

สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขต
กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Mental health and Associated Factors with Caffeine Addiction of Employees at a
Company in Bangkok



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

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของ พนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.นิศาชล อัครธาระกุล
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี ภู่อ่าว)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นิตยาชล อัครวาระกุล : สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ใน
เขตกรุงเทพมหานคร. (Mental health and Associated Factors with Caffeine Addiction of
Employees at a Company in Bangkok) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. พญ.รัศมน กัลยาศิริ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก
ของภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต คุณภาพการนอนหลับ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงาน
บริษัท กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครซึ่งเก็บข้อมูลผ่านการส่งแบบสอบถามออนไลน์แก่
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,406 คน และได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 347 ชุด จากนั้นเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดออก
และความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว พบว่าเหลือชุดข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 321 ชุด ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 92.51 ซึ่งทำให้
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่บริโภคกาแฟทั้งหมด โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการบริโภคกาแฟ แบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน แบบสอบถาม
สุขภาพจิต แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามการสูบบุหรี่ แบบสอบถามการดื่มสุรา และแบบสอบถาม
การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ข้อมูลที่รวบรวมได้มาจากกลุ่มที่บริโภคกาแฟทั้งหมดโดยถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square,
Independent t-test, Pearson's correlation coefficient และ Logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรสุขภาพจิต คุณภาพการนอนหลับ กับภาวะติดกาเฟอีน

ผลการศึกษาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 321 คน พบว่า ร้อยละ 55.44 ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและ
โรคซึมเศร้า ร้อยละ 29.91 มีอาการในระดับน้อย ร้อยละ 13.40 มีอาการระดับปานกลาง และร้อยละ 1.25 มีอาการอยู่
ในระดับสูง ตามลำดับ ด้านคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนในระดับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ
94.08 อีกทั้งเมื่อพิจารณาจากแบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน ถูกพิจารณาว่าเป็นผู้ติด
กาเฟอีน และ 73 คน เป็นผู้ที่ไม่ติดกาเฟอีน อีกทั้งคะแนนสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กัน ($r=0.578$,
 $p<0.001$) ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศหญิง ดื่มกาแฟ
2 – 4 แก้ว/วัน ดื่มกาแฟสด ดื่มเมนูคาปูชิโน ดื่มกาแฟ 4 – 7 วัน/สัปดาห์ ดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ
ดื่มเพื่อแก้แ้วง คุณภาพการนอนไม่ดี และมีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า สามารถทำนายภาวะติดกาแฟของพนักงาน
บริษัทในทิศทางบวก ผลจากการวิจัยนี้จะช่วยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการดำเนินการของบริษัทหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อ
ส่งเสริมคุณภาพทางกายและทางจิตใจให้แก่พนักงานออฟฟิศ เนื่องจากผลลัพธ์จากการส่งเสริมนี้จะยังส่งผลต่อการปฏิบัติ
หน้าที่และคุณภาพของงานด้วย

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370022130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: addiction, caffeine, mental health

Nisachon Asavatharakul : Mental health and Associated Factors with Caffeine Addiction of Employees at a Company in Bangkok. Advisor: Assoc. Prof. RASMON KALAYASIRI, M.D.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to explore the level of caffeine addiction prevalence, mental health, sleep quality, and the factors related to caffeine addiction among employees in Bangkok. We sent online questionnaires to 1,406 employees. Data from 374 people were sent back. According to the exclusion criteria and the completed questionnaires, 321 data (92.51%) were analyzed in this study. All of data came from the employees that drinking coffee. The data were collected from November 2021 to February 2022. Participants completed 9 questionnaires including; demographic information, coffee consumption, caffeine addiction, mental health (Patient Health Questionnaire; PHQ-9), sleep quality (The Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI), nicotine dependence, alcohol use, and drug use. All of the subjects were coffee consumption. The data were analyzed to explore the relationship between mental health, sleep quality, and caffeine addiction by using descriptive statistics, e.g., percentage, mean, standard deviation, min, and max. The inferential statistics were analyzed by Chi-square, independent t-test, Pearson's correlation coefficient, and Logistic regression.

The results from 321 subjects showed no mental health symptoms (55.44%), 29.91% were mild level, 13.40% were moderate level, and 1.25% were high level, respectively. On the sleep quality facet, most of the subjects had poor sleep quality (94.08). According to the caffeine addiction questionnaire, 248 subjects refer to the caffeine-addicted group and 73 subjects refer to the non-caffeine-addicted group. The average mental health score correlated with sleep quality ($r=0.578$, $p<0.001$). Factors related to caffeine addiction with $P < 0.05$ was considered as significant difference included female employees, drink coffee 2-4 glasses/day, freshly brewed coffee, cappuccino, drink coffee 4-7 days/week, habitual drinking, drinking for awakening, having poor sleep quality, having symptom of mental health and depression. These factors had positively predicted the caffeine addiction in employees. Therefore, these results suggested the need for action from the related company proactively to pay more attention to factors related to caffeine addiction and the quality of life of employees that might affect job performance.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่านและหลายภาคส่วน

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีมน กัลยาศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนถึงแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และคอยสนับสนุน ให้กำลังใจในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี ภูขาว ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร นายแพทย์โชติมันต์ ชินวารักษ์ และแพทย์หญิงปองขวัญ ยิ้มสอาด ที่ให้เกียรติมาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมืองานวิจัยที่ได้พัฒนาขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ รวมถึงให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ ตั้งแต่เริ่มแรก และให้กำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาจนสำเร็จลุล่วง

ขอบคุณเพื่อน ๆ พี่ ๆ หลักสูตรสุขภาพจิต พี่หน้อย พี่จูน พี่หญิง ออม พี่ภัทร เพื่อน ๆ ภาคคนอกเวลาราชการและภาคในเวลาราชการทุกคน ที่คอยให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ตลอดจนถึงกำลังใจกันและกัน เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอบคุณ ดร.นฤมล อินทหมื่น ที่คอยเป็นเสมือนพี่เลี้ยง ให้ข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ แนะนำการทำวิทยานิพนธ์ในแต่ละขั้นตอน และคอยให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณสมาชิกในครอบครัว คุณแม่ คุณพ่อ สามี วิสกี โชชู ตลอดจนคนรอบ ๆ ข้างที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทำให้ผู้วิจัยผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากแค้น ความกดดันและเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ มาได้โดยตลอด จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์

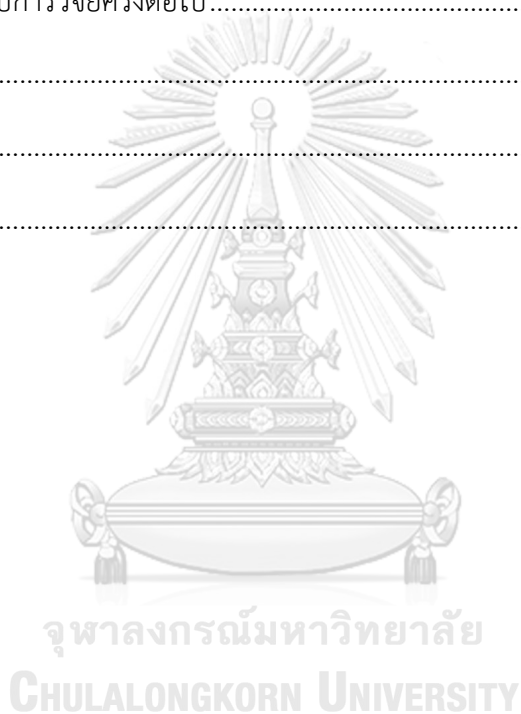
นิตชาล อัครธารกุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย (Background and Rationale)	1
คำถามในการวิจัย (Research Question).....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives).....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)	4
ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations).....	4
คำสำคัญ (Key words)	5
การให้นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definition)	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Applications).....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด	7
กาเฟอีน (Caffeine)	11
ภาวะติดกาแฟ (Coffee addiction)	13
สุขภาพจิต (Mental health).....	15
คุณภาพการนอนหลับ (Sleep quality).....	16
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	19

รูปแบบการวิจัย (Research design)	19
ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology).....	19
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement).....	20
การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	24
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	24
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	26
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	27
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานบริษัท	28
1.2 ข้อมูลการบริโภคกาแฟ	30
1.3 ข้อมูลภาวะติดกาเฟอีน	35
1.4 ข้อมูลด้านสุขภาพจิต	36
1.5 ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ.....	38
1.6 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่.....	42
1.7 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	44
1.8 ข้อมูลการใช้สารเสพติดอื่น ๆ.....	47
ส่วนที่ 2 ภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท	48
ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของพนักงานบริษัท ระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน.....	55
ส่วนที่ 4 คุณภาพการนอนของพนักงานบริษัท ระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน	56
ส่วนที่ 5 การหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ตัวแปรสุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัท ระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีน และกลุ่มที่ติดกาเฟอีน	59
ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test	61
ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท ด้วยสถิติ Logistic Regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วยวิธี Forward Likelihood ratio.....	61

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	64
สรุปผลการวิจัย.....	65
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
สรุปผลการศึกษา.....	73
ข้อจำกัดการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้.....	74
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	74
ภาคผนวก.....	76
บรรณานุกรม.....	93
ประวัติผู้เขียน.....	99



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน ...	28
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการบริโภคกาแฟของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน (N=321)	31
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการติดกาแฟอื่นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	35
ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของข้อมูลสุขภาพจิตรายข้อ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	36
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321).....	37
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลสุขภาพจิตรายข้อในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	37
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321).....	38
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของปัญหาการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมรบกวนการนอนหลัก พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	40
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลปัญหาการนอนที่รบกวนด้วยสาเหตุทั้ง 9 ประการนี้ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมรบกวนการนอนหลัก พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	41
ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จากผลคะแนนรวม ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ โดยแบ่งกลุ่มตามคุณภาพการนอน พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)	41
ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานบริษัทที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ จำนวน 31 คน (n=31).....	42

ตารางที่ 12	ระดับการแปลผลคะแนนการติดสารนิโคตินจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=31).....	43
ตารางที่ 13	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการดื่มสุราของพนักงานบริษัท	44
ตารางที่ 14	ระดับการแปลผลความเสี่ยงจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (n=250).....	47
ตารางที่ 15	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการใช้สารเสพติดในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน (N=321).....	47
ตารางที่ 16	แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มกาแฟ ข้อมูลการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด คุณภาพการนอน และสุขภาพจิต กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน	48
ตารางที่ 17	แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน และกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน จำแนกตามระดับสุขภาพจิต 4 ระดับ.....	55
ตารางที่ 18	แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัทกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีนและกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน จำแนกตามคุณภาพการนอน	56
ตารางที่ 19	แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัททั้งหมด 321 คน (N=321).....	56
ตารางที่ 20	แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทกลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73).....	57
ตารางที่ 21	แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัท กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248).....	58
ตารางที่ 22	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ของพนักงานบริษัท ทั้งหมด 321 คน (N=321) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient).....	59
ตารางที่ 23	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ของพนักงานบริษัทที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน (n=73) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient).....	60
ตารางที่ 24	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน (n=248) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient).....	60

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงาน
บริษัทที่ไม่ติดคาเฟอีนและกลุ่มที่ติดคาเฟอีน วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test (N=321)..... 61

ตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการณั้ติดคาเฟอีนของพนักงานบริษัท โดยใช้สถิติ Logistic
Regression (N=321) 61



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาวิจัย (Background and Rationale)

ในปัจจุบันนี้คงปฏิเสธไม่ได้ว่าการบริโภคกาแฟกลายเป็นส่วนหนึ่งในดำเนินชีวิตของผู้คนมากมาย โดยวัตถุประสงค์ในการบริโภคนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคล บ้างดื่มเพื่อให้ตนเองตื่นตัว แก้ง่วง บ้างดื่มเพื่อให้สามารถทำงานได้เพิ่มขึ้น หรือดื่มเพราะปัจจัยจากภายนอก เช่น บรรยากาศของร้านกาแฟ การออกไปพบปะสังสรรค์ เป็นต้น การดื่มตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาเป็นประจำ ทำให้ผู้บริโภคกาแฟไม่ได้ตระหนักถึงภาวะติดกาแฟของตนเองหรือข้อเสียจากการบริโภคเป็นเวลานาน นำมาซึ่งภัยเงียบที่ไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มพนักงานบริษัทที่ในปัจจุบันต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้รูปแบบการใช้ชีวิต การทำงานเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 และด้วยภาระงานที่มากอยู่แล้วจวบกับรูปแบบการทำงานที่เปลี่ยนแปลงทำให้พนักงานบริษัทเพิ่มการบริโภคกาแฟมากยิ่งขึ้นเพื่อคงศักยภาพในการทำงานให้อยู่ในสภาวะที่ทำงานได้เท่าเดิมหรือมากยิ่งขึ้น นั่นจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมุ่งให้ความสนใจในการศึกษาปัญหานี้

กาแฟถือได้ว่าเป็นเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ปัจจุบันมีแนวโน้มในการบริโภคเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 4 ของประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่ติดอยู่ใน 50 อันดับแรกของโลกที่มีการบริโภคกาแฟโดยเฉลี่ยมากที่สุด โดยไทยอยู่ในลำดับที่ 41⁽¹⁾ อัตราการบริโภคกาแฟของคนไทยปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ที่ 300 แก้วต่อคนต่อปี ในกาแฟประกอบไปด้วยสาร (substance) หลายชนิด โดยสารหลักของเครื่องดื่มชนิดนี้คือคาเฟอีน (caffeine) เมื่อบริโภคเข้าสู่ร่างกาย จะออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สมองตื่นตัว สดชื่น ลดอาการง่วงนอนได้ กระตุ้นการหลั่งอะดรีนาลีน (adrenaline) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวพร้อมทำงาน ร่วมกับกระตุ้นการหลั่งของโดปามีน (dopamine) ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สบาย มีความสุข ซึ่งเชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเสพติดกาแฟหรือการดื่มกาแฟ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กาแฟเป็นสารกระตุ้นประสาทที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในโลก นอกจากนี้การบริโภคกาแฟยังส่งผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ร่วมด้วย อาทิ ผลต่อการนอนหลับ ผลต่อความวิตกกังวลและสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับปริมาณที่ร่างกายได้รับ โดยในกาแฟ 1 แก้วจะมีปริมาณคาเฟอีนเล็กน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับชนิดของกาแฟที่ใช้ รูปแบบกรรมวิธีในการผลิตและการบริโภค การดื่มกาแฟให้ทั้งผลดีและผลเสียต่อร่างกาย ขึ้นอยู่กับปริมาณ ระยะเวลาของการบริโภคและปริมาณคาเฟอีนที่ร่างกายได้รับรวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย แม้ว่ากาแฟจะมีสารเสพติดชนิดที่ไม่ร้ายแรงและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายก็ตาม แต่การรับกาเฟอีนในระยะยาวกับปริมาณที่มากเกินไป อาจทำให้ร่างกายเกิดความเคยชิน เมื่อร่างกายเริ่มปรับตัวและสร้างตัวรับได้ ทำให้ต้องการกาแฟในปริมาณที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้เราต้องดื่มกาแฟในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์หรือการออกฤทธิ์เท่าเดิม ส่งผลให้เกิดภาวะที่ร่างกายเกิดการติดสาร ทนต่อสาร และถอนสารเกิดขึ้น โดยมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตหลาย ๆ ด้านตามมา สมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้มีการจำแนกโรคทางจิตเวช ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance-related disorder) ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 5 (DSM-5) โดยกาแฟ (caffeine) ได้ถูกจัดเป็นสารเสพติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ด้วย⁽²⁾

ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2564 ด้วยสภาพเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด ทำให้หลายธุรกิจต่างได้รับผลกระทบกันมากมาย บางธุรกิจปิดตัวลง บางธุรกิจมีการปรับโครงสร้างขององค์กรหรือวางแผนธุรกิจใหม่ เพื่อให้ยังสามารถอยู่รอดและผ่านภาวะเศรษฐกิจในช่วงนี้ไปได้ เช่นเดียวกับบริษัทที่ก่อตั้งและประกอบธุรกิจมาเป็นระยะเวลากว่าร้อยปี นับว่าเป็นองค์กรชั้นนำที่ใหญ่และทันสมัยที่สุดแห่งหนึ่งของไทย โดยเป็นที่รู้จักในฐานะบริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้าง ซึ่งประเภทธุรกิจหลัก ๆ ได้แก่ ธุรกิจซีเมนต์และผลิตภัณฑ์ก่อสร้าง ธุรกิจเคมีภัณฑ์ ธุรกิจบรรจุภัณฑ์ โดยได้มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ ๆ ทั้งด้านสินค้า บริการ กระบวนการทำงาน และรูปแบบธุรกิจเพื่อสร้างมูลค่าและตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคให้ได้มากที่สุด ในสภาพเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันสูง จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้บริษัทมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) องค์กรมีการตื่นตัวในการรับมือและเตรียมพร้อมขับเคลื่อนธุรกิจให้ผ่านพ้นในทุกสถานการณ์ให้ผ่านไปได้ดีที่สุด โดยเน้นความเป็นอยู่ของพนักงานเป็นสำคัญ ร่วมกับความปลอดภัยของธุรกิจและการประเมินสถานการณ์ข้างหน้าเป็นหลัก จากการปรับตัวขององค์กรดังกล่าว ทำให้ในปี 2564 บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งนี้ ประสบความสำเร็จอย่างยอดเยี่ยมแม้อยู่ในช่วงภาวะเศรษฐกิจที่ต้องเจอกับวิกฤตมากมาย ผลประกอบการที่เป็นรายได้จากการขายรวมทั้งสิ้น 530,112 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 33% จากปี 2563 คิดเป็นกำไร 47,174 ล้านบาท⁽³⁾ โดยส่วนสำคัญในการทำให้เกิดความสำเร็จนี้ ก็เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์ที่ก้าวหน้าจากฝั่งองค์กรและผลการทำงานจากเหล่าพนักงานในองค์กร นับว่าทั้งสองส่วนเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่ส่งผลให้บริษัทประสบความสำเร็จได้จนถึงทุกวันนี้

สำหรับพนักงานบริษัทหรือที่นิยมเรียกกันว่า พนักงานออฟฟิศ จึงเป็นกลุ่มได้รับผลกระทบสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หลายคนต้องมีการรับผิดชอบงานเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและรูปแบบการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ความกดดัน และอีกหลากหลายปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยต้องรับผิดชอบต่อการทำงานที่ต่าง ๆ ของตนเองให้ดีและคงประสิทธิภาพการทำงานไว้เช่นเคย ในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพบว่า กาแฟเป็นเครื่องดื่มยอดนิยมที่เป็นตัวช่วยสำคัญของกลุ่มพนักงานบริษัทในหลายด้าน เช่น เพิ่มความตื่นตัวในการปฏิบัติงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ลดความง่วงนอน ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งทำให้เกิดความสนใจจดจ่อกับการทำงานได้เต็มที่ ด้วยเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้พนักงานบางคนดื่มกาแฟเป็นประจำในช่วงเช้าเป็นกิจวัตร หลายคนก็บริโภคเพื่อเป็นตัวช่วยในระหว่างวันร่วมด้วย และคนอื่นไม่น้อยที่บริโภคเป็นจำนวนมาก ร่างกายก็จะได้รับกาเฟอีนในปริมาณที่มากตาม อาจส่งผลกระทบต่อตามมาในระยะยาวได้ และนั่นจะทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้โดยไม่รู้ตัว เนื่องจากคิดว่าเป็นเครื่องดื่มที่ให้คุณประโยชน์เพียงอย่างเดียวและไม่อันตราย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดคาเฟอีนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทราบถึงสุขภาพทางกายและใจ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะติดคาเฟอีนในพนักงานบริษัท และนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหา ที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานอย่างสูงสุดของพนักงานบริษัทและเกิดประโยชน์กับองค์กรต่อไป รวมไปถึงเพื่อให้ผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะติดคาเฟอีน นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้หรือเป็นข้อมูลเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างองค์ความรู้ใหม่ต่อไปในอนาคต

คำถามในการวิจัย (Research Question)

1. ความชุกของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีนเป็นอย่างไร
2. สุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีนเป็นอย่างไร
3. คุณภาพการนอนหลับของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีนเป็นอย่างไร
4. มีปัจจัยอื่น ๆ ไต่บ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

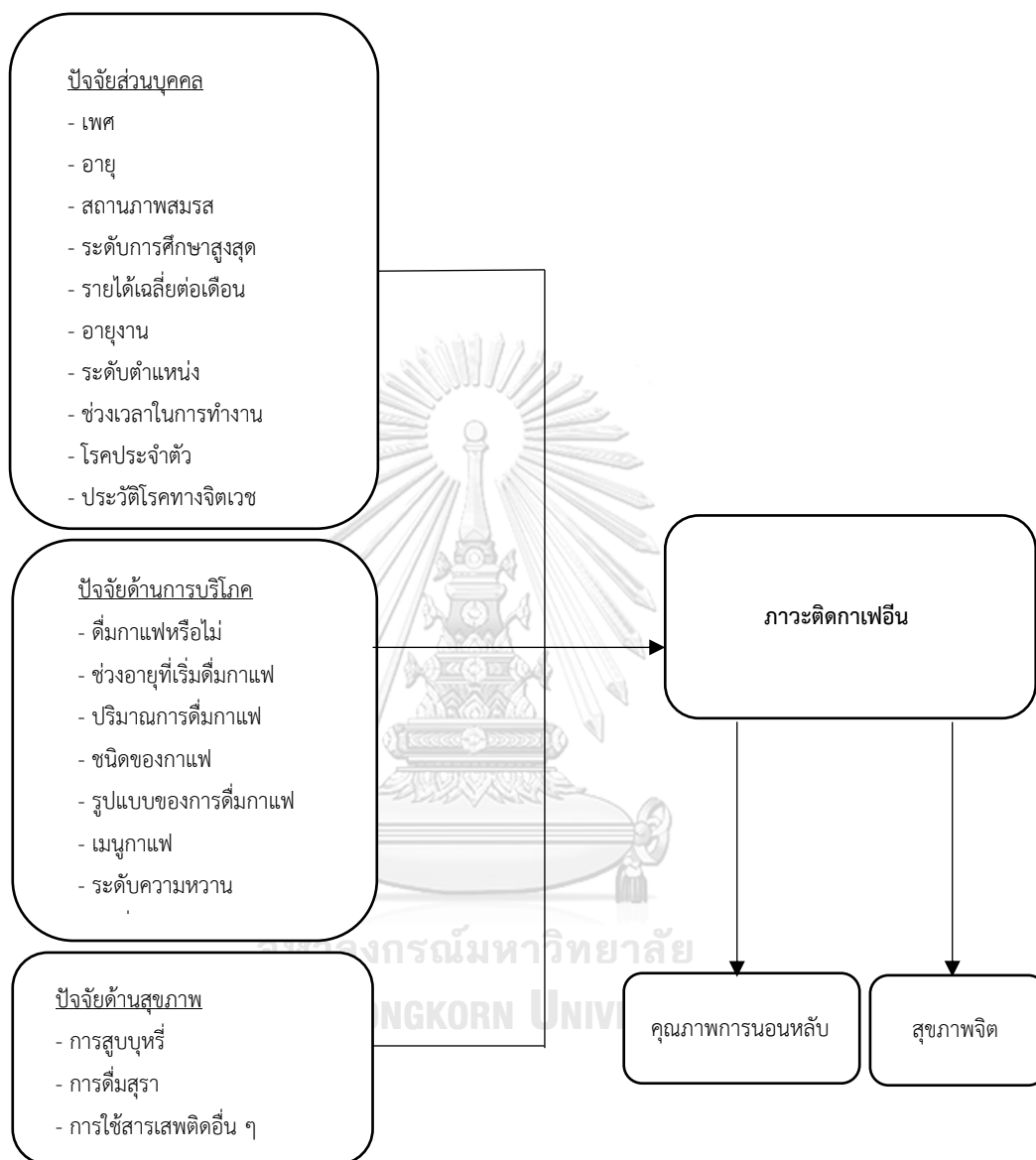
1. เพื่อศึกษาความชุกของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน
2. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน
3. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท



กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะ พนักงานบริษัทที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของพนักงานบริษัทอื่นได้ทั้งหมด และผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้กับเครื่องดื่มชนิดอื่นที่มีกาเฟอีนนอกจากกาแฟได้ เช่น ชา โกโก้ น้ำอัดลม ช็อคโกแลต เป็นต้น

คำสำคัญ (Key words)

การเสพติด (addiction)
กาเฟอีน (caffeine)
สุขภาพจิต (mental health)

การให้นิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definition)

การติด หรือ การเสพติด (addiction) หมายถึง ภาวะที่ทำให้พฤติกรรมซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถหยุดการกระทำนั้นได้ ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่น โดยจะสามารถกลับมาใช้ซ้ำได้แม้ว่าจะสามารถหยุดหรือเลิกใช้สารได้ในระยะหนึ่ง การเสพติดสามารถจัดเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของสมอง โดยสมองที่ติดสารเสพติดจะมีเมตาบอลิซึม (metabolism) ที่เปลี่ยนแปลงไป

กาเฟอีน (caffeine) หมายถึง สารชนิดหนึ่ง คือสารแซนทีนแอลคาลอยด์ (xanthine alkaloids) ในกลุ่มเมทิลแซนทีน (methylxanthine) พบมากที่สุดในเมล็ดกาแฟ เมื่อบริโภคเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สมองตื่นตัว หัวใจเต้นเร็ว สดชื่น ลดอาการง่วงนอนได้ หากบริโภคกาเฟอีนในระยะยาวและปริมาณมาก อาจทำให้เกิดภาวะที่ร่างกายเกิดการติดสาร ทนต่อสาร และถอนสาร สำหรับงานวิจัยนี้ กาเฟอีนจะใช้เฉพาะกาเฟอีนที่อยู่ใน “กาแฟ” เนื่องจากเป็นเครื่องดื่มกาเฟอีนที่ได้รับความนิยมมากที่สุด

ภาวะติดกาแฟ (coffee addiction) หมายถึง อาการของคนที่ไม่สามารถหยุดดื่มกาแฟอย่างสม่ำเสมอในปริมาณมาก ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับปริมาณกาเฟอีนในกาแฟที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน ยิ่งดื่มมาก อาการก็ยิ่งรุนแรงมากขึ้นเมื่อไม่ได้ดื่ม ส่งผลกระทบกับร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องการบริโภคกาแฟเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอในปริมาณเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม เมื่อไม่ได้ดื่มจะเกิดอาการปวดศีรษะ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อื่น ๆ รวมไปถึงเกิดอาการของภาวะเป็นพิษ ภาวะถอน และภาวะทนต่อสารร่วมด้วย ซึ่งจะมีลักษณะของอาการที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับร่างกายของแต่ละคน โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัย และ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ อาจารย์ที่ปรึกษา ได้พัฒนามาจากแบบสอบถาม Mini International Neuropsychiatric Interview - Alcohol abuse and dependence (M.I.N.I.-lifetime) เพื่อใช้ประเมินภาวะติดกาแฟ หากมีจำนวนอาการเท่ากับหรือมากกว่า 2 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความติดกาแฟ

สุขภาพจิต (mental health) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมดุล รวมทั้งสามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เพื่อประเมินสุขภาพจิต พัฒนามาจากแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) หมายถึง การนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพและมีปริมาณการนอนที่เพียงพอ หลับสนิท ร่างกายได้หยุดพักผ่อนคลาย ตื่นขึ้นมาอย่างสดชื่น ไม่รู้สึกอ่อนเพลียหรือง่วงในเวลากลางวันหรือขณะทำกิจกรรม โดยการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงมาจาก The

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ แปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญ ตันชัยสวัสดิ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Applications)

1. เพื่อช่วยให้พนักงานบริษัท องค์กรหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้รับรู้และตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีน
2. เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท
3. เพื่อนำผลวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา นำใช้ประโยชน์หรือต่อยอดในเรื่องของภาวะติดกาเฟอีนต่อไปในอนาคต



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด (substance) การเสพติด (addiction) การติดสารเสพติด (substance dependence หรือ substance use disorder) ชนิดสารของเสพติด ระยะของการเสพติดและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของการใช้สารเสพติด
2. กาเฟอีน (caffeine) กลไกการออกฤทธิ์ของกาเฟอีน โรคของการใช้สาร การติด และภาวะถอนกาเฟอีน
3. ภาวะติดกาแฟ (coffee addiction) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. ความหมายของสุขภาพจิต (mental health) ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี และปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
5. ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด

สารเสพติด (Substance)

สารเสพติด หรือ สาร หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุใด ๆ เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือวิธีใด ๆ ก็ตาม สารนั้นจะเข้าไปมีผลต่อระบบจิตประสาท ทำให้เกิดความอยากสารอย่างต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมการใช้สารได้ เลิกได้ยาก เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและส่งผลเสียต่อสังคม⁽⁴⁾

การเสพติด (Addiction)

การติด หรือ การเสพติด หมายถึง ภาวะที่ทำให้พฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถหยุดการกระทำนั้นได้ ทำให้เกิดผลเสียต่อตนเองและผู้อื่น เช่น เมื่อใช้สารเสพติดจะรู้สึกอยากกลับมาใช้ซ้ำได้ แม้ว่าจะสามารถหยุดหรือเลิกใช้สารได้ในช่วงระยะหนึ่ง การเสพติดสามารถจัดเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของสมอง ซึ่งในสารเสพติดบางชนิดสามารถออกฤทธิ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองและโครงสร้างของสมองในระยะยาว สมองที่ติดสารเสพติดนั้นจะมีเมตาบอลิซึม (metabolism) ที่เปลี่ยนแปลงไป หลักฐานทางการแพทย์พบว่าการเสพติดในรูปแบบต่าง ๆ สัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท (neurotransmitter) และโครงสร้างของสมองบริเวณเดียวกับผู้ที่ติดสารเสพติด

การติดสารเสพติด (Substance dependence)

เป็นศัพท์ที่ใช้ในระบบการวินิจฉัยของ DSM-IV-TR มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การติดสารทางจิตใจ (psychological dependence) หมายถึง หลังจากที่เราเริ่มเสพยาใด ๆ ก็ตามเข้าสู่ร่างกายและสารนั้นออกฤทธิ์ ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ผู้เสพยาต้องการ เช่น สนุกสนาน ลดความเครียดความวิตก

กังวล หรือ ช่วยในการนอนหลับ ทำให้ต้องการที่จะเสพอย่างต่อเนื่องและเกิดความอยาก (craving) เมื่อไม่ได้เสพในระยะเวลาหนึ่ง

2. การติดสารทางร่างกาย (physical dependence) หมายถึง เมื่อเสพยาอย่างต่อเนื่อง ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการตอบสนองต่อสารนั้น ๆ ทำให้เกิดผลดังนี้

2.1 ความทนต่อสาร (tolerance) หมายถึง ภาวะเมื่อร่างกายปรับตัวต่อสารได้ ร่างกายจะต้องการสารในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์เท่าเดิม

2.2 ภาวะถอนสาร (withdrawal) หมายถึง อาการของการที่ไม่ได้เสพยาหรือลดปริมาณการใช้สารลง ซึ่งอาการนี้ทำให้ผู้เสพยาเกิดความทุกข์ทรมานและเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่หรือความรับผิดชอบด้านต่าง ๆ

3. พฤติกรรมติดสาร (behavioral dependence) หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เพื่อตอบสนอง psychological dependence และ physical dependence ผู้เสพยาอาจจะใช้สารซ้ำ ๆ เพื่อใช้บำบัดตนเอง (self-medicated) หรือผลลัพธ์อื่น ๆ จนติดเป็นนิสัย (habituation) ทำให้เกิดการเสพยาอย่างต่อเนื่อง (compulsive use) และต้องพยายามหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ได้เสพยา

ชนิดสารของเสพติด

แบ่งตามการออกฤทธิ์เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ โคเคน (cocaine) แอมเฟตตามีน (amphetamine) ซึ่งเป็นสารเสพติดชนิดร้ายแรง ส่วนชนิดที่ไม่ร้ายแรงกฎหมายอนุญาตให้ใช้ได้และเป็นที่ยอมรับในสังคม ได้แก่ กาเฟอีนในเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น กาแฟ ชา เครื่องดื่มชูกำลัง และ นิโคตินในบุหรี่

2. กลุ่มนาร์โคติก (narcotic) ได้แก่ สารฝิ่น (opium) มอร์ฟีน (morphine) เฮโรอีน (heroin) และ demerol

3. กลุ่มกดระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ยาในกลุ่ม barbiturates, benzodiazepines สุรา และ GHB (gamma-hydroxybutyrate)

4. กลุ่มหลอนประสาท (psychedelic drugs/hallucinogen) ได้แก่ สาร lysergic acid diethylamide (LSD), phencyclidine (PCP), ketamine, mescaline, ยาอี (ecstasy) และเห็ดขี้เมา (mushrooms/psilocybin)

5. สารกลุ่มอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์แตกต่างจาก 4 กลุ่มแรก ได้แก่ กัญชา ใบกระท่อม (mitragyna speciosa) และ สารระเหย เช่น กาว ทินเนอร์

ระยะของการเสพติด

ระยะของการเสพติดสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นทดลอง หรือ การใช้สารเพื่อนันทนาการ (experimental / recreational use) เป็นการเริ่มต้นหรือทดลองใช้สาร 1-2 ครั้ง เพราะอยากทดลองและอยากรู้ว่าเมื่อใช้สารนั้น ๆ แล้วจะให้ผลอย่างไรต่อร่างกายและจิตใจ โดยส่วนใหญ่มักเริ่มทดลองใช้ในปริมาณน้อย หรือใช้เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลายกับกลุ่มเพื่อนฝูง แต่ไม่ใช่ทุกครั้งที่รวมกลุ่มเข้าสังคม ซึ่งการใช้ในระยะนี้จะยังไม่ก่อให้เกิดปัญหาหรืออันตรายร้ายแรง ยกเว้นเรื่องของปัญหาทางกฎหมาย

2. ใช้ตามโอกาสหรือสถานการณ์ (occasional / circumstantial use) เป็นการใช้เพื่อที่จะได้ผลลัพธ์หรือฤทธิ์ของสารบางอย่างเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ เช่น ใช้เพิ่มความกล้าแสดงออก ลดความเขินอายเมื่อต้องทำกิจกรรมต่อหน้าสาธารณะ การใช้สารในระยะนี้จะไม่ก่อให้เกิดปัญหา ยกเว้นเรื่องของปัญหาทางกฎหมาย

3. ใช้เป็นประจำหรือใช้หนัก (regular / intensified use) เป็นการใช้ที่เริ่มบ่อยและถี่ขึ้น เกิดความต้องการใช้สารอย่างสม่ำเสมอ ในทุก ๆ วันหรือทุก ๆ สัปดาห์ การใช้สารในระยะนี้จะเริ่มก่อให้เกิดปัญหา ส่งผลกระทบกับการทำงานหรือการใช้ชีวิตในชีวิตประจำวัน ซึ่งเรียกการใช้ขั้นนี้ได้ว่าเป็นการใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse)

4. ใช้แบบควบคุมการใช้ไม่ได้ หรือ ขึ้นติดยึด (compulsive use หรือ addiction) เป็นการใช้ในแบบที่อันตรายที่สุด มีการใช้สารเกือบจะทุกวัน มีอาการถอน (withdrawal) หรือการทนต่อสาร (tolerance) ร่วมด้วย ในขั้นนี้สารเสพติดกลายเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือสำคัญมากที่สุด ซึ่งอาจประสบปัญหาในชีวิตทั้งทางร่างกายและทางจิตใจได้ เพราะไม่สามารถควบคุมหรือหยุดการใช้สารได้⁽⁵⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของการใช้สารเสพติด

โรคของการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 มีดังต่อไปนี้

A. มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่อง โดยมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ หรือมากกว่า ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

1. มีการใช้สารเสพติดในปริมาณมากขึ้น หรือใช้เวลานานมากกว่าที่ตั้งใจไว้ในตอนแรก
2. มีความต้องการหรือพยายามที่จะลดและควบคุมการใช้สารเสพติด แต่ทำไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการแสวงหาสารเสพติด การเสพ หรือการพักผ่อนให้หายจากการออกฤทธิ์ของสาร
4. มีความอยากหรือต้องการเสพรุนนั้นอย่างมาก (craving)
5. มีการใช้สารเสพติดอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ความรับผิดชอบ การงาน การเรียน

ครอบครัว

6. ยังคงใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง แม้จะทำให้เกิดปัญหาซ้ำ ๆ หรือปัญหาต่อเนื่อง ไม่ว่าจะปัญหาทางสังคมหรือปัญหาด้านสัมพันธภาพจากการใช้สาร

7. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสังคม การทำงาน การพักผ่อน เกิดความบกพร่องหรือถูกลดลงอย่างมาก เนื่องจากใช้สารเสพติด

8. มีการใช้สารเสพติดในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อร่างกาย

9. ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องทั้ง ๆ ที่รู้ว่าจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีผลมาจากการใช้สารเสพติด

10. มีความทนต่อสาร (tolerance) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

a. ต้องเพิ่มปริมาณสารเสพติดขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้ได้ฤทธิ์หรือผลที่หวังไว้

b. เมื่อใช้สารเสพติดปริมาณเท่าเดิมที่เคยใช้ แต่ได้ฤทธิ์หรือผลลัพธ์น้อยลงมาก หรืออาจไม่มี

อาการใด ๆ เลย

11. มีภาวะถอนสาร (withdrawal) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

a. มีกลุ่มอาการถอนสาร ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะถอนสารเสพติดแต่ละชนิด

b. เมื่อได้รับสารเสพติดเดิมหรือสารที่ใกล้เคียงกัน อาการดังกล่าวจะลดลงและหายไป ทำให้ต้อง
ใช้สารเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอาการขาดสาร



กาเฟอีน (Caffeine)

กาเฟอีน (caffeine) เป็นสารชนิดหนึ่ง คือสารแซนทีนแอลคาลอยด์ (xanthine alkaloids) ในกลุ่มสารเมทิลแซนทีน (methylxanthine) ชื่อทางเคมีคือ 1,3,7 trimethyl-2,6 (3H,7H) มีลักษณะเป็นสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม ละลายได้ดีในน้ำเดือด ละลายได้เล็กน้อยในน้ำเย็นและแอลกอฮอล์ พบได้ในพืชหลายชนิด เช่น เมล็ดกาแฟ ชา โกโก้ เป็นต้น โดยเมล็ดกาแฟนับว่าเป็นพืชที่เป็นแหล่งที่ใหญ่ที่สุดของกาเฟอีน ทั้งนี้ปริมาณกาเฟอีนในกาแฟนั้นหลักๆจะขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ ชนิดของเมล็ดกาแฟที่เป็นแหล่งผลิต และ กรรมวิธีการเตรียมกาแฟ โดยกาแฟพันธุ์อาราบิก้า (Arabica) จะมีปริมาณกาเฟอีนน้อยกว่ากาแฟพันธุ์โรบัสตา (Robusta) โดยกาแฟพันธุ์อาราบิก้า มีกาเฟอีนร้อยละ 1.2 กาแฟพันธุ์โรบัสตา มีกาเฟอีนร้อยละ 2.2 รวมไปถึงการชงและกรรมวิธีการคั่ว เมล็ดกาแฟที่คั่วเข้ม จะมีปริมาณกาเฟอีนน้อยกว่าเมล็ดกาแฟที่คั่วอ่อน เพราะกาเฟอีนสามารถสลายตัวได้ระหว่างการคั่ว นอกจากนี้ กาเฟอีนยังถูกนำมาเป็นส่วนผสมในเครื่องดื่มและยาบางชนิดอีกด้วย⁽⁶⁾

กลไกการออกฤทธิ์ของกาเฟอีน

การออกฤทธิ์ของกาเฟอีน คือ เมื่อกาเฟอีนเข้าสู่ร่างกาย จะถูกดูดซึมที่กระเพาะอาหารและลำไส้ในเวลาประมาณ 30-45 นาที มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยเมทิลแซนทีน (methylxanthine) จะเข้าไปจับกับตัวรับอะดีโนซีน (adenosine receptor) ที่เป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง ช่วยให้สามารถหยุดการทำงานของอะดีโนซีนได้ อะดีโนซีนจะเป็นตัวหยุดการส่งกระแสประสาททำให้เส้นเลือดในสมองขยาย ช่วยการทำงานของเซลล์ในสารสื่อประสาทดีขึ้น อีกทั้งกาเฟอีนนั้นยังทำให้มีการเพิ่มการทำงานของโดปามีน (dopamine) สารสื่อประสาทที่ทำให้สมองเกิดความตื่นตัวต่อสิ่งต่าง ๆ รวมไปถึงเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกร่วมด้วย เมื่อร่างกายรับกาเฟอีนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง สมองจะปรับการตอบสนองต่อกาเฟอีนโดยการเพิ่มปริมาณของตัวรับอะดีโนซีน ทำให้ฤทธิ์หรือผลที่ได้จากกาเฟอีนในการบริโภคครั้งถัดไปลดลง จึงทำให้ร่างกายต้องการกาเฟอีนในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลต่อร่างกายเช่นเคย ทั้งนี้ผลข้างเคียงอีกอย่างที่เกิดขึ้นกับการทำงานสมอง คือ สมองจะเพิ่มปริมาณของตัวรับอะดีโนซีน ทำให้ร่างกายจะไวต่อปริมาณของอะดีโนซีนที่ร่างกายผลิตขึ้นตามปกติมากขึ้น หากหยุดกาเฟอีนในทันที จะทำให้มีผลข้างเคียงคืออาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนได้ ในผู้ที่หยุดบริโภคกาเฟอีน จะทำให้ปริมาณของโดปามีนและเซโรโทนิน (serotonin) ลดลงในทันที ทำให้สูญเสียสมาธิ และอาจเกิดอาการซึมเศร้าอย่างอ่อน ๆ ได้ ซึ่งดังกล่าวจะเกิดขึ้นในเวลา 12-24 ชั่วโมงโดยประมาณหลังจากการหยุดบริโภคกาเฟอีน และจะหายไปได้เองภายใน 2-3 วัน ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช หากมีการบริโภคกาเฟอีน อาจทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้

โรคของการใช้สาร การติด และภาวะถอนกาเฟอีน

ภาวะเมามากาเฟอีนหรือภาวะเป็นพิษ (caffeine intoxication) เมื่อบริโภคกาเฟอีนมากกว่า 250 มิลลิกรัม อาจมีอาการทางจิตเกิดขึ้น เช่น วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ใจเต้น และมีอาการทางกายเกิดขึ้นด้วย เช่น กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก มือเท้าสั่น ปัสสาวะบ่อย นอนไม่หลับ หรืออาจจะมีอาการรุนแรง เช่น พูดเสียงสั่น (rumbling speech) ความคิดสับสน (confuse thinking) หัวใจเต้นแรงหรือเต้นไม่สม่ำเสมอ ไม่รู้สึกเหนื่อย (inexhaustibleness) มีเสียงในหู (tinnitus) โดยอาการจะเป็นอยู่ประมาณ 6-16 ชั่วโมง ถ้าบริโภคมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย อาจชัก หมดสติ การหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้

ภาวะถอนกาเฟอีน (caffeine withdrawal) พบได้ร้อยละ 50-75 ของคนที่บริโภคกาเฟอีนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนเกิดความเคยชินและทนต่อกาเฟอีน อาการมักเกิดขึ้นหลังบริโภคครั้งสุดท้ายประมาณ 12-24 ชั่วโมงและอาจนานถึง 1สัปดาห์ ที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ (throbbing headache) และ เหนื่อยล้า (fatigue)

โรควิตกกังวลจากกาเฟอีน (caffeine-induced anxiety disorder) มีอาการคล้ายกับโรควิตกกังวลทั่วไป (generalize anxiety disorder) โดยอาการที่เกิดขึ้น คือ หงุดหงิดง่าย รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้าอ่อนเพลียในแต่ละวัน บางคนอาจมีอาการตื่นตระหนก (panic attack) ร่วมด้วย

โรคปัญหาการนอนหลับจากกาเฟอีน (caffeine-induced sleep-wake disorder) เป็นอาการที่นอนไม่หลับหรือหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นกลางดึก หรือ ทำให้ตื่นเช้ากว่าปกติ

ข้อควรระวังในการบริโภคกาเฟอีน⁽⁷⁾ ในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ ดังนี้

โรคนอนไม่หลับ ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคกาเฟอีนหรือดื่มกาแฟก่อนเข้านอน

โรคความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคกาเฟอีนหรือดื่มกาแฟในปริมาณในเวลาใกล้เคียงกัน เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

โรคกระดูกพรุน เนื่องจากกาเฟอีนเพิ่มการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะ อาจทำให้ความหนาแน่นแร่ธาตุในกระดูกลดลง

สตรีมีครรภ์ หากมีการบริโภคกาเฟอีนหรือดื่มกาแฟในปริมาณมากในช่วงตั้งครรภ์ อาจมีความเสี่ยงทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนดหรือเสี่ยงต่อการแท้งบุตรได้

โรคทางจิตเวช⁽⁸⁾ ซึ่งกลไกการทำงานและการออกฤทธิ์ของกาเฟอีน จะเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ อาจส่งผลให้ผู้มีโรคทางจิตเวชมีอาการเพิ่มขึ้นได้

ภาวะติดกาแฟ (Coffee addiction)

ภาวะติดกาแฟ⁽⁹⁾ (coffee addiction) คือ อาการของคนที่ขาดกาแฟไม่ได้ เป็นผลมาจากการดื่มกาแฟอย่างสม่ำเสมอในปริมาณมาก ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับปริมาณกาแฟอื่นในกาแฟที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน ยิ่งดื่มมาก อาการก็มักรุนแรงมากเมื่อไม่ได้ดื่ม ส่งผลกระทบกับร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องการบริโภคกาแฟเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอในปริมาณเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม เมื่อไม่ได้ดื่มจะเกิดอาการปวดศีรษะ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อื่น ๆ รวมไปถึงเกิดอาการของภาวะเป็นพิษ ภาวะถอน และภาวะทนต่อสารร่วมด้วย ซึ่งจะมีลักษณะของอาการที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับร่างกายของแต่ละคน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกาแฟ

พงษ์พิริยะ พุประเสริฐและคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลการดื่มเครื่องดื่มที่กาเฟอีนกับผลการเรียนวิชาอายุรศาสตร์ของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ประจำปีการศึกษา 2557 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 159 คนพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดื่มกาแฟร้อยละ 77.2 และพบว่าผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มที่กาเฟอีนในปริมาณน้อยหรือไม่บริโภคนั้นมีผลการเรียนที่ดีกว่าผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนปริมาณมากกว่า 3.457 เท่า (95% CI = 1.314-9.096)

ลัดดา ชมยินดีและเบญจมา มุกตพันธุ์⁽¹¹⁾ ศึกษาการดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 280 คน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมัจฉาศิริ จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 55 มีอายุเฉลี่ย 57+2.4 ปี กาแฟเป็นเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยเบาหวานนิยมดื่มที่สุด ปริมาณกาแฟอื่นที่ได้รับจากการดื่มเครื่องดื่มยังมีปริมาณไม่สูงมาก โดยรายได้เป็นปัจจัยที่กำหนดการดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน

นางธมนวรรณ สะอ้าง⁽¹²⁾ ศึกษาการบริโภคกาแฟของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 329 ราย พบว่าส่วนใหญ่บริโภคทั้งชาและกาแฟ โดยชนิดของกาแฟที่นิยมดื่มมากที่สุดได้แก่กาแฟสด (ร้อยละ 85.5) ส่วนใหญ่มีความถี่ในการบริโภคกาแฟเป็นประจำทุกวัน รวมไปถึงปริมาณกาแฟอื่นเฉลี่ยที่บริโภคต่อวันอยู่ในช่วง 101-200 มิลลิกรัม สาเหตุส่วนใหญ่ของการบริโภคคือแก้่วง และการบริโภคกาแฟไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียวที่มีผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ เนื่องจากมีปัจจัยด้านอายุและดัชนีมวลกายร่วมด้วย

Hien Q Do และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคกาแฟและความพึงพอใจในการทำงานของวิสัญญีแพทย์ชาวสแกนดิเนเวีย พบว่า วิสัญญีแพทย์มีความพึงพอใจในการทำงานสูง โดยไม่ได้เป็นผลหรือความแตกต่างระหว่างผู้ที่ดื่มและไม่ดื่มกาแฟ

Bilski และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในพยาบาล 241 คน โดยทำงานกะกลางคืน 171 คน พบว่า 9.9% ของพยาบาลกะกลางคืนบริโภคกาแฟเพียงอย่างเดียวในระหว่างปฏิบัติหน้าที่และมีแนวโน้มในการบริโภคที่สูงขึ้น

John A. Swanson และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟอื่นและการสูบบุหรี่ พบว่า 86% ของผู้สูบบุหรี่บริโภคกาแฟ โดยเปรียบเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ 77.2% และในคนที่เคยสูบบุหรี่พบว่า มีการดื่มกาแฟมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ แต่น้อยกว่าคนสูบบุหรี่ โดยการบริโภคกาแฟอื่นจะส่งผลต่อความวิตกกังวล ความตื่นตัว ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง เลยเพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่หรือดื่มกาแฟอื่นที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาวะการถอนนิโคตินอาจส่งผลให้ภาวะกาเฟอีนเป็นพิษ

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นในเรื่องกาแฟ พบว่า ส่วนใหญ่ในไทยเก็บข้อมูลการบริโภคกาแฟกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคกาแฟในกลุ่มพนักงานบริษัทมีค่อนข้างจำกัด แต่ทว่าผลจากการวิจัยข้างต้นทำให้ผู้วิจัยทราบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางการเรียน รายได้เป็นปัจจัยในการกำหนดการเลือกดื่มเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน สาเหตุที่ดื่มกาแฟเพราะช่วยให้หายง่วง พยาบาลในกะกลางคืนมีแนวโน้มบริโภคกาแฟสูงขึ้น การดื่มกาแฟสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ ส่วนความพึงพอใจในการทำงานระดับสูงนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับกาแฟ จากข้อมูลดังกล่าวนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างข้อคำถาม พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริโภคกาแฟของพนักงานบริษัท รวมไปถึงการเลือกแบบสอบถามที่เหมาะสมเพื่อวัดปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากที่สุด



สุขภาพจิต (Mental health)

ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)⁽¹⁶⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสมดุล รวมทั้งมีความสามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตเป็นภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหาสร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹⁸⁾ ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่สามารถปรับจิตใจให้มีความสุข แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะการณ์และสิ่งแวดล้อม อาจทำให้ทุกข์และสุขแล้วแต่สุขภาพจิต ณ ขณะนั้น

ฝน แสงสิงแก้ว⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า คำว่าสุขภาพจิตนั้น ไม่ได้หมายความว่า ไม่เป็นโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี สามารถปรับตัวมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี ผู้ใดที่อยู่ในสังคมด้วยความเดือดร้อน ไม่เรียกสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

ผู้มีสุขภาพจิตดี จะต้องมึลักษณะดังนี้⁽²⁰⁾

1. มีสุขภาพกายดี ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีความสุข พอใจในตนเอง
2. มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ไม่เป็นโรคจิต
3. สามารถยอมรับและเผชิญความจริงต่าง ๆ ในชีวิตได้
4. มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าคิดกล้าตัดสินใจกับเรื่องเล็กและเรื่องใหญ่ในชีวิต
5. มีความรับผิดชอบ รู้จักหน้าที่ของตนเอง
6. มีความยืดหยุ่น ยอมรับในความแตกต่าง เข้ากับคนอื่นได้ มีมนุษยสัมพันธ์ดี และสามารถทำงานร่วมกับ

ผู้อื่นได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

1. ปัจจัยทางร่างกาย เช่น ร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง เกิดอาการทางจิตได้ง่าย ผู้ที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ยังรวมถึงผู้ที่มีการใช้ยาหรือสารเสพติดร่วมด้วย
2. ปัจจัยทางจิตใจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของอารมณ์และการตอบสนองในแต่ละบุคคล บางคนปรับตัวง่ายก็มีความเครียดน้อย บางคนปรับตัวยากก็มีความเครียดสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นพื้นฐานติดตัวมาตั้งแต่เกิดที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูด้วย
3. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่มีส่งผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ครอบครัว คู่ชีวิต เพื่อน สังคมการทำงาน ชุมชน ที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ เป็นต้น

คุณภาพการนอนหลับ (Sleep quality)

ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

Kline⁽²¹⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพการนอนหลับซึ่งหมายถึงความพึงพอใจในการนอนหลับ ตั้งแต่การเริ่มนอนหลับ การให้ความสำคัญกับการนอนหลับให้ดีขึ้น ปริมาณการนอนหลับ และความสดชื่นหลังตื่นนอน

อัญชลี ชุ่มบัวทอง และคณะ⁽²²⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับลักษณะการนอนหลับของบุคคลซึ่งเป็นผลรวมของการประเมินการนอนหลับ 2 ลักษณะคือ (1) การนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย และ (2) การประเมินการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การถูกรบกวนขณะนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

ดังนั้น ปริมาณการนอนหลับจึงแตกต่างกับคุณภาพการนอนหลับ โดยปริมาณการนอนหลับถูกวัดโดยจำนวนชั่วโมงในการนอนแต่ละคืน ในขณะที่คุณภาพการนอนหลับจะวัดว่าการนอนแต่ละคืนนั้นดีเพียงใด ซึ่งการวัดคุณภาพการนอนหลับนั้นทำได้ยากกว่าการวัดในเชิงปริมาณ โดยคุณภาพการนอนหลับที่ดีถูกกำหนดจากลักษณะดังต่อไปนี้ เมื่อเข้านอนสามารถหลับภายใน 30 นาทีหรือน้อยกว่านั้น สามารถนอนตลอดทั้งคืน หากตื่นก็จะไม่เกินคืนละหนึ่งครั้ง สามารถนอนหลับตามจำนวนชั่วโมงที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มอายุของตน และเมื่อตื่นนอนในตอนเช้ามีความรู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกดี และกระปรี้กระเปร่า เป็นต้น⁽²³⁾ ส่วนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีนั้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ สุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี มีความทุกข์ทางจิตใจ และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคกาแฟปริมาณมากเป็นประจำ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้น คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจึงส่งผลต่อการเจ็บป่วย ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁽²¹⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับสามารถอธิบายได้ผ่านพฤติกรรมกรนอนหลับที่ไม่เป็นไปตามหลักสุขอนามัยในการนอนที่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ดังต่อไปนี้⁽²⁴⁾

1. พฤติกรรมกรนอนหลับที่ไม่สม่ำเสมอ การเข้านอนและตื่นในเวลาเดียวกันเป็นประจำจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น
2. สภาพแวดล้อมการนอนหลับ การจัดบรรยากาศในห้องนอนให้เอื้อต่อการนอนหลับ เช่น ไม่มีแสงที่มากเกินไป ลดการเผชิญแสงสีฟ้าจากอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น ทีวี คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์ ซึ่งควรหลีกเลี่ยงก่อนเข้านอน
3. การดื่มกาแฟหรือแอลกอฮอล์มากเกินไป เนื่องจากเครื่องดื่มเหล่านี้อาจรบกวนความสามารถในการนอนหลับ
4. ยา ยาบางชนิดตามคำสั่งแพทย์ เช่น ยาขับปัสสาวะ ซึ่งจะส่งผลต่อการตื่นนอนในตอนกลางคืนเพื่อมาเข้าห้องน้ำ เป็นต้น
5. การกรน ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้นอนเองและคู่นอน
6. ความผิดปกติของการนอนหลับ เช่น มีอาการนอนไม่หลับซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับได้ยาก การตื่นนอนกลางดึกจากฝันร้ายซ้ำ ๆ เป็นต้น
7. ความผิดปกติของสุขภาพจิต อยู่ในภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถผ่อนคลายและนอนหลับได้ดี

8. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การออกกำลังกายในระหว่างวัน การเดินทาง และความเจ็บปวดหรือการเจ็บป่วย

การส่งเสริมคุณภาพการนอน

การสร้างพฤติกรรมนอนที่ดีเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอน^(25, 26) ประกอบด้วย

1. การจัดตารางการนอนหลับของตนเองให้สามารถเข้านอนและตื่นนอนให้ตรงเวลาทุกวัน โดยผู้ใหญ่นอนอย่างน้อย 7 ชั่วโมง
2. ให้ความสำคัญกับสิ่งที่บริโภคและอย่าบริโภคมากเกินไป โดยหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีนในช่วงใกล้เข้านอน
3. การสร้างบรรยากาศในห้องนอนให้เปิดรับแสงได้น้อย อากาศเย็นสบาย และเงียบ
4. อย่าใช้เตียงนอนเป็นที่ทำงาน ก่อนนอนควรเลี่ยงการใช้โทรศัพท์หรือตอบอีเมล ควรสร้างความสบายผ่อนคลายก่อนเข้านอนด้วยการอาบน้ำ ตีมนมอุ่น ๆ ฟังเพลงสบาย ๆ เป็นต้น
5. หลีกเลี่ยงการงีบหลับในตอนกลางวันซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน
6. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยส่งเสริมให้นอนหลับได้ดีขึ้น แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงใกล้เข้านอน
7. การจัดการความเครียดและความกังวล ทำให้ใจสบาย การเรียนรู้รูปแบบการผ่อนคลายหรือฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนและการดื่มกาแฟหรือภาวะติดกาแฟ

Wang และ Biro⁽²⁷⁾ ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษามหาวิทยาลัยด้วยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านการใช้ชีวิต (life style) ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับอย่างใกล้ชิด และปัจจัยด้านสุขภาพจิต ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพก็เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของประชากรในวิทยาลัยด้วย

Cho และคณะ⁽²⁸⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าของพนักงานหญิงกับความเครียดจากงานและคุณภาพการนอนหลับของแรงงานหญิง 4,833 คน จากสายการผลิต การเงิน และการบริการ พบว่าอาการซึมเศร้าของพนักงานหญิงมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความเครียดในงานและคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยการนอนหลับของแต่ละบุคคลนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด

Arslan, Alemdaroglu, Karaduman, และ Yilmaz⁽²⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องผลของการออกกำลังกายต่อคุณภาพการนอนหลับ ความพอใจในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงานในสำนักงาน ระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยแปดสัปดาห์ และกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งผลการศึกษาไม่พบถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในแง่ของคุณภาพการนอนหลับ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ระยะเวลาการทำงาน และคุณภาพการนอนหลับ

Visvalingam และคณะ⁽³⁰⁾ ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและการนอนน้อยของประชากรที่ทำงานในประเทศสิงคโปร์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 39 ปี พบว่า การนอนน้อย มีโรคเรื้อรัง สุขภาพจิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีความเครียดจากเรื่องที่บ้านหรือที่ทำงาน และการทำงานเป็นกะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

Chang และ Choi⁽³¹⁾ ทำการศึกษาตัวแปรที่ทำนายคุณภาพการนอนหลับของคนหนุ่มสาวในเกาหลีอายุระหว่าง 20-40 ปี พบว่า ตัวทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ชาย ได้แก่ การดื่มกาแฟ การรับหลับ ภาวะซึมเศร้า ความล้มเหลวในการออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การมีน้ำหนักเกิน อยู่ในกลุ่มที่ติดสมาร์ทโฟน และอยู่ในสถานะมีงานทำ ส่วนตัวทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้หญิง คือ มีระดับการศึกษาถึงระดับวิทยาลัยหรือสูงกว่า การสูบบุหรี่ และความเครียด

O'Callaghan, Muurlink, และ Reid⁽³²⁾ ทำการศึกษาเรื่องผลของกาแฟโดยเฉพาะในรูปแบบของกาแฟต่อคุณภาพการนอนหลับและการทำงานในเวลากลางวัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ 2 ประการ ประการแรกคือความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับปริมาณและคุณภาพของการนอนในเวลากลางคืนที่ตามมา ประการที่สองคือการขาดประสิทธิภาพในการนอนหลับที่เกิดจากการอดนอนเชื่อมโยงกับการบริโภคกาแฟ โดยความสัมพันธ์ข้างต้นนี้ให้ผลในลักษณะย้อนกลับหากันและกัน

Clark และ Landolt⁽³³⁾ ทำการศึกษาเรื่องกาแฟ กาแฟเย็น และการนอนหลับด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทางด้านระบาดวิทยาและการทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม พบว่า กาแฟเย็นทำให้การนอนหลับตอนกลางคืนแย่ลง นอนหลับได้ในระดับตื้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางสุขภาพอยู่แล้ว ดังนั้น พฤติกรรมสุขอนามัยในการนอนหลับที่ไม่ดีจึงส่งผลต่อความเสี่ยงทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหลายคนมักไม่ได้ตระหนักในเรื่องนี้ แต่ทว่า ในปัจจุบันยังไม่ชัดเจนว่าความสัมพันธ์ระหว่างกาแฟ กาแฟเย็น และสุขภาพ นั้นเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กันอย่างไรชัดเจนอย่างไร ดังนั้น จึงควรพิจารณาขนาดของผลกระทบจากกาแฟเย็นที่มีต่อการนอนหลับตามความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่ เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก ความบกพร่องทางพันธุกรรม และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนและการบริโภคเครื่องดื่มมีกาเฟอีนหรือกาแฟ ส่วนใหญ่พบในการวิจัยของต่างประเทศ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย เช่น นักศึกษามหาวิทยาลัย พนักงานเทศหญิง พนักงานที่ปฏิบัติการในสำนักงาน วิทยาลัยใหญ่ วิทยาลัยทำงาน และประชากรทั่วไป โดยสรุปพบว่า รูปแบบพฤติกรรมการใช้ชีวิตส่งผลต่อคุณภาพการนอนและสุขภาพจิต การนอนน้อย มีโรคเรื้อรัง สุขภาพจิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีความเครียดจากเรื่องที่บ้านหรือที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ มีภาวะซึมเศร้า ต่างก็สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี รวมไปถึงการพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มกาแฟสัมพันธ์กับปริมาณและคุณภาพการนอน อีกทั้งการขาดประสิทธิภาพในการนอนยังสัมพันธ์กับปริมาณและคุณภาพการนอนด้วย เนื่องจากกาแฟรบกวนการนอนหลับระดับลึกส่งผลให้การการนอนหลับตอนกลางคืนแย่ลง โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางสุขภาพอยู่แล้ว จากข้อมูลข้างต้นทำให้ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยด้านคุณภาพการนอนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพิจารณาให้เป็นหนึ่งในตัวแปรในการศึกษาร่วมกับการบริโภคกาแฟของกลุ่มพนักงานบริษัท เพื่อตระหนักถึงปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กันที่ร่วมทำนายภาวะติดกาแฟในการศึกษาครั้งนี้ได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาถึงสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีน (caffeine addiction)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Population) คือ พนักงานบริษัท

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population) คือ พนักงานบริษัทที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ พนักงานบริษัทในระดับปฏิบัติการ ระดับบังคับบัญชา และระดับจัดการ ที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานครที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. สมัยใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
3. เป็นพนักงานในระดับปฏิบัติการ ระดับบังคับบัญชา และระดับจัดการ ที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การอ่าน การเขียน การได้ยิน การมองเห็น จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลากิจ ลาพักร้อน หรือ ลาศึกษาต่อ
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่บริโภคเครื่องดื่มกาเฟอีนชนิดอื่น ๆ แต่ไม่ดื่มกาแฟ

หมายเหตุ ในกลุ่มของ Vulnerable Subject ที่อาจพบได้ เช่น สตรีที่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว ยังสามารถให้อยู่ในงานวิจัยได้ เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้มีข้อความเกี่ยวกับ โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช อื่น ๆ อยู่ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 ของงานวิจัย

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

ขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณตัวอย่างจากกลุ่มประชากร คือ พนักงานในระดับปฏิบัติการ ระดับบังคับบัญชา และระดับจัดการ ที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ปีพุทธศักราช 2564 จำนวน 1,406 คน (จากข้อมูลเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2563) โดยใช้สูตรการคำนวณ

ของ Taro Yamane (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่างร้อยละ 5 โดยใช้สูตรดังนี้

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

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 5% (0.05%)

ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{1406}{1 + (1406)(0.05)^2} = 311 \text{ คน}$$

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนในกระบวนการการสุ่มตัวอย่างหรือตอบแบบสอบถามและเพื่อป้องกันการเกิดความความรู้สึกไม่เท่าเทียมที่อาจเกิดขึ้นในกรณีที่พนักงานบางคนได้รับแบบสอบถาม รวมถึงพนักงานจำนวนหนึ่งอาจไม่สะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามให้กลุ่มประชากรที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n) ที่ได้ส่งแบบสอบถามออกไปรวมทั้งสิ้น คือ 1,406 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุงาน ระดับตำแหน่ง ช่วงเวลาในการทำงาน โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการบริโภคกาแฟ สร้างโดยผู้วิจัย มีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ การดื่มกาแฟ ช่วงอายุที่เริ่มดื่มกาแฟ ปริมาณการดื่มกาแฟ ชนิดของกาแฟ รูปแบบของการดื่ม เมนูกาแฟที่ดื่ม ระดับความหวาน การเลือกดื่มกาแฟไร้คาเฟอีน ความถี่ในการดื่มกาแฟ เหตุผลในการดื่มกาแฟ การบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีนชนิดอื่น ๆ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถาม Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.-lifetime) ฉบับภาษาไทยแบบ Lifetime มาจากฉบับภาษาอังกฤษโดย Sheehan และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ มีการปรับปรุงเป็นแบบ Lifetime โดย Malison RT และ Gelemter J ซึ่งแปลส่วนที่ปรับปรุงโดย รัศมน กัลยาศิริ และ กิตติพงษ์ สานิชวรรณกุล มีค่า inter-rater reliability 0.88-1.00 และ test-retest reliability 0.76-0.93 ที่ใช้ในการประเมินการติดสารเสพติดตลอดช่วงชีวิต

โดยผู้วิจัยได้มีการนำแบบสอบถามในส่วนของ Alcohol Abuse and Dependence มาใช้เป็นเค้าโครงหลักของแบบสอบถาม โดยมีการปรับเปลี่ยนการใช้คำให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและเนื้อหาของกาแฟ โดยเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะติดกาเฟอีนนี้ ถูกพัฒนาโดย นิศาชล อัครวาระกุล และ รัชมน กัลยาศิริ โดยมีการปรับเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

ข้อที่ 1 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” และคำว่า “ออกฤทธิ์” ลงไปในข้อคำถาม และตัดคำว่า “เมา” ออกในข้อคำถาม

ข้อที่ 2 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” และ อาการถอนต่าง ๆ จากกาเฟอีน เช่น “อาการปวดหัว อารมณ์แปรปรวน ง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิหรือสมองไม่ปลอดโปร่ง” เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจในข้อคำถามอย่างชัดเจน ไม่สับสนกับเรื่องของแอลกอฮอล์

ข้อที่ 3 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” และตัดคำว่า “เมื่อคุณได้ดื่มแล้ว” และคำว่า “หรือดื่มติดลม” ออก เนื่องจากเป็นการใช้คำซ้ำในบริบทที่สามารถเข้าใจแล้วเกี่ยวกับข้อคำถาม

ข้อที่ 4 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” เข้ามาในข้อคำถาม

ข้อที่ 5 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” เข้ามาในข้อคำถาม ตัดคำว่า “ในวันที่คุณดื่ม” “การดื่ม” และ “หรือเพื่อให้สร้างเมาออก” ออก เนื่องจากเหตุจากการดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มกาเฟอีนนั้น ไม่ได้มีการแสดงอาการรวมถึงการใช้คำ เช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ และได้มีการปรับและเพิ่มประโยคให้สอดคล้องกับบริบทของกาแฟเป็น “อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของกาแฟในแต่ละวัน”

ข้อที่ 6 ปรับการใช้คำให้เหมาะสมกับผลกระทบของการใช้เวลาจากการดื่มกาแฟ โดยตัดคำว่า “การดื่มของคุณ” ออก เปลี่ยนเป็นคำว่า “การดื่มกาแฟของคุณ” และเพิ่มเติมเนื้อหา “ทำให้คุณลดเวลาทำกิจกรรมที่ควรทำ” พร้อมทั้งยกตัวอย่างกิจกรรม

ข้อที่ 7 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” เข้ามาในข้อคำถาม

ข้อที่ 8 ปรับเปลี่ยนประโยคและเนื้อหาทั้งหมดให้มีความสอดคล้องกับเรื่องบริบทของการดื่มกาแฟ โดยตัดเรื่องของฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ออกเนื่องจากการดื่มกาแฟไม่ได้ทำให้เกิดความมึนเมา หรือเมาค้าง ผู้วิจัยจึงเน้นในเรื่องของผลกระทบในการปฏิบัติหน้าที่แทน

ข้อที่ 9 ปรับเปลี่ยนประโยคและเนื้อหาทั้งหมดให้มีความสอดคล้องกับเรื่องบริบทของการดื่มกาแฟ โดยการดื่มกาแฟในสถานการณ์เสี่ยงอันตรายนั้น อาจเกิดขึ้นได้ค่อนข้างน้อยมากจากประโยคของทางต้นฉบับที่นำมาดัดแปลง ผู้วิจัยจึงมีการปรับความเสี่ยงมาเป็นความหมายในเรื่องของสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม เช่น ดื่มในขณะที่ตั้งครรภ์ หรือ การดื่มในขณะที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง

ข้อที่ 10 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามออก ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเรื่องของปัญหาทางกฎหมาย และใส่คำถามเรื่องของความอยากสาร (Craving) เข้าไป เพื่อให้ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5

ข้อที่ 11 เพิ่มคำว่า “กาแฟ” เข้ามาในข้อคำถาม พร้อมยกตัวอย่าง เพื่อให้ผู้อ่านหรือผู้เข้าร่วมงานวิจัยขั้นนี้ เข้าใจข้อคำถามในบริบทของกาแฟได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้วัดเรื่องของภาวะติดกาเฟอีนในกาแฟ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษารองศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ ในการร่วมมือกันปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือ รวมถึงได้นำไปทดสอบเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.72 ก่อนจะนำมาใช้ในงานวิจัย โดยตัวเลือกของการทำแบบสอบถามมี 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ และ ใช่ จาก 11 ข้อ การแปลผล คือ หากมีการตอบใช่

เท่ากับ 2 ข้อ หรือ มากกว่า 2 ข้อขึ้นไป จะแปลผลได้ว่าเป็นผู้มีภาวะติดกาเฟอีน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต ประเมินจากแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) แบบประเมินนี้พัฒนาจากแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์มาโนช หล่อตระกูลและคณะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นการประเมินระดับสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ภาวะอาการในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็นเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เลย	0 คะแนน
มีบางวัน / ไม่บ่อย	1 คะแนน
มีค่อนข้างบ่อย	2 คะแนน
มีเกือบทุกวัน	3 คะแนน
การแปลผล คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน	
น้อยกว่า 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า
7-12 คะแนน	หมายถึง มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18 คะแนน	หมายถึง มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน	หมายถึง มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับสูง
(sensitivity = 0.84, specificity = 0.77) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง	

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินแปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรวิญญู ต้นชัยสวัสดิ์ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย
2. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ
3. ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน
4. ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย
5. การรบกวนการนอนหลับ

โดยองค์ประกอบนี้ส่วนหนึ่งมาจากการประเมินด้วยข้อคำถามย่อยทั้งหมด 9 ข้อ มีทั้งหมด 4 ตัวเลือก

หากตอบ 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย

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

ดังนั้น คะแนนรวมในองค์ประกอบที่ 5 หรือด้านพฤติกรรมรบกวนการนอนจึงมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน แต่ทว่าเมื่อคิดคะแนนองค์ประกอบที่ 5 จะคิดจากคะแนนรวมจากข้อ 2-9 เท่านั้น ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ PSQI

6. การไ้ยานอนหลับ
7. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและองค์ประกอบมีการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PQSI) มีค่า sensitivity เท่ากับ 89.6% และค่า specificity เท่ากับ 86.5% ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสูบบุหรี่ แบบทดสอบ Fagerstrom Test for level of Nicotine Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย โดยกรองจิต วาทีสารกกิจ (2552) ซึ่งมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย Fagerstrom KO โดยมีค่า reliability อยู่ที่ 0.64 ในการประเมินระดับการติดยาโคติน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

การแปลผล คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน

0-3 คะแนน	แสดงว่า ไม่นับว่าติดสารนิโคติน
4-5 คะแนน	แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง
6-7 คะแนน	แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากไปในทางพัฒนาไปเป็นระดับสูง
8-9 คะแนน	แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูง
10 คะแนน	แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก

โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดื่มสุรา แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Identification Test หรือ AUDIT จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม เวลาดื่ม ปริมาณ และความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์ โดยแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ถามถึงการดื่มสุราในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยนานาชาติขององค์การอนามัยโลกเพื่อใช้ค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ค่าความเชื่อมั่น Alpha =0.86 ฉบับภาษาไทยแปลโดย สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย (2544) มี sensitivity เท่ากับ 96% และค่า specificity เท่ากับ 96% ในการตรวจพบสถานะการดื่มแบบอันตราย และมี sensitivity เท่ากับ 87% และค่า specificity เท่ากับ 81% ในการตรวจพบภาวะการดื่มแบบมีปัญหา

การแปลผล คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน

0-7 คะแนน	ระดับความเสี่ยงต่ำ
8-15 คะแนน	ระดับความเสี่ยงสูง
16-19 คะแนน	ระดับความเสี่ยงระดับที่อันตราย
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน	เป็นผู้ติดแอลกอฮอล์

โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ สร้างโดยผู้วิจัย มีจำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกชนิดสารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วย ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยรายชื่อสารเสพติดอื่น ๆ ได้แก่ ยานอนหลับ

กัญชา ยาบ้า กระท่อม เฮโรอีน (สารโอปิออยด์) ยาเค ยาอี หรือสารเสพติดอื่น ๆ โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะเป็นผู้ทำแบบสอบถามนี้ด้วยตนเอง

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นตอนมีดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่าง ๆ ประกอบไปด้วย หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อออกหนังสือเสนอต่อผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องในการขอเก็บข้อมูล จากพนักงานบริษัทที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความร่วมมือส่งถึงผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องในการขอเก็บข้อมูล จากพนักงานบริษัทที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

4. ให้เจ้าหน้าที่ในบริษัทจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อส่งหนังสือขอความร่วมมือ อาทิ หัวหน้างานฝ่ายทรัพยากรบุคคล หัวหน้างานในแต่ละฝ่ายหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย เชิญชวน ขอความร่วมมือและความยินยอมจากกลุ่มประชากรที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความประสงค์

5. เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 การเก็บรวบรวมข้อมูล จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม Online (ในรูปแบบ Google Form) ผ่านคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ iPad หรืออุปกรณ์สื่อสารอื่น ๆ ทั้งหมดด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของข้อมูลทุกประการของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการรายงานผลการศึกษานั้น จะไม่มีการระบุชื่อหรือตำแหน่งที่สามารถยืนยันตัวตนของผู้เข้าร่วมได้ เพื่อเป็นหลักประกันว่าการศึกษาในครั้งนี้จะไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงมี Information Sheet แสดงในหน้าแรกของแบบสอบถาม Online เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทำแบบสอบถาม จึงให้ถือว่าผู้เข้าร่วมวิจัยได้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยนี้แล้ว เป็นลักษณะ Consent by action เพื่อเป็นหลักประกันว่า การศึกษาในครั้งนี้จะไม่มีการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาคิดคะแนนใช้วิเคราะห์ผลต่อไป และ หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลลบข้อมูลดังกล่าวทิ้งทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ver.25 โดยกำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลด้านการบริโภคกาแฟ ข้อมูลภาวะติดคาเฟอีน ข้อมูลด้านสุขภาพจิต ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ประกอบด้วย Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, Independent t-test และ Logistic regression

- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มกาแฟ ข้อมูลการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด คุณภาพการนอน และสุขภาพจิต กับภาวะติดกาเฟอีน โดยใช้สถิติ Chi-square test

- ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสุขภาพจิตและคุณภาพการนอน โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

- เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน โดยใช้สถิติ Independent t-test

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีน โดยใช้สถิติ Logistic regression



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีน ผู้วิจัยได้ส่งข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,406 คน โดยได้รับการตอบกลับจำนวนทั้งสิ้น 347 คน จากการคัดกรองข้อมูลจากแบบสอบถามเบื้องต้น (1) ผู้ตอบคำถามไม่ครบถ้วน หรือเว้นว่าง การตอบแบบสอบถามจำนวนหลายข้อ มีจำนวน 7 คน (2) ผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ได้มีกาแฟและไม่ตอบแบบสอบถามอื่น ๆ เลยทั้งฉบับ จำนวน 13 คน และ (3) จากเกณฑ์การคัดออก “ผู้เข้าร่วมวิจัยที่บริโภคเครื่องดื่มกาเฟอีนชนิดอื่น ๆ แต่ไม่ดื่มกาแฟ” มีจำนวน 6 คน ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ มาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 321 คน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผู้ที่ดื่มกาแฟ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 โดยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอตารางประกอบการบรรยาย ออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานบริษัท

ส่วนที่ 2 ภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของพนักงานบริษัท

ส่วนที่ 4 คุณภาพการนอนหลับของพนักงานบริษัท

ส่วนที่ 5 การหาค่าความสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัท

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีน และกลุ่มที่ติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท วิเคราะห์ด้วยสถิติ Regression

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p-value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
X^2	แทน	ค่า Pearson Chi-square
r	แทน	ค่าสหสัมพันธ์



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพนักงานบริษัท

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	236	73.52
ชาย	78	24.30
อื่น ๆ	7	2.18
ช่วงอายุ อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ 34.10 (\pm SD 6.58) min = 24, max = 58		
30 ปี หรือน้อยกว่า	116	36.14
31 – 40 ปี	157	48.91
41 – 50 ปี	41	12.77
51 ปี หรือมากกว่า	7	2.18
สถานภาพสมรส		
โสด	214	66.67
คู่/สมรส	91	28.35
แยกทาง หย่าร้าง หม้าย	16	4.98
ระดับการศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	0.31
อนุปริญญา/ปวส.	1	0.31
ปริญญาตรี	220	68.54
ปริญญาโทขึ้นไป	99	30.84
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
5,001 – 15,000 บาท	3	0.93
15,001 – 30,000 บาท	65	20.25
30,001 – 50,000 บาท	142	44.24
50,001 – 100,000 บาท	94	29.28
มากกว่า 100,001 บาท	17	5.30

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุงาน (ปี)		
ค่าเฉลี่ยของอายุการทำงาน = 6 ปี 1 เดือน SD 5 ปี 4 เดือน		
ต่ำสุดทำงานมา 6 เดือน สูงสุดทำงานมาแล้ว 35 ปี		
น้อยกว่า 11 ปี	282	87.85
11 ปี – น้อยกว่า 21 ปี	32	9.97
21 ปี – น้อยกว่า 31 ปี	6	1.87
ตั้งแต่ 31 ปี ขึ้นไป	1	0.31
ช่วงเวลาในการทำงาน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	1	0.31
6 ชั่วโมง ขึ้นไป	6	1.87
8 ชั่วโมง ขึ้นไป	284	88.47
10 ชั่วโมง ขึ้นไป	26	8.10
ตั้งแต่ 12 ชั่วโมง ขึ้นไป	4	1.25
ระดับตำแหน่ง		
ระดับปฏิบัติการ	168	52.34
ระดับจัดการ	121	37.70
ระดับบังคับบัญชา	32	9.97
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	422	75.39
มีโรคประจำตัว	79	24.61
ประวัติโรคทางจิตเวช		
ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช	298	92.83
มีประวัติโรคทางจิตเวช	23	7.17

จากตารางที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานบริษัททั้งสิ้น 321 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ให้ข้อมูลที่บริโภคกาแฟ โดยข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุประมาณ 34 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,001 – 50,000 บาท อายุงานโดยเฉลี่ยคือ 6 ปี - 10 ปี 11 เดือนหรือน้อยกว่า ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยประมาณ 9 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 52 หรือกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทำงานอยู่ในระดับปฏิบัติการ และส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคทางจิตเวช

สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว จำนวน 79 คน ประกอบด้วยโรค ภูมิแพ้ 26 คน (32.91%) ไทรอยด์ ไฮโปไทรอยด์ ไฮเปอร์ไทรอยด์ มะเร็งไทรอยด์ 9 คน (11.39%) ความดันโลหิตสูง/ต่ำ 16 คน (20.25%) ไมเกรน 8 คน (10.13%) เบาหวาน 5 คน (6.33%) โรคกระเพาะ 4 คน (5.06%) โลหิตจาง 3 คน (3.80%) โรคแพ้ภูมิตัวเอง (SLE) 2 คน (2.53%) หอบหืด 2 คน (2.53%) โรคหัวใจ 2 คน (2.53%) ไชมันในเลือดสูง 1 คน (1.27%) ไชมันในเลือด 1 คน (1.27%) รูมาตอย 1 คน (1.27%) เส้นโลหิตสมองโป่งพอง 1 คน (1.27%) และ โรคพรัองเอนไซม์ (G6PD) 1 คน (1.27%)

สำหรับผู้มีประวัติโรคทางจิตเวช จำนวน 23 คน ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า 14 คน (60.87%), โรควิตกกังวล 3 คน (13.04%), โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ไบโพลาร์) 1 คน (4.35%) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างระบุอื่น ๆ 5 คน (21.74%) ประกอบด้วย โรคจิตเภท 1 คน, ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) 1 คน, และ การจัดการอารมณ์ 1 คนและอีก 2 คนไม่ระบุโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

1.2 ข้อมูลการบริโภคกาแฟ

จากการเก็บข้อมูลของพนักงานบริษัททั้งหมด 1,406 คน พบว่า ได้รับข้อมูลตอบกลับ จำนวน 347 ชุด ข้อมูล โดยข้อความแรกเกี่ยวกับประสบการณ์การบริโภคกาแฟ “คุณดื่มกาแฟ ใช่หรือไม่” นั้นพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 347 คน เมื่อจัดสรรข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามเกณฑ์การคัดออกและคัดกรองข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม แสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟ จำนวน 328 คน และกลุ่มที่ไม่ดื่มกาแฟ จำนวน 19 คน โดยในกลุ่มผู้ที่ไม่ดื่มกาแฟแต่ดื่มกาแฟชนิดอื่น ๆ มี จำนวน 6 คน ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดออก ทำให้ชุดข้อมูลดังกล่าวไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อ และมีผู้ที่ไม่ดื่มกาแฟแต่ไม่ตอบแบบสอบถามอื่น ๆ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 13 คน แม้จะไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก แต่กลับไม่ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามต่ออย่างครบถ้วน ข้อมูลจึงไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อ ทำให้เหลือชุดข้อมูลทั้งหมด 328 ชุดข้อมูล ซึ่งเป็นชุดข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดดื่มกาแฟ และจากชุดข้อมูล 328 ชุดข้อมูลนี้ มีผู้ตอบคำถามไม่ครบถ้วน หรือเว้นว่างการตอบแบบสอบถามจำนวนหลายข้อ จำนวน 7 คน ข้อมูลจึงไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ต่อ ทำให้เหลือชุดข้อมูลในการวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 321 ชุดข้อมูล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการบริโภคกาแฟของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน (N=321)

ข้อมูลการบริโภคกาแฟ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณดื่มกาแฟหรือไม่ (N=347)		
ดื่มกาแฟ (มี 321 คน ที่ให้ข้อมูลครบถ้วน)	328	94.53
ไม่ดื่มกาแฟและไม่ตอบคำถามอื่น	13	3.74
ไม่ดื่มกาแฟแต่ดื่มกาแฟชนิดอื่น	6	1.73
(ตัดออกตามเกณฑ์การคัดออก)		
ดื่มกาแฟตั้งแต่อายุเท่าไร (ปี)		
อายุเฉลี่ยของการเริ่มดื่มกาแฟ ประมาณ 19 ปี (19.22 ± SD 4.81) min 10 max 47		
19 ปี หรือน้อยกว่า	182	56.70
20 – 29 ปี	123	38.32
30 – 39 ปี	14	4.36
40 ปี หรือมากกว่า	2	0.62
ดื่มกาแฟวันละกี่แก้วต่อวัน (1 แก้ว ปริมาณ 250 มล.)		
1 แก้ว	180	56.07
2 แก้ว	112	34.89
3 แก้ว	18	5.61
4 แก้ว	1	0.31
อื่น ๆ (บ้างเลือกอื่น ๆ แต่ไม่บอก แต่ส่วนใหญ่บอกว่า น้อยกว่า 1 แก้ว)	10	3.12
ชนิดของกาแฟที่ดื่ม (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
กาแฟสด		
ดื่ม	301	93.77
ไม่ดื่ม	20	6.23
กาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม		
ดื่ม	71	22.12
ไม่ดื่ม	250	77.88
กาแฟผงหรือกาแฟสำเร็จรูป		
ดื่ม	132	41.12
ไม่ดื่ม	189	58.88

ข้อมูลการบริโภคกาแฟ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รูปแบบของกาแฟที่ดื่ม (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
ร้อน		
ดื่ม	190	59.19
ไม่ดื่ม	131	40.81
เย็น		
ดื่ม	292	90.97
ไม่ดื่ม	29	9.03
ปั่น		
ดื่ม	94	29.28
ไม่ดื่ม	227	70.72
เมนูกาแฟที่ดื่มเป็นประจำ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
เอสเปรสโซ		
ดื่ม	112	34.89
ไม่ดื่ม	209	65.11
อเมริกาโน่		
ดื่ม	153	47.66
ไม่ดื่ม	168	52.34
คาปูชิโน		
ดื่ม	122	38.01
ไม่ดื่ม	199	61.99
มอคค่า		
ดื่ม	91	28.35
ไม่ดื่ม	230	71.65
ลาเต้		
ดื่ม	162	50.47
ไม่ดื่ม	159	49.53
คาราเมลมัคคิอาโต		
ดื่ม	80	24.92
ไม่ดื่ม	241	75.01

ข้อมูลการบริโภคกาแฟ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดื่มเมนูอื่น ๆ		
เช่น กาแฟโบราณ, Dirty, Cold brew, orange	10	3.12
espresso		
ไม่ได้ดื่มเมนูอื่น ๆ เพิ่มเติม	311	96.88
ระดับความหวานของกาแฟที่ดื่ม		
ไม่หวานเลย	94	29.28
หวานน้อย	98	30.53
หวานปานกลาง	71	22.12
หวานปกติ	58	18.07
การดื่มกาแฟแบบไร้คาเฟอีน (decaf)		
ไม่เลย	258	80.37
บางครั้ง	58	18.07
บ่อยครั้ง	5	1.56
ความถี่ในการดื่มกาแฟ		
ดื่มเป็นประจำทุกวัน	174	54.21
4-6 วันต่อสัปดาห์	86	26.79
2-3 วันต่อสัปดาห์	33	10.28
สัปดาห์ละครั้ง	13	4.05
เดือนละครั้ง	9	2.80
อื่น ๆ	6	1.87
เหตุผลในการดื่มกาแฟ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ		
ใช่	210	65.42
ไม่ใช่	111	34.58
แก้่วง		
ใช่	228	71.03
ไม่ใช่	93	28.97
ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน		
ใช่	174	54.21
ไม่ใช่	147	45.79

ข้อมูลการบริโภคกาแฟ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ		
ใช่	239	74.45
ไม่ใช่	82	25.55
อื่น ๆ		
เช่น อยากรอกออกไปเปลี่ยนบรรยากาศ ฯลฯ	15	4.67
ไม่ใช่	306	95.33
นอกจากกาแฟแล้ว ต้มเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของกาแฟอื่นหรือไม่		
ไม่ต้มเลย	24	7.48
ต้มทั้ง ชา, โกโก้, ช็อคโกแลต, น้ำอัดลม, ชานม และเครื่องดื่มชูกำลัง	297	92.52

จากตารางที่ 2 จะสังเกตได้ว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มกาแฟจะน้อยกว่านี้ เนื่องจากกลุ่มผู้ที่ไม่ดื่มกาแฟอาจจะไม่ส่งแบบสอบถามกลับมาเพราะจากตนเองไม่ได้ดื่มกาแฟ ดังจะเห็นได้จากผู้ไม่ดื่มกาแฟทั้ง 13 คน ที่ได้ส่งแบบสอบถามกลับมานั้น ไม่ได้ตอบข้อคำถามอื่น ๆ ทั้งฉบับ ทำให้ข้อมูลจากการศึกษานี้ทั้งหมดแล้วมาจากพนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟทั้งสิ้น จำนวน 321 คน พบว่า ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นดื่มกาแฟคือ 19 ปี หรือกว่าร้อยละ 56.70 เริ่มดื่มกาแฟตั้งแต่ 19 ปีหรืออายุน้อยกว่า โดยเฉลี่ยต่อวันส่วนใหญ่ดื่มกาแฟวันละ 1 แก้ว ชนิดของกาแฟที่พนักงานเลือกดื่มมากที่สุด คือ กาแฟสด คิดเป็นร้อยละ 93.77 รองลงมาคือ กาแฟผงหรือกาแฟสำเร็จรูป และกาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม ตามลำดับ รูปแบบกาแฟที่พนักงานบริษัทเลือกดื่มมากที่สุด คือ รูปแบบเย็น คิดเป็นร้อยละ 90.97 รองลงมาคือ รูปแบบร้อนและรูปแบบปั่นตามลำดับ เมนูกาแฟที่เลือกดื่มเป็นประจำมากที่สุด คือ เมนูลาเต้ คิดเป็นร้อยละ 50.47 รองลงมา คือ อเมริกาโน่ คาปูชิโน่ เอสเพรสโซ มอคค่า คาราเมลมัคคิอาโต และกาแฟเมนูอื่น ๆ เช่น กาแฟโบราณ, Dirty, Cold brew, orange espresso ตามลำดับ การเพิ่มความหวานในเมนูกาแฟ พบว่าส่วนใหญ่ดื่มกาแฟแบบหวานน้อยหรือไม่หวานเลย ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน และไม่ได้เลือกดื่มกาแฟแบบไร้กาแฟอื่น (decaf) มีความถี่ในการดื่มกาแฟเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 54.21 โดยเหตุผลในการดื่มกาแฟส่วนใหญ่เพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ คิดเป็นร้อยละ 74.45 รองลงมาคือ เพื่อแก้แ้ว เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และเหตุผลอื่น ๆ เช่น อยากรอกออกไปเปลี่ยนบรรยากาศ เป็นต้น ตามลำดับ ซึ่งนอกจากดื่มกาแฟแล้ว ส่วนใหญ่ยังดื่มเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของกาแฟอื่นด้วย อาทิ ชา, โกโก้, ช็อคโกแลต, น้ำอัดลม, ชานม และ เครื่องดื่มชูกำลัง

1.3 ข้อมูลภาวะติดกาเฟอีน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการติดกาเฟอีนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน (N=321)

ข้อมูลภาวะติดกาเฟอีน	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ต้องดื่มกาแฟปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งแรกที่ดื่มใหม่ ๆ เพื่อที่จะให้กาแฟออกฤทธิ์เท่าเดิม	110 (34.27)	211 (65.73)
2. เมื่อคุณหยุดหรือลดการดื่มกาแฟลง คุณมีอาการปวดหัว อารมณ์แปรปรวน ง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิหรือสมองไม่ปลอดโปร่ง หรือคุณต้องดื่มกาแฟเพื่อไม่ให้เกิดอาการเหล่านี้	168 (52.34)	153 (47.66)
3. คุณดื่มกาแฟมากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนแรก	162 (50.47)	159 (49.53)
4. คุณได้พยายามลดหรือหยุดดื่มกาแฟ แต่ทำไม่สำเร็จ	175 (54.52)	146 (45.48)
5. คุณใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสาะหากาแฟมาดื่ม หรือ อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของกาแฟในแต่ละวัน	62 (19.31)	259 (80.69)
6. การดื่มกาแฟของคุณทำให้คุณลดเวลาทำกิจกรรมที่ควรทำ เช่น รับประทานอาหารนอนหลับพักผ่อน	45 (14.02)	276 (85.98)
7. คุณไม่หยุดดื่มกาแฟ แม้จะรู้ว่าการดื่มกาแฟจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ	153 (47.66)	168 (52.34)
8. การดื่มกาแฟ ทำให้คุณบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบ หรือ เคยก่อให้เกิดปัญหา เช่น ใจสั้น มือสั่น มีอาการถอน จนมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือ ใช้เวลาไปกับกาแฟจนเบียดบังเวลางาน	39 (12.15)	282 (87.85)
9. คุณเคยดื่มกาแฟในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น ดื่มในขณะที่ตั้งครุฑ (ในสตรี) หรือดื่มทั้ง ๆ ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช	36 (11.21)	285 (88.79)
10. คุณมีความต้องการดื่มกาแฟอย่างมาก	112 (34.89)	209 (65.11)
11. คุณยังคงดื่มกาแฟทั้ง ๆ ที่การดื่มของคุณทำให้เกิดปัญหา กับคนในครอบครัวและคนอื่น เช่น ถกเถียงเรื่องค่าใช้จ่ายจากกาแฟ หรือ มีคนอื่น เช่น แพทย์ตักเตือนให้คุณหยุดดื่มกาแฟ	29 (9.03)	292 (91.97)

จากตารางที่ 3 เป็นผลการสำรวจภาวะติดกาเฟอีนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานบริษัท ซึ่งจากคะแนนรวมที่มีค่าระหว่าง 0 – 11 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการประเมินภาวะติดกาเฟอีนเท่ากับ 3.40 (SD 2.36) ค่าต่ำสุด คือ 0 คะแนน และมากที่สุด คือ 11 คะแนน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ที่ติดกาเฟอีนและไม่ติดกาเฟอีน นั่นคือ หากกลุ่มตัวอย่างตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อเป็นต้นไป หมายถึง กลุ่มตัวอย่างคนนั้น ๆ เป็นผู้ที่มีภาวะติดกาเฟอีน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 321 คน โดยส่วนใหญ่มีผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 248 คน คิดเป็นร้อยละ 77.26 และอีก 73 คน คิดเป็นร้อยละ 22.74 จัดเป็นกลุ่มผู้ที่ไม่มีความติดกาเฟอีน โดยการแบ่งกลุ่มดังกล่าวนี้จะใช้ในการวิเคราะห์ในขั้นถัดไป

1.4 ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของข้อมูลสุขภาพจิตรายข้อในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	Mean ± SD	min	max
1. เบื่อ ๆ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	1.07 ± 0.69	0	3
2. ไม่สบาย ซึมเศร้า หรือท้อแท้	0.79 ± 0.70	0	3
3. หลับยาก หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนหลับมากไป	0.92 ± 0.87	0	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0.81 ± 0.75	0	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0.81 ± 0.80	0	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือ เป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง	0.65 ± 0.87	0	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0.95 ± 0.78	0	3
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	0.34 ± 0.61	0	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี	0.29 ± 0.68	0	3

จากตารางที่ 4 ผลของการประเมินสุขภาพจิตของพนักงานบริษัท จำนวน 9 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 27 คะแนน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิต เท่ากับ 6.63 (SD 4.83) คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 24 คะแนน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ระดับอาการทางสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	178	55.44
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	96	29.91
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	43	13.40
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับสูง	4	1.25

ผลการประเมินสุขภาพจิตในตารางที่ 4 นำมาจัดกลุ่มระดับสุขภาพจิตตามเกณฑ์ของ PHQ-9 ได้ทั้งหมด 4 ระดับ ซึ่งแสดงผลตามตารางที่ 5 พบว่า โดยส่วนใหญ่หรือกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (55.44%) ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า รองลงมา คือ มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลสุขภาพจิตรายข้อในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)	มีบางวัน/ไม่ บ่อย จำนวน (ร้อยละ)	มีค่อนข้าง บ่อย จำนวน (ร้อยละ)	มีเกือบทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)
เบื่อ ๆ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	59 (18.38)	187 (58.26)	69 (21.50)	6 (1.87)
ไม่สบาย ซึมเศร้า หรือท้อแท้	115 (35.83)	165 (51.40)	36 (11.21)	5 (1.56)
หลับยาก หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนหลับมากไป	113 (35.20)	144 (44.86)	41 (12.77)	23 (7.17)
เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	119 (37.07)	150 (46.73)	45 (14.02)	7 (2.18)
เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	130 (40.50)	128 (39.88)	56 (17.45)	7 (2.18)
รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือ เป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง	181 (56.39)	87 (27.10)	37 (11.53)	16 (4.98)
สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	99 (30.84)	145 (45.17)	71 (22.12)	6 (1.87)
พูดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	231 (71.96)	73 (22.74)	14 (4.36)	3 (0.93)
คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียดายดี	258 (80.37)	46 (14.33)	5 (1.56)	12 (3.74)

1.5 ข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ข้อมูลการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนใหญ่มักเข้านอนเวลาใด		
อยู่ในช่วง 20:00 น.	2	0.62
อยู่ในช่วง 21:00 น.	9	2.80
อยู่ในช่วง 22:00 น.	56	17.45
อยู่ในช่วง 23:00 น.	84	26.17
อยู่ในช่วง 24:00 น.	132	41.13
อยู่ในช่วง 00:30 น. เป็นต้นไป	38	11.84
ใช้เวลาประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป		
ไม่เกิน 30 นาที	229	71.34
31 นาที – 1 ชั่วโมง	84	26.17
1 ชั่วโมง 1 นาที – 2 ชั่วโมง	7	2.18
มากกว่า 2 ชั่วโมง	1	0.31
ปกติจะลุกจากที่นอนเวลาใด		
อยู่ในช่วง 6:00 น.	74	23.05
อยู่ในช่วง 7:00 น.	107	33.33
อยู่ในช่วง 8:00 น.	90	28.04
อยู่ในช่วง 9:00 น.	33	10.28
อยู่ในช่วง 10:00 น.	7	2.18
อื่น ๆ	10	3.12
ปกติแล้วนอนหลับโดยเฉลี่ยได้คืนละกี่ชั่วโมง		
5 ชั่วโมง หรือต่ำกว่า	15	4.67
ประมาณ 6 ชั่วโมง	97	30.22
ประมาณ 7 ชั่วโมง	114	35.51
ประมาณ 8 ชั่วโมง	90	28.04
ประมาณ 9 ชั่วโมง หรือมากกว่า	5	1.56

ข้อมูลการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับโดยรวมเป็นอย่างไร		
ดีมาก	43	13.40
ดี	204	63.55
ไม่ค่อยดี	67	20.87
ไม่ดีเลย	7	2.18
ใช้ยานอนหลับหรือไม่		
ไม่ใช้	276	85.98
ใช้บางวัน (1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	33	10.28
ใช้ทุกวัน	12	3.74
รู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างขับรถ กินอาหาร หรือ ร่วมงานสังสรรค์		
ไม่เคยเลย	102	31.78
บางวัน (1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์)	189	58.88
เกือบทุกวัน (4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์)	26	8.10
ทุกวัน	4	1.25
รู้สึกว่ากรนอนหลับเป็นปัญหาหรือไม่ ในการทำงานให้ สำเร็จ		
ไม่เป็นปัญหาเลย	162	50.47
เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย	148	46.11
เป็นปัญหาพอสมควร	9	2.80
เป็นปัญหามาก	2	0.62

จากตารางที่ 7 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานบริษัท พบว่า ส่วนใหญ่ มักเข้านอนในช่วง 24:00 น. (41.13%) ร้อยละ 71.34 ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป โดยปกติ แล้วจะตื่นนอนอยู่ในช่วง 7:00 น. โดยที่ช่วงเวลาตื่นนอนที่ระบุว่า อื่น ๆ คือ ผู้ที่ตื่นนอนอยู่ในช่วง 3:00 น. ถึงก่อน 6:00 น. ประกอบด้วย ผู้ที่ตื่นนอนในช่วง 3:00 น. จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.31 ผู้ที่ตื่นนอนอยู่ในช่วง 4:00 น. จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.31 และผู้ที่ตื่นนอนในช่วง 5:00 น. จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.49 นอนหลับเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมงต่อคืน โดยรวมประเมินคุณภาพการนอนของตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 63.55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยานอนหลับกว่าครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 58.88 รู้สึกง่วงเป็นบางวันในระหว่างขับรถ กิน

อาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์ และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 50.47 มองว่าการนอนหลับไม่ปัญหาในการทำงานให้สำเร็จ รองลงมามองว่าเป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของปัญหาการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมรบกวนการนอนหลับ พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ปัญหาการนอนช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	Mean ± SD	min	max
1. นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 น.	0.86 ± 0.78	0	3
2. ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ	0.95 ± 0.89	0	3
3. ตื่นเข้าห้องน้ำ	0.93 ± 0.90	0	3
4. หายใจติดขัด	0.31 ± 0.64	0	3
5. ไอ หรือกรนเสียงดัง	0.65 ± 1.00	0	3
6. รู้สึกหนาวเกินไป	0.56 ± 0.78	0	3
7. รู้สึกร้อนเกินไป	0.44 ± 0.65	0	3
8. ฝันร้าย	0.65 ± 0.73	0	3
9. เจ็บหรือปวดตามตัว	0.54 ± 0.80	0	3

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมกรนอนหลับซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุในการรบกวนการนอนหลับ โดยข้อคำถามทั้ง 9 ข้อนี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 ของการพิจารณาเรื่องคุณภาพการนอนหลับ ผลของการประเมินปัญหาทางด้านสาเหตุที่รบกวนการนอนของพนักงานบริษัท จำนวน 9 ข้อนี้ จึงมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 27 คะแนน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัญหาการนอนอันเนื่องมาจากสาเหตุที่รบกวนการนอนนี้ เท่ากับ 5.59 (SD 4.26) คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 21 คะแนน

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลปัญหาการนอนที่รบกวนด้วยสาเหตุทั้ง 9 ประการนี้ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมรบกวนการนอนหลับ พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

ปัญหาการนอนช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่มีปัญหาเลย (0) จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหาน้อย กว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (1) จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (2) จำนวน (ร้อยละ)	มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (3) จำนวน (ร้อยละ)
นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว นานกว่า 30 นาที	112 (34.89)	152 (47.35)	47 (14.64)	10 (3.12)
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติ	120 (37.38)	111 (34.58)	75 (23.36)	15 (4.67)
ตื่นเข้าห้องน้ำ	120 (37.38)	124 (38.63)	55 (17.13)	22 (6.85)
หายใจติดขัด	254 (79.13)	37 (11.53)	29 (9.03)	1 (0.31)
ไอ หรือกรนเสียงดัง	204 (63.55)	59 (18.38)	25 (7.79)	33 (10.28)
รู้สึกหนาวเกินไป	192 (59.81)	83 (25.86)	40 (12.46)	6 (1.87)
รู้สึกร้อนเกินไป	205 (63.86)	95 (29.60)	17 (5.30)	4 (1.25)
ฝันร้าย	155 (48.29)	131 (40.81)	28 (8.72)	7 (2.18)
เจ็บหรือปวดตามตัว	199 (61.99)	83 (25.86)	27 (8.41)	12 (3.74)

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นถึงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานบริษัท ที่ถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับด้วยปัญหาทั้ง 9 ประการนี้ ซึ่งคำถามทั้ง 9 ข้อนี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ 5 ของแบบสอบถาม เพื่อประเมินคุณภาพการนอนเท่านั้น

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จากผลคะแนนรวมทั้งหมด 7 องค์ประกอบ โดยแบ่งกลุ่มตามคุณภาพการนอน พนักงานบริษัทจำนวน 321 คน (N=321)

คุณภาพการนอน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนที่ไม่ดี	302	94.08
คุณภาพการนอนที่ดี	19	5.92

ผู้วิจัยได้รวมคะแนนคุณภาพการนอนหลังจากองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ โดยจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 21 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานบริษัทมีค่าเฉลี่ยคะแนนการนอนจากทั้ง 7 องค์ประกอบเท่ากับ 9.01 คะแนน (SD 2.33) คะแนนต่ำสุด คือ 3 และมากที่สุด คือ 16 คะแนน จากคะแนนรวมดังกล่าว สามารถนำมาจัดระดับคุณภาพการนอนตามเกณฑ์ของแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และกลุ่มคะแนนรวมที่มากกว่า 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จากกลุ่มตัวอย่าง 321 คน พบว่า ส่วนใหญ่หรือกว่าร้อยละ 94.08 มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ดังปรากฏผลตามตารางที่ 10

1.6 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

จากข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คน (76.32%) ตอบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ และ 45 คน (14.02%) เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว รวมทั้งหมด 290 คน (90.34%) ทำให้ชุดข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 31 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.66

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานบริษัทที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ จำนวน 31 คน (n=31)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ปกติสูบบุหรี่วันละกี่มวน		
10 มวนหรือน้อยกว่า	29	93.55
11 – 20 มวน	2	6.45
หลังตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน	7	22.58
6 – 30 นาทีหลังตื่นนอน	2	6.45
31 – 60 นาทีหลังตื่นนอน	14	45.16
มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน	8	25.81
สูบบุหรี่จัดในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)		
ใช่	2	6.45
ไม่ใช่	29	93.55
บุหรี่มวนไหนที่อยากเลิกมากที่สุด		
มวนแรกตอนเช้า	8	25.81
มวนอื่น ๆ	23	74.19

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกลำบากหรือยุ่งยากที่ต้องอยู่ใน “เขตปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ร้านอาหาร		
รู้สึกลำบาก	2	6.45
ไม่รู้สึกลำบาก	29	93.55
ยังคงต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่ใช่	31	100.00

จากตารางที่ 11 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของพนักงานบริษัทที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่โดยปกติแล้วสูบบุหรี่จำนวน 10 มวน หรือน้อยกว่า บุหรี่มวนแรกสูบลหลังจากตื่นนอน 31 – 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 45.16 ส่วนใหญ่ไม่ได้สูบบุหรี่จัดในช่วงชั่วโมงแรกหลังตื่นนอน สำหรับบุหรี่ยอดนิยมที่สูบลมากที่สุด คือ บุหรี่มวนอื่นๆ ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่ไม่ได้รู้สึกลำบากใจหรือยุ่งยากที่ต้องอยู่ใน “เขตปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร หรือร้านอาหาร และทุกคนปฏิเสธการสูบบุหรี่ ขณะที่เจ็บป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 12 ระดับการแปลผลคะแนนการติดสารนิโคตินจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=31)

ระดับการติดสารนิโคติน	จำนวน	ร้อยละ
ยังไม่ติดสารนิโคติน	23	74.19
ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง	8	25.81
ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมาก	0	0.00
ไปในการพัฒนาไปเป็นระดับสูง		
ติดสารนิโคตินในระดับสูง	0	0.00
ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก	0	0.00

Mean = 1.71, SD = 1.58
(Min = 0, Max = 5)

จากตารางที่ 12 สำหรับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มคนที่สูบบุหรี่มาจนถึงปัจจุบัน (n=31) จากการแปลผลคะแนนแบบสอบถาม คือ 1.71 คะแนน (SD 1.58) คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน และคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน ดังนั้น เมื่อจัดกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จนกระทั่งปัจจุบันว่าจัดอยู่ในระดับใดของการติดสารนิโคติน พบว่า มีผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน จำนวน 23 คน (74.19%) ซึ่งหมายถึง อยู่ในระดับที่ยังไม่ติดสารนิโคติน และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 4 – 5 คะแนน จำนวน 8 คน (25.81%) หมายถึง ผู้ที่ติดสารนิโคตินอยู่

ในระดับปานกลาง ดังนั้น จากกลุ่มตัวอย่าง 31 คน จึงไม่มีผู้ใดที่ติดสารนิโคตินระดับกลางค่อนข้างมาก หรือในระดับสูง หรือระดับสูงมาก

1.7 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 321 คน มีผู้ที่ไม่ดื่มสุรา จำนวน คน 71 คน (22.12%) ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาการดื่มสุรามาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน (77.88%) ปรากฏผลดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการดื่มสุราของพนักงานบริษัท

การดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความบ่อยของการดื่มสุรา (N = 321)		
ไม่เคยเลย	71	22.12
เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	149	46.42
2 – 4 ครั้งต่อเดือน	89	27.73
2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	3	0.93
4 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน	9	2.80
เมื่อดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วดื่มปริมาณเท่าไรต่อวัน (n=250)		
1 – 2 ดื่มมาตรฐาน	129	51.60
3 – 4 ดื่มมาตรฐาน	90	36.00
5 – 6 ดื่มมาตรฐาน	20	8.00
7 – 9 ดื่มมาตรฐาน	2	0.80
ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป	9	3.60
บ่อยครั้งเพียงใดที่ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป (n=250)		
ไม่เคยเลย	89	35.60
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	105	42.00
เดือนละครั้ง	42	16.80
2 – 3 สัปดาห์ละครั้ง	11	4.40
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	3	1.20

การดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ในช่วง 1 ปีที่แล้ว บ่อยครั้งเพียงใดที่พบว่า ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว (n=250)		
ไม่เคยเลย	161	64.40
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	55	22.00
เดือนละครั้ง	28	11.20
2 – 3 สัปดาห์ละครั้ง	4	1.60
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	2	0.80
ในช่วง 1 ปีที่แล้ว บ่อยครั้งแค่ไหนที่ไม่ได้ทำสิ่งที่ควรทำตามปกติ เพราะมัวแต่ไปดื่มสุรา (n=250)		
ไม่เคยเลย	202	80.80
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	43	17.20
เดือนละครั้ง	3	1.20
2 – 3 สัปดาห์ละครั้ง	1	0.40
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	1	0.40
ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่ต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา (n=250)		
ไม่เคยเลย	239	95.60
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	10	4.00
เดือนละครั้ง	1	0.40
ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงใดที่รู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป (n=250)		
ไม่เคยเลย	209	83.60
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	37	14.80
เดือนละครั้ง	4	1.60
ในช่วง 1 ปีที่แล้ว บ่อยเพียงใดที่ไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าดื่มสุราเข้าไป (n=250)		
ไม่เคยเลย	182	72.80
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	58	23.20

การดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เดือนละครั้ง	6	2.40
2 – 3 สัปดาห์ละครั้ง	4	1.60
ตัวเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุรา		
ของคุณหรือไม่ (n=250)		
ไม่เคยเลย	233	93.20
เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว	16	6.40
เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	1	0.40
เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติ		
พี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มสุราของคุณ (n=250)		
ไม่เคยเลย	214	85.60
เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว	30	12.00
เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	6	2.40

จากตารางที่ 13 ของข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเพียงเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 51.60 ซึ่งดื่มสุราในปริมาณ 1 – 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้ที่ดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเปียร์ 4 กระจบอง หรือ 2 ขวดใหญ่ ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป เพียงแค่เดือนละครั้งในช่วง 1 ปีที่แล้ว พบว่าส่วนใหญ่สามารถหยุดดื่มได้หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว คิดเป็นร้อยละ 64.40 ส่วนใหญ่ยังคงทำสิ่งที่ควรทำได้ตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 80.80 เมื่อตื่นนอนตอนเช้าส่วนใหญ่ร้อยละ 95.60 ไม่ต้องรีบดื่มสุราทันที เพื่อจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือเพื่อถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนก่อนหน้า ร้อยละ 83.60 ไม่เคยรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป ร้อยละ 72.80 ยังคงจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในคืนที่ผ่านมา ที่ดื่มสุราเข้าไป โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 93.20 ตนเองหรือคนอื่นไม่เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุราของตนเอง และยังไม่เคยถูกแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติที่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของตน

ตารางที่ 14 ระดับการแปลผลความเสี่ยงจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (n=250)

ระดับความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงต่ำ	196	78.40
ระดับความเสี่ยงสูง	48	19.20
ความเสี่ยงในระดับอันตราย	4	1.60
เป็นผู้ติดแอลกอฮอล์	2	0.80
Mean = 4.90, SD = 4.04		
(Min = 1, Max = 24)		

จากตารางที่ 14 จากกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ยรวมจากแบบสอบถาม เพื่อประเมินปัญหาการดื่มสุรา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ดื่มแอลกอฮอล์ คือ 4.90 คะแนน (SD 4.04) คะแนนต่ำสุด คือ 1 คะแนน และ คะแนนสูงสุด คือ 24 คะแนน จากช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 40 คะแนน ดังนั้น เมื่อจัดกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์ พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำมีจำนวน 196 คน (78.40%) ผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับสูง 48 คน (19.20%) ผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับอันตราย 4 คน (1.60%) และผู้ที่เป็นบุคคลติดแอลกอฮอล์ 2 คน (0.80%)

1.8 ข้อมูลการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลการใช้สารเสพติดในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน (N=321)

ชนิดสารเสพติด	จำนวน (ร้อยละ)	
	ใช้	ไม่ใช้
ยานอนหลับ	67 (20.87)	254 (79.13)
กัญชา	46 (14.33)	275 (85.67)
ยาบ้า	0 (0.00)	321 (100.0)
ยาไอซ์	5 (1.56)	316 (98.44)
กระท่อม	18 (5.61)	303 (94.39)
เฮโรอีน (สารโอปิออยด์)	0 (0.00)	321 (100.0)
ยาเค	0 (0.00)	321 (100.0)
ยาอี	0 (0.00)	321 (100.0)
สารระเหย	8 (2.49)	313 (97.51)
อื่น ๆ (LSD)	1 (0.31)	320 (99.69)

จากตารางที่ 15 จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 321 คน พบว่า 233 คน คิดเป็นร้อยละ 72.59 ไม่ได้ใช้สารเสพติดใดใด และมีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 27.41 ที่ใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถระบุได้มากกว่า 1 ชนิด จากตารางที่ 15 พบว่า สารเสพติดที่ถูกใช้มากที่สุด คือ ยานอนหลับ (20.87%) รองลงมา คือ กัญชา กระท่อม สารระเหย ยาไอซ์ และสารเสพติดอื่น ๆ คือ LSD ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

สอดคล้องจากข้อมูลการดื่มกาแฟข้างต้น (ดูตารางที่ 3) หากกลุ่มตัวอย่างตอบ “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อเป็นต้นไป หมายถึง กลุ่มตัวอย่างคนนั้น ๆ เป็นผู้ที่มีภาวะติดกาเฟอีน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 321 คน มีผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 248 คน (77.26%) และ 73 คน (22.74%) ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะติดกาเฟอีน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีน และกลุ่มที่ติดกาเฟอีน ในข้อมูลด้านทั่วไป

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มกาแฟ ข้อมูลการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด คุณภาพการนอน และสุขภาพจิต กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทจำนวน 321 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	เพศ					
หญิง	46	63.01	190	76.61	6.684 ^a	0.035
ชาย	26	35.62	52	20.97		
อื่น ๆ	1	1.37	6	2.42		
ช่วงอายุ						
30 ปี หรือน้อยกว่า	22	30.14	94	37.90	1.959 ^a	0.581
31 – 40 ปี	40	54.79	117	47.18		
41 – 50 ปี	10	13.70	31	12.50		
51 ปี หรือมากกว่า	1	1.37	6	2.42		
สถานภาพสมรส						
โสด	48	65.75	166	66.93	3.172 ^a	0.205
คู่/สมรส	24	32.88	67	27.02		
แยกทาง หย่าร้าง หม้าย	1	1.37	15	6.05		
เสียชีวิต						

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
น้อยกว่าปริญญาตรี	1	1.37	1	0.40	3.517 ^a	0.172
ปริญญาตรี	44	60.27	176	70.97		
สูงกว่าปริญญาตรี	28	38.36	71	28.63		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
5,001 – 15,000 บาท	2	2.74	1	0.40	7.015 ^a	0.135
15,001 – 30,000 บาท	13	17.81	52	20.97		
30,001 – 50,000 บาท	27	36.99	115	46.37		
50,001 – 100,000 บาท	25	34.25	69	27.82		
มากกว่า 100,001 บาท	6	8.22	11	4.44		
อายุงาน (ปี-เดือน)						
น้อยกว่า 11 ปี	61	83.56	221	89.11	1.652 ^a	0.438
11 ปี - น้อยกว่า 21 ปี	10	13.70	22	8.87		
ตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป	2	2.74	5	2.02		
ช่วงเวลาการทำงาน						
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	1	1.37	6	2.42	0.294 ^a	0.863
8 ชั่วโมง - น้อยกว่า 10 ชั่วโมง	65	89.04	219	88.31		
ชั่วโมง						
ตั้งแต่ 10 ชั่วโมงขึ้นไป	7	9.59	23	9.27		
ระดับตำแหน่ง						
ระดับปฏิบัติการ	43	58.90	125	50.40	1.752 ^a	0.416
ระดับจัดการ	23	31.51	98	39.52		
ระดับบังคับบัญชา	7	9.59	25	10.08		
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	60	82.19	182	73.39	2.356 ^a	0.125
มีโรคประจำตัว	13	17.81	66	26.61		

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช	68	93.15	230	92.74	0.522 ^a	0.971
มีประวัติโรคทางจิตเวช	5	6.85	18	7.26		
ดื่มกาแฟตั้งแต่อายุเท่าไร (ปี)						
19 ปี หรือน้อยกว่า	35	47.95	147	59.27	3.106 ^a	0.212
20 – 29 ปี	33	45.21	90	36.29		
30 ปี หรือมากกว่า	5	6.85	11	4.44		
ดื่มกาแฟวันกี่แก้วต่อวัน (1 แก้ว ปริมาณ 250 มล.)						
1 แก้ว หรือน้อยกว่า	62	84.93	128	51.61	25.920 ^a	<0.001
ตั้งแต่ 2 แก้ว ขึ้นไป	11	15.07	120	48.39		
ชนิดของกาแฟที่ดื่ม (ตอบ มากกว่า 1 ข้อ)						
กาแฟสด						
ดื่ม	60	82.19	241	97.18	21.678 ^a	<0.001
ไม่ดื่ม	13	17.81	7	2.82		
กาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม						
ดื่ม	10	13.70	61	24.60	3.889 ^a	0.049
ไม่ดื่ม	63	86.30	187	75.40		
กาแฟผงหรือกาแฟกึ่งสำเร็จรูป						
ดื่ม	23	31.51	109	43.95	3.608 ^a	0.058
ไม่ดื่ม	50	68.49	139	56.05		

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	รูปแบบของกาแฟที่ดื่ม (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)					
ร้อน						
ดื่ม	38	52.05	152	61.29	1.991 ^a	0.158
ไม่ดื่ม	35	47.95	96	38.71		
เย็น						
ดื่ม	58	79.45	234	94.35	15.242 ^a	<0.001
ไม่ดื่ม	15	20.55	14	5.65		
ปั่น						
ดื่ม	14	19.18	80	32.26	4.660 ^a	0.031
ไม่ดื่ม	59	80.82	168	67.74		
เมนูกาแฟที่ดื่มเป็นประจำ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)						
เอสเปรสโซ						
ดื่ม	14	19.18	98	39.52	10.269 ^a	0.001
ไม่ดื่ม	59	80.82	150	60.48		
อเมริกาโน่						
ดื่ม	29	39.73	124	50.00	2.386 ^a	0.122
ไม่ดื่ม	44	60.27	124	50.00		
คาปูชิโน						
ดื่ม	13	17.81	109	43.95	16.360 ^a	<0.001
ไม่ดื่ม	60	82.19	139	56.05		
มอคค่า						
ดื่ม	22	30.14	69	27.82	0.149 ^a	0.700
ไม่ดื่ม	51	69.86	179	72.18		
ลาเต้						
ดื่ม	36	49.32	126	50.81	0.050 ^a	0.823
ไม่ดื่ม	37	50.68	122	49.19		

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คาราเมลมัคคิอาโต						
ดื่ม	15	20.55	65	26.21	0.966 ^a	0.326
ไม่ดื่ม	58	79.45	183	73.79		
ดื่มเมนูอื่น ๆ						
เช่น กาแฟโบราณ, Dirty, Cold brew, orange espresso	4	5.48	6	2.42	1.750 ^a	0.186
ไม่ได้ดื่มเมนูอื่น ๆ	69	94.52	242	97.58		
เพิ่มเติม						
ระดับความหวานของกาแฟที่ดื่ม						
ไม่หวานเลย	22	30.14	72	29.03	3.370 ^a	0.338
หวานน้อย	25	34.25	73	29.44		
หวานปานกลาง	18	24.66	53	21.37		
หวานปกติ	8	10.96	50	20.16		
การดื่มกาแฟแบบไร์กาเฟอีน (decaf)						
ไม่เลย	59	80.82	199	80.24	0.027 ^a	0.986
บางครั้ง	13	17.81	45	18.15		
บ่อยครั้ง	1	1.37	4	1.61		
ความถี่ในการดื่มกาแฟ						
ดื่มเป็นประจำทุกวัน หรือ 4-6 วัน/สัปดาห์	40	54.79	220	88.71	47.723 ^a	<0.001
2 – 3 วัน/สัปดาห์	14	19.18	19	7.66		
สัปดาห์ละครั้ง หรือน้อยกว่า	19	26.03	9	3.63		

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เหตุผลในการดื่มกาแฟ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)						
เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ						
ใช่	24	32.88	186	75.00	44.237 ^a	<0.001
ไม่ใช่	49	67.12	62	25.00		
แก้่วง						
ใช่	40	54.80	188	75.81	12.100 ^a	0.001
ไม่ใช่	33	45.20	60	24.19		
ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน						
ใช่	30	41.10	144	58.06	6.542 ^a	0.11
ไม่ใช่	43	58.90	104	41.94		
ชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ						
ใช่	42	57.53	197	79.44	14.223 ^a	<0.001
ไม่ใช่	31	42.47	51	20.56		
อื่น ๆ						
เช่น อยากรอกไป	3	4.11	12	4.84	0.067 ^a	0.795
เปลี่ยนบรรยากาศ ฯลฯ						
ไม่ใช่	70	95.89	236	95.16		
นอกจากกาแฟแล้ว ดื่มเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของกาเฟอีนหรือไม่						
ไม่ดื่มเลย	9	12.33	15	6.05	3.216 ^a	0.073
ดื่มทั้ง ชา, โกโก้, ช็อคโกแลต, น้ำอัดลม, ชานม และเครื่องดื่มชูกำลัง	64	87.67	233	93.95		

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบบุหรี่	57	78.08	188	75.81	6.514 ^a	0.038
เคย แต่เลิกแล้ว	14	19.18	31	12.50		
เคย และยังสูบในปัจจุบัน	2	2.74	29	11.69		
ดื่มแอลกอฮอล์						
ดื่ม	48	65.75	202	81.45	8.068 ^a	0.005
ไม่ดื่ม	25	34.25	46	18.55		
การใช้สารเสพติด						
ใช้	18	24.66	70	28.23	0.361 ^a	0.548
ไม่ใช้	55	75.34	178	71.77		
คุณภาพการนอน						
คุณภาพดี	8	10.96	11	4.44	4.310 ^a	0.038
คุณภาพไม่ดี	65	89.04	237	95.56		
ระดับอาการทางสุขภาพจิต และโรคซึมเศร้า						
ไม่มีอาการ	51	69.86	127	51.21	10.503 ^a	0.015
มีอาการระดับน้อย	18	24.66	78	31.45		
มีอาการระดับปานกลาง	3	4.11	40	16.13		
มีอาการระดับสูง	1	1.37	3	1.21		

จากตารางที่ 16 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลการดื่มกาแฟ ข้อมูลการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด คุณภาพการนอน และสุขภาพจิต กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน ซึ่งแบ่งถูกแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์การประเมินภาวะการติดกาเฟอีน ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า เพศ การดื่มกาแฟวันก็แก้วต่อวัน (1 แก้ว ปริมาณ 250 มล.) ชนิดของกาแฟที่ดื่ม ประกอบด้วย กาแฟสด และกาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม รูปแบบของกาแฟที่ดื่ม ประกอบด้วย รูปแบบเย็น และรูปแบบปั่น เมนูกาแฟที่ดื่มเป็นประจำ ประกอบด้วย เอสเพรสโซ และคาปูชิโน, ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์, เหตุผลในการดื่มกาแฟ ประกอบด้วย การดื่มกาแฟเพราะเคยชินและดื่มเป็นประจำ แก้ง่วง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และขึ้นขอบ

กลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และระดับสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของพนักงานบริษัท ระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีนและกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน จำแนกตามระดับสุขภาพจิต 4 ระดับ

สุขภาพจิต	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	51	69.86	127	51.21
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	18	24.66	78	31.45
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3	4.11	40	16.13
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับสูง	1	1.37	3	1.21
ผลรวมคะแนนระหว่าง 0-27 คะแนน	Mean = 4.79, SD = 4.40 (Min = 0, Max = 20)		Mean = 7.17, SD = 4.82 (Min = 0, Max = 24)	

จากตารางที่ 17 พบว่าทั้งกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ร้อยละ 69.86 และ 51.21 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 คุณภาพการนอนของพนักงานบริษัท ระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลคุณภาพการนอนของพนักงานปรับจำแนกตามระดับการนอน (2 ระดับ)

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัทกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีนและกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน จำแนกตามคุณภาพการนอน

คุณภาพการนอน	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนที่ไม่ดี	65	89.04	237	95.56
คุณภาพการนอนที่ดี	8	10.96	11	4.44
ผลรวมคะแนนระหว่าง 0-21 คะแนน	Mean = 8.51, SD = 2.39 (Min = 3, Max = 14)		Mean = 9.16, SD = 2.30 (Min = 4, Max = 16)	

จากตารางที่ 18 พบว่าทั้งกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน ส่วนใหญ่มีปัญหาในการนอนหลัก คือ คุณภาพการนอนไม่ดี ร้อยละ 89.04 และ 95.56 ตามลำดับ

ตารางที่ 19 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัททั้งหมด 321 คน (N=321)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X ²	p-value
	ระดับไม่ดี (n=302)		ระดับดี (n=19)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสุขภาพจิต (ตามเกณฑ์ของมาตรวัด)						
ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรค ซึมเศร้า	159	52.65	19	100.0	16.224 ^a	0.001
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	96	31.79	0	0.00		
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	43	14.24	0	0.00		

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X^2	p-value
	ระดับไม่ดี		ระดับดี			
	(n=302)		(n=19)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	4	1.32	0	0.00		
ระดับสูง						
ระดับสุขภาพจิต						
ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	159	52.65	19	100.0	16.224 ^a	<0.001
มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	143	47.35	0	0.00		

จากตารางที่ 19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square จากกลุ่มตัวอย่างพนักงานทั้งหมด (N=321) พบว่าระดับคุณภาพการนอนสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ที่มีการนอนคุณภาพดีทั้งหมด 19 คน ไม่พบอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า อีกทั้งเมื่อจัดกลุ่มระดับสุขภาพจิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า และมีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ก็ยังคงพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ดังนั้น ปัจจัยของระดับสุขภาพจิตจึงสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน

ตารางที่ 20 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทกลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X^2	p-value
	ระดับไม่ดี		ระดับดี			
	(n=65)		(n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสุขภาพจิต						
ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	43	66.15	8	100.0	3.876 ^a	0.275
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	18	27.69	0	0.00		
ระดับน้อย						
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	3	4.62	0	0.00		
ระดับปานกลาง						

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X^2	p-value
	ระดับไม่ดี		ระดับดี			
	(n=65)		(n=8)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	1	1.54	0	0.00		
ระดับสูง						
ระดับสุขภาพจิต						
ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	43	66.15	8	100.00	3.876 ^a	0.049
มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	22	33.85	0	0.00		

จากตารางที่ 20 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีน ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับคุณภาพการนอนสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิต แต่ทว่า เมื่อจัดกลุ่มระดับสุขภาพจิตออกเป็น 2 กลุ่มคือ ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า และมีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า กลับพบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มผู้ที่ไม่ติดกาเฟอีน

ตารางที่ 21 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพการนอนกับระดับสุขภาพจิตของพนักงานบริษัท กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X^2	p-value
	ระดับไม่ดี		ระดับดี			
	(n=237)		(n=11)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับสุขภาพจิต						
ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	116	48.95	11	100.0	10.967 ^a	0.012
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	78	32.91	0	0.00		
ระดับน้อย						
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	40	16.88	0	0.00		
ระดับปานกลาง						

ตัวแปร	ระดับคุณภาพการนอน				X ²	p-value
	ระดับไม่ดี		ระดับดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า	3	1.27	0	0.00		
ระดับสูง						
ระดับสุขภาพจิต						
ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	116	48.95	11	100.0	10.967 ^a	0.001
มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า	121	51.05	0	0.00		

จากตารางที่ 21 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square จากกลุ่มตัวอย่างพนักงานที่ติดกาเฟอีน (n=248) พบว่า ระดับคุณภาพการนอนสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ เมื่อจัดกลุ่มระดับสุขภาพจิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า และมีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ก็ยังคงพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ดังนั้น ปัจจัยของระดับสุขภาพจิตจึงสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในกลุ่มผู้ที่ติดกาเฟอีน

ส่วนที่ 5 การหาความสัมพันธ์ (Correlation) ตัวแปรสุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัทระหว่างกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีน และกลุ่มที่ติดกาเฟอีน

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัท ทั้งหมด 321 คน (N=321) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนคุณภาพการนอน	
	r	p-value
คะแนนสุขภาพจิต	0.578**	<0.001**

**p < 0.001 (2-tails).

จากตารางที่ 22 ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของคะแนนคุณภาพการนอนและคะแนนสุขภาพจิตของพนักงานบริษัททั้งหมด พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางกับคะแนนสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัทที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน ($n=73$) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนคุณภาพการนอน	
	r	p-value
คะแนนสุขภาพจิต	0.673**	<0.001**

** $p < 0.001$ (2-tails).

จากตารางที่ 23 ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของคะแนนคุณภาพการนอนและคะแนนสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางกับคะแนนสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน ($n=248$) โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)

ปัจจัยที่ศึกษา	คะแนนคุณภาพการนอน	
	r	p-value
คะแนนสุขภาพจิต	0.542**	<0.001**

** $p < 0.001$ (2-tails).

จากตารางที่ 24 ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในของคะแนนคุณภาพการนอนและคะแนนสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน พบว่า คะแนนคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลางกับคะแนนสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทางสุขภาพจิต และคุณภาพการนอน ระหว่างกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test (N=321)

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มไม่ติดกาเฟอีน (n=73)		กลุ่มติดกาเฟอีน (n=248)		t(319)	p-value
	M	SD	M	SD		
คุณภาพการนอน	1.22	0.34	1.31	0.33	-2.109	0.036
สุขภาพจิต	0.53	0.49	0.80	0.54	-3.769	<0.001**

**p < 0.001 (2-tails).

จากตารางที่ 25 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน มีความแตกต่างด้านคุณภาพการนอนและสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความแตกต่างของคุณภาพการนอน มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p < 0.05 และความแตกต่างของสุขภาพจิตมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p < 0.001

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท ด้วยสถิติ Logistic Regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วยวิธี Forward Likelihood ratio

ตารางที่ 26 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท โดยใช้สถิติ Logistic Regression (N=321)

ตัวแปร	B	S.E.(B)	p-value	Adjusted OR	95% CI	
					Lower	Upper
เพศหญิง	0.870	0.374	0.020*	2.387	1.147	4.966
ดื่มกาแฟ 2 – 4 แก้ว/วัน	1.131	0.410	0.006*	3.099	1.387	6.920
ดื่มกาแฟสด	1.814	0.610	0.003*	6.136	1.857	20.279
ดื่มเมนูคาปูชิโน	0.771	0.391	0.049*	2.162	1.005	4.651
ดื่มกาแฟ 4 – 7 วัน / สัปดาห์	1.263	0.397	0.001*	3.534	1.624	7.689
ดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับ	1.017	0.369	0.006*	2.765	1.343	5.694
การดื่มเป็นประจำ						
ดื่มเพื่อแก้ปวด	0.748	0.347	0.031*	2.113	1.070	4.173

ตัวแปร	B	S.E.(B)	p-value	Adjusted OR	95% CI	
					Lower	Upper
คุณภาพการนอนไม่ดี	1.199	0.597	0.045*	3.316	1.030	10.682
มีอาการของสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า	0.788	0.363	0.030*	2.200	1.080	4.481
ค่าคงที่	-5.020	1.012	0.000	0.007		

**p < 0.001, *p < 0.05.

จากตารางที่ 26 พบว่า เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ จำนวนแก้วในการดื่มกาแฟต่อวัน ดื่มกาแฟสด ดื่มกาแฟพร้อมดื่ม ดื่มกาแฟแบบเย็น ดื่มกาแฟแบบปั่น ดื่มเมนูเอสเปรสโซ ดื่มเมนูคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟภายใน 1 สัปดาห์ ดื่มกาแฟด้วยความเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ดื่มกาแฟเพื่อแก้แ้วง ดื่มกาแฟเพราะชอบกลิ่นและรสชาติ สิบบุหรี ดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และอาการทางสุขภาพจิต มาทำการวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติ Logistic regression โดยควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ด้วยวิธี Forward likelihood ratio (Forward LR) พบว่า เพศหญิง การดื่มกาแฟความถี่ 2-4 แก้วต่อวัน การดื่มกาแฟสด ดื่มเมนูคาปูชิโน การดื่มกาแฟความถี่ 4 - 7 วันต่อสัปดาห์ การดื่มเพราะความเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ดื่มเพื่อแก้แ้วง คุณภาพการนอนในระดับที่ไม่ดี และมีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้สามารถทำนายทิศทางภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทในเชิงบวก โดยที่ค่า Adjusted Odd Ratio หรือ Adjusted (OR) เป็นค่าที่ใช้แสดงขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดขึ้นของตัวแปรตามกับปัจจัยทำนายนั้น ๆ โดยปรับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นทั้งหมดที่ได้นำเข้ามาในการวิเคราะห์ถดถอย โดยปัจจัยทั้งหมดเหล่านั้นมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Chi-square ในขั้นก่อนหน้า

ดังนั้น จากผลการวิเคราะห์ถดถอยข้างต้นเมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นแล้ว สามารถอธิบายได้ว่า พนักงานบริษัทที่เป็นผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 2.387 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่เป็นเพศชายหรือเพศอื่น พนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟวันละ 2 - 4 แก้ว มีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 3.099 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟวันละ ½ - 1 แก้วต่อวัน พนักงานบริษัทที่ชอบดื่มกาแฟสดมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 6.136 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ไม่ดื่มกาแฟสด พนักงานบริษัทที่ชอบดื่มกาแฟเมนูคาปูชิโนมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 2.162 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ไม่ดื่มเมนูคาปูชิโน พนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟ 4 - 7 วันต่อสัปดาห์ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 3.534 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ พนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 2.765 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ไม่ได้ดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ พนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟเพื่อแก้แ้วงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 2.113 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ไม่ได้ดื่มกาแฟเพราะแก้แ้วง พนักงานบริษัทที่มีคุณภาพการนอนในระดับที่ไม่ดี (มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 3.316 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่มีคุณภาพการนอนที่ดี (มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5)

และพนักงานบริษัทที่มีอาการทางสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า (มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะติดกาเฟอีน 2.200 เท่า เมื่อเทียบกับพนักงานบริษัทที่ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า (มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน) ซึ่งทุกปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยยะสำคัญ 0.05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Cross-Sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาถึงความชุกของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน สุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีน รวมถึงการศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการบริโภคกาแฟ แบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน แบบสอบถามสุขภาพจิต แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามการสูบบุหรี่ แบบสอบถามการดื่มสุรา และแบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาเพื่อใช้ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้สถิติ Chi-square ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการบริโภคกาแฟ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการดื่มสุรา ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ปัจจัยด้านการนอนหลับ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท ส่วน Pearson's correlation coefficient ใช้ในการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างพนักงานบริษัททั้งหมด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดกาเฟอีน ใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน และใช้สถิติ Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

สรุปผลการวิจัย

ผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานบริษัทที่ดื่มกาแฟทั้งหมด จำนวน 321 คน ซึ่ง ณ ขณะนี้เก็บข้อมูลพนักงานบริษัทกลุ่มนี้มีรูปแบบการทำงานจากที่บ้าน (work from home) ปฏิบัติการอยู่ที่สำนักงาน รวมถึงการปฏิบัติงานแบบผสมทั้งสองรูปแบบ สำหรับข้อมูลส่วนตัวไปของพนักงานบริษัท พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.52 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 48.91 สถานภาพโสด ร้อยละ 66.67 การศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรี ร้อยละ 68.54 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 – 50,000 บาท ร้อยละ 44.24 มีอายุงานน้อยกว่า 11 ปี ร้อยละ 87.85 เวลาทำงานต่อวันคือ 8 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 88.47 ทำงานอยู่ในตำแหน่งพนักงานปฏิบัติการร้อยละ 52.34 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.39 และไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชร้อยละ 92.83

ข้อมูลด้านการบริโภคกาแฟของพนักงานบริษัท พบว่าอายุเฉลี่ยในการเริ่มดื่มกาแฟคือ 19 ปี ส่วนใหญ่ดื่มกาแฟวันละ 1 แก้ว ร้อยละ 56.07 ชนิดของกาแฟที่เลือกดื่มมากที่สุด คือ กาแฟสด ร้อยละ 93.77 รองลงมา คือ กาแฟผงหรือกาแฟสำเร็จรูปร้อยละ 41.12 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มกาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม ร้อยละ 77.88 รูปแบบการดื่มกาแฟส่วนใหญ่ เลือกเป็นกาแฟรูปแบบเย็น ร้อยละ 90.97 รูปแบบร้อน ร้อยละ 59.19 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มกาแฟปั่น ร้อยละ 70.72 เมนูกาแฟที่ส่วนใหญ่เลือกดื่มเป็นประจำ ได้แก่ ลาเต้ ร้อยละ 50.47 อเมริกาโน่ ร้อยละ 47.66 คาปูชิโน่ ร้อยละ 38.01 เอสเพรสโซ 34.89 มอคค่า ร้อยละ 28.35 และคาราเมลมัคคิอาโต ร้อยละ 24.92 ส่วนใหญ่เลือกระดับความน้อยหรือไม่หวานเลย ร้อยละ 59.81 ไม่เลือกดื่มกาแฟแบบไร้กาเฟอีน ร้อยละ 80.37 ดื่มกาแฟเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 54.21 เหตุผลที่ดื่มกาแฟส่วนใหญ่เพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ ร้อยละ 74.45 แก้ง่วง ร้อยละ 71.03 เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ร้อยละ 65.42 และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร้อยละ 54.21 และนอกเหนือจากการดื่มกาแฟแล้วก็ยังคงเลือกดื่มเครื่องดื่มที่ผสมกาแฟอื่นอีกด้วย เช่น ชา โกโก้ ช็อคโกแลต น้ำอัดลม ชานม และเครื่องดื่มชูกำลัง

ข้อมูลด้านการนอนหลับของพนักงานบริษัท พบว่าส่วนใหญ่เข้านอนในช่วง 24:00 น. ร้อยละ 41.13 ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีในการเข้านอน ร้อยละ 71.34 โดยปกติลุกจากที่นอนในช่วง 7:00 น. ร้อยละ 33.33 โดยเฉลี่ยนอนได้ 7 ชั่วโมงต่อคืน ประเมินการนอนของตนเองในระดับดี ร้อยละ 63.55 ไม่ต้องใช้ยานอนหลับช่วยในการนอน ร้อยละ 85.98 มีบ้างบางวัน (1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์) ที่รู้สึกง่วงในระหว่างขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์ ร้อยละ 58.88 และรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เป็นปัญหาในการทำงานให้เสร็จ ร้อยละ 50.47 สำหรับพฤติกรรมกรนอนที่มีปัญหาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัญหาการตื่นนอนกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ รองลงมาคือ ปัญหาการตื่นมาเข้าห้องน้ำ ปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไป 30 นาที เป็นต้น ทำให้ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.08 มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี

ข้อมูลด้านการใช้สารเสพติดของพนักงานบริษัท พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.32 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.02 เคยสูบแต่เลิกแล้ว และ ร้อยละ 9.66 ที่ในปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ ข้อมูลด้านการดื่มสุรา ร้อยละ 22.12 ไม่ดื่มสุรา ส่วนผู้ที่ดื่มสุราส่วนใหญ่ดื่มเดือนละครั้งหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 46.42 และ

ข้อมูลด้านการใช้สารเสพติดอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สารเสพติด สำหรับผู้ที่เคยใช้สารเสพติดนั้น ส่วนใหญ่ใช้ยานอนหลับ รองลงมา คือกัญชา กระท่อม สารระเหย ยาไอซ์ และ LSD ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานบริษัท จำนวน 321 คน โดยร้อยละ 77.26 เป็นกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีน ร้อยละ 22.74 ซึ่งแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์ของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาพัฒนาขึ้น โดยพบว่าว่าปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวัน การดื่มกาแฟสด การดื่มกาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม การดื่มกาแฟรูปแบบเย็น การดื่มกาแฟรูปแบบปั่น การดื่มเมนูเอสเพรสโซ่ การดื่มเมนูคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์ การดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ การดื่มกาแฟเพื่อแก้ปวด การดื่มกาแฟเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การดื่มกาแฟเพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอนและระดับอาการทางสุขภาพจิต ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

ในเรื่องคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าร้อยละ 63.55 ประเมินคุณภาพการนอนของตนเองโดยรวมว่าอยู่ในระดับดี แต่ทว่าเมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพการนอนแล้ว พบว่าเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง หรือ ร้อยละ 94.08 อยู่ในระดับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี และมีเพียงแค่ร้อยละ 5.92 เท่านั้นที่มีคุณภาพการนอนอยู่ในระดับที่ดี โดยกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ติดกาเฟอีนส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.04 มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี เช่นเดียวกับกับกลุ่มติดกาเฟอีน คิดเป็นร้อยละ 95.56 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent t-test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในปัจจัยคุณภาพการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าพนักงานบริษัทกว่าครึ่งหนึ่ง หรือ ร้อยละ 55.44 ไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า พนักงานบริษัท ร้อยละ 29.91 มีอาการทางสุขภาพจิตโรคซึมเศร้าระดับน้อย พนักงานบริษัท ร้อยละ 13.40 มีอาการทางสุขภาพจิตโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และพนักงานบริษัท ร้อยละ 1.25 มีอาการทางสุขภาพจิตโรคซึมเศร้าระดับสูง เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ติดกาเฟอีน ยังคงพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ร้อยละ 69.86 และ ร้อยละ 51.21 ตามลำดับ อีกทั้งเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (Independent t-test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องของสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ โดยค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านสุขภาพจิตของกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนมีค่าเท่ากับ 0.53 และกลุ่มที่ติดกาเฟอีนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correlation) ของปัจจัยคุณภาพการนอนกับปัจจัยทางสุขภาพจิตจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และการแบ่งวิเคราะห์แยก 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาเฟอีนและกลุ่มที่มีภาวะติดกาเฟอีน ยังคงแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระดับกลางของคะแนนคุณภาพการนอนกับคะแนนสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ประกอบด้วย เพศ ความถี่ในการดื่ม

กาแฟต่อวัน การดื่มกาแฟสด การดื่มกาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม การดื่มกาแฟรูปแบบเย็น การดื่มกาแฟรูปแบบปั่น การดื่มเมนูเอสเปรสโซ การดื่มเมนูคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์ การดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ การดื่มกาแฟเพื่อแก้ปวด การดื่มกาแฟเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การดื่มกาแฟเพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และระดับอาการทางสุขภาพจิต โดยเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic regression พบว่าตัวแปรทั้งหมดที่สามารถทำนายภาวะการติดกาแฟอื่นของพนักงานบริษัทในทิศทางที่เพิ่มระดับภาวะติดกาแฟอื่นของพนักงานบริษัท ซึ่งได้แก่ เพศหญิง ดื่มกาแฟเฉลี่ยในช่วง 2 – 4 แก้วต่อวัน ดื่มกาแฟสด ดื่มเมนูคาปูชิโน ดื่มกาแฟเฉลี่ย 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ ดื่มกาแฟเพราะความเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ดื่มเพื่อแก้ปวด มีคุณภาพการนอนอยู่ในระดับที่ไม่ดี และมีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า

ดังนั้น จากผลการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานบริษัทที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 321 ชุด ข้อมูล มาจากพนักงานบริษัทที่บริโภคกาแฟทั้งหมด แม้ว่าผู้วิจัยได้กระจายแบบสอบถามออนไลน์อย่างทั่วถึงไปยังพนักงานบริษัททั้งที่บริโภคและไม่บริโภคกาแฟ จำนวน 1,406 ชุดแล้วก็ตาม แต่พบว่าผู้ที่ไม่บริโภคกาแฟอาจมองว่าตนไม่สามารถให้ข้อมูลด้านการบริโภคกาแฟได้จึงเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ให้ข้อมูลอื่น ๆ ต่อ ทำให้ผลจากการวิเคราะห์นี้ครอบคลุมเฉพาะกลุ่มพนักงานบริษัทที่บริโภคกาแฟเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะติดกาแฟอื่นกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดกาแฟอื่นเพื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

อภิปรายผลการวิจัย

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ความชุกของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาแฟอื่นเป็นอย่างไร

พนักงานบริษัทส่วนใหญ่ คือ เพศหญิง อายุเฉลี่ย 34 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีสถานภาพโสด จบการศึกษาสูงสุดคือระดับปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ย 30,001 – 50,000 บาท ทำงานมาแล้วน้อยกว่า 11 ปี ในตำแหน่งระดับปฏิบัติการ ใช้เวลาทำงานเฉลี่ยวันละ 8 – 9 ชั่วโมง โดยไม่มีโรคประจำตัวและประวัติโรคทางจิตเวช

จากข้อมูลการบริโภคกาแฟของพนักงานบริษัทที่อยู่ในกลุ่มติดกาแฟอื่นจำนวน 248 คน พบว่าดื่มกาแฟตั้งแต่อายุ 19 ปีหรือน้อยกว่านั้น ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวัน ร้อยละ 51.61 ดื่มวันละ 1 แก้วหรือน้อยกว่า และดื่มตั้งแต่ 2 แก้วขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.39 ชนิดของกาแฟที่เลือกดื่มมากที่สุด คือ กาแฟสด กาแฟผงหรือกาแฟกึ่งสำเร็จรูปและกาแฟกระป๋อง ตามลำดับ ชอบดื่มเมนูเย็น รองลงมาคือเมนูร้อน สำหรับเมนูกาแฟที่เลือกดื่มเป็นประจำมากที่สุด คือ ลาเต้ อเมริกาโน่ คาปูชิโน เอสเปรสโซ มอคค่า และคาราเมลมัทคิอาโต ตามลำดับ ระดับความหวานของกาแฟคือหวานน้อยและไม่หวานเลย ความถี่ในการดื่มกาแฟคือดื่มเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน เหตุผลในการดื่มกาแฟเพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ รองลงมาคือช่วยแก้ปวด เพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ และเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพนักงานบริษัทที่ไม่มีภาวะติดกาแฟอื่นและพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาแฟอื่น พบว่า เพศ ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวัน ชนิดของกาแฟที่ดื่ม ได้แก่ กาแฟสด กาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม รูปแบบของการดื่มกาแฟ ได้แก่ แบบเย็น และแบบปั่น เมนูกาแฟที่ดื่มเป็นประจำ ได้แก่

เอสเปรสโซ และคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์ เหตุผลในการดื่มกาแฟ ได้แก่ เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ แก้ง่วง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และระดับอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัท

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นช่วงผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งต้องใช้พลังงานในการทำงานต่อวันค่อนข้างสูง สอดคล้องกับ Hristina⁽³⁴⁾ ที่กล่าวว่า ช่วงวัยผู้ใหญ่ดื่มกาแฟมากที่สุด โดยพบว่า ร้อยละ 64 ของวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกันในปัจจุบันดื่มกาแฟกันทุกวัน ร้อยละ 66 ของผู้หญิงดื่มกาแฟทุกวัน เมื่อเทียบกับเพศชาย คือร้อยละ 62 เนื่องจากการดื่มกาแฟในปัจจุบันกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมกลุ่มนักศึกษาและพนักงานบริษัท อีกทั้งพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.30 ชอบดื่มกาแฟแบบเย็น⁽³⁵⁾

ในการศึกษานี้พบประเด็นที่น่าสนใจ คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ทั้งกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีนและกลุ่มที่ไม่ติดกาเฟอีน มีคะแนนคุณภาพการนอนอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่รายงานว่าสารเสพติดที่ช่วยยั้งที่สุดคือ ยานอนหลับ บ้างมีประวัติโรคประจำตัว และบ้างก็มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช หากพนักงานบริษัทในกลุ่มที่มีปัญหาการนอนด้วยและมีประวัติโรคทั้งกายและใจอาจจะยังผลเสียในระยะยาวได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรระวัง สอดคล้องกับ Lu⁽³⁶⁾ กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดื่มกาแฟไว้ว่า การดื่มกาเฟอีนในปริมาณสูงของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว อาจทำให้อาการแย่ลง จากการศึกษาพบว่ากาเฟอีนทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและโรคตื่นตระหนกให้เพิ่มมากขึ้น หากดื่มกาแฟมากเกินไปจะส่งผลให้การนอนมีปัญหาด้วย รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องนั้นรุนแรงกว่าเดิมได้ นอกจากปัญหาทางสุขภาพแล้วการดื่มกาแฟเป็นประจำยังสัมพันธ์กับภาระงานหรือหน้าที่ที่ตนได้รับด้วย จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน พบว่าพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเฟอีนส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในตำแหน่งปฏิบัติการ ทำงานวันละ 8 – 9 ชั่วโมง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dimitrova, Hristova และ Nikolov⁽³⁷⁾ ซึ่งทำการศึกษการดื่มกาเฟอีนในหมู่คนทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจและทางอารมณ์ พบว่าการดื่มกาแฟในแต่ละวันในหมู่คนทำงานมีความสัมพันธ์กับลักษณะงานที่ต้องใช้แรง ประกอบด้วย ระดับความเครียดตามการประเมินของตนเอง เวลาไม่เพียงพอในการปฏิบัติตามภาระผูกพันในแต่ละวัน ความเสี่ยงของความล้มเหลวจากงานแต่ละวัน มีความรับผิดชอบในการทำงานสูง นั้นแสดงให้เห็นว่า การดื่มกาแฟในหมู่คนทำงานที่มีความรับผิดชอบในการทำงานสูงสามารถนำไปสู่ความรู้สึกลึกลับ ๆ ส่วนตัวที่เพิ่มขึ้นและความกลัวต่อความล้มเหลวที่มีผลกระทบร้ายแรงที่จะตามมา ดังนั้นบริษัทหรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรควรให้ความใส่ใจในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการดื่มกาแฟของพนักงาน รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากสภาพการทำงานหรือภาระงานที่พนักงานรับผิดชอบและรูปแบบการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น ๆ ด้วย เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพในระยะยาว

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งภาระงานและรูปแบบการใช้ชีวิตของพนักงานนั้นสัมพันธ์กับการดื่มกาแฟ พบว่า การดื่มกาแฟอย่างหนักนั้นสัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบ "A" (Type A personality) ซึ่งมีลักษณะที่ชอบแข่งขัน ชอบทำงานหรือบ้าน ทะเยอทะยาน ใจร้อน ฉุนเฉียว ซึ่งเป็นภาพลักษณ์ที่ได้รับความนิยมและเป็นสัญลักษณ์เหล่า

มีอาชีพรุ่นใหม่ การดื่มกาแฟอย่างหนักนั้นแสดงให้เห็นผ่านข้อมูลความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวันและเหตุผลในการดื่มกาแฟ โดยจากการศึกษาในกลุ่มพนักงานบริษัทที่ติดกาแฟในครั้งนี้นำพบว่า ส่วนใหญ่ดื่มกว่า 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน นอกจากเรื่องความชอบในกลิ่นกาแฟและรสชาติแล้ว ยังช่วยให้หายง่วงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับการสำรวจคนทำงานชาวอเมริกันเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟในปี ค.ศ. 2011 พบว่า ร้อยละ 65 ของคนทำงานดื่มกาแฟในที่ทำงาน ดื่มกาแฟเฉลี่ย 3 แก้วต่อวัน ร้อยละ 38 ไม่สามารถผ่านวันที่ต้องทำงานโดยไม่มีกาแฟไปได้ ร้อยละ 30 ดื่มกาแฟในที่ทำงานเพื่อช่วยให้มีสมาธิและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน พนักงานบริษัทมากกว่า 1 ใน 5 ยอมรับว่าคุณภาพการงานของพวกเขาอาจลดลงหากไม่ได้ดื่มกาแฟ และพบว่า 2 ใน 5 ของผู้ที่ดื่มกาแฟในที่ทำงานระบุว่าพวกเขาชอบบทรสนทนาที่เกิดขึ้นที่น่าสนใจหรือเป็นประโยชน์กับเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้าขณะอยู่ใกล้ ๆ เครื่องชงกาแฟ⁽³⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบว่า การดื่มกาแฟแต่ละวันของพนักงานบริษัทหรือภาวะติดกาแฟอื่น อาจเกี่ยวข้องกับภาระงาน หน้าที่ ตำแหน่งที่เขาได้รับ บุคลิกภาพ รูปแบบการใช้ชีวิต ซึ่งเป็นไปได้ที่จะนำไปศึกษาต่อในอนาคตเพื่อลดปัญหาด้านคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตใจของพนักงานหรือกลุ่มคนทำงาน

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 สุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาแฟอื่นเป็นอย่างไร

จากกลุ่มตัวอย่างพนักงานบริษัททั้งหมด 321 คน พบว่าร้อยละ 55.44 ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า รองลงมา ร้อยละ 29.91 มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 13.40 มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และร้อยละ 1.25 มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าระดับสูง

กลุ่มที่ไม่ติดกาแฟอื่นมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเท่ากับ 4.79 ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.86 ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า และกลุ่มที่ติดกาแฟอื่นมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเท่ากับ 7.17 ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.21 ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาในครั้งนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับสุขภาพจิตกับระดับคุณภาพการนอนของพนักงานบริษัททั้งหมด 321 คน ที่แสดงให้เห็นว่า พนักงานบริษัทที่มีการนอนมีคุณภาพดีมีเพียง 19 คน (ร้อยละ 5.92) โดยทั้งหมดเมื่อประเมินระดับสุขภาพจิตแล้วอยู่ในระดับที่ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าเลยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีซึ่งมีระดับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับไม่มีอาการ (ร้อยละ 52.65) ไปจนถึงมีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าระดับน้อย-สูง (ร้อยละ 47.35) ดังนั้น จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพนักงานบริษัทที่มีคุณภาพการนอนที่ดีก็จะสัมพันธ์กับการไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนค่อนข้างน้อย เนื่องจากปัจจุบันมีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามามีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนและการใช้ชีวิตของบุคคล เช่น กิจกรรมในช่วงหัวค่ำ ภาระงาน การเดินทางกลับบ้าน และรูปแบบการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันทำให้คนนอนตึกมากขึ้น ทำให้ทั้งจำนวนชั่วโมงการนอนลดลงไม่เพียงพอ รวมถึงการนอนไม่มีคุณภาพด้วย ซึ่งส่งผลทำให้ในช่วงกลางวันขาดความตื่นตัว ไร้พลังเรี่ยวแรงในการทำงานหรือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

จึงต้องดื่มกาแฟเพื่อช่วยให้ร่างกายตื่นตัว กาแฟอื่นนอกจากจะขัดขวางคุณภาพการนอนในตอนกลางคืนแล้ว ยังขัดขวางการนอนพักงีบในช่วงพักกลางวัน แต่กระนั้นกาแฟอื่นก็ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน⁽³²⁾ สอดคล้องกับ Lee และคณะ⁽³⁹⁾ ที่พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยที่ดื่มเครื่องดื่มมีกาเฟอีนเฉลี่ย 6.43 ถ้วยต่อสัปดาห์ พบว่าคุณภาพการนอนหลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อบริโภคปริมาณกาเฟอีนเข้าไปเพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการดื่มกาแฟหรือกาแฟน้ำให้ผลแบบผสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shannon⁽⁴⁰⁾ ที่ทำการศึกษารื่องการดื่มกาแฟอื่น สุขภาพจิต และคุณภาพการนอนของนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า นอกจากระยะเวลาการนอนหลับที่ทำนายการบริโภคกาแฟน้ำได้แล้ว กาเวซิมเคร้ายังเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง que เพิ่มการทำนายการบริโภคกาเฟอีนได้ด้วยเช่นกัน แต่ทว่างานวิจัยบางชิ้นพบว่ากาเฟอีนอาจมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต โดยส่งผลต่อการอักเสบ การทำงานของปอด ความไวของอินซูลินและกาเวซิมเคร้า⁽⁴¹⁾ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานในสายการแพทย์ ควรสอบถามการใช้กาเฟอีนจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเสมอ⁽⁴²⁾

ดังนั้น ปัจจัยทางด้านการนอน การดื่มกาแฟ ปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า จึงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กันเป็นอย่างมากที่จะทำนายว่าบุคคลดังกล่าวจะมีความวิตกกังวลในระดับใด

คำถามการวิจัยข้อที่ 3 ปัจจัยอื่น ๆ ไต่บ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของพนักงานบริษัท

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ ได้แก่ เพศ ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวัน การดื่มกาแฟสด การดื่มกาแฟพร้อมดื่ม การดื่มกาแฟรูปแบบเย็น การดื่มกาแฟรูปแบบปั่น การดื่มเมนูเอสเพรสโซ การดื่มเมนูคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์ การดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ การดื่มกาแฟเพื่อแก้ง่วง การดื่มกาแฟเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การดื่มกาแฟเพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และระดับอาการทางสุขภาพจิต เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้มาทำการวิเคราะห์ถดถอย พบว่า เพศหญิง การดื่มกาแฟที่มีความถี่ 2-4 แก้วต่อวัน การดื่มกาแฟสด ดื่มเมนูคาปูชิโน การดื่มกาแฟความถี่ 4 - 7 วันต่อสัปดาห์ การดื่มเพราะความเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ ดื่มเพื่อแก้อาการง่วง คุณภาพการนอนในระดับที่ไม่ดีและมีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้สามารถทำนายทิศทางการวิตกกังวลของพนักงานบริษัทในเชิงบวก โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

เพศของพนักงานบริษัทในการศึกษานี้ ประกอบด้วย เพศหญิง เพศชาย และเพศอื่น ๆ พบว่า พนักงานบริษัทเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยยะสำคัญ <0.05 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอย พบว่า พนักงานบริษัทที่เป็นเพศหญิงสามารถทำนายภาวะวิตกกังวลในทางบวก หรือมีความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับ Fattore, Altea และ Fratta⁽⁴³⁾ ที่พบว่า กาเฟอีนนั้นเป็นตัวเสริมแรงทางบวกทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยที่เพศหญิงนั้นแสดงแนวโน้มสูงกว่าในการพัฒนาไปสู่การพึ่งพิงหรือติดกาเฟอีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rockett⁽⁴⁴⁾ ที่ทำศึกษาภาวะติดกาเฟอีนในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 - 6 พบว่า เพศหญิง (ผิวขาว) มีความเสี่ยงต่อภาวะติดกาเฟอีน ด้านความถี่ในการดื่มกาแฟทั้งต่อวัน (2 - 4 แก้วต่อวัน) หรือการดื่มกาแฟเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (4 - 7 วันต่อสัปดาห์) ซึ่งเป็นความถี่สูงในการบริโภคซึ่งสัมพันธ์กับการมีความวิตกกังวลสูง

หากดื่มต่อวันในปริมาณมากหรือดื่มเป็นประจำทุกสัปดาห์อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น ผลการศึกษาที่ตีพิมพ์ใน Mayo Clinic Proceedings ที่แสดงให้เห็นถึงผลของการดื่มกาแฟจำนวนมากกว่า 28 ถ้วยต่อสัปดาห์ ของผู้ที่อายุ น้อยกว่า 55 ปี พบว่า ผู้ชายที่ผ่านเกณฑ์การดื่มกาแฟ 28 ถ้วยต่อสัปดาห์ หรือดื่มวันละประมาณ 4 ถ้วยต่อวัน มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 56 ส่วนผู้หญิงที่ดื่มกาแฟในปริมาณมากมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า โดยที่ 1 ถ้วยมีกาแฟแปดออนซ์⁽⁴⁵⁾ ดังนั้นการดื่มกาแฟต่อวันในจำนวนที่มากหรือเป็นประจำทุกสัปดาห์จึงส่งผลให้ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

จากการศึกษานี้ที่พบว่า การดื่มกาแฟสดสามารถทำนายทิศทางภาวะติดคาเฟอีนของพนักงานบริษัทได้ สอดคล้องกับ Yani และคณะ⁽⁴⁶⁾ ที่ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟดำ (black coffee) หรืออีกชื่อในสโลตส์ตะวันตก คืออเมริกาโน่เป็นกาแฟสดที่ได้มาจากการชงด้วยกาแฟคั่วบด กับคุณภาพการทำงานของบุคคล ช่วงอายุ 25 – 64 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างพฤติกรรมการบริโภคกาแฟดำกับคุณภาพการทำงานของบุคคล ซึ่งช่วงวัยการทำงานใกล้เคียงกับผลการศึกษาในปัจจุบันของพนักงานบริษัทที่ส่วนใหญ่เลือกดื่มกาแฟสด อีกทั้งการดื่มเมนูคาปูชิโนยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายภาวะติดคาเฟอีนสูงของพนักงานบริษัทในครั้งนี้ด้วย สำหรับ ส่วนผสมของเมนูคาปูชิโน คือเอสเปรสโซและนม

เหตุผลที่พนักงานบริษัทดื่มกาแฟและมีผลต่อการทำนายภาวะการติดคาเฟอีน คือ การดื่มเพราะความเคยชินกับกับการดื่มเป็นประจำ ดื่มเพื่อแก้อาการง่วง อันเนื่องมาจากปัจจุบันผู้คนมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิม ในแต่ละวันผู้คนต้องใช้พลังงานในการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายและใช้พลังงานสูง สิ่งหนึ่งที่ช่วยทำให้ผู้คนมีพลังงานหรือกระปรี้กระเปร่ามากขึ้น คือการดื่มกาแฟ ซึ่งปัจจุบันมีร้านกาแฟกระจายอยู่ทั่วไปให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย เมื่อการบริโภคกาแฟถูกวางเงื่อนไขให้เข้ากับพฤติกรรมการทำงานดีขึ้น ทำงานได้มากขึ้น ทำให้ผู้คนติดกับเงื่อนไขดังกล่าวจนเกิดเป็นความเคยชินและดื่มเป็นประจำหรือวัฒนธรรม อีกทั้งการทำกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้นอาจกินระยะเวลาไปจนถึงช่วงกลางดึก ซึ่งเป็นเวลาที่ร่างกายควรพักผ่อนนอนหลับ ทำให้หลายคนมีระยะการนอนที่สั้น อีกทั้งไร้คุณภาพ ทำให้ในช่วงเช้าหรือช่วงกลางวันต้องเลือกดื่มกาแฟเพื่อเป็นตัวช่วยในการแก้ความง่วงให้สามารถทำงานทั้งวันนั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Milovanovic, Jakovljevic, Scekcic และ Djordjevic⁽⁴⁷⁾ ซึ่งทำการศึกษารูปแบบการบริโภคกาแฟในกลุ่มวัยรุ่นประเทศเซอร์เบีย โดยส่วนใหญ่หลัก ๆ แล้วดื่มกาแฟสด (brewed coffee) เหตุผลส่วนใหญ่ที่ดื่มกาแฟเพื่อใช้เวลาในยามว่าง (leisure) อิทธิพลของเพื่อนและดื่มเพราะความเคยชิน การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนในเขตลาดพร้าว จังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.50) ดื่มทั้งกาแฟสำเร็จรูปและกาแฟคั่วบด (อราบิก้า) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการดื่มกาแฟที่ถือเป็นหนึ่งในรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้คน⁽⁴⁸⁾ และการศึกษาของ กรองแก้ว มีสันเทียะ⁽⁴⁹⁾ ทำการศึกษาการดื่มกาแฟที่มีผลต่อความรู้สึกสดชื่นในขณะปฏิบัติงานของพนักงาน (พนักงานบริษัท เลสซิก้า ประเทศไทย จำกัด) พบว่าพนักงานที่ดื่มและไม่ดื่มกาแฟ มีความรู้สึกสดชื่นในขณะปฏิบัติงานแตกต่างกัน แต่ทว่าผู้ที่ไม่ดื่มกาแฟแต่ดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่นกลับพบว่ามีความรู้สึกสดชื่นในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้ที่ดื่มกาแฟ

ด้านปัญหาคุณภาพการหลับที่ไม่ดีนั้นยังคงมีส่วนในการทำนายภาวะติดกาเฟอีนในทางบวก ทั้งระยะเวลาในการนอนที่สามารถทำนายการดื่มกาแฟได้⁽⁴⁰⁾ สอดคล้องกับ Shilo และคณะ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่า การดื่มกาแฟจะไปขัดขวางปริมาณชั่วโมงการนอนและคุณภาพการนอน ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติอยู่แล้วควรหลีกเลี่ยงกาแฟที่มีกาเฟอีนในช่วงเย็น การศึกษาจากประเทศออสเตรเลียของ Watson, Coates และ Kohler⁽⁵¹⁾ ทำการศึกษาเรื่องการดื่มกาเฟอีนและคุณภาพการนอนของชาวออสเตรเลียวัยผู้ใหญ่ พบว่าการนอนหลับได้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ นั้นสัมพันธ์กับการดื่มกาเฟอีนที่เพิ่มมากขึ้น และการดื่มนั้นก็เพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีคุณภาพการนอนที่ลดลง อีกทั้ง Park และคณะ⁽⁵²⁾ ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวเกาหลีมีอายุเฉลี่ย 72 ปี พบว่าผู้ที่ดื่มกาแฟมากกว่า 60 ปี (60 cup-years of coffee) อาจทำให้คุณภาพการนอนหลับในช่วงบั้นปลายของชีวิตลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดื่มกาแฟน้อยกว่า 60 ปี จะเห็นได้ว่าระยะเวลาการนอน คุณภาพการนอน เป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบุคคล และการลดปริมาณการดื่มกาแฟ เพื่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของชีวิต

ด้านปัจจัยของอาการทางสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าที่สามารถทำนายทิศทางภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทในทางบวกได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.44 จะพบว่าจากการประเมินไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า แต่ทว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 44.56 ที่พบว่ามีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับสูง ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ควรได้รับการให้คำปรึกษาหรือดูแล สอดคล้องกับ Apostolakopoulou และคณะ⁽⁵³⁾ ที่กล่าวว่า เครื่องดื่มให้พลังงานหรือเครื่องดื่มชูกำลัง อาทิ กาแฟ ชา น้ำอัดลมบางชนิด โกโก้ ช็อคโกแลต ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน ความเสี่ยงเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตขึ้นอยู่กับระดับกาเฟอีนที่ได้รับ กาเฟอีนมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดผลกระทบทางจิตโดยการส่งผ่านโดปามีนซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการบริโภคกาเฟอีนเป็นเวลานานจึงสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า แม้แต่โรคทางจิตด้วย อาการที่เกิดจากการบริโภคกาเฟอีนมากเกินไป เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ส่วนวิตกกังวลในจิตใจ ตื่นตัว บางกรณีอาจถึงแก่ชีวิต อีกทั้งผลการศึกษาของ Nouri-Majd และคณะ⁽⁵⁴⁾ พบว่า การบริโภคกาแฟเป็นประจำทุกวันหรือมากกว่านั้นอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในวัยผู้ใหญ่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ค่อยดื่มกาแฟ แต่ทว่าการศึกษาเชิงอภิมาน (meta analysis) กลับพบว่า การบริโภคกาแฟและกาเฟอีนสัมพันธ์กันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติกับการลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁵⁾

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงแค่การศึกษาภาวะติดกาเฟอีนกับเฉพาะกลุ่มพนักงานบริษัทเท่านั้น ที่มีปัจจัยสำคัญหลายปัจจัยที่ได้กล่าวไปข้างต้นว่าสามารถทำนายการติดกาเฟอีนในทางบวกหรือติดกาเฟอีนสูงของพนักงานบริษัทได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยในข้อที่ 3 นี้ ทำให้เห็นว่าการดื่มกาแฟในปริมาณหลายแก้วต่อวัน ดื่มเป็นประจำ จนเกิดเป็นความเคยชิน อาจส่งผลเสียสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน และสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าได้ด้วย เนื่องจากพนักงานบริษัทต้องใช้พลังกำลังส่วนใหญ่ของวันในการทำงาน เนื่องด้วยภาระหน้าที่ผลลัพธ์ของงาน ที่ยังจะส่งผลต่อการประเมินผลการทำงานของตนโดยบริษัท ทำพฤติกรรมการบริโภคกาแฟนอกจากด้วยความเคยชินแล้ว ก็เพื่อให้ตนเองมีศักยภาพในการทำงานตามหน้าที่ของตนอย่างรับผิดชอบ ดังนั้น

บริษัทหรือผู้เกี่ยวข้องในองค์กรจึงควรให้ความสนใจเรื่องภาวะติดคาเฟอีนและสุขภาพของพนักงานบริษัทของตนด้วย

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานบริษัทจำนวน 321 คนนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภาวะติดคาเฟอีน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า และส่วนใหญ่คุณภาพการนอนอยู่ในระดับที่ไม่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พบว่า เพศ ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อวัน การดื่มกาแฟสด การดื่มกาแฟพร้อมดื่ม การดื่มกาแฟรูปแบบเย็น การดื่มกาแฟรูปแบบปั่น การดื่มเมนูเอสเปรสโซ การดื่มเมนูคาปูชิโน ความถี่ในการดื่มกาแฟต่อสัปดาห์ การดื่มกาแฟเพราะเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ การดื่มกาแฟเพื่อแก้่วง การดื่มกาแฟเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การดื่มกาแฟเพราะชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ คุณภาพการนอน และระดับอาการทางสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับภาวะติดคาเฟอีน

ด้านปัจจัยทำนายที่มีผลต่อภาวะการติดคาเฟอีนของพนักงานบริษัทในทิศทางบวก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นเพศหญิง ปัจจัยด้านการบริโภค ได้แก่ การดื่มกาแฟเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2 – 4 แก้วต่อวัน ดื่มกาแฟสด ดื่มเมนูคาปูชิโน ดื่มกาแฟโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ ดื่มกาแฟด้วยเหตุผลเพราะความเคยชินกับการดื่มเป็นประจำ และดื่มเพื่อแก้่วง มีคุณภาพการนอนในระดับไม่ดีและการมีอาการของสุขภาพจิตโรคซึมเศร้า สำหรับผลการศึกษาี้ ยังจะส่งผลดีต่อบริษัทหรือผู้เกี่ยวข้องภายในองค์กร เพื่อให้ตระหนักถึงภาวะติดคาเฟอีนของพนักงานในบริษัทของตน ซึ่งยังผลต่อความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนและสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทด้วยโดยเฉพาะในระยะยาว โดยแต่ละวันพนักงานบริษัทต้องใช้พลังงานในการทำมากกว่า 8 – 9 ชั่วโมงต่อวัน และด้วยความเคยชินจากการดื่มกาแฟรวมกับความรับผิดชอบในการทำงานทำให้ยังคงต้องดื่มกาแฟจนเคยชิน อีกทั้ง ผลการศึกษานี้ยังสามารถช่วยสร้างกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการนอนที่มีคุณภาพเพื่อช่วยลดการดื่มกาแฟ หรือการอนุญาตให้พนักงานได้นอนงีบพักระหว่างวันเพื่อเริ่มงานในช่วงบ่ายอย่างตื่นตัวมากขึ้น เป็นต้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม นั่นคือ กลุ่มพนักงานบริษัท ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปใช้เป็นตัวแทนของพนักงานบริษัททั้งหมดที่บริโภคกาแฟได้

2. เนื่องด้วยสถานการณ์ที่ไม่ปกติในปัจจุบันหรือการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 จึงส่งผลกระทบต่อรูปแบบการเก็บข้อมูลที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งต่างไปจากช่วงสถานการณ์ปกติที่จะสามารถกระจายแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลกับแต่ละบริษัทอย่างละเอียด พนักงานบางส่วนบางบริษัททำงานในรูปแบบเดิม คือเดินทางมาปฏิบัติงานที่บริษัท และบางส่วนปฏิบัติหน้าที่แบบระบบออนไลน์หรือ Work from home ซึ่งอาจทำให้รูปแบบการทำงานแตกต่างกัน

3. ภาวะการติดคาเฟอีนอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งผลอาจแตกต่างไปจากผลของการวิจัยนี้ เช่น การประกอบอาชีพมากกว่า 1 อาชีพ อาชีพที่ต้องทำงานตั้งแต่ 10 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

1. พบผลที่สัมพันธ์กันระหว่าง คุณภาพการนอนสัมพันธ์กับภาวะติดคาเฟอีน และภาวะติดคาเฟอีนก็ยังมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนด้วย

2. เจ้าของบริษัทหรือฝ่ายบุคคลหรือผู้เกี่ยวข้องในบริษัทควรตระหนักถึงผลลัพธ์ระยะยาวของบุคลากร ภายในบริษัทที่มีแนวโน้มติดคาเฟอีน เพื่อให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ บุคคลดังกล่าวให้มีทั้งสุขภาพที่ดี มีคุณภาพการ นอนที่ดี ซึ่งจะยังผลต่อผลลัพธ์ในการทำงานที่มีคุณภาพด้วย เมื่อพนักงานมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี ก็จะส่งผลต่อ คุณภาพการทำงานเพื่อบริษัทด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าเหตุผลหนึ่งที่พนักงานบริษัทดื่มกาแฟเพราะ การดื่มกาแฟนั้นเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของตนเอง

3. พบว่าพนักงานบริษัทร้อยละ 44.56 มีสุขภาพจิตและโรควิตกกังวลในระดับน้อยถึงระดับสูง ซึ่งมีส่วนใน การทำนายภาวะติดคาเฟอีนสูงได้ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับครอบครัว และระดับบริษัท ควรให้การสอดส่องดูแล หรือตระหนักถึงสาเหตุที่มาของภาวะวิตกกังวลนั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาภาวะติดคาเฟอีนจากการทดลองเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่มที่ ทำงานบริษัท กับ ผู้ทำงานในสายงาน สายอาชีพอื่น ๆ หรือเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทำงานที่บริษัทกับกลุ่มที่ทำงาน ออนไลน์จากที่บ้าน (work from home)

2. ด้านข้อมูลการบริโภคกาแฟ อาจเพิ่มเติมข้อคำถามเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดื่มกาแฟเฉลี่ยต่อเดือน ทั้งที่ ซื้อดื่มเอง หรือชงดื่มเองที่บ้าน รวมถึงข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการในการชงกาแฟ ระดับคั่วอ่อน คั่วกลาง หรือคั่ว เข้ม เช่น การแพแบบคั่วอ่อน จะมีคาเฟอีนสูงกว่าเมื่อเทียบกับกาแฟคั่วเข้ม

3. ด้านการเก็บข้อมูลและรูปแบบการเก็บข้อมูล เพิ่มเติมการเก็บข้อมูลในเชิงลึกหรือเชิงสัมภาษณ์เพิ่มเติม กับผู้ที่มีภาวะติดคาเฟอีน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามเชิงลึกหรือเพื่อค้นหาตัวแปรที่น่าสนใจใน การศึกษาในอนาคตต่อไป

4. ตัวแปรที่อาจศึกษาเพิ่มเติม


4.1 เมนูกาแฟแต่ละเมนูส่งผลต่อภาวะติดคาเฟอีนอย่างไร ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เมนูคาปู ชिनโนมีแนวโน้มให้บุคคลมีภาวะติดคาเฟอีน

4.2 การศึกษาร่วมกับผลลัพธ์ของการทำงาน เช่น ผลรวมของทุกสิ่งทีพนักงานทำไปเพื่อจะบรรลุเป้าหมายของบริษัท หรือ Job performance ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ คือ task performance, citizenship behavior, และ counterproductive behavior

4.3 ปัจจัยทางสุขภาพ หรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, อาการ/โรคนอนไม่หลับ, ความจำ และโดยเฉพาะการดื่มกาแฟกับภาวะซึมเศร้ายังคงพบผลการศึกษาแบบผสม บางการศึกษาพบว่าการดื่มกาแฟมีส่วนเพิ่มภาวะซึมเศร้า และบางการศึกษาพบว่าการดื่มกาแฟสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้





	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>	<p>AF 06-04/6.0 หน้า 1/4</p>
---	--	---	----------------------------------

ชื่อโครงการวิจัย สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเพื่อนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวนิศาชล ยศวาระกุล
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน -
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-5629245

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน


ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นพนักงานบริษัท และอยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก ของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมเป็น “ผู้เข้าร่วมวิจัย” ได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเพื่อนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทราบถึงสภาวะทางกายและใจของพนักงานบริษัท รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะติดกาเพื่อนได้ ซึ่งพนักงานบริษัทเปรียบเสมือนหัวใจสำคัญขององค์กร อีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญในการช่วยขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศชาติ โดยผู้วิจัยจะนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานอย่างสูงสุดของพนักงานบริษัท และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร องค์กร ประเทศชาติ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะติดกาเพื่อน สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้หรือเป็นข้อมูลก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างองค์ความรู้ใหม่ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเพื่อน
- 2) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเพื่อน
- 3) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของพนักงานบริษัทที่มีภาวะติดกาเพื่อน
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเพื่อนของพนักงานบริษัท

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>	<p>AF 06-04/6.0 หน้า 2/4</p>
---	--	---	----------------------------------

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมินท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษาครั้งนี้หรือไม่ ด้วยเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. สมัยครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
3. เป็นพนักงานในระดับปฏิบัติการ ระดับบังคับบัญชา และระดับจัดการ ที่ทำงานที่บริษัทจัดจำหน่ายวัสดุก่อสร้างแห่งหนึ่ง ในเขต

กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การอ่าน การเขียน การได้ยิน การมองเห็น จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลากิจ ลาพักร้อน หรือ ลาศึกษาต่อ
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่บริโภคเครื่องดื่มกาเฟอีนชนิดอื่น ๆ แต่ไม่ดื่มกาแฟ

หากท่านยินยอมตกลงเข้าร่วมการวิจัย และ ผ่านเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินแบบสอบถามด้วยตัวท่านเอง ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริโภคกาแฟ	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะตึงเครียด	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสูบบุหรี่	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดื่มสุรา	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ	จำนวน 1 ข้อ

โดยระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 10 นาที และท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ


จำนวนอาสาสมัคร 1,406 คน

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย กรุณาแจ้งให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวก หรือเกิดความไม่สบายใจในการตอบข้อคำถามบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบความไม่สะดวกดังกล่าว ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย การให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>	<p>AF 06-04/6.0 หน้า 3/4</p>
---	--	---	----------------------------------

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยงานวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเพื่อนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์และแปรผลเป็นค่าทางสถิติ และผลจากการวิจัยดังกล่าวนี้อาจจะถูกนำไปใช้ตีพิมพ์ หรือนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาของผู้ที่มีภาวะติดกาเพื่อน เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการทำงานอย่างสูงสุดของพนักงานบริษัท ก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง องค์กร และส่งผลต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศชาติ ตลอดจนนำมาใช้กับตัวท่านได้ต่อไปในอนาคต

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

1. ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง
2. ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบหากมีข้อผิดพลาดประการใด ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับ ผู้ทำวิจัย คือนางสาวนิศาชล อัครวาระกุล ที่เบอร์ 081-5629245 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย


ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่ได้รับผลเสียและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านในทุก ๆ ด้านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>	<p>AF 06-04/6.0 หน้า 4/4</p>
---	--	---	----------------------------------

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว นิศาชล อัครธรรกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-2564000 ต่อ 61509 หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีกทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่ทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ 081-5629245 หรือหากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 หรือ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวนิศาชล อัครธรรกุล

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดกาเฟอีนของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง
ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

- แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มี 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริโภคกาเฟอีน	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสูบบุหรี่	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดื่มสุรา	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ	จำนวน 1 ข้อ
- ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยที่ไม่ต้องเขียนชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถามชุดนี้
- ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที

นางสาวนิศาชล อัครธารกุล
นิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของท่าน โปรดตอบคำถามโดยเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. เพศ

- () เพศชาย () เพศหญิง
() อื่น ๆ

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

- () โสด () คู่/สมรส
() แยกทาง หย่าร้าง หม้าย () เสียชีวิต

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

- () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี
() ปริญญาโทขึ้นไป () อื่น ๆ โปรดระบุ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- () น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,001 – 15,000 บาท
() 15,001 – 30,000 บาท () 30,001 – 50,000 บาท
() 50,001 – 100,000 บาท () มากกว่า 100,001 บาท ขึ้นไป

6. อายุงาน ปี

7. ช่วงเวลาในการทำงาน

เข้างานเวลา เลิกงานเวลา

8. ระดับตำแหน่ง

9. โรคประจำตัว

- () ไม่มีโรคประจำตัว () มีโรคประจำตัว โปรดระบุ

10. ประวัติโรคทางจิตเวช

- () ไม่มีโรคทางจิตเวช () โรคซึมเศร้า
() โรควิตกกังวล () โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (ไบโพลาร์)
() อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการบริโภคกาแฟ จำนวน 11 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มกาแฟของท่าน โปรดตอบคำถามโดยเติมคำลงในช่องว่าง และ
ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()
ตามความเป็นจริง

1. คุณเคยดื่มกาแฟใช้หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
หากท่านตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ข้ามไปทำข้อที่ 11
2. คุณเริ่มดื่มกาแฟตั้งแต่อายุเท่าไร ปี
3. โดยเฉลี่ยคุณดื่มกาแฟวันละกี่แก้ว (1แก้ว เท่ากับ กาแฟปริมาณ 250 มิลลิลิตร)
() 1 แก้ว () 2 แก้ว () 3 แก้ว () 4 แก้ว () อื่น ๆ โปรดระบุ
.....
4. ชนิดของกาแฟที่คุณดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
() กาแฟสด () กาแฟกระป๋องพร้อมดื่ม
() กาแฟผงหรือกาแฟสำเร็จรูป () อื่น ๆ โปรดระบุ
5. รูปแบบกาแฟที่คุณดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
() ร้อน () เย็น
() ปั่น () อื่น ๆ โปรดระบุ
6. เมื่อกาแฟที่คุณดื่มเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
() Espresso เอสเปรสโซ () Americano อเมริกาโน่
() Cappuccino คาปูชิโน () Mocha มอคค่า
() Latte ลาเต้ () Caramel Macchiato คาราเมลมัคคิอาโต
() อื่น ๆ โปรดระบุ
7. ระดับความหวานของกาแฟที่คุณดื่ม
() ไม่หวานเลย () หวานน้อย () หวานปานกลาง () หวานปกติ () เพิ่มความหวาน
() อื่น ๆ โปรดระบุ
8. คุณมักเลือกดื่มกาแฟแบบไร้คาเฟอีน Decaf ใช่หรือไม่
() ไม่เลย () บางครั้ง () บ่อยครั้ง () เป็นประจำหรือแทบทุกครั้ง

9. ความถี่ในการดื่มกาแฟของคุณเป็นอย่างไร

- ดื่มเป็นประจำทุกวัน
- 4-6 วันต่อสัปดาห์
- 2-3 วันต่อสัปดาห์
- สัปดาห์ละครั้ง
- เดือนละครั้ง
- อื่น ๆ โปรดระบุ

10. เหตุผลในการดื่มกาแฟ (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

- เคยชินกับการดื่มเป็นประจำ
- แก้ง่วง
- ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- ชื่นชอบกลิ่นและรสชาติ
- อื่น ๆ โปรดระบุ

11. นอกจากกาแฟคุณดื่มเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีส่วนผสมของกาเฟอีนหรือไม่

- ไม่ดื่มเลย
- ดื่ม (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)
 - ชา
 - โกโก้
 - ช็อกโกแลต
 - น้ำอัดลม
 - ชานม
 - เครื่องดื่มชูกำลัง
 - อื่น ๆ โปรดระบุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะติดกาเฟอีน CAFFEINE ADDICTION จำนวน 11 ข้อ

ในกรณีที่ท่านไม่เคยดื่มกาแฟ ให้ข้ามไปทำแบบสอบถามถัดไป

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มกาแฟของท่าน ในช่วงเวลา “ 12 เดือน ” ที่ผ่านมา โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

ตามความเป็นจริง

1. คุณต้องดื่มกาแฟปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งแรกที่ดื่มใหม่ ๆ เพื่อที่จะให้กาแฟออกฤทธิ์เท่าเดิม ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
2. เมื่อคุณหยุดหรือลดการดื่มกาแฟลง คุณมีอาการปวดหัว อารมณ์แปรปรวน ง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิหรือสมองไม่ปลอดโปร่ง หรือคุณต้องดื่มกาแฟเพื่อไม่ให้เกิดอาการเหล่านี้ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
3. คุณดื่มกาแฟมากกว่าที่คุณตั้งใจไว้ในตอนแรก ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
4. คุณได้พยายามลดหรือหยุดดื่มกาแฟ แต่ทำไม่สำเร็จ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
5. คุณใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเสาะหากาแฟมาดื่ม หรือ อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของกาแฟในแต่ละวัน ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
6. การดื่มกาแฟของคุณทำให้คุณลดเวลาทำกิจกรรมที่ควรทำ เช่น รับประทานอาหารในร้านนอนหลับพักผ่อน ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
7. คุณไม่หยุดดื่มกาแฟ แม้จะรู้ว่ากาแฟจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายหรือจิตใจของคุณ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
8. การดื่มกาแฟ ทำให้คุณบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบ หรือ เคยก่อให้เกิดปัญหา เช่น ใจสั้น มือสั่น มีอาการถอน จนมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรือ ใช้เวลาไปกับกาแฟจนเบียดบังเวลางาน ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
9. คุณเคยดื่มกาแฟในขณะที่คุณอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่ออันตราย เช่น ดื่มในขณะที่ตั้งครุฑ (ในสตรี) หรือดื่มทั้ง ๆ ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
10. คุณมีความต้องการดื่มกาแฟอย่างมาก ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่
11. คุณยังคงดื่มกาแฟทั้ง ๆ ที่การดื่มของคุณทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวและคนอื่น เช่น ถกเถียงเรื่องค่าใช้จ่ายจากกาแฟ หรือ มีคนอื่น เช่น แพทย์ตักเตือนให้คุณหยุดดื่มกาแฟ ใช่หรือไม่
() ใช่ () ไม่ใช่

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามด้านสุขภาพจิต ในช่วง “ 2 สัปดาห์ ” ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

1. เบื่อ ทำอะไร ๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือนอนหลับมากเกินไป

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตาย ๆ ไปเสียคงจะดี

<input type="checkbox"/> ไม่เลย	<input type="checkbox"/> มีบางวัน / ไม่บ่อย
<input type="checkbox"/> มีค่อนข้างบ่อย	<input type="checkbox"/> มีเกือบทุกวัน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่ว ๆ ไป กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความการนอนส่วนใหญ่ของคุณเป็นอย่างไร ในช่วงเวลา “1เดือน” ที่ผ่านมา

- ในช่วง 1 เดือน ส่วนใหญ่คุณมักจะเข้านอนเวลาใด

<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 20.00 น.	<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 21.00 น.
<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 22.00 น.	<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 23.00 น.
<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 24.00 น.	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป

<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 30 นาที	<input type="checkbox"/> 31 นาที – 1 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/> 1 ชั่วโมง 1 นาที – 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> มากกว่า 2 ชั่วโมง
- ในช่วงเวลา 1 เดือนมาปกติคุณจะลุกจากที่นอนเวลาใด

<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 6.00 น.	<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 7.00 น.
<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 8.00 น.	<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 9.00 น.
<input type="checkbox"/> อยู่ในช่วง 10.00 น.	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ)
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปกติแล้วคุณนอนหลับโดยเฉลี่ยได้คืนละกี่ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้ อาจจะไม่แตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่ท่านเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)

<input type="checkbox"/> 5 ชั่วโมง หรือต่ำกว่า	<input type="checkbox"/> ประมาณ 6 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/> ประมาณ 7 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> ประมาณ 8 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/> ประมาณ 9 ชั่วโมง หรือมากกว่า	
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> ดีมาก	<input type="checkbox"/> ดี
<input type="checkbox"/> ไม่ค่อยดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดีเลย
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง เพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> ไม่เคยใช้เลย	<input type="checkbox"/> บางวัน (1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
<input type="checkbox"/> เกือบทุกวัน (4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์)	<input type="checkbox"/> ทุกวัน
- ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่างขับรถ กินอาหาร หรือ ร่วมงานสังสรรค์

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> บางวัน (1 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
<input type="checkbox"/> เกือบทุกวัน (4 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์)	<input type="checkbox"/> ทุกวัน

8. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกว่าการนอนหลับเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จ
 ล่วงไป

- () ไม่เป็นปัญหาเลย () เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
 () เป็นปัญหาพอสมควร () เป็นปัญหามาก

9. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด
 (กรุณาเลือกเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อ และตอบคำถามทุกข้อ)

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

สาเหตุ	1	2	3	4
นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
ตื่นเข้าห้องน้ำ				
หายใจติดขัด				
ไอ หรือกรนเสียงดัง				
รู้สึกหนาวเกินไป				
รู้สึกร้อนเกินไป				
ฝันร้าย				
เจ็บหรือปวดตามตัว				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ

ท่านเคยสูบบุหรี่ใช่หรือไม่

() ไม่เคยเลย () เคย แต่หยุดสูบแล้ว () เคย และ ยังสูบในปัจจุบัน

หากตอบว่า “ไม่เคยเลย” หรือ “เคย แต่หยุดสูบแล้ว” ให้ข้ามไปทำแบบสอบถามการดื่มสุรา

คำชี้แจง แบบสอบถามการสูบบุหรี่ ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน

() 10 มวนหรือน้อยกว่า () 11-20 มวน
() 21-30 มวน () 31 มวนหรือมากกว่า
2. หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไหร่

() ภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน () 6-30 นาทีหลังตื่นนอน
() 31-60 นาทีหลังตื่นนอน () มากกว่า 60 นาทีหลังตื่นนอน
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)

() ใช่ () ไม่ใช่
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด

() มวนแรกตอนเช้า () มวนอื่น ๆ
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ใน “เขตปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ร้านอาหาร

() รู้สึกลำบาก () ไม่รู้สึกลำบาก
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล

() ใช่ () ไม่ใช่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ

หากท่านไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต ให้ข้ามไปทำแบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริง

1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงใด

- () ไม่เคยเลย () เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า
 () 2 - 4 ครั้งต่อเดือน () 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 () 4 ครั้งขึ้นไปต่อเดือน

หากตอบว่า “ไม่เคยเลย” ให้ข้ามไปทำแบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว

2.1 เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

- () 1 - 2 ดื่มมาตรฐาน () 3 - 4 ดื่มมาตรฐาน
 () 5 - 6 ดื่มมาตรฐาน () 7 - 9 ดื่มมาตรฐาน
 () ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป

2.2 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนแกน ลีโอ เขียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

- () 1 - 1.5 กระป๋อง หรือ 1/2 - 3/4 ขวด () 2 - 3 กระป๋อง หรือ 1 - 1.5 ขวด
 () 3.5 - 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด () 4.5 - 7 กระป๋อง หรือ 3 - 4 ขวด
 () 7 กระป๋อง หรือ 4 ขวดขึ้นไป

2.3 ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมงโขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน

- () 2 - 3 ฝา () 1/4 แบน
 () 1/2 แบน () 3/4 แบน
 () 1 แบนขึ้นไป

3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป

- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

4. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว
- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
5. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย
- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
6. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา
- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปในขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป
- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วง 1 ปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป
- () ไม่เคยเลย () น้อยกว่าเดือนละครั้ง
 () เดือนละครั้ง () 2 - 3 สัปดาห์ละครั้ง
 () ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่
- () ไม่เคยเลย () เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
 () เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่
- () ไม่เคยเลย () เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว
 () เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 1 ข้อ

แบบสอบถามการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ โปรดตอบคำถามโดยเติมคำลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริง

1. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คุณได้มีการใช้สารเสพติดหรือไม่

- | | | |
|------------------------|---------|------------|
| ยานอนหลับ | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| กัญชา | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| ยาบ้า | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| ยาไอซ์ | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| กระท่อม | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| เฮโรอีน (สารโอปิออยด์) | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| ยาเค | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| ยาอี | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| สารระเหย | () ใช้ | () ไม่ใช่ |
| อื่น ๆ โปรดระบุ | | |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

1. พัชชา เรื่องราย, ธนากร ธนาธารชูโชติ. พฤติกรรมการบริโภคและส่วนประสมการตลาดกาแฟสำเร็จรูปของข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม [อินเทอร์เน็ต] [cited 2564 18 ม.ค.]. Available from: [http://61.19.238.50/StudentServe/input/thesis/\[1\]\[130820031508\].pdf](http://61.19.238.50/StudentServe/input/thesis/[1][130820031508].pdf).
2. Marry M. Sweeney, Darian C. Weaver, Kathryn B. Vincent, Amelia M. Arria, Roland R. Griffiths. Prevalance and Correlates of Caffeine Use Disorder Symptoms Among a United States Sample. Journal of Caffeine and Adenosine Research. 2020;10:4-11.
3. กรุงเทพฯธุรกิจ. SCG เผยผลประกอบการปี 64 รายได้โต 33% ผลทรานส์ฟอร์มธุรกิจรับ 3 เมกะเทรนด์ [อินเทอร์เน็ต] 2565 [cited 2565 22 มี.ค.]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/business/984962>.
4. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ศิริวรรณ ปิยะวัฒน์เมธา, นรัักษ์ชาติบัญญัติชัย. จิตเวชศาสตร์ Psychiatry. 3 ed. ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2563.
5. รัตมน กัลยาศิริ. การเสพติด. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด(ศศก.) [อินเทอร์เน็ต] 2562 [cited 2564 18 ม.ค.]. Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=75>.
6. Wikipedia. กาเฟอีน [อินเทอร์เน็ต] 2564 [cited 2564 18 ม.ค.]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/กาเฟอีน>.
7. นงลักษณ์ สุวานิชย์ศิลป์. กาแฟระวังในโรคไต. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน [อินเทอร์เน็ต] 2563 [cited 2564 2 มี.ค.]. Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/491/กาแฟ...ระวังในโรคไต?/>.
8. อังคณา อัญญมณี. Caffeine Addiction: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี [อินเทอร์เน็ต]; 2549 [cited 2564 2 มี.ค.]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Caffeine%20Addiction.pdf>.
9. Jon Kelly. Coffee addiction: Do people consume too much caffeine: BBC News Magazine [Internet]; 2013 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://www.bbc.com/news/magazine-22530625>.
10. พงษ์พิริยะ พุประเสริฐ, กิจพศุทธิ์ คิวเจริญวงศ์, บัณฑิตกฤษฎ์ หวังวิทยาคุณ, จิราพร เทวรักษ์พิทักษ์, ณัฐชนนธ์ ปัญญาียง. ผลของการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนกับผลการเรียนวิชาอายุรศาสตร์ของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2557 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. เวชสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2558:53-9.

11. ถัดดา ขมยินดี, เบญญา มุกตพันธุ์. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลมัจจุศิริ จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2556;28(4):431-41.
12. ธรรมวรรณ สะอ้ง. การบริโภคกาแฟของพยาบาลที่ทำงานเป็นกะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [ปริญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
13. Hien Q. Do, Anders Granholm, Keren L. Ellekjaer, Ulrik W. Iepsen, Stine Estrup, Soren Maeker, et al. Coffee consumption and work satisfaction among Scandinavian anaesthesiologists: A survey. The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation 2018;63(3):414-7.
14. Beata Peplonska, Paulina Nowak, Wlzbietta Trafalska. The Association Between Night Shift Work and Nutrition Patterns Among Nurses: A Literature Review. Medycyna Pracy. 2019;70(3):363-76.
15. John A. Swanson, Jerry W. Lee, Joyce W. Hopp. Caffeine and nicotine: A review of their joint use and possible interactive effects in tobacco withdrawal. Addictive Behaviors. 1994;19(3):229-56.
16. เดิมศักดิ์ คทวณิช. จิตวิทยาทั่วไป General Psychology. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2546.
17. กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตคืออะไร [อินเทอร์เน็ต] 2545 [cited 2564 18 ม.ค.]. Available from: <https://www.dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp>.
18. กัญญา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: บำรุงสาส์น; 2532.
19. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. 3 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2522.
20. ลักขณา สิริวัฒน์. สุขวิทยาจิตและการปรับตัว. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์; 2554.
21. Christopher Kline. Sleep Quality [Internet] 2013 [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_849.
22. อัญชลี ชุ่มบัวทอง, วิจิตร ชะโลบลัมภ์, พิชญา ทองอยู่เย็น, ศรายุทธ โชคชัยวรรธน์, กันตภณ ธรรมวัฒนา, บังอร ฉางทรัพย์, et al. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. 2558;24(5):833-43.
23. Eric Suni, Anis Rehman. How To Determine Poor Sleep Quality [Internet] 2022 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/how-to-determine-poor-quality-sleep>.
24. Danielle Pacheco, Anis Rehman. How Is Sleep Quality Calculated? [Internet] 2022 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene/how-is-sleep-quality-calculated>.

25. Mayo Clinic. Sleep tips: 6 steps to better sleep [Internet] 2020 [cited 2022 Apr 5]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/sleep/art-20048379>.
26. HarvardHealthPublishing. 8 secrets to a good night's sleep [Internet] 2021 [cited 2022 Apr 5]. Available from: https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/8-secrets-to-a-good-nights-sleep.
27. Wang F, Bíró É. Determinants of sleep quality in college students: A literature review. *Explore*. 2021;17(2):170-7.
28. Ho-Sung Cho, Young-Wook Kim, Hyoung-Wook Park, Kang-Ho Lee, Baek-Geun Jeong, Yune-Sik Kang, et al. The relationship between depressive symptoms among female workers and job stress and sleep quality. *Annals of occupational and environmental medicine*. 2013;25(1):1-9.
29. Arslan SS, Alemdaroğlu İ, Karaduman AA, ÖT Y. The effects of physical activity on sleep quality, job satisfaction, and quality of life in office workers. *Work*. 2019;63(1):3-7.
30. Visvalingam N, Sathish T, Soljak M, Chua AP, Dunleavy G, Divakar U, et al. Prevalence of and factors associated with poor sleep quality and short sleep in a working population in Singapore. *Sleep Health*. 2020;6(3):277-87.
31. Chang AK, Choi J. Predictors of sleep quality among young adults in Korea: gender differences. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(12):918-28.
32. O'Callaghan F, Muurlink O, Reid N. Effects of caffeine on sleep quality and daytime functioning. *Risk management and healthcare policy*. 2018;11:263–71.
33. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*. 2017;31:70-8.
34. Hristina Nikolovska. 33 Fascinating Coffee Statistics for Every Coffee Lover disturbmenot [Internet]; 2020 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://disturbmenot.co/coffee-statistics/>.
35. Jessada Charoenchon, Janpha Thadphoothon. Coffee Consumption Behavior of Thai and International Students in Thailand: A Case Study [Bachelor of Arts in International Business English for Communication]. Bangkok: Dhurakij Pundit University;

2019.

36. Lu S. Too much coffee? : APA [Internet]; 2015 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www.apa.org/gradpsych/2015/11/coffee>.
37. Dimitrova TT, Hristova DN, Nikolov PN. Caffeine Consumption among Workers with Psycho-Emotional Risk Factors. Journal of IMAB–Annual Proceeding Scientific Papers. 2018;24(4):2285-9.
38. Michael Moffa. Office Coffee: Its Image and Implications: Recruiter [Internet]; 2011 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www.recruiter.com/i/office-coffee-its-image-and-implications/>.
39. Lee B, Mi K, Kim B, Kim B, Kim J, Lee I, et al. Caffeine contained beverage intake and sleep quality of university students. Journal of the Korean Society of School Health. 2014;27(1):31-8.
40. Shannon R. Leshner. Caffeine, Mental Health, and Sleep Quality in Students: A Mediation Approach Lycoming [Internet]; 2012 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://www.lycoming.edu/schemata/pdfs/ShannonLeshner_DepartmentalHonors_PSY.pdf.
41. Lofffield E, Freedman ND, Graubard BI, Guertin KA, Black A, Huang WY, et al. Association of coffee consumption with overall and cause-specific mortality in a large US prospective cohort study. American journal of epidemiology. 2015;182(12):1010-22.
42. Jain S, Srivastava AS, Verma RP, Maggu G. Caffeine addiction: Need for awareness and research and regulatory measures. Asian journal of psychiatry. 2019;41:73-5.
43. Fattore L, Altea S, Fratta W. Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. Women's Health. 2008;4(1):51-65.
44. Rockett I. Caffeine" addiction" in high school youth: Evidence of an adverse health relationship. Addiction Research & Theory. 2002;10(1):31-42.
45. Maria Godoy. How Many Cups of Coffee Per Day Are Too Many? : NPR [Internet]; 2013 [cited 2022 Mar 2022]. Available from: <https://www.npr.org/sections/thesalt/2013/08/17/212710767/how-many-cups-of-coffee-per-day-is-too-many>.
46. Yani RW, Hadnyanawati H, Prayitno H, Saudah N, Probowati R, Wijayanti LA, et al. The Custom of Black-Brewed Coffee Drinking and Work Quality. ITALIENISCH.

2022;12(1):613-21.

47. Milovanovic DD, Jakovljevic M, Scekcic M, Djordjevic N. Caffeine consumption patterns and determinants among adolescents in Serbia. *International journal of adolescent medicine and health*. 2018;30(4):1-6.

48. ศรัณยู อินดาวัน, นิศานาถ อารีเอื้อ, สุภาวดี สิทธิโน, ประวีณา ตริโษษฐ์, เพลินตา อาชญาทา, วีระพงษ์ ผิวอ่อน, et al. การศึกษาพฤติกรรมการดื่มกาแฟของประชาชนในกรุงเทพมหานคร [รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2550.

49. กรองแก้ว มีสันเทียะ. การดื่มกาแฟที่มีผลต่อความรู้สึกสดชื่นในขณะปฏิบัติงานของ พนักงาน : ศึกษาเฉพาะกรณีพนักงานของบริษัท เลสซาโก้ (ประเทศไทย) จำกัด [ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2552.

50. Shilo L, Sabbah H, Hadari R, Kovatz S, Weinberg U, Dolev S, et al. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. *Sleep medicine*. 2002;3(3):271-3.

51. Watson EJ, Coates AM, Kohler M, S. B. Caffeine consumption and sleep quality in Australian adults. *Nutrients*. 2016;8(8):479.

52. Park J, Han JW, Lee JR, Byun S, Suh SW, Kim T, et al. Lifetime coffee consumption, pineal gland volume, and sleep quality in late life. *Sleep*. 2018;41(10):127.

53. Apostolakopoulou XA, Kontopoulou L, Karpetas GE, Marakis G, Vasara E, Katsaras IG, et al. Sugars, Alcohol, and Caffeine Intake From Drinks Among Outpatients With Mental Health Disorders in Greece: A Pilot Study. *Cureus*. 2022;14(1).

54. Nouri-Majd S, Salari-Moghaddam A, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Coffee and caffeine intake in relation to symptoms of psychological disorders among adults. *Public Health Nutrition*. 2022:1-28.

55. Wang L, Shen X, Wu Y, Zhang D. Coffee and caffeine consumption and depression: A meta-analysis of observational studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016;50(3):228-42.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นิศาชล อัครอาระกุล
วัน เดือน ปี เกิด	11 เมษายน 2535
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาการแสดงและกำกับการแสดง คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาสุขภาพจิต ภาควิจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	7/380 ซอย 58 หมู่บ้านชัยพฤกษ์ ถนนวัชรพล แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	-