1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การแปลผล

ไม่เป็นปัญหาเลย เท่ากับ 0 คะแนน

มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

มีปัญหาน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

3 ครั้งหรือมากกว่า/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

0 คะแนน ให้ 0 คะแนน

1-2 คะแนน ให้ 1 คะแนน

3-4 คะแนน ให้ 2 คะแนน

5-6 คะแนน ให้ 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

**องค์ประกอบที่** 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 2)

การแปลผล

มากกว่า 7 ชม. เท่ากับ 0 คะแนน

6- 7 ชม. เท่ากับ 1 คะแนน

5- 6 ชม. เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยกว่า 5 ชม. เท่ากับ 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

**องค์ประกอบที่ 4** ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1.1, 1.3 และ 2) ประสิทธิผลการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 2) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาตื่นนอน (จากข้อ 1.3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ1.1)

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 7.2-7.10)

<u>การแปลผล</u>

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

ผลรวม คะแนน ข้อ 7.2-7.10 เท่ากับ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | คะแนน | ให้ | 0 | คะแนน |
| 1-9 | คะแนน | ให้ | 1 | คะแนน |
| 10-18 | คะแนน | ให้ | 2 | คะแนน |
| 19-27 | คะแนน | ให้ | 3 | คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

**องค์ประกอบที่** 6 การใช้ยานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 4)

<u>การแปลผล</u>

| | |
|---|---|
| ไม่เคยใช้เลย | เท่ากับ 0 คะแนน |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ 1 คะแนน |
| 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ 2 คะแนน |
| 3 ครั้งหรือมากกว่า/สัปดาห์ | เท่ากับ 3 คะแนน |

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

**องค์ประกอบที่** 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 5 และ 6)

1) มีอาการง่วงนอนหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามข้อ 5)

<u>การแปลผล</u>

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

2) ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 6)

<u>การแปลผล</u>

| | |
|---|---|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | เท่ากับ 0 คะแนน |
| มีปัญหาเล็กน้อย | เท่ากับ 1 คะแนน |
| มีปัญหาพอสมควร | เท่ากับ 2 คะแนน |
| เป็นปัญหามาก | เท่ากับ 3 คะแนน |

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

<u>การแปลผล</u> คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**<u>ตอนที่ 2</u>** แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์อาการนอนไม่หลับที่ณภัควรรต บัวทอง *(40)* ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ของ Pacific Sleep Medicine Services ซึ่งศูนย์วิจัยนี้ได้ดัดแปลงแบบสอบถามมาจาก Sleep Disorder Questionnaires แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อที่ลักษณะของคำตอบเป็นแบบใช่หรือไม่ใช่ คะแนนรวมของคำถามอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับ

<u>คุณสมบัติของเครื่องมือ</u>

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องไปทดลอง (Pretest questionnaire) กับพยาบาลประจำการที่ทำงานอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่อยู่นอกสังกัดโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coeffient) ได้เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามนี้มีจุดตัดคะแนนที่ 4 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 87.50 และความจำเพาะร้อยละ 94.60

**ส่วนที่** 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากคำถาม 11 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงาน ลักษณะงาน อัตราการปฏิบัติงานและปัญหาในการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**ส่วนที่** 4 ปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้าน แสง เสียง ความร้อน ความเย็น ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน กลิ่นไม่พึงประสงค์ ความหิว ความกระหายน้ำ และกลิ่นไม่พึงประสงค์

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และหัวข้อในการศึกษา เพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่และเก็บข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์
2. หลังจากส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการไปแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ตรวจสอบการดำเนินการจากผู้ประสานงานในฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อประสานงานในการส่งแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ให้ตอบกลับทางไปรษณีย์
4. หลังจากส่งแบบสอบถามแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ตรวจสอบการได้รับแบบสอบถามจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยยังไม่ได้รับการตอบแบบสอบถามกลับ ได้โทรศัพท์ติดตามแบบสอบถามจากผู้ประสานงานเป็นระยะ
5. รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้น แปลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม เป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่ได้จัดเตรียมไว้แล้วบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม พร้อมตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีแนวทางดังนี้

**สถิติเชิงพรรณนา** ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพของพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ

**สถิติเชิงอนุมาน** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงานและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

**เกณฑ์เทียบระดับความคิดเห็น**

1. ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำชุดเครื่องชี้วัดที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในการคัดเลือกเครื่องชี้วัดตามเกณฑ์การคัดเลือก
2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องไปทดลอง (Pretest questionnaire) กับพยาบาลประจำการที่ทำงานอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่อยู่นอกสังกัดโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 4

# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย โดยทำการศึกษาในพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ประชากรทั้งสิ้นจำนวน 5,546 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 809 คน กลุ่มตัวอย่างมีการตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมดจำนวน 657 คน คิดเป็นร้อยละ 81.21 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 29 ตุลาคม 2550 – 15 ธันวาคม 2550 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามกลับมาจากโรงพยาบาลทุกประเภทสังกัด คิดเป็นอัตราตอบกลับในภาพรวม ร้อยละ 81.21 โดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาคมีอัตราตอบกลับสูงสุดร้อยละ 84.71 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี ร้อยละ 81.25 โดยจำนวนที่ตอบกลับมีจำนวนมากกว่าจำนวนตัวอย่างน้อยที่สุดที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายที่คำนวณได้ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถามกลับ จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล

| สังกัดโรงพยาบาล | ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (คน) | ขนาดตัวอย่าง (คน) | ตอบกลับ | |
|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง | 26 | 41 | 27 | 65.85 |
| กระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาค | 239 | 497 | 421 | 84.71 |
| กระทรวงศึกษาธิการ | 60 | 180 | 137 | 76.11 |
| กระทรวงกลาโหมและสำนักนายกรัฐมนตรี | 24 | 48 | 39 | 81.25 |
| สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร | 16 | 43 | 33 | 76.74 |
| **รวม** | 365 | 809 | 657 | 81.21 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

**2.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.3 มีอายุระหว่าง 25-35 ปี ร้อยละ 66.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.9 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.0 ปี) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ถึงร้อยละ 97.4 มีสถานภาพโสดและสมรส ร้อยละ 56.9 และ 40.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 18 | 2.7 |
| หญิง | 639 | 97.3 |
| **อายุ (ปี)** (Min = 22 ปี, Max = 55 ปี, $\bar{X}$ = 32.9 ปี, S.D. = 7.0 ปี) | | |
| น้อยกว่า 25 ปี | 41 | 6.2 |
| ระหว่าง 25-35 ปี | 437 | 66.5 |
| ระหว่าง 36-45 ปี | 135 | 20.5 |
| มากกว่า 45 ปี | 44 | 6.7 |
| **ศาสนา** | | |
| พุทธ | 640 | 97.4 |
| คริสต์ | 12 | 1.8 |
| อิสลาม | 5 | 0.8 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 374 | 56.9 |
| สมรส | 268 | 40.8 |
| หย่าร้าง | 9 | 1.4 |
| หม้าย | 5 | 0.8 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 0.2 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจ**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.1 ระดับการศึกษาอื่น ๆ ที่มี คือ ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ ร้อยละ 1.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.6 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 20,000.0 บาท) ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 68.6 ในผู้ที่มีบุตรส่วนใหญ่จะมีบุตรจำนวน 1 คน ร้อยละ 57.3 มีจำนวนสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 75.2 โดยส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาเป็นเพียงพอ เหลือเก็บ ร้อยละ 33.8 และมีภาวะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างเป็นภาระหนัก ร้อยละ 52.7 (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ปริญญาตรี | 605 | 92.1 |
| ปริญญาโท | 45 | 6.8 |
| อื่น ๆ | 7 | 1.1 |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** | | |
| (Min = 10,000 บาท, Max = 50,000 บาท, Median= 20,000.0บาท, S.D. =7,546.0 บาท) | | |
| 10,000-20,000 บาท | 411 | 62.6 |
| 20,001-30,000 บาท | 194 | 29.5 |
| 30,001-40,000 บาท | 38 | 5.8 |
| 40,001 บาทขึ้นไป | 14 | 2.1 |
| **จำนวนบุตร** (Min = 0 คน, Max = 4 คน, $\bar{X}$ =0.4 คน, S.D. = 0.7 คน) | | |
| ไม่มีบุตร | 451 | 68.6 |
| มีบุตร | 206 | 31.4 |
| จำนวน 1 คน | 118 | 57.3 |
| จำนวน 2 คน | 75 | 36.4 |
| จำนวน 3 คน | 12 | 5.8 |
| จำนวน 4 คน | 1 | 0.5 |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจ

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบ** | | |
| (Min = 0 คน, Max = 8 คน, $\bar{X}$ = 1.88 คน, S.D.= 1.54) | | |
| ไม่มีสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบ | 163 | 24.8 |
| มีสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบ | 494 | 75.2 |
| จำนวน 1-2 คน | 288 | 58.3 |
| จำนวน 3-4 คน | 170 | 34.4 |
| จำนวน 5-6 คน | 33 | 6.7 |
| จำนวน 7-8 คน | 3 | 0.6 |
| **ความเพียงพอของรายได้** | | |
| เพียงพอ เหลือเก็บ | 222 | 33.8 |
| เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ | 300 | 45.7 |
| ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ | 135 | 20.5 |
| **ภาระทางเศรษฐกิจ** | | |
| ไม่หนักเลย | 264 | 40.2 |
| ค่อนข้างเป็นภาระหนัก | 346 | 52.7 |
| เป็นภาระที่หนักมาก | 47 | 7.2 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2.3 ภาวะสุขภาพ**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.7 และในผู้ที่มีโรคประจำตัว 228 คน ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ถึง 97คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นโรคกระเพาะอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.9 และ 8.3 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ในผู้ที่มีโรคประจำตัวจำนวน 228 คน มีผู้ที่มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 มีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรค จำนวน 37 คน และ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 และ 0.6 ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า ในผู้ที่มีโรคประจำตัว 228 คน ส่วนใหญ่จะไม่ใช้ยาที่มีผลต่อการนอนหลับ ผู้ที่ใช้ยารักษาโรคประจำตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่เป็นยากลุ่ม Anti-allergic drugs and antihistamines ที่ใช้รักษาโรคภูมิแพ้และโรคระบบทางเดินหายใจ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **(ร้อยละ)** |
|---|---|---|
| **ไม่มีโรคประจำตัว** | 429 | 64.3 |
| **มีโรคประจำตัว** | 228 | 35.7 |
| **โรคประจำตัว** 8 อันดับแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ภูมิแพ้ | 97 | 42.5 |
| กระเพาะอาหารอักเสบ | 25 | 10.9 |
| ระบบทางเดินหายใจ | 19 | 8.3 |
| ไมเกรน | 17 | 7.5 |
| ไทรอยด์ | 16 | 7.0 |
| ข้ออักเสบ | 16 | 7.0 |
| ระบบหมุนเวียนโลหิตและหัวใจ | 14 | 6.1 |
| ความดันโลหิตสูง | 12 | 5.3 |
| **การใช้ยารักษาโรคประจำตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ** | | |
| ไม่ใช่ยาที่มีผลต่อการนอนหลับ | 175 | 26.6 |
| ยาที่มีผลต่อการนอนหลับ | 53 | 8.1 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2.4 การใช้ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.5 และจากกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำนวน 3 คน ทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 0.5 โดยสาเหตุทั้งหมดของการสูบบุหรี่นั้นไม่เกี่ยวกับการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนเป็นส่วนใหญ่สูงถึงร้อยละ 79.8 โดยปริมาณการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน จะดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว/ สัปดาห์) ร้อยละ 42.2 สาเหตุการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน คือ ดื่มทุกครั้งหลังตื่นนอนเป็นกิจวัตรเป็นเหตุผลสำคัญ ร้อยละ 83.6 รองลงมา เป็นการดื่มทุกครั้งก่อนทำงานไม่ให้ง่วง ร้อยละ 63.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 82.5 โดยในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีปริมาณการดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว/ สัปดาห์) ร้อยละ 97.4 สาเหตุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ดื่มเฉพาะเวลาเข้าร่วมงานสังสรรค์ร้อยละ 98.4

ในจำนวนนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร้อยละ 7.2 และใช้ กลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ อันดับแรก คือกลุ่ม Psychotherapeutic drugs ร้อยละ 82.9 รองลงมาเป็นยากลุ่ม Anti-allergic drugs and antihistamines และยากลุ่ม Anti migraine drugs ร้อยละ 19.1 และ 4.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการใช้ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

| ปัจจัยส่วนบุคคล (n=657) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **การสูบบุหรี่** | | |
| ไม่สูบ | 654 | 99.5 |
| สูบ | 3 | 0.5 |
| **การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน** | | |
| ไม่ดื่ม | 133 | 20.2 |
| ดื่ม | 524 | 79.8 |
| ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน | | |
| ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว/สัปดาห์) | 221 | 42.2 |
| ดื่มบ่อย (ประมาณ 1 แก้ว/วัน) | 190 | 36.3 |
| ดื่มเป็นประจำ (โดยเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้ว/วัน) | 113 | 21.5 |
| สาเหตุการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ดื่มทุกครั้งหลังตื่นนอนเป็นกิจวัตร | 438 | 83.6 |
| ดื่มทุกครั้งก่อนทำงานไม่ให้ง่วง | 331 | 63.2 |
| ดื่มเฉพาะเวลาเข้าร่วมประชุม | 62 | 11.8 |
| ดื่มเฉพาะเวลาที่ต้องทำงานแต่นอนไม่พอ | 31 | 5.9 |
| **การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** | | |
| ไม่ดื่ม | 542 | 82.5 |
| ดื่ม | 115 | 17.5 |
| ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | | |
| ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว/สัปดาห์) | 112 | 97.4 |
| ดื่มบ่อย (ประมาณ 1 แก้ว/วัน) | 3 | 2.6 |
| สาเหตุการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | | |
| ดื่มเฉพาะเวลาเข้าร่วมงานสังสรรค์ | 113 | 98.4 |
| ดื่มทุกครั้งก่อนนอนทำให้นอนหลับ | 1 | 0.8 |
| ดื่มเฉพาะเวลานอนไม่หลับเพื่อให้หลับสนิท | 1 | 0.8 |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวการใช้ยาและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** | | |
| ไม่ใช้ | 610 | 92.8 |
| ใช้ | 47 | 7.2 |
| ชนิดของยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| Psychotherapeutic drugs | 39 | 82.9 |
| Anti-allergic drugs and antihistamines | 9 | 19.1 |
| Anti migraine drugs | 2 | 4.2 |
| Nasal decongestants | 1 | 2.1 |
| Nutritive drugs | 1 | 2.1 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2.5 กิจกรรมวิชาการและการศึกษาต่อ**

ผู้ที่มีการอบรมประชุม / สัมมนาวิชาการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) จะใช้การแลกเวรไปทำกิจกรรม (ร้อยละ 93.3) โดยชั่วโมงที่ใช้ในการอบรมประชุม/สัมมนาวิชาการอยู่ในช่วง 1-20 ชั่วโมง (เฉลี่ย 10.09 ชั่วโมง/เดือน) ผู้ที่มีกิจกรรมการศึกษาต่อ (ร้อยละ 6.4) จะใช้วันหยุดส่วนตัว (ร้อยละ 52.4) และการแลกเวรไปในการศึกษาต่อ (ร้อยละ 38.0) โดยชั่วโมงที่ใช้ประมาณ 1-20 ชั่วโมง/เดือน (ร้อยละ 92.3) หลักสูตรที่ศึกษาต่อจะเป็นหลักสูตรปริญญาโทและการพยาบาลเฉพาะทาง (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับกิจกรรมวิชาการและการศึกษาต่อ

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **การอบรม ประชุม/สัมมนาวิชาการ** | | |
| ไม่มีกิจกรรมการอบรม ประชุม/สัมมนาวิชาการ | 239 | 36.4 |
| มีกิจกรรมการอบรม ประชุม/สัมมนาวิชาการ | 418 | 63.6 |
| การใช้เวลาในการอบรมประชุม/สัมมนาวิชาการ | | |
| (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| การแลกเวร | 390 | 93.3 |
| วันหยุดส่วนตัว | 284 | 67.9 |
| การลาหยุด | 61 | 14.6 |
| วันราชการ | 32 | 7.7 |
| จำนวนชั่วโมงในการอบรมประชุม/สัมมนาวิชาการ | | |
| (Min = 1ชม., Max = 80 ชม., $\bar{X}$ = 10.1 ชม.,S.D. = 10.8 ชม.) | | |
| 1-20 ชั่วโมง | 386 | 92.3 |
| 21-40 ชั่วโมง | 22 | 5.3 |
| 41-60 ชั่วโมง | 5 | 1.2 |
| มากกว่า 60 ชั่วโมง | 5 | 1.2 |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับกิจกรรมวิชาการและการศึกษาต่อ

| ปัจจัยส่วนบุคคล (n=657) | จำนวน | (ร้อยละ) |
|---|---|---|
| **กิจกรรมการศึกษาต่อ** | | |
| ไม่มีกิจกรรมการศึกษาต่อ | 615 | 93.6 |
| มีกิจกรรมการศึกษาต่อ | 42 | 6.4 |
| การใช้เวลาในการศึกษาต่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| วันหยุดส่วนตัว | 22 | 52.4 |
| การแลกเวร | 16 | 38.0 |
| การลาหยุด | 12 | 28.6 |
| วันราชการ | 1 | 2.4 |
| จำนวนชั่วโมงในการศึกษาต่อ | | |
| (Min = 5 ชม., Max = 160 ชม. $\bar{X}$ = 45.3 ชม. S.D. = 34.8 ชม.) | | |
| 1-20 ชั่วโมง | 13 | 31.0 |
| 21-40 ชั่วโมง | 10 | 23.8 |
| 41-60 ชั่วโมง | 10 | 23.8 |
| มากกว่า 60 ชั่วโมง | 9 | 21.4 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**2.6 ภาวะสุขภาพจิต**

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.9 และ 2.0 (จุดตัด ที่ 6 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีค่าเท่ากับ 6.2 และ 4.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

| **ปัจจัยส่วนบุคคล** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **ภาวะวิตกกังวล** (Min = 0, Max = 17 , $\bar{X}$ = 6.2, S.D. = 2.9) | | |
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล | 625 | 95.1 |
| มีภาวะวิตกกังวล | 32 | 4.9 |
| **ภาวะซึมเศร้า** (Min = 0, Max = 15, $\bar{X}$ = 4.3, S.D. = 3.1) | | |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า | 644 | 98.0 |
| มีภาวะซึมเศร้า | 13 | 2.0 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

**3.1 การปฏิบัติงานในโรงพยาบาล**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (In charge/Team leader) ร้อยละ 48.7 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลทั้งหมด อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 61.5 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 9.0 ปี ) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 75.6 อัตราการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อยู่ในช่วง 21-30 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 75.1 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.1ครั้ง/เดือน) กลุ่มตัวอย่างมีการหมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลังและหมุนผลัดไม่แน่นอน ร้อยละ 42.6 และ35.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีการลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวกับการนอนหลับ ร้อยละ 99.2 มีเพียง 5 คนที่มีการลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวกับการนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งมีจำนวนวันในการลาป่วยเท่ากันทั้ง 5 คน คือ 1 วัน (ตารางที่ 4.8 )

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

| ปัจจัยด้านการทำงาน (n=657) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ตำแหน่งงาน** | | |
| พยาบาลหัวหน้าเวร (In charge/Team leader) | 320 | 48.7 |
| พยาบาลปฏิบัติการ (Member) | 300 | 45.7 |
| พยาบาลหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก | 37 | 5.6 |
| **ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลทั้งหมด** (Min = 1 ปี, Max = 33 ปี, Median =9.0 ปี, $\bar{X}$ = 10.7 ปี, S.D. = 7.3 ปี) | | |
| 1- 10 ปี | 404 | 61.5 |
| 11-20 ปี | 167 | 25.4 |
| 21-30 ปี | 78 | 11.8 |
| มากกว่า 30 ปี | 8 | 1.2 |
| **ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** (Min = 1 ปี, Max = 31 ปี, $\bar{X}$ = 8.0 ปี, S.D. = 5.9 ปี) | | |
| 1-10 ปี | 497 | 75.6 |
| 11-20 ปี | 124 | 18.8 |
| 21-30 ปี | 35 | 5.4 |
| มากกว่า 30 ปี | 1 | 0.2 |
| **อัตราการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** (Min = 10 ปี, Max = 40 ปี, $\bar{X}$ = 25.1 ปี, S.D. = 4.7 ปี) | | |
| 10-20 ครั้ง/เดือน | 99 | 15.1 |
| 21-30 ครั้ง/เดือน | 493 | 75.1 |
| มากกว่า 30 ครั้ง/เดือน | 65 | 9.9 |
| **การหมุนผลัดการทำงานส่วนใหญ่** | | |
| ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า | 57 | 8.7 |
| ปฏิบัติงานเฉพาะบ่ายและกลางคืน | 5 | 0.8 |
| หมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหน้า | 84 | 12.8 |
| หมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลัง | 280 | 42.6 |
| หมุนผลัดไม่แน่นอน | 231 | 35.2 |
| **การลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาการนอนหลับ** | | |
| ไม่มีการลาป่วย | 652 | 99.2 |
| มีการลาป่วย | 5 | 0.8 |

**3.2 กิจกรรมที่ใช้เวลาเพิ่มในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมการประชุมหน่วยงาน/กิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 83.1 โดยใช้วันหยุดส่วนตัวในการทำกิจกรรม ร้อยละ 80.0 และใช้เวลาอยู่ในช่วง 1-20 ชั่วโมง/เดือน, ร้อยละ 97.1 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.6 ชั่วโมง) มีผู้ที่มีการต่อเวร ร้อยละ 29.1 โดยในส่วนนี้ใช้เวลาในการต่อเวรตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมง/ครั้ง ร้อยละ 70.2 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 ชั่วโมง/ครั้ง) และจำนวนครั้งของการต่อเวรอยู่ในช่วง 1-10 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 61.3 (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8.0 ครั้ง/เดือน) มีผู้ที่มีการควบเวรร้อยละ 32.1 ใช้เวลาในการควบเวรเฉลี่ย 16 ชั่วโมง/ครั้ง ร้อยละ 96.2 และมีการควบเวร 1-5 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 70.6 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.9 ครั้ง/เดือน) กิจกรรมอื่นที่มีทั้งหมดเป็นกิจกรรมคุณภาพ ร้อยละ 7.6 โดยใช้เวลาตั้งแต่ 1-2 ชั่วโมง/ครั้ง ร้อยละ 68.0 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.3 ชั่วโมง/ครั้ง) และ 1-10 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 68.0 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 9.0 ครั้ง/เดือน) (ตารางที่ 4.9)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.9 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาเพิ่มในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

| ปัจจัยด้านการทำงาน (n=657) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **กิจกรรมการประชุมหน่วยงาน/กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน** | | |
| ไม่มีกิจกรรมในหน่วยงาน | 111 | 16.9 |
| มีกิจกรรมในหน่วยงาน | 546 | 83.1 |
| การใช้เวลาในการประชุมหน่วยงาน กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| วันหยุดส่วนตัว | 437 | 80.0 |
| การแลกเวร | 154 | 28.2 |
| วันราชการ | 31 | 5.7 |
| การลาหยุด | 27 | 4.9 |
| จำนวนชั่วโมงในการประชุมหน่วยงาน กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน | | |
| (Min = 1ชม./เดือน, Max = 72 ชม./เดือน $\bar{X}$ = 5.6 ชม./เดือน Median = 4.0 ชม./เดือน , S.D. = 7.2 ชม./เดือน) | | |
| 1-20 ชม./เดือน | 530 | 97.1 |
| 21-40 ชม./เดือน | 12 | 2.2 |
| มากกว่า 40 ชม./เดือนขึ้นไป | 4 | 0.7 |
| **การต่อเวร** | | |
| ไม่มีการต่อเวร | 466 | 70.9 |
| มีการต่อเวร | 191 | 29.1 |
| การใช้เวลาในการต่อเวร (Min = 45 นาที, Max = 4 ชม. /ครั้ง, $\bar{X}$ = 1.5 ชม. /ครั้ง, S.D. = 0.9 ชม./ครั้ง) | | |
| น้อยกว่า 1 ชม./ครั้ง | 117 | 61.3 |
| ตั้งแต่ 1-2 ชม./ครั้ง | 34 | 17.8 |
| มากกว่า 2-3 ชม./ครั้ง | 38 | 19.9 |
| มากกว่า 3 ชม./ครั้ง | 2 | 1.0 |
| จำนวนครั้งในการต่อเวร | | |
| (Min = 1 ครั้ง/เดือน, Max = 36 ครั้ง/เดือน, $\bar{X}$ = 11.4 ครั้ง/เดือน, Median = 8 ครั้ง/เดือน, S.D. = 9.9 ครั้ง/เดือน) | | |
| 1-10 ครั้ง/เดือน | 117 | 61.3 |
| 11-20 ครั้ง/เดือน | 34 | 17.8 |
| 21-30 ครั้ง/เดือน | 38 | 19.9 |
| มากกว่า30 ครั้ง / เดือน | 2 | 1.0 |

ตารางที่ 4.9 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน ด้านกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาเพิ่มในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

| ปัจจัยด้านการทำงาน (n=657) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **การควบเวร** | | |
| ไม่มีการควบเวร | 446 | 67.9 |
| มีการควบเวร | 211 | 32.1 |
| การใช้เวลาในการควบเวร | | |
| (Min = 12 ชม./ครั้ง, Max = 18 ชม./ครั้ง, $\bar{X}$ = 16 .0 ชม./ครั้ง, S.D. = 0.8 ชม./ครั้ง) | | |
| 12 ชม./ครั้ง | 2 | 0.9 |
| 16 ชม./ครั้ง | 203 | 96.2 |
| 18 ชม./ครั้ง | 6 | 2.9 |
| จำนวนครั้งในการควบเวร | | |
| (Min = 1 ครั้ง/เดือน, Max = 15 ครั้ง/เดือน, $\bar{X}$ = 4.9 ครั้ง/เดือน, Median = 4 ครั้ง/เดือน, S.D.= 2.9 ครั้ง/เดือน) | | |
| 1-5 ครั้ง/เดือน | 149 | 70.6 |
| 6-10 ครั้ง/เดือน | 54 | 25.6 |
| 11-15 ครั้ง/เดือน | 8 | 3.8 |
| **กิจกรรมอื่น** | | |
| ไม่มีกิจกรรมอื่น | 607 | 92.4 |
| มีกิจกรรมอื่น | 50 | 7.6 |
| การใช้เวลาในกิจกรรมอื่น | | |
| (Min = 45 นาที/ครั้ง, Max = 6 ชม./ครั้ง, $\bar{X}$ = 1.8 ชม./ครั้ง, Median = 1.3 ชม./ครั้ง, S.D. = 1.3 ชม./ครั้ง) | | |
| น้อยกว่า 1 ชม./ครั้ง | 5 | 10.0 |
| ตั้งแต่ 1-2 ชม./ครั้ง | 34 | 68.0 |
| มากกว่า 2-3 ชม./ครั้ง | 4 | 0.8 |
| มากกว่า 3 ชม./ครั้ง | 7 | 14.0 |
| จำนวนครั้งในกิจกรรมอื่น | | |
| (Min = 1 ครั้ง/เดือน, Max = 36 ครั้ง/เดือน, $\bar{X}$ = 11 .3 ครั้ง/เดือน, Median = 9.0 ครั้ง/เดือน, S.D. = 10.0 ครั้ง/เดือน) | | |
| 1-10 ครั้ง/เดือน | 34 | 68.0 |
| 11-20 ครั้ง/เดือน | 7 | 14.0 |
| 21-30 ครั้ง/เดือน | 6 | 12.0 |
| มากกว่า 30 ครั้ง/เดือน | 3 | 6.0 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**3.3 กิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ทำกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีปริมาณใกล้เคียงกับผู้ที่ทำกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 52.8 และ 47.2 ตามลำดับ โดยผู้ที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักร้อยละ 58.1 ใช้เวลาการทำงานตั้งแต่ 5-10 ชั่วโมง/ครั้ง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.3 ชั่วโมง/ครั้ง และจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมอยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 57.4 (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.0 ครั้ง/ เดือน) ลักษณะงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นแบบหมุนผลัดการทำงานระบบ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 49.4 รองลงมาเป็นการปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเช้า ร้อยละ 32.9 (ตารางที่ 4.10)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน เกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

| ปัจจัยด้านการทำงาน (n=657) | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **กิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** | | |
| ไม่ทำ | 347 | 52.8 |
| ทำ | 310 | 47.2 |
| การใช้เวลาในกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำ | | |
| (Min = 2 ชม./ครั้ง, Max = 48 ชม./ครั้ง, $\bar{X}$ = 8 .3 ชม./ครั้ง, Median = 8.0 ชม./ครั้ง, S.D. = 4.2 ชม./ครั้ง) | | |
| 1-5 ชม./ครั้ง | 64 | 20.6 |
| มากกว่า 5-10 ชม./ครั้ง | 180 | 58.1 |
| มากกว่า 10-15 ชม./ครั้ง | 49 | 15.8 |
| มากกว่า15-20 ชม./ครั้ง | 15 | 4.9 |
| มากกว่า 20 ชม./ครั้ง | 2 | 0.6 |
| จำนวนครั้งในกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำ | | |
| (Min = 1 ครั้ง/เดือน, Max = 30 ครั้ง/เดือน, $\bar{X}$ = 6.05 ครั้ง/เดือน, Median = 5.0 ครั้ง/เดือน, S.D. = 4.40 ครั้ง/เดือน) | | |
| 1-5 ครั้ง/เดือน | 178 | 57.4 |
| 6-10 ครั้ง/เดือน | 108 | 34.8 |
| 11-15 ครั้ง/เดือน. | 13 | 4.2 |
| 16-20 ครั้ง/เดือน | 7 | 2.3 |
| มากกว่า 20 ครั้ง/เดือน | 4 | 1.3 |
| ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัตินอกเหนืองานประจำ | | |
| ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 8 ชม. | 153 | 49.4 |
| ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเช้า | 102 | 32.9 |
| ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 12 ชม. | 37 | 11.9 |
| ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงกลางคืน | 18 | 5.8 |

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการหมุนผลัดการทำงานเป็นแบบหมุนผลัดการทำงานไม่แน่นอนใกล้เคียงกับการหมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลัง ร้อยละ 37.3 และ 37.1 ตามลำดับ ส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้สึกหนักปานกลาง ร้อยละ 49.8 (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยด้านการทำงาน จำแนกตามลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม และความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงาน

| **ปัจจัยด้านการทำงาน** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| **ลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม** | | |
| หมุนผลัดไม่แน่นอน | 245 | 37.3 |
| หมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลัง | 244 | 37.1 |
| หมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหน้า | 67 | 10.2 |
| ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า | 57 | 8.7 |
| ปฏิบัติงานเฉพาะบ่ายและกลางคืน | 44 | 6.7 |
| **ความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงาน** | | |
| ไม่หนักเลย | 60 | 9.1 |
| หนักปานกลาง | 327 | 49.8 |
| หนัก | 211 | 32.1 |
| หนักมาก | 59 | 9.0 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ**

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานที่พักนอนหลับจำนวนใกล้เคียงกันระหว่างบ้านและหอพัก โดยคิดเป็นร้อยละ 49.2 และ 50.8 ตามลำดับ สิ่งที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในระดับมากที่สุด คือ เสียงดัง ร้อยละ 7.9 รองลงมาคือแสงสว่างและความร้อน ร้อยละ 4.4 และ 3.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานที่พักนอนหลับ

| **สถานที่พักนอนหลับ** (n=657) | **จำนวน (คน)** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| บ้าน | 323 | 49.2 |
| หอพัก | 334 | 50.8 |

| **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ** | **ระดับของการรบกวนการนอนหลับตามปัจจัย** ( n = 657) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **ไม่เลย** | **เล็กน้อย** | **ปานกลาง** | **ค่อนข้างมาก** | **มากที่สุด** |
| | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** | **จำนวน (ร้อยละ)** |
| แสงสว่าง | 226 (34.4) | 216 (32.9) | 122 (18.6) | 64 (9.7) | 29 (4.4) |
| เสียงดัง | 144 (21.9) | 216 (32.9) | 121 (18.4) | 124 (18.9) | 52 (7.9) |
| ความร้อน | 156 (23.7) | 226 (34.4) | 169 (25.7) | 81(12.3) | 25 (3.8) |
| ความหนาวเย็น | 256 (39.0) | 228 (34.7) | 121 (18.4) | 38 (5.8) | 14 (2.1) |
| ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน | 320 (48.7) | 200 (30.4) | 99 (15.1) | 30 (4.6) | 8 (1.2) |
| กลิ่นไม่พึงประสงค์ | 404 (61.5) | 166 (25.3) | 48 (7.3) | 28 (4.3) | 11 (1.7) |
| ความหิว | 278 (42.3) | 253 (38.5) | 90 (13.7) | 27 (4.1) | 9 (1.4) |
| ความกระหาย | 317 (48.2) | 235 (35.8) | 78 (11.9) | 20 (3.0) | 7 (1.1) |

## ส่วนที่ 5 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

### 5.1 คุณภาพการนอนหลับ

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.9 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และมีเพียงร้อยละ 18.0 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ โดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ

| **คุณภาพการนอนหลับ** (n=657) | **จำนวน (คน)** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| คุณภาพการนอนหลับที่ดี | 119 | 18.1 |
| คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี | 538 | 81.9 |

**คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ**

องค์ประกอบที่ 1 การใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 57.1 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ น้อยกว่า 15 นาที เพียงร้อยละ 14.7 และยังพบว่าไม่มีการใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 60 นาที ในตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี แต่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 8.2

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 46.2 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน มากกว่า 7 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 4.1 และยังพบว่าไม่มีระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง ในตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี แต่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ถึงร้อยละ 32.3

องค์

ประกอบที่ 3 การนอนหลับโดยปกติวิสัย ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่าร้อยละ 85 ร้อยละ 42.9 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่าร้อยละ 85 ร้อยละ 35.7

**คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ**

องค์ประกอบที่ 1 ด้านคุณภาพการนอนเชิงอัตนัย ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีมีคุณภาพการนอนเชิงอัตนัยในระดับดีมาก ร้อยละ 49.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยในระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.3 และยังพบว่าไม่มีคุณภาพการนอนเชิงอัตนัยในระดับไม่ดีเลยในตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี แต่พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 12.6

องค์ประกอบที่ 2 ปัญหาการนอนหลับ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีไม่พบปัญหาการนอนหลับ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีปัญหาการนอนหลับ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ถึงร้อยละ 17.3 และ 0.6 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 การใช้ยานอนหลับ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีทุกคนไม่เคยใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 100.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะใช้ยานอนหลับน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 6.5, ใช้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 3.3 และใช้ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 1.5

องค์ประกอบที่ 4 อาการการง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรม ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีพบอาการการง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมในระดับน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ถึง 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 66.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี พบอาการการง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมในระดับน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ถึง 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 90.3 และปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีเป็นปัญหาในระดับเล็กน้อยถึงเป็นปัญหามากเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ เพียงร้อยละ 61.3 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็นปัญหาในระดับเล็กน้อยถึงเป็นปัญหามากเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ถึงร้อยละ 85.5 (ตารางที่ 4.14)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.14 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 ด้าน และคุณภาพการนอนหลับ

| องค์ประกอบการนอนหลับ | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) (n=119 ) | จำนวน (ร้อยละ) (n=538) | จำนวน (ร้อยละ) (n=657) |
| **ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ** | | | |
| น้อยกว่า 15 นาที | 68(57.1) | 79(14.7) | 147(22.4) |
| ประมาณ 16-30 นาที | 47(39.5) | 263(48.9) | 310(47.2) |
| ประมาณ 31-60 นาที | 4(3.4) | 152(28.3) | 156(23.7) |
| มากกว่า 60 นาที | - | 44(8.2) | 44(6.7) |
| **ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน** | | | |
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | 55(46.2) | 22(4.1) | 77(11.7) |
| 6-7 ชั่วโมง | 40(33.6) | 54(10.0) | 94(14.3) |
| 5-6 ชั่วโมง | 24(20.2) | 289(53.7) | 313(47.6) |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | - | 173(32.2) | 173(26.3) |
| **ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย** | | | |
| มากกว่า ร้อยละ85 | 51(42.9) | 192(35.7) | 243(37.0) |
| ประมาณ ร้อยละ75-84 | 46(38.7) | 171(31.8) | 217(33.0) |
| ประมาณ ร้อยละ65-74 | 20(16.8) | 86(16.0) | 106(16.1) |
| น้อยกว่า ร้อยละ65 | 2(1.7) | 89(16.5) | 91(13.9) |
| **คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย** | | | |
| ดีมาก | 59(49.6) | 7(1.3) | 66(10) |
| ดี | 57(47.9) | 193(35.9) | 250(38.1) |
| ไม่ค่อยดี | 3(2.5) | 270(50.2) | 273(41.6) |
| ไม่ดีเลย | - | 68(12.6) | 68(10.4) |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.14 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 ด้าน และคุณภาพการนอนหลับ

| องค์ประกอบการนอนหลับ | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) (n=119 ) | จำนวน (ร้อยละ) (n=538) | จำนวน (ร้อยละ) (n=657) |
| **การรบกวนการนอนหลับ** | | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 22(18.5) | 27(5.0) | 49(7.5) |
| มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 97(81.5) | 415(77.1) | 512(77.9) |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | - | 93(17.3) | 93(14.2) |
| มีปัญหา 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ | - | 3(0.6) | 3(0.5) |
| **การใช้ยานอนหลับ** | | | |
| ไม่เคยใช้ | 119(100.0) | 477(88.7) | 596(90.7) |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | - | 35(6.5) | 35(5.3) |
| 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | - | 18(3.3) | 18(2.5) |
| 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | - | 8(1.5) | 8(1.2) |
| **ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน** | | | |
| การง่วงนอนหรือเผลอหลับ | | | |
| ไม่เคยเลย | 40(33.6) | 52(9.7) | 92(14.0) |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 45(37.8) | 129(24.0) | 174(26.5) |
| 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 25(21.0) | 219(40.7) | 244(37.1) |
| 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 9(7.6) | 138(25.7) | 147(22.4) |
| ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ | | | |
| ไม่เป็นปัญหา | 46(38.7) | 78(14.5) | 124(18.9) |
| เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย | 66(55.5) | 362(67.3) | 428(65.1) |
| เป็นปัญหาพอสมควร | 6(5.0) | 80(14.9) | 86(13.1) |
| เป็นปัญหามาก | 1(0.8) | 18(3.3) | 19(2.9) |

จากการศึกษาพบว่า สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับมากที่สุด คือ การตื่นเข้าห้องน้ำ รองลงมาเป็นการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 30 นาที และ การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีนั้นไม่พบปัญหาจากการตื่นเข้าห้องน้ำ การนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 30 นาที และการตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ (ร้อยละ 23.6 ร้อยละ 27.1และ 30.3 ตามลำดับ) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (ร้อยละ 32.8 ร้อยละ 70.6 และ 58.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

| สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) (n=119 ) | จำนวน (ร้อยละ) (n=538) | จำนวน (ร้อยละ) (n=657) |
| **นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 30 นาที** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 84(70.6) | 146(27.1) | 230(35.0) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 31(26.1) | 205(38.1) | 236(35.9) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4(3.4) | 130(24.2) | 134(20.4) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | - | 57(10.6) | 57(8.7) |
| **ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 69(58.0) | 163(30.3) | 232(35.3) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 42(35.3) | 211(39.2) | 253(38.5) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 7(5.9) | 123(22.9) | 130(19.8) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 1(0.8) | 41(7.6) | 42(6.4) |
| **ตื่นเข้าห้องน้ำ** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 39(32.8) | 127(23.6) | 166(25.3) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 52(43.7) | 202(37.5) | 254(38.7) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 19(16.0) | 131(24.3) | 150(22.8) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 9(7.6) | 78(14.5) | 87(13.2) |

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

| สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) (n=119 ) | จำนวน (ร้อยละ) (n=538) | จำนวน (ร้อยละ) (n=657) |
| **หายใจติดขัด** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 111(93.3) | 451(83.8) | 562(85.5) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 6(5.0) | 60(11.2) | 66(10.0) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 2(1.7) | 20(3.7) | 22(3.3) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | - | 7(1.3) | 7(1.1) |
| **ไอหรือกรนเสียงดัง** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 89(74.8) | 355(66.0) | 444(67.6) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 25(21.0) | 121(22.5) | 146(22.2) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4(3.4) | 39(7.2) | 43(6.5) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 1(0.8) | 23(4.3) | 24(3.7) |
| **รู้สึกหนาวเกินไป** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 78(65.5) | 248(46.1) | 326(49.6) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 33(27.7) | 196(36.4) | 229(34.9) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 5(4.2) | 67(12.5) | 72(11.0) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 3(2.5) | 27(5.0) | 30(4.6) |
| **รู้สึกร้อนเกินไป** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 81(68.1) | 297(55.2) | 378(57.5) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 34(28.6) | 174(31.7) | 208(31.7) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 3(2.5) | 57(10.6) | 60(9.1) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 1(0.8) | 10(1.9) | 11(1.7) |

ตารางที่ 4.15 (ต่อ) จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ

| สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) (n=119 ) | จำนวน (ร้อยละ) (n=538) | จำนวน (ร้อยละ) (n=657) |
| **ฝันร้าย** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 85(71.4) | 286(53.2) | 371(56.5) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 33(27.7) | 198(36.8) | 231(35.2) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 1(0.8) | 44(8.2) | 45(6.8) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | - | 10(1.9) | 10(1.5) |
| **เจ็บหรือปวดตามตัว** | | | |
| ไม่มีปัญหา | 81(68.1) | 211(39.2) | 292(44.4) |
| น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 32(26.9) | 185(34.4) | 217(33.0) |
| 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4(3.4) | 90(16.7) | 94(14.3) |
| 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า | 2(1.7) | 52(9.7) | 54(8.2) |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**5.2 อาการนอนไม่หลับ**

กลุ่มตัวอย่างที่พบอาการนอนไม่หลับมีเพียงร้อยละ 30.4 โดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ และมีจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน ถือว่าพบอาการนอนไม่หลับ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการนอนไม่หลับโดยรวม

| **อาการนอนไม่หลับ** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| ไม่พบมีอาการนอนไม่หลับ | 457 | 69.6 |
| พบมีอาการนอนไม่หลับ | 200 | 30.4 |

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับ คือ อาการหลังจากตื่นนอนแล้วรู้สึกไม่สดชื่นถึงแม้ว่าจะนอนทั้งคืน ร้อยละ 46.3 รองลงมาเป็นการตื่นเร็วกว่าปกติทั้งที่ยังไม่อยากตื่น และความคิดในเรื่องต่างๆ เข้ามารบกวนมากมาย ทำให้นอนไม่หลับ ร้อยละ 43.8 และ 37.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการนอนไม่หลับ

| **อาการนอนไม่หลับ** (n=657) | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
|---|---|---|
| หลังจากตื่นนอนแล้วรู้สึกไม่สดชื่นถึงแม้ว่าจะนอนทั้งคืน | 304 | 46.3 |
| ตื่นเร็วกว่าปกติ ทั้งที่ยังไม่อยากตื่น | 288 | 43.8 |
| ความคิดในเรื่องต่าง ๆ เข้ามารบกวนมากมาย ทำให้นอนไม่หลับ | 245 | 37.3 |
| ปัญหาการนอนหลับยาก | 216 | 32.9 |
| รู้สึกกังวลใจและตึงเครียด | 190 | 28.9 |
| ตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้ | 141 | 21.5 |
| รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | 104 | 15.8 |
| รู้สึกกลัวการเข้านอนว่าจะนอนไม่หลับ | 56 | 8.5 |

**5.3 ระดับปัญหาอาการนอนไม่หลับภายหลังผลัดการปฏิบัติงาน**

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผลัดดึกจะมีปัญหาอาการนอนไม่หลับภายหลังการปฏิบัติงานมากกว่าผลัดเช้าและผลัดบ่าย โดย

พบปัญหาหลับยากภายหลังการปฏิบัติงานผลัดดึก ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุดรวมกันมากที่สุด (ร้อยละ 58.3) รองลงมาเป็นผลัดบ่ายและผลัดเช้า (ร้อยละ 52.8 และ 36.1 ตามลำดับ)

ปัญหาหลับ ๆ ตื่น ๆ ภายหลังการปฏิบัติงานผลัดดึก ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุดรวมกันมากที่สุด(ร้อยละ 70.5) รองลงมาเป็นผลัดเช้าและผลัดบ่าย (ร้อยละ 44.9 และ 40.5 ตามลำดับ)

แต่ปัญหาตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงภายหลังการปฏิบัติงานผลัดเช้า ตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับมากที่สุดรวมกันมากที่สุด (ร้อยละ 49.9) รองลงมาเป็นผลัดดึกและผลัดบ่าย (ร้อยละ 48.1 และ 38.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัญหาและระดับของปัญหาอาการนอนไม่หลับภายหลังการปฏิบัติงาน

| ผลัดการปฏิบัติงานและอาการนอนไม่หลับภายหลังผลัดการปฏิบัติงาน | ระดับปัญหา (n=657) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| **ผลัดเช้า** | | | | | |
| หลับยาก | 420 (63.9) | 133 (20.2) | 71 (10.8) | 27 (4.1) | 6 (0.9) |
| หลับ ๆ ตื่น ๆ | 362 (55.1) | 177 (26.9) | 78 (11.9) | 29 (4.4) | 11 (1.7) |
| ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | 329 (50.1) | 187 (28.5) | 84 (12.8) | 45 (6.8) | 12 (1.8) |
| **ผลัดบ่าย** | | | | | |
| หลับยาก | 310 (47.2) | 210 (32.0) | 82 (12.5) | 42 (6.4) | 13 (2.0) |
| หลับ ๆ ตื่น ๆ | 391 (59.5) | 141 (21.5) | 87 (13.2) | 35 (5.3) | 3 (0.5) |
| ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | 404 (61.5) | 154 (23.4) | 65 (9.9) | 28 (4.3) | 6 (0.9) |
| **ผลัดดึก** | | | | | |
| หลับยาก | 274 (41.7) | 106 (16.1) | 100 (15.2) | 112 (17.0) | 65 (9.9) |
| หลับ ๆ ตื่น ๆ | 194 (29.5) | 162 (24.7) | 128 (19.5) | 122 (18.6) | 51 (7.8) |
| ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | 341 (51.9) | 119 (18.1) | 82 (12.5) | 76 (11.6) | 39 (5.9) |

**ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก**

**6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล**

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน โดยผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 83.6) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 75.2)

นอกจากนี้ พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 81.9) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 77.8), สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 82.8) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.6), ผู้ที่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 83.8) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีบุตร (ร้อยละ 77.7), ผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจที่ไม่หนัก(ร้อยละ 83.7) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจที่หนัก (ร้อยละ 80.7) และผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 85.1) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 80.2) แต่ปัจจัยดังกล่าวมานั้นไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส, ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนบุตร โดยที่ สถานภาพสมรสโสด(ร้อยละ 33.4) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 26.1), ผู้ที่มีรายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 37.8) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่รายได้ไม่เพียงพอ และผู้ที่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 33.0) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่มีบุตร (ร้อยละ 24.8)

นอกจากนี้ พบว่า เพศหญิง (ร้อยละ 30.7) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 22.2) และผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจที่ไม่หนัก (ร้อยละ 33.0) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจที่หนัก (ร้อยละ 28.8) แต่ปัจจัยดังกล่าวมานั้นไม่พบความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | P-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | P-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **เพศ** | | | 0.646 | | | 0.442 |
| ชาย | 4(22.2) | 14(77.8) | | 14(77.8) | 4(22.2) | |
| หญิง | 115(18.0) | 524(81.9) | | 443(69.5) | 196(30.7) | |
| **อายุ** | | | 0.290 | | | 0.157 |
| น้อยกว่า 25 ปี | 7(17.1) | 34(82.9) | | 24(58.5) | 17(41.5) | |
| ระหว่าง 25-35 ปี | 83(19.0) | 354(81.0) | | 308(70.5) | 129(29.5) | |
| ระหว่าง 36-45 ปี | 18(13.3) | 111(86.7) | | 90(66.7) | 45(33.3) | |
| มากกว่า 45 ปี | 11(25.0) | 33(75.0) | | 35(79.5) | 99(20.5) | |
| **ศาสนา** | | | 0.570[b] | | | 0.131 |
| พุทธ | 115(18.0) | 525(82.0) | | 448(70.7) | 192(30.0) | |
| อื่น ๆ | 4(23.5) | 13(76.5) | | 9(52.9) | 8(26.1) | |
| **สถานภาพสมรส** | | | 0.476 | | | 0.046* |
| โสด | 67(17.2) | 322(82.8) | | 259(66.6) | 130(33.4) | |
| คู่ | 52(19.4) | 216(80.6) | | 198(73.9) | 70(26.1) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.19 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **ระดับการศึกษา** | | | 0.206 | | | 0.149 |
| ปริญญาตรี (เทียบเท่า) | 114(18.6) | 498(81.4) | | 430(70.3) | 182(29.7) | |
| ปริญญาโท | 5(11.1) | 40(88.9) | | 27(60.0) | 18(40.0) | |
| **จำนวนบุตร** | | | 0.058 | | | 0.032* |
| ไม่มี | 73(16.2) | 378(83.8) | | 302(67.0) | 149(33.0) | |
| มี | 46(22.3) | 160(77.7) | | 155(75.2) | 51(24.8) | |
| **จำนวนสมาชิกที่ต้องดูแล** | | | 0.195 | | | 0.066 |
| ไม่มี | 24(17.7) | 139(85.3) | | 104(63.8) | 59(36.2) | |
| มี | 95(19.2) | 399(80.8) | | 353(71.5) | 141(28.5) | |
| **ความเพียงพอของรายได้** | | | 0.123 | | | 0.003** |
| เพียงพอ | 33(14.9) | 189(85.1) | | 138(62.2) | 84(37.8) | |
| ไม่เพียงพอ | 86(19.8) | 349(80.2) | | 319(73.3) | 116(26.7) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.19 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **ภาระทางเศรษฐกิจ** | | | | | | 0.251 |
| ไม่หนัก | 43(16.3) | 221(83.7) | | 177(67.0) | 87(33.0) | |
| หนัก | 76(19.3) | 317(80.7) | | 280(71.2) | 113(28.8) | |
| **โรคประจำตัว** | | | 0.483 | | | 0.413 |
| ไม่มี | 81(18.9) | 348(81.1) | | 303(70.6) | 126(29.4) | |
| มี | 38(16.7) | 190(83.3) | | 154(67.5) | 74(32.5) | |
| **การสูบบุหรี่** | | | 1.000[b] | | | 1.000[b] |
| ไม่สูบ | 119(18.2) | 535(81.8) | | 455(69.6) | 199(30.4) | |
| สูบ | - | 3(100.0) | | 2(66.7) | 1(33.3) | |
| **การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน** | | | 0.025* | | | 0.247 |
| ไม่ดื่ม | 33(24.8) | 100(75.2) | | 98(73.7) | 35(26.3) | |
| ดื่ม | 86(16.4) | 438(83.6) | | 359(68.5) | 165(31.5) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.19 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยส่วนบุคคล | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** | | | 0.825 | | | 0.504 |
| ไม่ดื่ม | 99(18.3) | 443(81.7) | | 380(70.1) | 162(29.9) | |
| ดื่ม | 20(17.4) | 95(82.6) | | 77(67.0) | 38(33.0) | |
| **การใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท** | | | 0.840 | | | 0.081 |
| ใช้ | 111(18.2) | 499(81.8) | | 419(68.7) | 191(31.3) | |
| ไม่ใช้ | 8(17.0) | 39(83.0) | | 38(80.9) | 9(19.1) | |
| **การศึกษาต่อ** | | | 0.507 | | | 0.580 |
| ปริญญาตรีและเทียบเท่า | 38(16.7) | 189(83.8) | | 161(70.9) | 66(29.1) | |
| ปริญญาโท | 81(18.8) | 259(81.2) | | 296(68.8) | 134(31.2 | |
| **ภาวะวิตกกังวล** | | | 0.571 | | | 0.374 |
| ไม่มีภาวะวิตกกังวล | 112(17.9) | 513(82.1) | | 437(69.9) | 188(30.1) | |
| มีภาวะวิตกกังวล | 7(21.9) | 25(78.1) | | 20(62.5) | 12(37.5) | |
| **ภาวะซึมเศร้า** | | | 0.792[b] | | | 0.064 |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า | 117(18.2) | 527(81.8) | | 451(70.0) | 193(30.0) | |
| มีภาวะซึมเศร้า | 2(15.4) | 11(84.6) | | 6(46.2) | 7(53.8) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

**6.2 ปัจจัยด้านการทำงาน**

พบว่าปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ตำแหน่งงาน, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และการควบเวร โดยที่ ผู้ปฏิบัติงาน(ร้อยละ 85.3) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ 79.0), ผู้ที่ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 83.5) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 66.7) และผู้ที่มีการควบเวร (ร้อยละ 86.1) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการควบเวร (ร้อยละ 79.0)

พบว่า ปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ตำแหน่งงาน, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก, การปฏิบัติกิจกรรมอื่น, การปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม โดยที่ ผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 35.3) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ 26.3), ผู้ที่ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 32.0) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 15.9), ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมอื่น เช่นกิจกรรมคุณภาพ (ร้อยละ 31.5) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมอื่น (ร้อยละ 18.0), ผู้ที่ปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 34.8) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 26.5) และลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวมที่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 31.8) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวมที่ไม่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 18.5) ปัจจัยด้านการทำงานอื่น ๆ นั้นไม่พบความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.20)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.20 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านการทำงาน | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **ตำแหน่งงาน** | | | 0.036* | | | 0.012* |
| หัวหน้างาน | 75(21.0) | 282(79.0) | | 263(73.3) | 94(26.3) | |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 44(14.7) | 256(85.3) | | 194(64.7) | 106(35.3) | |
| **ประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลทั้งหมด** | | | 0.971 | | | 0.116 |
| ตั้งแต่ 1-10 ปี | 73(18.1) | 331(81.9) | | 272(67.3) | 132(32.7) | |
| มากกว่า 10 ปี | 46(18.2) | 207(81.8) | | 185(73.1) | 68(26.9) | |
| **ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** | | | 0.810 | | | 0.954 |
| ตั้งแต่ 1-10 ปี | 89(17.9) | 408(52.1) | | 346(69.6) | 151(30.4) | |
| มากกว่า 10 ปี | 30(18.8) | 130(81.3) | | 111(69.4) | 49(30.6) | |
| **อัตราการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** | | | 0.063 | | | 0.327 |
| ตั้งแต่ 1-25 ครั้ง/เดือน | 62(15.8) | 330(84.2) | | 267(68.1) | 125(31.9) | |
| มากกว่า 25 ครั้ง/เดือน | 57(21.5) | 208(78.5) | | 190(71.7) | 75(28.3) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.20 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านการทำงาน | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **การหมุนผลัดการทำงานส่วนใหญ่เฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** | | | 0.001** | | | 0.008** |
| ไม่มีการหมุนผลัด | 21(33.3) | 42(66.7) | | 53(84.1) | 10(15.9) | |
| มีการหมุนผลัด | 98(16.5) | 496(83.5 | | 404(68.0) | 190(32.0) | |
| **การลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาการนอนหลับ** | | | 0.202[b] | | | 0.149[b] |
| ไม่มี | 117(17.9) | 535(82.1 | | 455(69.8) | 197(30.2) | |
| มี | 2(40.0) | 3(60.0) | | 2(40.0) | 3(60.0) | |
| **กิจกรรมการประชุมหน่วยงาน/กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน** | | | 0.168 | | | 0.190 |
| ไม่มี | 15(13.5) | 96(86.5) | | 83(74.8) | 28(25.2) | |
| มี | 104(19.0) | 442(81.0) | | 374(68.5) | 172(31.5) | |
| **การต่อเวร** | | | 0.053 | | | 0.274 |
| ไม่มี | 62(15.7) | 332(84.3) | | 330(70.8) | 136(29.2) | |
| มี | 57(21.7) | 206(78.3) | | 127(66.5) | 64(33.5) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.20 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านการทำงาน | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **การควบเวร** | | | 0.021* | | | 0.494 |
| ไม่มี | 82(21.0) | 309(79.0) | | 314(70.4) | 132(29.6) | |
| มี | 37(13.9) | 229(86.1) | | 143(67.8) | 68(32.2) | |
| **กิจกรรมอื่น** | | | 0.816 | | | 0.047* |
| ไม่มี | 64(18.4) | 283(81.6) | | 41(82.0) | 9(18.0) | |
| มี | 55(17.7) | 255(82.3) | | 416(68.5) | 191(31.5) | |
| **กิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** | | | 0.816 | | | 0.021* |
| ไม่มี | 64(18.4) | 283(81.6) | | 255(73.5) | 92(26.5) | |
| มี | 55(17.7) | 255(82.3) | | 202(65.2) | 108(34.8) | |
| **ลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม** | | | 0.399 | | | 0.027* |
| ไม่มีการหมุนผลัด | 66(17.1) | 321(82.9) | | 53(81.5) | 12(18.5) | |
| มีการหมุนผลัด | 53(19.6) | 217(80.4) | | 404(68.2) | 188(31.8) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.20 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงานกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านการทำงาน | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | มีอาการนอนไม่หลับ | p-value |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | |
| **ความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงาน** | | | 0.399 | | | 0.974 |
| ไม่หนัก | 66(17.1) | 321(82.9) | | 269(69.5) | 118(30.5) | |
| หนัก | 53(19.6) | 217(80.4) | | 118(69.6) | 82(30.4) | |

* p < 0.05 ** p < 0.01 b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 6.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ สถานที่พักนอนหลับ, แสงสว่าง และเสียงดัง โดยพบว่า การพักนอนหลับที่หอพัก (ร้อยละ 85.0) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าการพักนอนหลับที่บ้าน (ร้อยละ 78.6), ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับแสงสว่างขณะนอนหลับ (ร้อยละ 84.2) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแสงสว่างขณะนอนหลับ (ร้อยละ 77.5) ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับเสียงดังขณะนอนหลับ (ร้อยละ 83.6) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเสียงดังขณะนอนหลับ (ร้อยละ 75.7) และผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (ร้อยละ86.4) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (ร้อยละ77.2) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ คือ สถานที่พักนอนหลับเท่านั้น โดย พบว่าการพักที่หอพัก (ร้อยละ 38.3) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าการพักนอนหลับที่บ้าน (ร้อยละ 22.3) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4.21)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.21 การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี จำนวน (ร้อยละ) | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน (ร้อยละ) | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
| **สถานที่พักนอนหลับ** | | | 0.033* | | | 0.000** |
| บ้าน | 69(21.4) | 254(78.6) | | 251(77.7) | 72(22.3) | |
| หอพัก | 50(15.5) | 284(85.0) | | 206(61.7) | 128(38.3) | |
| **แสงสว่าง** | | | 0.035* | | | 0.363 |
| ไม่มี | 51(22.5) | 176(77.5) | | 163(78.8) | 64(28.2) | |
| มี | 68(15.8) | 362(84.2) | | 294(68.4) | 136(31.6) | |
| **เสียงดัง** | | | 0.029* | | | 0.973 |
| ไม่มี | 35(24.3) | 109(75.7) | | 100(69.4) | 44(30.6) | |
| มี | 84(16.4) | 429(83.6) | | 357(69.6) | 156(30.4) | |
| **ความร้อน** | | | 0.108 | | | 0.272 |
| ไม่มี | 35(22.4) | 121(77.6) | | 103(66.0) | 53(34.0) | |
| มี | 84(16.8) | 417(83.2) | | 354(70.7) | 147(29.3) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.21 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี จำนวน (ร้อยละ) | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน (ร้อยละ) | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
| **ความหนาวเย็น** | | | 0.242 | | | 0.610 |
| ไม่มี | 52(20.3) | 204(79.7) | | 181(70.7) | 75(29.3) | |
| มี | 67(16.7) | 334(83.3) | | 276(68.8) | 125(31.2) | |
| **ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน** | | | 0.002** | | | 0.454 |
| ไม่มี | 73(22.8) | 247(77.2) | | 227(70.9) | 93(29.1) | |
| มี | 46(13.6) | 291(86.4) | | 230(68.2) | 107(31.8) | |
| **กลิ่นไม่พึงประสงค์** | | | 0.509 | | | 0.859 |
| ไม่มี | 70(17.3) | 334(82.7) | | 280(69.3) | 124(30.7) | |
| มี | 49(19.4) | 204(80.6) | | 177(70.0) | 76(30.0) | |
| **ความหิว** | | | 0.736 | | | 0.534 |
| ไม่มี | 52(18.7) | 226(81.3) | | 197(70.9) | 81(29.1) | |
| มี | 67(17.7) | 312(82.3 | | 260(68.6) | 119(31.4) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.21 (ต่อ) การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพกับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

| ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ | คุณภาพการนอนหลับ | | | อาการนอนไม่หลับ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | คุณภาพการนอนหลับดี จำนวน (ร้อยละ) | คุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน (ร้อยละ) | p-value | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
| **ความกระหาย** | | | 0.906 | | | 0.671 |
| ไม่มี | 58(18.3) | 259(81.7) | | 218(68.8) | 99(31.2) | |
| มี | 61(17.9) | 279(82.1) | | 239(70.3) | 101(29.7) | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ b = Fisher's exact test

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 5

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย รูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือ พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในสังกัดโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานราชการในประเทศไทยที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด 657 คน คิดเป็นร้อยละ 81.21 ของแบบสอบถามที่ส่งไป โดยจำนวนที่ตอบกลับมีจำนวนมากกว่าจำนวนตัวอย่างน้อยที่สุดที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายที่คำนวณได้ (365 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล, แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า, แบบสอบถามข้อมูลด้านการนอนหลับ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ, แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อทดสอบสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับ สรุปผลได้ดังนี้

**สรุปผลการวิจัย**

### 1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.3) มีอายุระหว่าง 25-35 ปี (ร้อยละ 66.5) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.9 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.4) มีสถานภาพโสดและสมรส (ร้อยละ 56.9 และ 40.8 ตามลำดับ) มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 92.1) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตั้งแต่ 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 62.6) ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรร้อยละ 68.6 มีจำนวนสมาชิกที่ต้องดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75.2) มีรายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 45.7) และมีภาระทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างเป็นภาระหนัก (ร้อยละ 52.7)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.3) และในผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 42.5) รองลงมาเป็นโรคกระเพาะอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 10.9 และ 8.3 ตามลำดับ)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 99.5) ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 79.8) ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 82.5) กลุ่มตัวอย่างบางส่วนใช้ยานอนหลับและสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ร้อยละ 7.2)

ผู้ที่มีการอบรมประชุม / สัมมนาวิชาการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) จะใช้การแลกเวรไปทำกิจกรรม (ร้อยละ 93.3) ผู้ที่มีกิจกรรมการศึกษาต่อ (ร้อยละ 6.4) จะใช้วันหยุดส่วนตัว (ร้อยละ 52.4)

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.9 และ 2.0 โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย มีจุดตัดที่ 11 คะแนน)

### 2. ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงานของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร (In charge/Team leader) ร้อยละ 48.7 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลทั้งหมด อยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 61.5) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ในช่วง 1-10 ปี (ร้อยละ 75.6) อัตราการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อยู่ในช่วง 21-30 ครั้ง/เดือน (ร้อยละ 75.1) กลุ่มตัวอย่าง

มีการหมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลังและหมุนผลัดไม่แน่นอน (ร้อยละ 42.6 และ 35.2 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ไม่มีการลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (ร้อยละ 99.2)

กิจกรรมที่ใช้เวลาเพิ่มในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมการประชุมหน่วยงาน/กิจกรรมที่ต้องทำงานร่วมกัน,มีการต่อเวร, มีการควบเวรและกิจกรรมอื่น ร้อยละ 83.1, 29.1, 32.1 และ 7.6 ตามลำดับ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ทำและทำกิจกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีปริมาณใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.8 และ 47.2 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวมที่มีการหมุนผลัดการทำงานเป็นแบบหมุนผลัดการทำงานไม่แน่นอนใกล้เคียงกับการหมุนผลัดการทำงานแบบหมุนผลัดไปข้างหลัง (ร้อยละ 37.3 และ 37.1 ตามลำดับ) ส่วนความรู้สึกเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าหนักปานกลาง (ร้อยละ 49.8)

### 3. ข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานที่พักนอนหลับจำนวนใกล้เคียงกันระหว่างบ้านและ หอพัก (ร้อยละ 49.2 และ 50.8 ตามลำดับ) สิ่งที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในระดับมากที่สุด คือ เสียงดัง (ร้อยละ 7.9) รองลงมาคือแสงสว่างและความร้อน (ร้อยละ 4.4 และ 3.8 ตามลำดับ)

### 4. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

#### 4.1 คุณภาพการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 81.9 และมีเพียงร้อยละ 18.0 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย จุดตัดคะแนนตั้งแต่ที่ 6 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

#### 4.2 อาการนอนไม่หลับ

กลุ่มตัวอย่างที่พบอาการนอนไม่หลับมีเพียงร้อยละ 30.4 โดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ และมีจุดตัดคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนน ถือว่าพบอาการนอนไม่หลับ

**4.3 ปัญหาการนอนหลับภายหลังผลัดการปฏิบัติงาน**

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผลัดดึกจะมีปัญหาในการนอนหลับภายหลังการปฏิบัติงานมากกว่าผลัดเช้าและผลัดบ่าย โดย

พบปัญหาหลับยากภายหลังการปฏิบัติงานผลัดดึกมากที่สุด (ร้อยละ 58.3) รองลงมาเป็นผลัดบ่ายและผลัดเช้า (ร้อยละ 52.8 และ 36.1 ตามลำดับ)

ปัญหาหลับ ๆ ตื่น ๆ ภายหลังการปฏิบัติงานผลัดดึกมากที่สุด (ร้อยละ 70.5) รองลงมาเป็นผลัดเช้าและผลัดบ่าย (ร้อยละ 44.9 และ 40.5 ตามลำดับ)

แต่ปัญหาตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงภายหลังการปฏิบัติงานผลัดเช้ามากที่สุด (ร้อยละ 49.9) รองลงมาเป็นผลัดดึกและผลัดบ่าย (ร้อยละ 48.1 และ 38.5 ตามลำดับ)

**5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ**

**5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล**

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน

**5.2 ปัจจัยด้านการทำงาน**

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ตำแหน่งงาน, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และการควบเวร

**5.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย สถานที่พักนอนหลับ, แสงสว่าง เสียงดัง และความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน

**6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ**

**6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล**

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย สถานภาพสมรส จำนวนบุตร และความเพียงพอของรายได้

**6.2 ปัจจัยด้านการทำงาน**

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์อาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ตำแหน่งงาน, การปฏิบัติกิจกรรมอื่น, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก, ลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม และการปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

**6.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์อาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานที่พักนอนหลับ

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย จำนวน 657 คน พบว่าโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) มีจำนวน 538 คน คิดเป็นร้อยละ 81.9 มีความใกล้เคียงคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่า พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) ร้อยละ 80.9 *(5)* ในขณะที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) ร้อยละ 34.2 และ 41.4 ตามลำดับ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) ร้อยละ 43.9*(51)*

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้มีคุณภาพการนอนไม่ดี(T-PSQI Score $\geq$ 6) ร้อยละ 76.3 *(50)*, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) มีคุณภาพการนอนไม่ดี (T-PSQI Score $\geq$ 6) ร้อยละ 57.9 และประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ประมาณหนึ่งในสามของประชากรมีแนวโน้มของปัญหาในการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาด้วย แบบสอบถาม GHQ-60 ฉบับภาษาไทย *(55)*

อาจสรุปได้ว่า พยาบาลที่มีสถานที่ทำงานแตกต่างกันจะมีคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกัน โดยพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าพยาบาลประจำการที่ทำงานอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยทั่วไป และผู้ที่ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันนั้น จะมีคุณภาพการนอนหลับที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ สูงกว่าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด

(มหาชน) และสูงกว่าประชาชนทั่วไป เนื่องจากพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานเป็นผลัด (Rotating Shift) ปฏิบัติงานท่ามกลางภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ต้องอาศัยทั้งทักษะและประสบการณ์ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ลักษณะการปฏิบัติงานดังกล่าวทำให้ผู้ปฏิบัติงานเต็มไปด้วยความเครียดและความวิตกกังวลจะนำไปสู่การมีปัญหารบกวนการนอนหลับ (*54)*

สามารถอภิปรายผลการศึกษาใน 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ คือ คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

1. **คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย** แบ่งเป็น

1.1 คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1) <u>คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย</u> เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับของบุคคลด้วยตัวเอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ประเมินว่าคุณภาพการนอนหลับของตนไม่ค่อยดีและไม่ดีเลย (ร้อยละ 50.2 และ 12.6 ตามลำดับ)

2) <u>ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ</u> เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป โดยทั่วไปนั้นบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที *(20)* จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ใช้เวลาประมาณตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที เพียงร้อยละ 29.7 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงเวลาการนอนหลับอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานเป็นผลัดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับตามวงจรชีวภาพ ซึ่งรบกวนกลไกต่าง ๆ ของร่างกาย (Endogenous circadian rhythm) และความรู้สึกร้อนเกินไป หนาวเกินไป ความเจ็บและปวดเมื่อยตามตัว จะทำให้ระยะเวลาของการเข้านอนจนกระทั่งหลับเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อเข้านอนก็ไม่สามารถนอนหลับได้ทันที จึงต้องใช้ความพยายามในการทำให้หลับ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับเกิดขึ้น ทำให้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับนานขึ้นกว่าปกติ *(59)*

3) <u>ระยะเวลาการนอนหลับ</u> บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต้องมีระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมง *(17)* จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีระยะเวลาการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 4.1 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลมีเวลาไม่แน่นอนเนื่องจากการทำงานเป็นผลัดไม่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม

ทางสังคมที่กิจกรรมส่วนมากจะอยู่ในเวลากลางวัน เช่น กิจกรรมร่วมกับครอบครัว และการเข้าสังคม เวลาพักผ่อนในช่วงกลางวันหลังจากการปฏิบัติงานช่วงกลางคืนจะถูกลดลงจากการร่วมกิจกรรมดังกล่าว รวมทั้งสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพและค่าตอบแทนในการทำงานไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเพิ่มเวลาในการทำงานให้มากขึ้น เกิดการควบเวร และส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนหลับลดลงตามไปด้วย ซึ่งจากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการควบเวรมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงถึงร้อยละ 86.1

1.2 คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1) <u>ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย</u> บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่าร้อยละ 85 *(17)* จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีและดีส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการนอนหลับมากกว่าร้อยละ 85 ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 35.7 และร้อยละ 42.9 ตามลำดับ) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาที่อยู่บนเตียงและตื่นนอนของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีและดีมีเวลาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีอาจเกิดจากองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ดี เช่น การรบกวนการนอนหลับ

2) <u>การรบกวนการนอนหลับ</u> จากการศึกษาพบว่า สิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับมากที่สุด คือ การตื่นเข้าห้องน้ำ รองลงมาเป็นการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 30 นาที และ การตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีนั้นพบปัญหาจากการตื่นเข้าห้องน้ำ การนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 30 นาที และการตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ในระดับน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ถึงระดับ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า (ร้อยละ 76.4 72.9 และ 69.7 ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี (ร้อยละ 67.2 29.4 และ 42.0 ตามลำดับ) การที่ถูกรบกวนขณะนอนหลับจะทำให้ขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล *(20)*

3) <u>การใช้ยานอนหลับ</u> จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีไม่พบการใช้ยานอนหลับในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีการใช้ยานอนหลับตั้งแต่ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ถึง ใช้ 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 11.3 สอดคล้องกับการศึกษาของณภัควรรต บัวทอง *(40)* พบว่า พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน) ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีการใช้ยานอนหลับตั้งแต่ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ถึง ใช้ 3

ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า ร้อยละ 24.5 และการวิจัยของ Wanger J. และคณะ *(60)* พบว่า ผู้ที่มีปัญหาในการนอนหลับ ซื้อสารช่วยการนอนหลับ (Over the counter compounds) กินเอง ถึงร้อยละ 12.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยานอนหลับมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อาจอธิบายได้ว่า การใช้ยานอนหลับเพื่อให้นอนหลับสนิทในเวลาพักก่อนทำงานในผลัดต่อไป จะมีผลต่อการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม แต่โดยส่วนใหญ่ยานอนหลับจะกดการทำงานของระบบประสาททำให้เกิดอาการมึนงง ง่วงซึม

4) <u>ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน</u> พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ไม่เคยมีอาการการง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวันเลย ถึงร้อยละ 33.6 ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ไม่เคยมีอาการการง่วงหลับหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมในเวลากลางวันเลย เพียงร้อยละ 9.7 ส่วนปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับดีไม่เป็นปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ ถึงร้อยละ 38.7 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีไม่เป็นปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ เพียงร้อยละ 14.5 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การถูกรบกวนการนอนหลับในตอนกลางคืน หรือการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะทำให้มีการนอนหลับในตอนกลางวันเพิ่มมากขึ้น และทำให้สภาพอารมณ์ผิดปกติ โดยทำให้หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี สับสนและมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น *(60)*

ดังนั้นการที่พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย จะมีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ดีนั้น อาจกล่าวได้ว่า ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญต่อคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย

สามารถอภิปรายผลการศึกษา ตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับดังนี้

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

**การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 83.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาถฤดี เด่นดวง และกนกวรรณ ธราวรรณ *(54)* ศึกษาปัญหาสุขภาพพยาบาลที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนในประเทศญี่ปุ่น พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในผลัดดึกใช้เครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น ชา กาแฟ เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่าอยู่ตลอดเวลาอธิบายได้ว่า เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลนั้นจะปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียน พยาบาลจะใช้เครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น ชา กาแฟ เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่าอยู่ตลอดเวลา เพราะการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน จะกระตุ้นประสาทให้เกิดการตื่นตัวทำให้นอนไม่หลับ *(43)* และเมื่อได้รับคาเฟอีนปริมาณ 400 มิลลิกรัม ภายหลังอดนอนจะช่วยให้มีการตื่นตัวและสามารถปฏิบัติงานได้ดี *(44)* พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักจึงใช้เครื่องดื่มคาเฟอีนเพื่อช่วยให้ร่างกายกระฉับกระเฉงขณะทำงาน

### 2.2 ปัจจัยด้านการทำงาน

**ตำแหน่งงาน** จากการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงาน(ร้อยละ 85.3) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ 79.0) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจอธิบายได้ว่าการแบ่งระดับปฏิบัติงานของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์การทำงาน เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้นต้องต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว สภาพเหตุการณ์ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่อาจจะคาดคะเนล่วงหน้าได้ ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ พยาบาลที่ได้รับการประเมินจากหน่วยงานว่ายังมีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอที่จะเป็นระดับหัวหน้างานจะได้รับการจัดสรรให้อยู่ในระดับปฏิบัติการ ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีความเครียดต่อการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า*(61)* รวมทั้งระบบการบริหารในโรงพยาบาลเป็นลักษณะการบริการที่มีระดับผู้บังคับบัญชาหลายระดับ มีลักษณะการปฏิบัติงานเฉพาะ และเป็นแบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ปฏิบัติงานเต็มไปด้วยความเครียด และทำให้เกิดภาวะจิตใจผิดปกติซึ่งพบมากในพยาบาล *(29)* ความเครียดและความวิตกกังวลจะนำไปสู่การมีปัญหารบกวนการนอนหลับ*(54)* ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้

**ลักษณะการปฏิบัติงาน** จากการศึกษา พบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 83.5) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 66.7) สอดคล้องกับการศึกษาของตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์

และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ *(5)* พบว่า พยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัดไปเรื่อย ๆ (ร้อยละ 76.7) มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานผลัดเช้าอย่างเดียว (ร้อยละ 51.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ โกศล *(6)* พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดหมุนเวียนเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Escriba V. และคณะ *(62)* พบว่า พยาบาลสเปนที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนมีระยะเวลาการนอนลดลงจากปกติประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

อาจอธิบายได้ว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาล นิยมจัดในลักษณะหมุนเวียนสลับในแต่ละช่วงอยู่ตลอดเวลา *(33)* และจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจในการแลกเวรมากกว่าการปฏิบัติตามตารางการปฏิบัติงานจริง ลักษณะการปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนของพยาบาลจึงมีหลายลักษณะ ทำให้ระบบชีวภาพเปลี่ยนไป เกิดผลกระทบต่าง ๆ เช่น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ต้องเปลี่ยนเวลานอนไปเรื่อย ๆ กล่าวคือ การนอนต้องนอนในเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงเวลาวงจรการตื่นและต้องทำงานเวลากลางคืนซึ่งเป็นช่วงวงจรการหลับ *(34)* ทำให้มีอาการแสดง เช่น นอนหลับยาก นอนหลับได้ไม่ลึก ตื่นระหว่างการนอนหลับบ่อยครั้ง เวลาการนอนหลับโดยรวมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องนอนหลับเวลากลางวันจึงทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้นานเท่าที่ต้องการ *(6)* คุณภาพการนอนลดลงอาจนำไปสู่การอดนอนเรื้อรังได้ *(7,35)*

**การควบเวร** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการควบเวร (ร้อยละ 86.1) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการควบเวร (ร้อยละ 79.0) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อธิบายได้ว่า สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทวีความรุนแรงขึ้น จากการสำรวจปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในประไทยล่าสุดปี 2548 สัดส่วนของจำนวนพยาบาลต่อประชากรในประเทศไทย มีอัตราส่วน 1:700 คน มากกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก กำหนด 1:500 คน ส่วนในประเทศเพื่อนบ้านแม้จะมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างประเทศมาเลเซียที่มีจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1:380 คน แต่เนื้องานในการปฏิบัติกลับพบว่า น้อยกว่าพยาบาลของไทยมาก*(63)* เมื่อจำนวนพยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ต้องรับผิดชอบงานและหมุนเวียนปฏิบัติงานมากขึ้น จึงมีการควบเวร นอกจากนี้การที่ประเทศมีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรม ความต้องการพยาบาลเพื่อตอบสนองการให้บริการในสถานประกอบการมีมากขึ้น ประกอบกับพยาบาลในภาครัฐมีรายได้ไม่สูงนัก การควบเวรจึงเป็นทางเลือกหนึ่งเพื่อให้มีเวลาว่างมากพอที่จะสามารถไปปฏิบัติงานอื่นได้ เช่นการขึ้นเวรเช้าต่อบ่าย หรือ เวรบ่ายต่อดึก เพื่อให้มีรายได้ที่สูงขึ้นตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ เกิดการทำงานที่หนักเกินทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงานนานเกินไป ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้ ซึ่งการทำงานที่มากกว่า 8 ชั่วโมง/วัน ทำให้เกิดความอ่อนล้าจาก

การปฏิบัติงานนานเกินไป ทำให้ระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้*(17)*

## 2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

**สถานที่พักนอนหลับ** จากการศึกษา พบว่า การพักนอนหลับที่หอพัก (ร้อยละ 85.0) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าการพักนอนหลับที่บ้าน (ร้อยละ 78.6) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจอธิบายได้ว่าการนอนหลับที่หอพักอาจมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพมากกว่าการนอนหลับที่บ้าน และนอนหลับที่หอพักระหว่างผลัดการทำงานนั้นจะกังวลกับการกลับไปทำงานในผลัดต่อไปทำให้นอนหลับได้ไม่ต่อเนื่องเหมือนการนอนพักที่บ้านเมื่อไม่ต้องทำงานทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างถูกรบกวนการนอนหลับจากแสงสว่าง เสียงดังและความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**แสงสว่าง** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับแสงสว่างขณะนอนหลับ (ร้อยละ 84.2) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแสงสว่างขณะนอนหลับ (ร้อยละ 77.5) อธิบายได้ว่า จากการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานในเวลากลางคืน และนอนในเวลากลางวันทำให้ถูกรบกวนจากแสงสว่างในเวลากลางวัน เกิดปัญหารบกวนการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งความมืดและความสว่างควบคุมการสังเคราะห์เมลาโทนิน ความมืดจะทำให้มีการหลั่งเมลาโทนิน *(38)* แต่ความสว่างในเวลากลาง จะยับยั้งการหลั่งเมลาโทนิน (Lewy และคณะ) *(47)* ซึ่งเมลาโทนินช่วยควบคุมวงจรชีวภาพในร่างกายให้ทำงานได้ปกติ ทำให้เกิดการนอนหลับ

**เสียงดัง** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับเสียงดังขณะนอนหลับ (ร้อยละ 83.6) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเสียงดังขณะนอนหลับ (ร้อยละ 75.7) อธิบายได้ว่า เสียงดังรบกวนการนอนหลับนั้น สัมพันธ์กับระยะต่าง ๆ ของภาวะหลับด้วย คือในระยะที่ 1 เสียงเบา ๆ ก็สามารถปลุกให้ตื่นได้ แต่ถ้าระยะที่ 2 หรือ REM หลับลึกขึ้นต้องใช้เสียงดังขึ้นจึงจะปลุกตื่น ระยะที่ 4 ต้องใช้เสียงดังที่สุด *(15)* ดังนั้นเสียงที่ระดับความดังหรือความถี่สูงนั้น ย่อมรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนอนหลับในช่วงกลางวันซึ่งเป็นเวลาในการทำกิจกรรมของบุคคลทั่วไป การที่สถานที่พักนอนหลับตั้งอยู่ในแหล่งชุมชน การนอนหลับจะถูกรบกวนจากเสียงรถยนต์ที่วิ่งผ่านไปมา เสียงการทำกิจกรรมของเพื่อนร่วมห้อง หรือเพื่อนร่วมหอพักในชั้นเดียวกัน ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

**ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (ร้อยละ 86.4) มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (ร้อยละ 77.2) ซึ่งยังไม่มีผู้ศึกษาไว้แต่อาจอธิบายได้ว่า จากการที่มีการจัดสวัสดิการหอพักหรือห้องพักเวรและเครื่องนอน เช่น เตียง ที่นอน หมอน ผ้าห่มให้กับพยาบาล มีการใช้งานเป็นเวลานาน เกิดการชำรุดแข็งหรือนุ่มเกินไป หรือไม่อยู่ในสภาพที่ทำให้เกิดความสบายตัวขณะนอนหลับที่ ซึ่งส่งผลให้การนอนหลับมีคุณภาพลดลงได้ *(18)*

3. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย**

สามารถอภิปรายผลการศึกษา ตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้

3.1 **ปัจจัยส่วนบุคคล**

**สถานภามรส และจำนวนบุตร** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสดและกลุ่มตัวอย่างที่ ไม่มีบุตร (ร้อยละ 33.4 และ 33.0 ตามลำดับ) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่และกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร (ร้อยละ 26.1 และ 28.5 ตามลำดับ) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณภควรรต บัวทอง *(40)* ที่พบว่าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งอาจเป็นเพราะพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่เป็นโสดรวมทั้งยังไม่มีบุตร ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดอาจจะไม่มีที่ปรึกษาที่ตนเองสามารถปรึกษาได้โดยไม่ทำให้การยอมรับและความภูมิใจในตนเองลดลง ส่งผลให้มีความคิดในเรื่องต่าง ๆ เข้ามารบกวนมากมาย รู้สึกกังวลใจและตึงเครียดทำให้นอนไม่หลับ ซึ่งมีการศึกษา พบว่า พยาบาลที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความเครียดสูงกว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสคู่ ในปัจจัยด้านความกังวลในลักษณะงานที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ*(64)*

**ความเพียงพอของรายได้** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่รายได้ที่เพียงพอ (ร้อยละ 37.8) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 26.7) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล และนำไปสู่การมีปัญหารบกวนการนอนหลับและเกิดอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ สุขยิ่งและธนา นิลชัยโกวิทย์ *(55)* ได้รายงานการศึกษาเบื้องต้น “ปัจจัยในการนอนหลับและปัจจัยที่

เกี่ยวข้อง ของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร" พบว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีปัญหาในการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 37.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภควรรต บัวทอง *(40)* ที่พบว่าพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน)ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 68.7

### 3.2 ปัจจัยด้านการทำงาน

**ตำแหน่งงาน** จากการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 35.3) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่เป็นหัวหน้างาน (ร้อยละ 26.3) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจอธิบายได้ว่าการแบ่งระดับปฏิบัติงานของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์การทำงาน เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยหนักนั้นต้องต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว สภาพเหตุการณ์ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักไม่อาจจะคาดคะเนล่วงหน้าได้ ต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ พยาบาลที่ได้รับการประเมินจากหน่วยงานว่ายังมีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอที่จะเป็นระดับหัวหน้างานจะได้รับการจัดสรรให้อยู่ในระดับปฏิบัติการ ซึ่งพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีความเครียดต่อการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า*(65)* รวมทั้งระบบการบริหารในโรงพยาบาลเป็นลักษณะการบริการที่มีระดับผู้บังคับบัญชาหลายระดับ มีลักษณะการปฏิบัติงานเฉพาะ และเป็นแบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ปฏิบัติงานเต็มไปด้วยความเครียด และทำให้เกิดภาวะจิตใจผิดปกติซึ่งพบมากในพยาบาล *(29)* ความเครียดและความวิตกกังวลจะนำไปสู่การมีปัญหารบกวนการนอนหลับและเกิดอาการนอนไม่หลับได้ (*54)*

**การปฏิบัติกิจกรรมอื่น** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมอื่นคือกิจกรรมคุณภาพ และงานวิชาการ (ร้อยละ 31.5) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมอื่น (ร้อยละ 18.0) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจสามารถอธิบายได้ว่า การทำงานด้านคุณภาพและงานวิชาการจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถสูง นอกจากนี้ยังต้องมีการร่วมมือประสานงานกับบุคคลต่าง ๆ หลายระดับส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ใช้เวลาประมาณ 16-30 นาที และประมาณ 31-60 นาที (ร้อยละ 48.9 และ 28.3 ตามลำดับ) ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนกระทั่งหลับ มากกว่า 20 นาที แสดงว่า มีช่วงเวลาของการนอนไม่หลับเกิดขึ้น *(38)*

**การปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก** จากการศึกษา พบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 34.8) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 26.5) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจสามารถอธิบายได้

ว่า สืบเนื่องจากการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเนื่องจากออกไปอยู่ภาคเอกชน เพราะมีรายได้สูงกว่า 2-3 เท่า ส่วนพยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่นั้นบางส่วนก็มีการการปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพิ่มเพื่อให้มีรายได้ที่สูงขึ้นตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ เกิดการทำงานที่หนักเกินทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงานนานเกินไป ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้ *(17)*

**ลักษณะการปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนักและลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม** จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวมที่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ 32.0 และ 31.8ตามลำดับ) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการหมุนผลัดการทำงาน (ร้อยละ15.9 และ18.5 ตามลำดับ สอดคล้อง กับการศึกษาของตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ *(5)* พบว่า พยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัดไปเรื่อย ๆ (ร้อยละ 76.7) มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานผลัดเช้าอย่างเดียว (ร้อยละ 51.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ โกศล *(6)* พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดหมุนเวียนเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Escriba V. และคณะ *(66)* พบว่า พยาบาลสเปนที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนมีระยะเวลาการนอนลดลงจากปกติประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

อาจอธิบายได้ว่า ลักษณะการทำงานของพยาบาล นิยมจัดในลักษณะหมุนเวียนสลับในแต่ละช่วงอยู่ตลอดเวลา *(33)* และจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจในการแลกเวรมากกว่าการปฏิบัติตามตารางการปฏิบัติงานจริง ลักษณะการปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนของพยาบาลจึงมีหลายลักษณะ ทำให้ระบบชีวภาพเปลี่ยนไป เกิดผลกระทบต่าง ๆ เช่น แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ ต้องเปลี่ยนเวลานอนไปเรื่อย ๆ กล่าวคือ การนอนต้องนอนในเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงเวลาวงจรการตื่นและต้องทำงานเวลากลางคืนซึ่งเป็นช่วงวงจรการหลับ *(34)* ทำให้มีอาการแสดง เช่น นอนหลับยาก นอนหลับได้ไม่ลึก ตื่นระหว่างการนอนหลับบ่อยครั้ง เวลาการนอนหลับโดยรวมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องนอนหลับเวลากลางวันจึงทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้นานเท่าที่ต้องการ *(6)* คุณภาพการนอนลดลงอาจนำไปสู่การอดนอนเรื้อรังได้ *(7,35)*

### 3.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ

**สถานที่พักนอนหลับ** จากการศึกษา พบว่า การพักนอนหลับที่การพักที่หอพัก (ร้อยละ 38.3) มีอาการนอนไม่หลับสูงกว่าการพักนอนหลับที่บ้าน (ร้อยละ 22.3) ซึ่งยังไม่มีผู้วิจัยเอาไว้ แต่อาจอธิบายได้ว่าการนอนหลับที่หอพักอาจมีปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้าน

สิ่งแวดล้อมและกายภาพมากกว่าการนอนหลับที่บ้าน และนอนหลับที่หอพักระหว่างผลัดการทำงานนั้นจะกังวลกับการกลับไปทำงานในผลัดต่อไปทำให้นอนหลับได้ไม่ต่อเนื่องเหมือนการนอนพักที่บ้านเมื่อไม่ต้องทำงานทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างถูกรบกวนการนอนหลับจากแสงสว่าง เสียงดังและความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การดื่มคาเฟอีน, ตำแหน่งงาน, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก, การควบเวร, สถานที่พักนอนหลับ ,แสงสว่าง, เสียงดัง และความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, ความเพียงพอของรายได้, ตำแหน่งงาน, ลักษณะการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก, การปฏิบัติกิจกรรมอื่น, การปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก, ลักษณะการปฏิบัติงานโดยรวม และสถานที่พักนอนหลับ

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้**

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพของพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ และจะส่งผลต่อหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพได้ ดังนั้นองค์กรวิชาชีพควรมีการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข ให้พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น อันจะนำไปสู่ประโยชน์ที่ตัวพยาบาล โรงพยาบาล และองค์กรวิชาชีพต่อไปโดย

1. การมีนโยบายกำลังคนในระดับประเทศ เป็นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ โดยคำนึงถึงความขาดแคลนของวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น เพื่อมีการผลิตให้เพียงพอกับความต้องการและลดภาระงานของพยาบาล มีวันหยุดพักผ่อนมากขึ้น

2. โรงพยาบาลต้นสังกัด ควรจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การร่วมกิจกรรมที่นอกเหนืองานประจำที่ต้องเพิ่มเวลาในหน่วยงานนั้นควรมีการกระจายงานอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อให้เกิดความเครียดในเรื่องต่าง ๆ และควรส่งเสริมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดของพยาบาลให้มากขึ้นด้วย

3. โรงพยาบาลต้นสังกัด การจัดหาสวัสดิการหอพัก และเครื่องนอนให้แก่พยาบาลนั้น ควรมีการสำรวจและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอให้เอื้อต่อการนอนหลับที่มีคุณภาพ

4. การให้ความรู้และเน้นย้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เช่น การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การควบเวร และการปฏิบัติงานนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการป้องกันตั้งแต่ก่อนจะเข้าสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป

5. ตัวพยาบาลเอง ควรคำนึงถึงสุขภาพอนามัยของตนเอง ให้มากกว่าการเพิ่มเวลาการทำงานให้มากขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งค่าตอบแทนที่สูงขึ้นแต่มีผลเสียต่อสุขภาพ

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

1. จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานทั้งในและนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีการควบเวร มีการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งผลให้มีเวลาในการพักผ่อนแต่ละวันลดลง จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิตใน 2 ด้าน คือ ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเท่านั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมทั้งความเครียดของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับด้วย

3. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 81.9 จึงควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ในผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง


(1) วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. สรีรวิทยาของการนอนหลับ.ใน การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.

(2) Evans JC, French DG. Sleep and healing intensive care setting. Dimensions of Critical Care Nurse.1995; 14(4): 189-199.

(3) Brewer MJ. To sleep or not to sleep. The consequences of sleep deprivation. Critical Care Nurse.1985; 5(6): 35-41.

(4) สุนุตรา ตะบูนพงศ์, นิตยา ตากวิริยานันท์. ผลกระทบของการทำงานผลัดหมุนเวียนต่อการนอนหลับอาการไม่สบายและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วารสารวิจัยทางการพยาบาล. 2542; (3): 1-11.

(5) ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; (42):123-131.

(6) ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรด้านสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

(7) พิเชษฐ อุดมรัตน์. ความผิดปกติของการนอนจากการทำงานเป็นผลัด. ใน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, บรรณาธิการ. การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2537.

(8) แสงจันทร์ ทองมาก.แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต.ใน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4.พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี. ยุทธรินทร์การพิมพ์ .2549:3-4.

(9) สุปราณี เสนาดิสัย. เหตุที่ทำให้เกิดความพอใจและไม่พอใจสภาวะการทำงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทย. วารสารพยาบาล (22) (2616): 265-69.

(10) เกษม ตันติผลาชีวะ. การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. ใกล้หมอ 2543; 15 (5): 81-2.

(11) สันต์ หัตถีรัตน์. การตรวจรักษาอาการหลับไม่ปกติ. หมอชาวบ้าน 2534; 13(148): 26-8.

(12) บุญชู อนุสาสนนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.

(13) Webster RA, Thompson DR. Sleep in hospital. Journal of Advance Nursing.1990; (11): 227-36.

(14) พรสวรรค์ โรจนกิตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

(15) ราตรี สุดทรวง, วีระชัย สิงหนิยม.ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2545.

(16) ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

(17) Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsbrugh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatry Research.1989; (28): 193-213.

(18) Synder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Research in Nursing & Health.1987; (10):155-63.

(19) กุสุมาลย์ รามศิริ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการเก็บปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

(20) Eilles B, Johns MW, Lancaster R, Raptopoulos P, Angelopoulos N, First RG. The St. Marry's hospital sleep questionnaire: A Study of reliability Sleep.1981; 93-7.

(21) Evans JC, French DG. Sleep and healing intensive care setting. Dimensions of Critical Care Nurse.1995; 14(4): 189-99.

(22) International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS). Who is an intensive-care nurse?. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: URL:http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/products/hdo/htm/nurse_intensive.htm. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2550].

(23) Vreeland, Ruth, Eills, Geraldine. Stresses on the Nurse in an Intensive Care Unit. Journal of the American Medical Association. 1969; (208):332-334.

(24) Gentry W., Foster S. and Froehing S. Psycho logic Responsive to Situational Stress in Intensive and Non intensive Nursing. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 1972; (3): 793-796.

(25) Harris RB. Review Nursing Stress according to a Proposed Coping Adaptation Framework. Journal of Advanced Nursing Science. 1989; (11): 12-28.

(26) Weil, Max H, Martin V. Rackow, Eric C. Text Book of Critical Care 2 nd. Shormaker, William C.et.al,(ed). Critical Care Medicine: Introduction and Historical Perspective, p.1. London: W.B. Saunders, comp, 1989.

(27) Nathan M. Simon. The Psychological Aspect of Intensive Care Nursing. Marryland: Roberts J, Drady Co., 1980.

(28) Hudak, Carolyn M, Gallo, Barbara M. and Lohr Thelma (ed). Effect of the Critical Care Unit on the Nurse, 661-69. Philadelphia: J.B. Lippincott CO., 1986.

(29) Mc Crane, Edward W. Lambert, Vickie A. and Lambert Clinton E. Work Stress, Hardiness and Burnout among Hospital Staff nurses. Nursing Research.1987; 36(6): 374-378.

(30) Topf Margaret, Diiion E. Noise Induced Stress as a Predictor of Burnout in Critical Care Nurses. The Journal of Heart and Lung Transplantation. (1988); (17): 567-73.

(31) ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. ปัญหาสุขภาพจิตในสถานประกอบอาชีพ. ใน สมชาย บวรกิจ, โยธิน เบญจวัง และ ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ,บรรณาธิการ). ตำราอาชีวเวชศาสตร์, 207-18 กรุงเทพมหานคร: เจ เอส เค การพิมพ์, 2542.

(32) วิฑูรย์ สิมะโชคดี และ กฤษฎา ชัยกุล. เออร์กอนอมิคส์วิทยา : การจัดสภาพงานเพื่อเพิ่มผลผลิตและความปลอดภัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเชียเพรส, 2540.

(33) สิริลักษณ์ สมพลกรัง.สิ่งแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยล้าของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

(34) Griffiths R. Sleep problem in the shift worker. Medicine Progress, 1992: 30-6.

(35) นุกูล ตะบูนพงศ์. ผลกระทบของการทำงานเป็นผลัด. ใน การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.

(36) Monk TH. Shift work in Principles and practice of sleep medicine. Philaderphia, 1989: 186-201.

(37) Closs L. Patient's sleep - wake rhythm in hospital part 1. Nursing Time. 84(1) 1988: 48-50.

(38) Lee KA. An overview of sleep and common sleep problems. American Nurses Association 24(6)1997: 614-24.

(39) Miller CA. Nursing care of orderly adult: theory and practice.3rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1999.

(40) ณภัควรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.

(41) สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล,. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2537: 8.

(42) Glenn S. Brassington, Hicks RA. Insomnia and physical symptoms in male and female college students. Sleep Research (1993): 22-33.

(43) Lexcen FJ, Hicks RA. Rider S. and Sarnikonski S. Smoking and self-reported sleep problems. Sleep Research. (1993): 22-89.

(44) Yokoi M.Kavada S. et al.Ethanol effects on daytime sleepiness and reaction time. Sleep Research. (1993): 22-536.

(45) Kelly T., Gomez S., Engelland s. and Naitoh P. Repeated administration of coffee during sleep deprivation dose notaffect cognitive performance. Sleep Research. (1991): 22-336.

(46) Matteson M.A., Mc Connell E.S. and Linton A.D. Gerontological Nursing Concepts and Practice. 2nd. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.

(47) Terman M. Light theory. In M.H. Kryger T., Roth and W.C. Dement (eds). Principles and sleep medicine. Philadelphia: W.B. Saunders 1989: 717-22.

(48) Morton PG. Health assessment in nursing. 2 nd edition. Springhouse: St .Louis, 1993.

(49) กันตพร ยอดใชย,อารีย์วรรณ อ่วมตานี และทิพมาส ชิณวงศ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550; 25 (5): 407-13.

(50) ผาณิตา ชนะมณี, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, ถนอมศรี อินทนนท์. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2549; 24(3): 163-73.

(51) เอกลักษณ์ วงศ์อภัย. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารจิตวิทยาคลินิก 37(2) (กรกฎาคม - ธันวาคม 2549). [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: URL:http://www.jvkk.go.th/researchnew/datails.asp?code=01051. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2550].

(52) อภิชาติ จริยาวิลาศ. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย. ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.

(53) เยาวรัตน์ มัชฌิม , กันตพร ยอดใชย และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. แบบแผนการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาล.วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์ 25(2) 2548: 53-70.

(54) นาถฤดี เด่นดวง, กนกวรรณ ธราวรรณ. สุขภาพและความปลอดภัยของผู้หญิงในการทำงาน. ใน พิมพ์วลัย บุญมงคล,นิภรณ์ สัณหจริยา,และศันสนีย์ เรืองสอน, บรรณาธิการ, รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ, 137-354. นครปฐม: สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส, 2542.

(55) จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ธนา นิลชัยโกวิทย์. ปัญหาในการนอนหลับของประชาชนเขตหนองจอก. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2540; (42): 66-76.

(56) Sveinsdottir, Herdis. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20(2) (June 2006): 229-37. [Online]. 2007. Available from: URL: http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/scs/2006/00000020/00000002/art00016. [2007,Octtober 18 ].

(57) บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์.ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช, 2542.

(58) สุวิมล ติรกานันท์. การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2550].

(59) มาโนช หล่อตระกูล(บรรณาธิการ).เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช.คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์.กรมสุขภาพจิต, 2544. [ออนไลน์]. (2550).เข้าถึงได้จาก:URL:http://www. geocities.com/thaipsych/gp/gp31.pdf. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2550].

(60) Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond benzodiazepines: alternative pharmacologic agent for the treatment of insomnia. Ann Pharmacother, 1998; 32:680-91.

(61) Richard KC. Sleep promotion. Critical Care Nursing Critical of North American, 8(1) 1996:39-52.

(62) ศิริพร วิญญูรัตน์.ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการและรูปแบบการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการการบริหารพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

(63) วัลลภ ไทยเหนือ.สธ.เผยไทยขาดแคลนพยาบาลกว่า 30,000 คน. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา:http://www.thannews.th.com/view_newstoday.php?id=50008076. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551].

(64) วัลลีย์ กนกวิจิตร.สภาวะความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา.[ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://203.157.56.11/lib/search/body.php?lib_id=2359. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2551].

(65) ดารา ศัตรูลี้ และคณะ.สภาวะความเครียดพยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา.[ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา:http://61.19.124.3/library/research/9_36.htm. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2551].

(66) Escriba V, Perez-Hoyos S. and Boluman F. Shiftwork: its impact on the length and quality of sleep among nurses of the Valencian region in Spain. International archives of occupational and environmental health. 1992; 64(2):125-9. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2551].

# ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์**

การวิจัยเรื่อง **คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย**

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

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า เพื่อศึกษาให้ทราบขนาดของปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้พยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำส่งแบบสอบถามถึงพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยผู้เข้าร่วมศึกษาประมาณ 410 คน ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้ จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ในการวิเคราะห์ข้อมูลคำตอบหรือข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษาจะถือเป็นความลับ ผู้ศึกษาจะนำคำตอบมารวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อวิจัยในภาพรวมของพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยเท่านั้น จึงไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ตอบทั้งรายบุคคลและองค์กร

ผู้วิจัยขอรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าจะพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม
(.....) ลายมือชื่อ

ลงนาม..... พยาน
(.....) ลายมือชื่อ

ลงนาม..... ผู้วิจัย
( นางสาว จิราภรณ์ ทับแสงสี ) ลายมือชื่อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม**

**การศึกษา : คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

องค์กรของท่านเป็นองค์กรที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษา คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของมนุษย์ คนเรานอนหลับประมาณ 3,000 ชั่วโมงใน 1 ปี และประมาณ 14 ปี การนอนหลับที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อร่างกาย และด้านจิตใจ วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพมีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ งานที่ต้องทำเป็นงานหนักที่ต่อเนื่องกันตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องหมุนเวียนเวลาปฏิบัติงานเป็นผลัด (Rotating Shift) ทำให้เปลี่ยนแปลงเวลานอน เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน จังหวะชีวิตถูกรบกวน มีการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานแบบผลัดหมุนเวียนมีปัญหาในการนอนหลับและมีการเจ็บป่วยสูงกว่าพยาบาลกลุ่มที่ไม่มีการหมุนเวียนผลัด พยาบาลที่มีการหมุนเวียนผลัด มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนไม่ดีสูงกว่าร้อยละ 77 เมื่อเทียบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำผลัดเช้าซึ่งมีคุณภาพการนอนไม่ดีร้อยละ 51

พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องทำงานท่ามกลางภาวะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา และโดยมากต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา ต้องมีการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้ขาดสมาธิในการทำงานทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับอันตราย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน ไม่มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน หรือออกจากวิชาชีพไปประกอบอาชีพอื่น ทำให้หน่วยงานต้องสูญเสียบุคลากร จำนวนพยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย พยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ต้องรับผิดชอบงานมากเกินกำลังความสามารถ และหมุนเวียนปฏิบัติงานมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าคุณภาพของการนอนหลับมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพของพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ และจะส่งผลต่อหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพได้ เพื่อให้ทราบขนาดของปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลให้พยาบาลและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้พยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัยจำนวน 1 ชุด ซึ่งขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามในทุกส่วนของแบบสอบถาม และในทุกข้อของแบบสอบถาม พร้อมส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย

การเข้าร่วมการศึกษาจะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้ได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่อยากตอบ และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านและชื่อขององค์กรของท่านในที่ใด ๆ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด หรือต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อข้าพเจ้าได้ที่โทร. 08 -18619339 หรือจะแจ้งต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 0-2256-4455, 0-2256-4493 ต่อ 14 หรือ 15 โทรสาร ต่อ 17

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

**แบบสอบถาม**

การวิจัยเรื่อง **คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย**

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย การเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดโดยตรง แต่ผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงด้านวิชาการ และเป็นข้อมูลให้พยาบาลและผู้บริหารเห็นความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้พยาบาลประจำการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป คำตอบที่ได้จากผู้ตอบแบบสอบถาม**จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ** จึงขอความกรุณาท่านในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาให้ท่านตอบ ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด แบบสอบถามจะประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอน จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 22 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า จำนวน 14 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลด้านการนอนหลับ แบ่งเป็น 2 ตอน จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 7 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบสอบถามการนอนไม่หลับ จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน จำนวน 11 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและภายภาพ จำนวน 8 ข้อ

ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าการตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาว จิราภรณ์ ทับแสงสี

**แบบสอบถามสำหรับการวิจัย**

**เรื่อง คุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในประเทศไทย**

เลขที่แบบสอบถาม ☐☐☐☐

วัน/เดือน/ปี ที่สอบถาม.....

**<u>ส่วนที่ 1</u>** **แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล**

**<u>ตอนที่ 1</u>** **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป**

**<u>คำแนะนำ</u>** กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ..... ปี
2. เพศ
   ❒ 1. ชาย ❒ 2. หญิง
3. ศาสนา
   ❒ 1. พุทธ ❒ 2. คริสต์
   ❒ 3. อิสลาม ❒ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   ❒ 1. ปริญญาตรี ❒ 2. ปริญญาโท
   ❒ 3. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. สถานภาพสมรส
   ❒ 1. โสด ❒ 2. สมรส , คู่
   ❒ 3. หย่าร้าง ❒ 4. หม้าย ❒ 5. แยกกันอยู่
6. จำนวนบุตร .....คน
7. จำนวนสมาชิกที่ท่านต้องดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย .....คน
8. รายได้รวมต่อเดือน (เงินเดือน, ค่าล่วงเวลา, ค่าครองชีพ, ค่าตำแหน่ง, ค่าเสี่ยงภัย, ค่าวิชาชีพ, เบี้ยเลี้ยงในการปฏิบัติงานอื่น, เงินที่ได้จากการทำงานนอกเหนืองานประจำ และอื่น ๆ) โดยประมาณ..... บาท
9. (สำหรับท่านแล้ว) ภาระในการรับผิดชอบครอบครัวเป็นอย่างไร
   ❒ 1. ไม่หนักเลย ❒ 2. ค่อนข้างเป็นภาระหนัก ❒ 3. เป็นภาระที่หนักมาก
10. ความพอเพียงของรายได้ของท่านเป็นอย่างไร
    ❒ 1. เพียงพอ เหลือเก็บ ❒ 2. เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
    ❒ 3. ไม่เพียงพอ เป็นหนี้

11. โรคประจำตัว (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 13) ❒ 2. ความดันโลหิตสูง ❒ 3. เบาหวาน

❒ 4. โรคระบบทางเดินหายใจ ❒ 5. ไทรอยด์ ❒ 6. ภูมิแพ้

❒ 7. ข้ออักเสบ ❒ 8. โรคระบบหมุนเวียนโลหิต และหัวใจ

❒ 9. อื่นๆ โปรดระบุ.....

12. ท่านมียาที่ต้องรับประทานในการรักษาโรคประจำตัวหรือไม่

❒ 1. ไม่ต้องรับประทานยา

❒ 2. ต้องรับประทานยา นานๆ ครั้ง โปรดระบุชื่อยา.....

❒ 3. ต้องรับประทานยาเป็นประจำ โปรดระบุชื่อยา.....

13. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่หรือไม่

❒ 1. ไม่สูบ (ข้ามไปทำข้อ 15) ❒ 2. สูบนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 มวน/สัปดาห์)

❒ 3. สูบบ่อย (มากกว่า 4 มวน/ สัปดาห์)

14. สาเหตุที่ท่านสูบบุหรี่ เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับหรือไม่

❒ 1. ใช่ ❒ 2. ไม่ใช่

15. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านดื่มชา หรือกาแฟหรือไม่

❒ 1. ไม่ดื่ม (ข้ามไปทำข้อ 17) ❒ 2. ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว/สัปดาห์)

❒ 3. ดื่มบ่อย (ประมาณ 1 แก้ว/วัน) ❒ 4. ดื่มเป็นประจำ (โดยเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้ว/วัน)

16. ท่านดื่มชา หรือกาแฟ เนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. ต้องดื่มทุกครั้งหลังตื่นนอนเป็นกิจวัตร ❒ 2. ดื่มทุกครั้งก่อนทำงานไม่ให้ง่วง

❒ 3. ดื่มเฉพาะเวลาที่ต้องทำงานแต่นอนไม่พอ ❒ 4. ดื่มเฉพาะเวลาเข้าร่วมประชุม

17. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างหรือไม่

❒ 1. ไม่ดื่ม (ข้ามไปทำข้อ 19) ❒ 2. ดื่มนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 4 แก้ว/สัปดาห์)

❒ 3. ดื่มบ่อย (ประมาณ 1 แก้ว/วัน) ❒ 4. ดื่มเป็นประจำ (โดยเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้ว/วัน)

18. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจาก

❒ 1. ต้องดื่มทุกครั้งหลังอาหารหรือก่อนนอนเป็นกิจวัตร ❒ 2. ดื่มทุกครั้งก่อนนอนทำให้นอนหลับ

❒ 3. ดื่มเฉพาะเวลานอนไม่หลับเพื่อให้หลับสนิท ❒ 4. ดื่มเฉพาะเวลาเข้าร่วมงานสังสรรค์

19. ท่านใช้ยานอนหลับ ยา หรือสมุนไพร ประเภทต่าง ๆ เพื่อช่วยในการนอนหลับหรือไม่

❒ 1. ไม่ใช้ (ข้ามไปทำข้อ 21)

❒ 2. ใช้ โปรดระบุชื่อยา 1) .....

2).....

20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับ ยา หรือสมุนไพร ประเภทต่าง ๆ เมื่อ

❒ 1. เป็นยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวต้องรับประทานทุกวัน ประมาณ.....ครั้ง/วัน

❒ 2. ใช้ยาทุกครั้งในเวลาพักก่อนทำงานในผลัดต่อไปเพื่อให้นอนหลับประมาณ.....ครั้ง/เดือน

❒ 3. ใช้เมื่อนอนไม่หลับเท่านั้นประมาณ.....ครั้ง/เดือน

21. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้ลาป่วยจากปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาการนอนหลับหรือไม่บ้างหรือไม่

❒1. ไม่ใช่

❒ 2. ใช่ จำนวน..... วัน

22. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้บ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ 1. มีการประชุมหน่วยงาน กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกัน ประมาณ .....ชั่วโมง/เดือน และท่านใช้

- ❒ 1. วันหยุดส่วนตัว
- ❒ 2. การลาหยุด
- ❒ 3. การแลกเวร

❒ 2. มีการอบรม ประชุม/สัมมนาวิชาการ ประมาณ.....ชั่วโมง/เดือน และท่านใช้

- ❒ 1. วันหยุดส่วนตัว
- ❒ 2. การลาหยุด
- ❒ 3. การแลกเวร

❒ 3. มีการศึกษาต่อหลักสูตร.....

ประมาณ.....ชั่วโมง/เดือน และท่านใช้

- ❒ 1. วันหยุดส่วนตัว
- ❒ 2. การลาหยุด
- ❒ 3. การแลกเวร

❒ 4. ไม่มีกิจกรรมใดข้างต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**<u>ตอนที่ 2</u>** **แบบคัดกรองปัญหาอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า**

**<u>คำแนะนำ</u>** ให้ท่านอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ กรุณาตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน <u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> มากที่สุด **<u>(กรุณาตอบทุกข้อ)</u>**

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

   ❒ 1. เป็นส่วนใหญ่ ❒ 2. บ่อยครั้ง ❒ 3. เป็นบางครั้ง ❒ 4. ไม่เป็นเลย

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ

   ❒ 1. เหมือนเดิม ❒ 2. ไม่มากเท่าแต่ก่อน

   ❒ 3. มีเพียงเล็กน้อย ❒ 4. เกือบไม่มีเลย

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

   ❒ 1. มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย ❒ 2. มี แต่ไม่มาก

   ❒ 3. มี เพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ ❒ 4. ไม่มีเลย

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่าง ๆ

   ❒ 1. เหมือนเดิม ❒ 2. ไม่มากนัก ❒ 3. มีน้อย ❒ 4. ไม่มีเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

   ❒ 1. เป็นส่วนใหญ่ ❒ 2. บ่อยครั้ง

   ❒ 3. เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย ❒ 4. นาน ๆ ครั้ง

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

   ❒ 1. ไม่มีเลย ❒ 2. ไม่บ่อยนัก

   ❒ 3. เป็นบางครั้ง ❒ 4. เป็นส่วนใหญ่

7. ฉันสามารถทำตัวตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย

   ❒ 1. ได้ดีมาก ❒ 2. ได้โดยทั่วไป

   ❒ 3. เป็นบางครั้ง ❒ 4. ไม่มีเลย

8. ฉันรู้สึกว่าตนเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม

   ❒ 1. เกือบตลอดเวลา ❒ 2. บ่อยมาก ❒ 3. เป็นบางครั้ง ❒ 4. ไม่เป็นเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

   ❒ 1. ไม่เป็นเลย ❒ 2. เป็นบางครั้ง ❒ 3. ค่อนข้างบ่อย ❒ 4. บ่อยมาก

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

    ❒ 1. ใช่ ❒ 2. ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร

    ❒ 3. ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน ❒ 4. ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนอยู่นิ่งไม่ได้

❒ 1. เป็นมากที่เดียว ❒ 2. ค่อนข้างมาก ❒ 3. ไม่มากนัก ❒ 4. ไม่เป็นเลย

12. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ

❒ 1. มากเท่าที่เคยเป็น ❒ 2. ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น

❒ 3. น้อยกว่าที่เคยเป็น ❒ 4. เกือบจะไม่มีเลย

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

❒ 1. บ่อยมาก ❒ 2. ค่อนข้างบ่อย ❒ 3. ไม่บ่อยนัก ❒ 4. ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

❒ 1. เป็นส่วนใหญ่ ❒ 2. เป็นบางครั้ง ❒ 3. ไม่บ่อยนัก ❒ 4. น้อยมาก

**<u>ส่วนที่ 2</u>** **แบบสอบถามข้อมูลด้านการนอนหลับ**

**<u>ตอนที่ 1</u>** **แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ**

**<u>คำแนะนำ</u>** คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่ว ๆไปของท่าน กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อ ว่าการนอน**<u>ส่วนใหญ่</u>**ของท่านเป็นอย่างไร ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา **<u>(กรุณาตอบทุกข้อ)</u>**

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1.1 **<u>ส่วนใหญ่</u>**ท่านมักจะเข้านอนเวลา.....น.

1.2 **<u>ส่วนใหญ่</u>**ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป.....นาที

1.3 **<u>ส่วนใหญ่</u>**ท่านจะลุกจากที่นอนเวลา.....น.

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **<u>ส่วนใหญ่</u>**แล้วท่านนอนหลับได้ครั้งละ.....ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้ อาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

❒ 1. ดีมาก ❒ 2. ดี

❒ 3. ไม่ค่อยดี ❒ 4. ไม่ดีเลย

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง เพื่อช่วยให้การนอนหลับบ่อยเพียงใด)

❒ 1. ไม่เคยใช้เลย

❒ 2. ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

❒ 3. ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

❒ 4. ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างวัน เช่น ในขณะ ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์

❒ 1. ไม่เคยเลย

❒ 2. น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

❒ 3. 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

❒ 4. 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป

❒ 1. ไม่เป็นปัญหาเลย ❒ 2. เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย

❒ 3. เป็นปัญหาพอสมควร ❒ 4. เป็นปัญหามาก

**<u>คำแนะนำ</u>** สำหรับข้อคำถามต่อไปนี้ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ เพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวเลขดังนี้ **<u>(กรุณาตอบทุกข้อ)</u>**

1. หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
2. หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
3. หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
4. หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

| 7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 7.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที | | | | |
| 7.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ | | | | |
| 7.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ | | | | |
| 7.4 หายใจติดขัด | | | | |
| 7.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง | | | | |
| 7.6 รู้สึกหนาวเกินไป | | | | |
| 7.7 รู้สึกร้อนเกินไป | | | | |
| 7.8 ฝันร้าย | | | | |
| 7.9 เจ็บหรือปวดตามตัว | | | | |
| 7.10 สาเหตุอื่น ๆ ถ้ามี (โปรดระบุ)..... | | | | |

**ตอนที่ 2** **แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ**

**คำแนะนำ** ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีความรู้สึก หรืออาการเหล่านี้เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือไม่กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ เพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อ

| | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|---|---|
| 1. ท่านมีปัญหานอนหลับยาก | ❒ | ❒ |
| 2. มีความคิดในเรื่องต่าง ๆ เข้ามามากมายทำให้นอนไม่หลับ | ❒ | ❒ |
| 3. ท่านรู้สึกกลัวการเข้านอน กลัวจะนอนไม่หลับ | ❒ | ❒ |
| 4. ท่านรู้สึกกังวลใจและตึงเครียด | ❒ | ❒ |
| 5. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | ❒ | ❒ |
| 6. ท่านตื่นระหว่างการนอนแล้วนอนหลับต่อไม่ได้ | ❒ | ❒ |
| 7. หลังจากตื่นนอนแล้วท่านรู้สึกไม่สดชื่น ถึงแม้จะนอนหลับนาน | ❒ | ❒ |
| 8. ตื่นเร็วกว่าปกติ ทั้งที่ยังไม่อยากตื่น | ❒ | ❒ |

**ส่วนที่ 3** **แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน**

**คำแนะนำ** กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านทำงานในตำแหน่ง
   - ❒ 1. พยาบาลหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
   - ❒ 2. พยาบาลหัวหน้าเวร (In charge/Team leader)
   - ❒ 3. พยาบาลปฏิบัติการ (Member)
2. ท่านมีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลทั้งหมด.....ปี
   และประสบการณ์ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน .....ปี
3. ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก
   - ❒ 1. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า
   - ❒ 2. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงกลางคืน
   - ❒ 3. ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 8 ชั่วโมง
   - ❒ 4. ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 12 ชั่วโมง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **<u>โดยส่วนใหญ่</u>** ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ**<u>เฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</u>** เป็นแบบใด
   - ❒ 1. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า
   - ❒ 2. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงกลางคืน
   - ❒ 3. หมุนผลัดการทำงาน แบบหมุนผลัดไปข้างหน้า เช่น เช้า → เช้า หรือ บ่าย → บ่าย หรือ ดึก → ดึก ระหว่างผลัดมีเวลาพักอย่างน้อย 16 ชั่วโมง
   - ❒ 4. หมุนผลัดการทำงาน แบบหมุนผลัดไปข้างหลัง เช่น เช้า → ดึก หรือ ดึก → บ่าย หรือ บ่าย → เช้า ระหว่างผลัดมีระยะเวลาประมาณ 8 ชั่วโมง
   - ❒ 5. หมุนผลัดไม่แน่นอน
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อัตราการปฏิบัติงาน**<u>เฉพาะในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</u>**ทั้งหมด (รวมทั้งการปฏิบัติงานปกติและการปฏิบัติงานล่วงเวลา หรือ OT) ประมาณ .....ครั้ง/เดือน
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาเพิ่ม**<u>ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</u>**บ้างหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
   - ❒ 1. มีการต่อเวร (ปฏิบัติงานต่อจากเวลาปกติตั้งแต่ 30 นาที แต่ไม่เกิน 4 ชั่วโมง/ ครั้ง) ประมาณ .....ชั่วโมง/ครั้ง และ.....ครั้ง/เดือน
   - ❒ 2. มีการควบเวร (ปฏิบัติงานต่อจากเวลาปกติตั้งแต่ 4 ชั่วโมง เป็นต้นไป/ครั้ง เช่น เช้า-บ่าย หรือ บ่าย-ดึก) ประมาณ .....ชั่วโมง/ ครั้ง และ.....ครั้ง/เดือน
   - ❒ 3. อื่น ๆ โปรดระบุกิจกรรม.....ประมาณ .....ชั่วโมง/ครั้ง และ.....ครั้ง/เดือน
   - ❒ 4.ไม่มีกิจกรรมใดข้างต้น
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติงานนอกเหนืองานประจำที่ทำในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือไม่
   - ❒ 1. ไม่ทำ (ข้ามไปทำข้อ 10)
   - ❒ 2. ทำ ประมาณ .....ชั่วโมง/ครั้ง และ.....ครั้ง/เดือน
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **<u>โดยส่วนใหญ่</u>** ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ**<u>นอกหออภิบาลผู้ป่วยหนัก</u>** เป็นแบบใด
   - ❒ 1. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลาเช้า
   - ❒ 2. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงกลางคืน
   - ❒ 3. ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 8 ชั่วโมง
   - ❒ 4. ปฏิบัติงานแบบหมุนผลัดการทำงาน ระบบ 12 ชั่วโมง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **<u>โดยส่วนใหญ่</u>** ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ**<u>ทั้งในและนอกหออภิบาลผู้ป่วยหนักรวมกัน</u>** เป็นแบบใด

❒ 1. เฉพาะช่วงเวลาเช้า

❒ 2. ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงกลางคืน

❒ 3. หมุนผลัดการทำงาน แบบหมุนผลัดไปข้างหน้า เช่น เช้า → เช้า หรือ บ่าย → บ่าย หรือ ดึก → ดึก ระหว่างผลัดมีเวลาพักอย่างน้อย 16 ชั่วโมง

❒ 4. หมุนผลัดการทำงาน แบบหมุนผลัดไปข้างหลัง เช่น เช้า → ดึก หรือ ดึก → บ่าย หรือ บ่าย → เช้า ระหว่างผลัดมีระยะเวลาประมาณ 8 ชั่วโมง

❒ 5. หมุนผลัดไม่แน่นอน

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงาน

❒ 1. ไม่หนักเลย ❒ 2. ปานกลาง

❒ 3. หนัก ❒ 4. หนักมาก

**<u>คำแนะนำ</u>** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาขณะนอนหลับภายหลังการปฏิบัติงานผลัดต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด

| ผลัดการปฏิบัติงาน | ปัญหาคือ | ระดับปัญหา | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
| 11.1 ผลัดเช้า | 1. หลับยาก | | | | | |
| | 2. หลับ ๆ ตื่น ๆ | | | | | |
| | 3. ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | | | | | |
| | 4. อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | | | | |
| 11.2 ผลัดบ่าย | 1. หลับยาก | | | | | |
| | 2. หลับ ๆ ตื่น ๆ | | | | | |
| | 3. ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | | | | | |
| | 4. อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | | | | |
| 11.3 ผลัดดึก | 1. หลับยาก | | | | | |
| | 2. หลับ ๆ ตื่น ๆ | | | | | |
| | 3. ตื่นเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชม. | | | | | |
| | 4. อื่น ๆ โปรดระบุ..... | | | | | |

**<u>ส่วนที่ 4</u>** **แบบสอบถามปัจจัยรบกวนการนอนหลับด้านสิ่งแวดล้อมและภายภาพ**

**<u>คำแนะนำ</u>** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานที่ที่ท่านใช้เป็นพักนอนหลับมากที่สุด ❒ 1.บ้าน ❒ 2.หอพัก

| ปัจจัยรบกวนการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา | ระดับปัญหา | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
| 1. แสงสว่าง | | | | | |
| 2. เสียงดัง | | | | | |
| 3. ความร้อน | | | | | |
| 4. ความหนาวเย็น | | | | | |
| 5. ความไม่สะดวกสบายของเครื่องนอน (เตียง,หมอน,ผ้าห่ม) | | | | | |
| 6. กลิ่นไม่พึงประสงค์เช่น กลิ่นอับ เป็นต้น | | | | | |
| 7. ความหิว | | | | | |
| 8. ความกระหาย | | | | | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิราภรณ์ ทับแสงสี เกิดเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2519 ที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ จากโรงเรียนชลบุรี "สุขบท" ในปีการศึกษา 2537 สำเร็จระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2541 เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หน่วย ไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2547 เข้ารับการศึกษาต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จาก วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีวเวชศาสตร์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพ 6 หน่วยไอ.ซี.ยู. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย