

ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบ
ผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Sleep-related Worry and Sleep Hygiene in Depressed Outpatients at Department of
Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital



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	ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิต เวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นายภาณุพงศ์ บุญทองช่วย
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉันทชาย สิทธิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอนุจรวิชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์)

ภาณพงศ์ บุญทองช่วย : ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (Sleep-related Worry and Sleep Hygiene in Depressed Outpatients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์วินิจฉัย DSM IV-TR หรือ DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถระบุได้ จำนวน 144 คน โดยใช้แบบสอบถามรวมทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ จากนั้นผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ผ่านเวชระเบียนของโรงพยาบาล ได้แก่ น้ำหนักส่วนสูง ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยาต้านเศร้าที่ได้รับ และใช้สถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U Test Kruskal-Wallis Test และ Spearman's rank correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน เท่ากับ 56.95(26.99) และ 34.79(15.39) ตามลำดับ ค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) ของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน เท่ากับ 61.00 (33.5-77.8) และ 32.00 (24.0-45.0) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ได้แก่ การปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดี ($p < 0.01$) ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับที่นานกว่าปกติ ($p < 0.001$) อาการรบกวนขณะหลับ($p < 0.001$) อาการง่วงหลับระหว่างวัน ($p < 0.001$) ประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำ ($p < 0.001$) การคงอยู่ของอาการโรคซึมเศร้า($p < 0.001$) และปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ ($p < 0.001$)

สรุปผลการศึกษา: ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับสุขอนามัยการนอนหลับที่ปฏิบัติ ซึ่งการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยการนอนสามารถส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และผ่อนคลายความวิตกกังวลเรื่องการนอนได้ อันจะส่งผลดีต่อการรักษาโรคซึมเศร้า

สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2564	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370066830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Sleep-related worry, Sleep hygiene, Depression, insomnia

Panupong Boontongchuay : Sleep-related Worry and Sleep Hygiene in Depressed Outpatients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advisor: Assoc. Prof. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D.

Objective: To study sleep-related worry, sleep hygiene and associated factors of sleep-related worry in patients with depressive disorders in Psychiatric Outpatient Department, KCMH.

Methods: We recruited 144 patients aged 18 years and above and they were diagnosed either as major depressive disorder or persistent depressive disorder or unspecified depressive disorder using DSM IV-TR or DSM-5 criteria. All participants completed 4 questionnaires: demographic questionnaires, the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire (APSQ), the Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale (SHAPS) and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS SR-16). Subsequently, the researcher obtained data on type of depressive disorder, duration of depression treatment at KCMH. and current antidepressants. Data analysis using the SPSS software for Window 22.0 (Chulalongkorn University). Sleep-related worry and sleep hygiene practice were presented with median score (with IQR). The associated factors of sleep-related worry (sleep-related factors, depressive disorder-related medical information) were analyzed by Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman's ranked correlation coefficient. All statistical analyses were two-tailed with $\alpha = 0.05$ as the significance level.

Results: The mean(SD) of sleep-related worry and sleep hygiene were 56.95(26.99) and 34.79(15.39) respectively. The median scores (with IQR) of sleep-related worry and sleep hygiene were 61.00 (33.5-77.8) and 32.00 (24.0-45.0) respectively. Factors associated with sleep-related worry were lower sleep hygiene practice ($p < 0.01$), late sleep onset latency ($p < 0.001$), sleep disturbances ($p < 0.001$), excessive daytime sleepiness ($p < 0.001$), low sleep efficiency ($p < 0.001$), the existence of depressive symptoms ($p < 0.001$), and sleep duration less than 8 hours ($p < 0.001$).

Conclusion: Sleep-related worry in Thai patients with depressive disorder was positively correlated with sleep hygiene practices. The sleep hygiene psychoeducation program may promote better sleep quality, relieve sleep-related worry, reducing patients' depressive symptoms.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2021

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ได้ให้ความเมตตาแก่ข้าพเจ้ามาโดยตลอด ทั้งในด้านเนื้อหาวิชาการ กระบวนการวิจัย ตลอดจนการให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ โดยในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ อาจารย์ได้กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดจนให้คำชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร จึงเป็นครูของผู้วิจัยที่เป็นแบบอย่างด้านการอุทิศตนในการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยซาบซึ้งและระลึกในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ไพโรจน์ ลีอนุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้ประสิทธิ์ประสาทองค์ความรู้ในด้านหลักการวินิจฉัยโรค การใช้เครื่องมือ และตรวจทานแก้ไขการวิเคราะห์ทางสถิติให้แก่ผู้วิจัย ซึ่งเป็นพื้นฐานความรู้ทางวิชาการที่มีคุณค่าที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ แก้ไข ปรับปรุง ข้อมูลในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณที่ได้ให้ความเมตตา มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัยที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ท่านอาจารย์ได้กรุณาให้คำแนะนำในด้านภาพรวมของการเขียนรวมถึงภาษาที่ใช้ในการวิทยานิพนธ์ ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้รับจากท่านอาจารย์นั้นมีคุณค่าอย่างมากและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์มา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ Assoc. Prof. Allison G. Harvey University of California, Berkely ที่ได้อนุญาตให้แปลแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire) เป็นภาษาไทย เพื่อใช้ในงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา ที่ได้อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) และ MAPI Research Trust ที่อนุมัติลิขสิทธิ์การเข้าถึงและใช้งานแบบสำรวจซิมเคร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology QIDS SR-16) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร และคณะ

ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล ตลอดจนพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลทุกท่าน ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการเก็บ

ข้อมูล ขอขอบพระคุณ อ.ดร.จิรดา ประสาทพรศิริโชค ที่ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติรวมถึงคำแนะนำในการทำวิจัย

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย ที่เป็นกำลังใจสำคัญ และสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านด้วยดีเสมอมา

ภาณุพงศ์ บุญทองช่วย



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1	1
บทนำ (Introduction to the Study).....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale).....	1
คำถามงานวิจัย (Research Questions).....	3
วัตถุประสงค์งานวิจัย (Research objectives).....	3
สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....	4
ขอบเขตของการวิจัย (Research Scope).....	4
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definitions)	4
ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations).....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefits and Application).....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	6
บทที่ 2	7
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review).....	7
ส่วนที่ 1 โรคนอนไม่หลับ.....	8
1.1 ความหมายและอาการของโรคนอนไม่หลับ.....	8
1.2 สาเหตุของโรคนอนไม่หลับ.....	8

1.3 ความชุกของโรคนอนไม่หลับ.....	10
ส่วนที่ 2 อาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า	11
2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า.....	11
2.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	11
ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ	14
3.1 นิยามของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ	14
3.2 ทฤษฎีความคิดของโรคนอนไม่หลับ	14
3.3 ลักษณะความคิดวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	15
ส่วนที่ 4 สุขอนามัยการนอน.....	17
4.1 นิยามและองค์ประกอบของสุขอนามัยการนอน	17
4.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ	21
4.3 ข้อจำกัดในการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน	22
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน	23
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Review of the related literatures).....	24
บทที่ 3	27
วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)	27
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples).....	27
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique).....	28
เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร	29
การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permission).....	31
ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Study Method and Data Collection).....	32
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Analysis).....	33

บทที่ 4	34
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis and Results)	34
ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล.....	35
ตอนที่ 2 แสดงลักษณะความวิตกกังวลการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
บทที่ 5	51
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusions and Recommendations)	51
สรุปผลการวิจัย (Conclusion).....	51
อภิปรายผลการวิจัย (Discussion).....	52
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	68
ประวัติผู้เขียน.....	96

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144).....	35
ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล ด้านปัจจัยการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144).....	36
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144)	39
ตารางที่ 4 ชนิดและระยะเวลาของยาต้านเศร้าแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับในปัจจุบัน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144).....	41
ตารางที่ 5 ตารางแจกแจงความถี่ (frequency) ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (APSQ) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน	42
ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน.....	42
ตารางที่ 7 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับแบบบรรยายข้อ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน.....	43
ตารางที่ 8 ตารางแจกแจงความถี่ (frequency) ของค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน (SHAPS) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน.....	44
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) ของค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน.....	44

- ตารางที่ 10** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน..... 44
- ตารางที่ 11** แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของคะแนนระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แบ่งตามกลุ่มอาการ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน 45
- ตารางที่ 12** การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ 46
- ตารางที่ 13** การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test เนื่องจากคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ 48
- ตารางที่ 14** สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับกับค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน 49

บทที่ 1

บทนำ (Introduction to the Study)

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นความผิดปกติทางการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุด โดยพบความชุกในประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกได้ตั้งแต่ร้อยละ 5.8-20⁽¹⁾ และพบความชุกในประเทศไทยที่ร้อยละ 10⁽²⁾ เมื่อกำหนดนิยามของอาการนอนไม่หลับตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคนอนไม่หลับ (Insomnia Disorder) จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5) แนวทางในการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับ ก็คือ ผู้ป่วยมีการรายงานความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ตนได้รับ หรือมีความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งความรู้สึกไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อความรู้สึกเป็นทุกข์ และความบกพร่องในการใช้ชีวิตในระหว่างวัน อาการที่พบได้ทั่วไปของโรคนอนไม่หลับ ได้แก่ นอนยาก ไม่่วงเมื่อถึงเวลานอน นอนหลับไม่สนิท นอนแล้วตื่นกลางดึก ตื่นแล้วกลับไปนอนไม่ได้อีก หรือไม่สามารนอนหลับได้เลย⁽³⁾ โดยการนอนหลับไม่เพียงพอเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางกาย เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เพิ่มโอกาสให้เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น อุบัติเหตุจากสาเหตุง่วงแล้วขับ และโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น⁽⁴⁾

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อทำความเข้าใจกลไกความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับและโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย โดยอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าส่งผลต่อกระบวนการ sleep consolidation ผู้ป่วยมักตื่นบ่อยครั้งในระหว่างคืน พบว่าการนอนมีการแตกออกเป็นช่วงๆ มี sleep fragmentation ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น กระปรี้กระเปร่าในระหว่างวัน หรือพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักตื่นนอนในช่วงเช้าที่เร็วจนเกินไป ไม่สามารถกลับไปนอนหลับต่อได้ เนื่องจากโครงสร้างการนอนหลับในระยะหลับฝันถูกรบกวนจนไม่สามารถจัดการเนื้อหาและอารมณ์ในระยะหลับฝันได้ตามปกติ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น อัตราการให้ความร่วมมือต่อการรักษาที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁽⁶⁻⁸⁾ ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนารูปแบบการรักษาบำบัดอาการซึมเศร้าที่สามารถบรรเทาอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาให้ได้มากที่สุด

ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (Sleep-related worry) คือความคิดวิตกกังวลซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Consequences of poor sleep) และการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตน (Uncontrollability of sleep)⁽⁹⁾ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างทรศนะเรื่องการนอนหลับกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านต่างๆ เช่น การนอนหลับกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การนอนหลับกับการมีสุขภาพที่ดี การนอนหลับกับการมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี การนอนหลับและสมดุลอารมณ์ เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับและโรควิตกกังวล⁽¹⁰⁾ ดังนั้น ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรมีการศึกษาให้ลึกซึ้งในประชากรผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อค้นหารูปแบบความคิดวิตกกังวลต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบในการรักษาในปัจจุบันให้ครอบคลุมและตอบโจทย์ เป็นรูปแบบที่มีคนใช้เป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) มากยิ่งขึ้น

สุขอนามัยการนอน (Sleep hygiene) คือองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ⁽¹¹⁾ เป็นการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นให้บุคคลจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่รบกวนการนอนหลับและส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อลดการกระตุ้นทางความคิด (Mental stimulation) ซึ่งปรากฏขึ้นในรูปแบบของความเครียด ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นต้น ถึงแม้ว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับยังไม่ใช่วิธีเลือกหลักที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการอาการนอนไม่หลับ หากเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้ยาต้านเศร้า (Antidepressant) หรือการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ (CBT-for-Insomnia) แต่องค์ความรู้เรื่องสุขอนามัยการนอนเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้ลงมือปรับเปลี่ยน ควบคุม และจัดการกับปัญหาด้วยตัวเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป เสริมสร้างแนวทางที่เป็นประโยชน์ และสร้างพฤติกรรมการนอนหลับที่มีคุณภาพดีได้โดยใช้ต้นทุนต่ำและสามารถลงมือปฏิบัติได้ทันที⁽¹²⁾

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับด้วยแนวความคิด Spielman's 3P model of insomnia จะสามารถเข้าใจได้ว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับยังดำเนินต่อไปหรือแย่ลง ในขณะที่สุขอนามัยการนอนมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่ลง⁽¹⁰⁾ แม้ว่าความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับและอาการของโรควิตกกังวลแย่ลง กลับพบว่ยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัยดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความเป็นไปได้ของความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอน

หลับและสุขอนามัยการนอน จึงได้ตัดสินใจพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire) ฉบับภาษาไทยขึ้นมาเพื่อศึกษารูปแบบความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้ที่สนใจประเด็นทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่องภาวะร่วมระหว่างนอนไม่หลับ ภาวะซีมีเศร้า และความวิตกกังวล รวมถึงเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงให้สามารถปรับประคับประคองสุขภาพการนอนหลับให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามงานวิจัย (Research Questions)

1. ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. สุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
4. มีปัจจัยอื่นใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Research objectives)

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซีมีเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย (Research Scope)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) เกี่ยวกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน ตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย สุขอนามัยการนอน และความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definitions)

ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (Sleep-related worry) หมายถึง ความคิดวิตกกังวลซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตน เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ และประสบการณ์การนอนหลับในขณะที่คนใช้กำลังนอนหลับอยู่ และยังรวมรวมถึงความรู้สึกสับสน กระปรี้กระเปร่า และประสิทธิภาพในการทำงานในช่วงกลางวันอีกด้วย ในการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ APSQ ฉบับภาษาไทย (the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire, Thai version)

สุขอนามัยการนอน (Sleep Hygiene) หมายถึง องค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ ในการศึกษานี้ประเมินโดยแบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale-Thai version) ปรับปรุงและแปลโดย ดร. จรรยา ฉิมหลวง

ผู้ป่วยซึมเศร้า (Depressed Patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ว่าผ่านเกณฑ์โรคซึมเศร้า โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV-TR หรือ DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified depressive disorder)

ประสิทธิภาพการนอน (Sleep Efficiency) หมายถึง อัตราส่วนระหว่างเวลาที่ใช้สำหรับการนอนหลับหารด้วยเวลาที่ไ้บนเตียงตลอดทั้งคืน ผลลัพธ์ที่ได้จะนำไปคูณด้วย 100 เพื่อให้คะแนนเป็นร้อยละ หากมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 85 ขึ้นไป หมายถึงการมีประสิทธิภาพการนอนสูง ในทางตรงข้าม หากมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 85 หมายถึงการมีประสิทธิภาพการนอนต่ำ โดยประสิทธิภาพการนอนสามารถสะท้อนถึงคุณภาพการนอนหลับที่ผู้ป่วยได้รับ

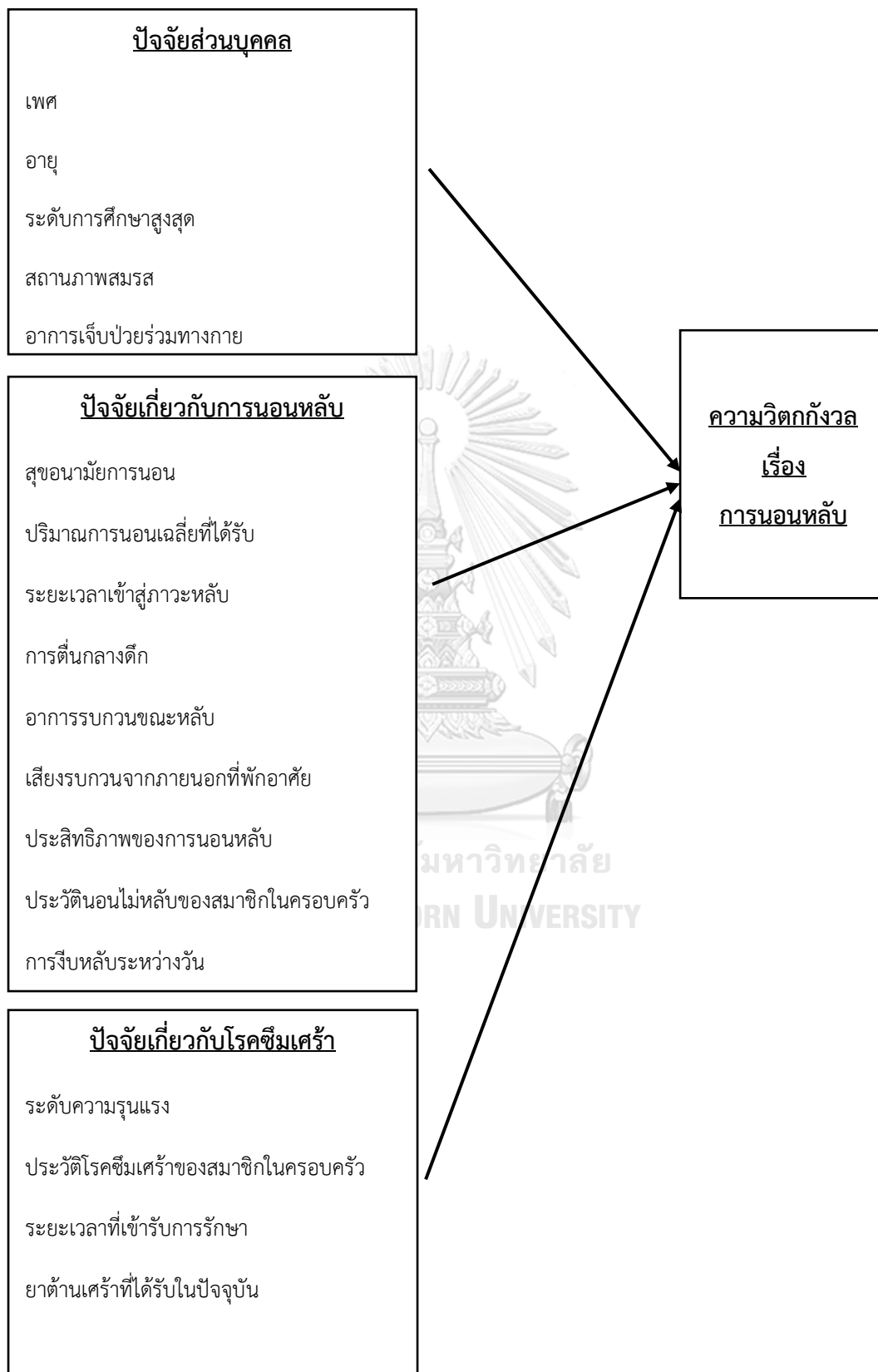
ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitations)

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการอ้างอิงผลถึงผู้ป่วยซึมเศร้าที่อื่น
2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาเวลาหนึ่ง หากมีการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกันอาจได้ผลการวิจัยที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้การศึกษานี้ศึกษาความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องของปัจจัยต่างๆ ต่อความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ จึงไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุ เนื่องจาก ไม่ใช้การศึกษาเชิงวิเคราะห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefits and Application)

1. การพัฒนาแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินในบุคคล ผู้ป่วย และสำหรับการวิจัยอื่นๆ ต่อไป
2. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพ และผู้วิจัยด้านการนอนหลับได้ตระหนักถึงความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน และเป็นแนวทางในการประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ และสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับเป็นภาวะร่วม
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้วิจัยในการศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชโรคอื่นๆ ที่มีอาการนอนไม่หลับร่วม หรือกลุ่มประชากรทั่วไปที่เผชิญกับอาการนอนไม่หลับ

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review of the Literature)

การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แบ่งการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โรคนอนไม่หลับ

- 1.1 ความหมายและอาการของโรคนอนไม่หลับ
- 1.2 สาเหตุของโรคนอนไม่หลับ
- 1.3 ความชุกของโรคนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 2 อาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า

- 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า
- 2.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

- 3.1 นิยามและองค์ประกอบของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ
- 3.2 ทฤษฎีความคิดของโรคนอนไม่หลับ
- 3.3 ลักษณะความคิดวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 สุขอนามัยการนอน

- 4.1 นิยามและองค์ประกอบของสุขอนามัยการนอน
- 4.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน
- 4.3 ข้อจำกัดของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน
- 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการ

นอน

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 โรคนอนไม่หลับ

1.1 ความหมายและอาการของโรคนอนไม่หลับ

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition or DSM-5 อธิบายโรคนอนไม่หลับว่าเป็นความผิดปกติด้านการนอนหลับ สามารถสังเกตได้เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจ ไม่ว่าจะเป็ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ หรือคุณภาพของการนอนหลับ ซึ่งทั้งสองล้วนมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นทุกข์ (substantial distress) และความบกพร่องในวิถีชีวิตระหว่างวัน (impairments of daytime functioning)⁽¹³⁾ อาการของโรคนอนไม่หลับที่พบบ่อย ได้แก่ นอนหลับยาก นอนแล้วตื่นในระหว่างคืน หรือตื่นเช้าจนเกินไปและไม่สามารถกลับไปนอนหลับได้อีก⁽¹⁴⁾

National Institutes of Health กล่าวว่าภาวะนอนไม่หลับ หมายถึง ความยากลำบากในการเข้านอน หรือการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง หรือตื่นนอนก่อนเวลาปกติ และรู้สึกไม่สดชื่นหลังจากตื่นนอน ทั้งที่ได้นอนหลับในปริมาณที่เพียงพอแล้ว และมีอาการร่วมคือประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงในเวลากลางวัน ภาวะนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽¹⁵⁾

กรมการแพทย์ ได้ให้ความหมายของโรคนอนไม่หลับ ว่าเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่เกิดขึ้นได้ใน 2 กรณี ได้แก่ โรคนอนไม่หลับจากการปรับตัว (adjustment insomnia) เป็นปัญหาหลับได้ยาก หลับไม่สนิท เป็นเวลาไม่กี่คืน และน้อยกว่า 3 เดือน และ โรคนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia) เป็นการที่ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับมากกว่า 1 เดือน โดยผู้ที่นอนไม่หลับส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ⁽¹⁶⁾

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กล่าวว่า นอนไม่หลับเป็นอาการที่เกิดร่วมกับความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ อาจเกิดเป็นผลมาจากการสะสมของความเครียด โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ใช้เวลานานกว่าจะนอนหลับ หลับๆ ตื่นๆ บ่อยครั้งตลอดคืน หรือตื่นเร็วกว่าปกติ ต้องพยายามอย่างหนักกว่าจะกลับไปนอนหลับได้อีก ส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า อิดโรยตามมาได้⁽¹⁷⁾

1.2 สาเหตุของโรคนอนไม่หลับ

สตูดาร์ตัน ชัยอาจ⁽¹⁸⁾ ได้แบ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามแนวคิดของสปีลแมน Spielman ว่าการนอนไม่หลับเป็นผลของหลายปัจจัยร่วมกัน ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors)

1. ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors)

ปัจจัยโน้มนำคือปัจจัยที่เพิ่มความทนทานต่อการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับ ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล พบว่าผู้ที่มีบุคลิกแบบย้ำคิดย้ำทำ วิตกกังวลง่าย มักประสบปัญหาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้พบว่า การเป็นเพศหญิงหรืออยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีโรคนอนไม่หลับมากขึ้น

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors)

ปัจจัยกระตุ้นคือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบฉับพลัน โดยส่วนใหญ่พบว่าอาการนอนไม่หลับมักเกิดขึ้นพร้อมกันกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เช่น การสูญเสียของบุคคลที่รัก การย้ายที่อยู่ ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้ ยังพบว่าความเจ็บป่วยทางกาย ความคิดวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมในช่วงขณะนอนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เสียงแสง หรือผู้ที่นอนร่วมห้อง ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้

3. ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors)

ปัจจัยคงอยู่ หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเรื้อรัง โดยปกติแล้วเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลง ผู้ป่วยจะสามารถกลับมานอนหลับได้ตามปกติ โดยปัจจัยคงอยู่ที่พบได้บ่อยครั้ง ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การรับประทานอาหารมื้อเย็น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน หรือสูบบุหรี่ใกล้เวลานอนจนเกินไป การจับหลับเกินความจำเป็น การพยายามนอนหลับบนเตียงนานจนเกินไป หรือการใช้พื้นที่บนเตียงสำหรับกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการนอน เช่น การทำงาน หรือการรับประทานอาหาร หรือดูหนัง เล่นโทรศัพท์มือถือ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้สมองเรียนรู้ว่าเตียงหรือห้องนอนไม่ได้เป็นสถานที่ผ่อนคลายอันนำไปสู่เวลาของการนอนหลับ นอกจากนี้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับมีส่วนให้ไม่สามารถเข้าใจหรือมีความคาดหวังต่อการนอนหลับอย่างสมเหตุสมผล ส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับยังรุนแรงต่อเนื่อง

Sleep Foundation อธิบายสาเหตุของอาการนอนไม่หลับ โดยในภาพรวม การได้รับแรงกระตุ้นที่มากเกินไป (hyperarousal) เป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับ รูปแบบของการได้รับแรงกระตุ้นเกิดขึ้นได้ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ สาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเครียด เวลาเข้านอนและตื่นนอนที่ไม่สม่ำเสมอ วิถีชีวิตที่รบกวนการนอนหลับ เช่น จับหลับนานเกินความจำเป็น การเล่นโทรศัพท์ รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น โรคทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน ภูมิแพ้ โรคทางระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคสมาธิสั้นหรือโรคออทิสติก เป็นต้น และโรคทางการนอนหลับอื่นๆ เช่น โรคนอนหยุดหายใจชนิดอุดกั้น หรือโรคขากระตุกขณะหลับ เป็นต้น⁽¹⁹⁾

Thomas Roth ได้รายงานปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนอนไม่หลับ พบว่า วัยสูงอายุ เพศหญิง การมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วม การมีโรคทางจิตเวชร่วม และการทำงานเป็นกะ/ตารางงานที่ไม่สม่ำเสมอ เป็นปัจจัยกระตุ้นอาการของโรคนอนไม่หลับในบุคคลที่มีปัจจัยโน้มนำต่อโรคนอนไม่หลับ โดยการมีโรคทางจิตเวชร่วมเป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับมักมีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค⁽²⁰⁾

1.3 ความชุกของโรคนอนไม่หลับ

Ingrid Bjoroy, Vilde Aanesland Jorgensen, และ Stale Pallesen นำเสนอค่าความชุกของโรคนอนไม่หลับในประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก พบค่าความชุกได้ตั้งแต่ร้อยละ 5.8-20 โดย โรคนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ได้อบ่อยที่สุด⁽¹⁾

David Cunnington, Molra F Junge และ Antonio T Fernando รายงานค่าความชุกของอาการนอนไม่หลับของประชากรผู้ใหญ่ในประเทศออสเตรเลียระหว่างปี 1998-2008 พบว่า ร้อยละ 13-33 ของประชากรผู้ใหญ่เผชิญกับปัญหาอนไม่หลับ ไม่ว่าจะเป็นอนหลับยากหรือหลับแล้วตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง⁽²¹⁾

Wing S. Wong และ Richard Fielding ทำการศึกษาค่าความชุกของโรคนอนไม่หลับในประชากรผู้ใหญ่กว่า 5001 รายในมณฑลพิเศษฮ่องกง ประเทศจีน พบค่าความชุกของโรคนอนไม่หลับอยู่ที่ร้อยละ 39.4 เทียบเท่ากับจำนวนประชากร 2.2 ล้านคน⁽²²⁾

สำหรับประเทศไทย สำนักพิมพ์ the Nation ได้รายงานจำนวนประชากรผู้ใหญ่ซึ่งประสบกับอาการนอนไม่หลับในระยะสั้น อยู่ที่ร้อยละ 30 หรือราวๆ 19 ล้านคน และโรคนอนไม่หลับอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10⁽¹²⁾ นอกจากนี้ วรุตม์ อุจน์จิตสกุล และ พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ ได้รายงานค่าความชุกของโรคนอนไม่หลับในผู้ใหญ่ในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าความยากลำบากในการนอนมีความชุกถึงร้อยละ 25 และร้อยละ 6-10 มีอาการครบตามแนวทางการวินิจฉัยโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง⁽²⁾

เพราะปัญหาอนไม่หลับเป็นความผิดปกติทางการนอนหลับที่พบได้บ่อยที่สุด มีสาเหตุในการเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยชีวภาพและปัจจัยจิตสังคม เราจึงควรให้ความสำคัญในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปัญหาและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 อาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับโรคซึมเศร้า

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับและโรคซึมเศร้า พบว่า อาการนอนไม่หลับและอาการของโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง (bi-directional relationship) กล่าวคือ อาการนอนไม่หลับส่งผลต่อความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และอาการของโรคซึมเศร้าที่รุนแรงมีผลให้อาการนอนไม่หลับรุนแรงและเรื้อรัง จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้า และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยในโรคซึมเศร้า รายงานอาการใดอาการหนึ่งของโรคนอนไม่หลับ ในขณะเดียวกัน ความผิดปกติทางอารมณ์เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง พบว่า ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับเรื้อรังมีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์ นอกจากนี้ การนอนหลับอย่างไม่มีคุณภาพมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า (severity of depression) อัตราการรักษาจนโรคสงบ (rates of remission) และโอกาสในการกลับมาเป็นโรคซ้ำ (relapse of depression) ดังนั้น อาการนอนไม่หลับไม่ได้เป็นเพียงอาการ แต่ยังเป็นสาเหตุ และปัจจัยให้โรคซึมเศร่ายังคงดำเนินอยู่ต่อไป^(6, 23)

Marie Anne Gebara, Nalyn Siripong, Elizabeth A. DiNapoli, Rachel D. Maree, Anne Germain, Charles F. Reynold และคณะ ได้อธิบายว่า การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับมีความซับซ้อนกว่า เมื่อเทียบกับการรักษาในผู้ป่วยที่ไม่ได้มีอาการนอนไม่หลับ และถึงแม้ว่าการรักษาโรคซึมเศร้าจะช่วยให้การนอนไม่หลับในผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่กลับพบว่าอาการนอนไม่หลับยังคงเป็นอาการหลงเหลือ (residual symptom) ต่อไป⁽⁷⁾

2.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยซึมเศร้าส่งผลต่อกระบวนการ sleep consolidation ผู้ป่วยมักตื่นบ่อยครั้งในระหว่างคืน เกิดอาการนอนไม่หลับแบบ middle insomnia พบว่าการนอนมีการแตกออกเป็นช่วงๆ มี sleep fragmentation ทำให้รู้สึกไม่สดชื่น กระปรี้กระเปร่าในระหว่างวัน โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของวงจรการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้านั้น พบการนอนหลับระยะไม่กลอดตา 3-4 (non-rapid eye movement หรือ NREM 3-4) หรือ slow wave sleep (SWS) ที่ลดลง การนอนหลับแบบกรอกตา (rapid eye movement หรือ REM) เพิ่มสูงขึ้น การเคลื่อนไหวของลูกตาในระยะ REM มีความเร็วสูงขึ้น และเข้าสู่ระยะ REM (REM onset latency) ที่เร็วขึ้น ทำให้เข้าสู่ระยะหลับฝันเร็วกว่าปกติ^(23, 24)

นอกจากนี้ Donna E. Giles, Howard P. Roffwarg, Michael A. Schlessler and A. John Rush ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง (endogenous depressive symptoms) กับการลดลงของการเข้าสู่ระยะ REM (REM

latency reduction) พบว่าอาการนอนไม่หลับช่วงปลาย(terminal insomnia) หรือการที่ผู้ป่วยมีอาการตื่นเช้าเกินไป ไม่สามารถกลับไปนอนต่อได้ในช่วงเช้า (early morning awakening) ภาวะสิ้นยินดีไปทั่ว (pervasive anhedonia) และความอยากอาหารที่ลดลง (appetite loss) เป็นอาการของโรคซึมเศร้าซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเข้าสู่ภาวะ REM ที่ลดลง โดยอาการนอนไม่หลับช่วงปลายมีขนาดของความสัมพันธ์ที่สูงที่สุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมด⁽²⁵⁾

ในเวลาต่อมา มีการศึกษาอาการฝันร้ายและอาการนอนไม่หลับช่วงปลายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดย Lutfullah Besiroglu, Mehmet Yucel Agargun และ Rifat Inci พบว่า โครงสร้างการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงในระยะการนอนหลับลึก หรือ REM stage มีความเกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับช่วงปลาย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของอาการหดหู่รุนแรง (melancholia feature) โดยพบว่าอาการฝันร้ายพบได้บ่อยกว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับช่วงปลาย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการ โดยการตื่นในช่วงเช้านั้นอาจเป็นกลไกปกป้องอารมณ์จากการฝันร้ายที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเผชิญกับอาการซึมเศร้าในช่วงตื่นนอน⁽⁵⁾

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร ศิริพรรณ จารนัย มานิต ศรีสุรภานนท์ ได้ทำการศึกษาอาการโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นทุกข์ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อาการนอนไม่หลับช่วงปลายมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นทุกข์มีระดับของอาการที่คล้ายกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽²⁶⁾

Liqing Li, Chunmei Wu, Yong Gan, Xiangguo Qu และ Zuxun Lu อธิบายว่าการสูญเสียการนอนหลับ (sleep loss) ส่งผลต่อการทำงานของความคิดและการจัดการอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการมีโรคซึมเศร้า และยังส่งผลให้เกิดอาการง่วงในระหว่างวันและขาดกิจกรรมที่มุ่งเน้นเป้าหมาย (goal-directed activities) นอกจากนี้ อาการนอนไม่หลับเป็นสาเหตุที่รบกวนความมั่นคงทางอารมณ์ กระตุ้นกระบวนการทางจิตประสาท ซึ่งสามารถพัฒนาสู่อาการของโรคซึมเศร้าได้ โดยในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่า เกิดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องของ hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของสมองในการจัดการความเครียด⁽⁸⁾

นอกจากผลกระทบต่อโครงสร้างวงจรการนอนหลับ การทำงานของความคิดและอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ การนอนหลับอย่างไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการนอนหลับของตนมากกว่าสิ่งอื่น จนละเลยกิจกรรมทางสังคมที่สำคัญ ขาดแรงจูงใจในการออกไปพบปะกับผู้อื่น โดยในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับที่แย่งผลต่อความสามารถในการรับรู้อารมณ์ที่เป็นปัญหา ไม่สามารถจัดการอารมณ์ด้านลบของตนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุผลเหล่านี้เป็นที่มาของปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรวมถึงปัญหาทางจิตสังคม

เช่น การถูกปฏิเสธจากเพื่อน ความรู้สึกโดดเดี่ยว คุณค่าในตนเองลดลง ความเศร้า ซึ่งปัญหาที่ได้กล่าวมานี้สามารถพัฒนาไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ในเวลาต่อมา⁽²⁷⁾

อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการให้ความร่วมมือต่อการรักษาของผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการนอนหลับของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระบวนการจัดการอารมณ์ในระยะหลับฝัน ส่งผลรบกวนต่อรูปแบบการใช้ชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ด้านอารมณ์ และด้านสังคม



ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

3.1 นิยามของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

Markus Jansson-Frojmark, Allison G Harvey, Lars-Gunnar Lundh, Annika Norell-Clarke และ Steven J Linton อธิบายคำจำกัดความของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ หมายถึง ความคิดวิตกกังวลซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ (Consequences of poor sleep) และการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตน (Uncontrollability of sleep) ทั้งนี้ ความวิตกกังวลดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตลอด 24 ชั่วโมง ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ และประสบการณ์การนอนหลับในขณะที่คนไข้กำลังนอนหลับอยู่ แต่ยังรวมถึงความรู้สึกสับสน กระปรี้กระเปร่า และประสิทธิภาพในการทำงานในช่วงกลางวันอีกด้วย⁽²⁸⁾

Finja Gerlach, Thomas Ehring, Gabriela G. Werner และ Keisuke Takano กล่าวว่า ความคิดอคติเกี่ยวกับความผิดปกติของโรคทางจิตเวชสามารถสังเกตได้จากการที่ผู้ป่วยตั้งข้อสรุปในสถานการณ์ที่คลุมเครือ โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยมักตั้งข้อสรุปเกี่ยวกับอาการตนกำลังเผชิญ ในระดับที่รุนแรงกว่าปกติ ในผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมักมีแนวโน้มในการสร้างความคิดอคติเกี่ยวกับการนอนหลับของตน มากกว่าคนที่หลับการนอนเพียงพอและมีคุณภาพที่ดี⁽²⁹⁾

3.2 ทฤษฎีความคิดของโรคนอนไม่หลับ

Umair Akram, Eleanor Bickle, Carley Howell, Vildan Ozhan, Jessica Williamson และ Andrew Du Rocher กล่าวถึงทฤษฎีความคิดของโรคนอนไม่หลับในการอธิบายความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ โดยเน้นย้ำบทบาทของความคิดอคติเกี่ยวกับการนอนหลับ (cognitive bias specific to sleep) ซึ่งกระตุ้นโรคนอนไม่หลับ และทำให้โรคนอนไม่หลับยังคงดำเนินต่อไป ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสัมผัสกับแรงกระตุ้น ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ความวิตกกังวลนี้เองมีทำให้ผู้ป่วยจดจ่ออยู่กับตัวกระตุ้นอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่สูงขึ้น หรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เสียงดัง หรือแสงรบกวน เป็นต้น จากนั้นผู้ป่วยจะทำการเชื่อมโยงตัวกระตุ้นกับอาการนอนไม่หลับของตน เกิดความคิดหมกมุ่นอยู่กับอาการนอนไม่หลับ และส่งผลให้ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับรุนแรงและต่อเนื่อง⁽³⁰⁾

Allison G. Harvey อธิบายที่มาของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับผ่านทฤษฎีความคิดของโรคนอนไม่หลับ โดยผู้ที่มีอาการของโรคนอนไม่หลับมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลในระดับที่เกินพอดีเกี่ยวกับการนอนหลับ และผลกระทบจากการนอนหลับที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น ซึ่งความคิดที่เกิดขึ้นสามารถกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและ

การตอบสนองทางอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความคิดถูกเชื่อมโยงไว้กับตัวกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ⁽³¹⁾

Coline A. Epsie, Niall M. Broomfield, Kenneth M.A. Macmahon, Lauren M. Macphee และ Lynne M. Taylor กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับมักเผชิญกับการนอนหลับที่ถูกรบกวน การอดนอน รวมถึงรับรู้ว่าการนอนหลับของตนนั้นไม่เพียงพอ ไม่มีคุณภาพ หากเกิดปัญหาเรื้อรัง สมองจะเกิดกระบวนการของสมาธิในการคัดเลือกสิ่งเร้า (selective attention) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดหมกหมุ่นอยู่กับปัญหานอนไม่หลับของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความคิดหมกหมุ่นเรื่องการนอนหลับในระดับที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีปัญหาเรื้อรัง ผู้ป่วยมักใส่ใจกับรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ รวมถึงปัจจัยสาเหตุของปัญหาการนอน มุ่งมั่นกับการแก้ไขปัญหานอนไม่หลับ จนนำไปสู่ความเครียดหรือความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับตามมา⁽³²⁾

3.3 ลักษณะความคิดวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ลักษณะความคิดวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบไปด้วยความคิด 4 รูปแบบ ได้แก่ ความคิดกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนที่ได้รับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ/ไม่มีประสิทธิภาพ ความสามารถในการควบคุม/แก้ไขการนอนหลับและความกลัวต่อช่วงเวลาการนอน^(9, 33, 34)

1. ความคิดกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนที่ได้รับ

โดยความคิดนี้มีที่มาอันเชื่อมโยงกับความเชื่อที่สังคมให้การยอมรับว่า ทุกคนควรได้รับปริมาณการนอนหลับเฉลี่ย 8 ชั่วโมงขึ้นไป กลายเป็นมาตรฐานการนอนหลับที่เพียงพอที่พวกเราต่างยึดถือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถนอนหลับได้ถึง 8 ชั่วโมง จึงพบได้บ่อยครั้งว่าพวกเขามักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนที่ตนได้รับ

2. ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี

โดยความคิดนี้เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี หรือปริมาณการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ผลกระทบต่างๆ มักเกิดขึ้นในช่วงระหว่างวัน ได้แก่ ผลกระทบของการนอนหลับต่อประสิทธิภาพในการทำงาน สุขภาพ ความสามารถในการเข้าสังคม สมดุลอารมณ์ ความสามารถในการตื่นตัว ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความคิดรบกวนเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในระหว่างปฏิบัติการกิจอื่น หรือ ความกังวลเรื่องผลกระทบระหว่างการนอนหลับกับสมดุลของสารเคมีในสมอง ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักรายงานลักษณะความคิดกังวลและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป

3. ความสามารถในการควบคุมหรือแก้ไขปัญหาคารนอนหลับ

โดยความคิดกังวลในประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับมือ จัดการ และแก้ไขให้ปัญหาคารนอนหลับกลับสู่สภาวะปกติ หากผู้ป่วยสามารถรับมือได้ดี ได้รับการรักษาจนการนอนหลับดีขึ้น หรือยอมรับการนอนไม่หลับได้ ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับจะลดลง หากไม่สามารถรับมือได้ ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับจะยังคงดำเนินต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะยังคงคาดหวังและพยายามค้นหาแนวทางในการควบคุมหรือแก้ไขปัญหาคารต่อไป เช่น ปฏิบัติสุขอนามัยการนอน ใช้นอนหลับหรืออาหารเสริม เป็นต้น จนกว่าอาการทุเลาลงหรือรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

4. ความรู้สึกกลัวต่อช่วงเวลาการเข้านอน

เมื่อความวิตกกังวลปรากฏขึ้นในความคิดทั้งในช่วงเวลากลางคืน รวมถึงรบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิตในระหว่างวัน บ่อยครั้งที่เราสามารถพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งรายงานทัศนคติในแง่ลบต่อการนอนหลับ รวมถึงถ่ายทอดความรู้สึกกลัวที่ตนมีต่อช่วงเวลาในการเข้านอนหรือช่วงเวลากลางคืน ส่งผลให้ไม่ได้รับปริมาณการนอนหลับที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับเป็นหนึ่งในปัญหาคารนอนหลับที่พบได้บ่อย ทั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและประชาชนทั่วไปที่มีประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่ดี ทั้งระยะสั้น และระยะเรื้อรัง โดยปรากฏขึ้นในรูปแบบความคิด ความเครียด หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับที่ตนได้รับ รวมถึงความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ หรือความกลัวต่อการเข้านอน สามารถอธิบายที่มาที่ไปจากแนวความคิดอคติเกี่ยวกับการนอนหลับและกระบวนการคัดเลือกสิ่งเร้าของสมาธิ ซึ่งมีส่วนให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นหรือหมกมุ่นกับการนอนของตนเองมากเกินไป

ส่วนที่ 4 สุขอนามัยการนอน

4.1 นิยามและองค์ประกอบของสุขอนามัยการนอน

Peter Hauri⁽³⁵⁾ ได้นิยามสุขอนามัยการนอน ว่าเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์แรกเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อยและระดับกลาง หลักการปฏิบัติมี 7 ข้อ ได้แก่

- จำกัดเวลาที่ใช้บนเตียง
- อย่าพยายามนอนหลับ เพราะยิ่งพยายามเท่าไร จะได้รับแรงกระตุ้นมากขึ้นเท่านั้น
- ลดความกดดันเรื่องเวลา โดยไม่วางนาฬิกาปลุกในห้องนอน
- ออกกำลังกายยามบ่ายหรือตอนค่ำ งดออกกำลังกาย 2-3 ชั่วโมงก่อนนอน
- หลีกเลี่ยงสารกระตุ้นและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- หลับและตื่นให้เป็นเวลา
- รับประทานขนมขบเคี้ยวเล็กน้อยก่อนนอน

The International Classification of Sleep disorders 2005 revised edition (ICSD-2) ได้จัด inadequate sleep hygiene (สุขอนามัยการนอนไม่เพียงพอ) เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางเหล่านี้อย่างน้อย 1 ข้อ⁽³⁶⁾

- ตารางการนอนหลับไม่เหมาะสม มีการงีบหลับระหว่างวันบ่อยครั้ง
- ใช้เวลาบนเตียงนานจนเกินไป
- มีการบริโภคผลิตภัณฑ์ซึ่งมีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ นิโคติน หรือ คาเฟอีน โดยเฉพาะในช่วงก่อนนอน
- มีกิจกรรมซึ่งกระตุ้นการทำงานของร่างกาย กระตุ้นอารมณ์และความคิดอย่างมากในช่วงก่อนเข้านอน
- มีการใช้พื้นที่บนเตียงเพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากการนอนหลับ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ รับประทานอาหาร วางแผนกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

ฐิติมา ณรงค์ศักดิ์ ฐิติมา สงวนวิชัยกุล และ วงพงษ์ ตรีนีธิวานิช อธิบายสุขอนามัยการนอนหลับว่า เป็นแนวทางการปฏิบัติขั้นพื้นฐานเพื่อเพิ่มคุณภาพของการนอนหลับ มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่น การนอนให้ตรงเวลา⁽³⁷⁾

กัลยา ปัญจพรผล แนะนำแนวคิดของสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพและระยะเวลาการนอนหลับให้ดีขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการนอนหลับได้ หากสามารถปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือนจะสามารถหลับได้ดีขึ้น ตื่นตัวในช่วงระหว่างวัน เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และมีสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น⁽³⁸⁾

Eric Suni และ Nilong Vyas⁽³⁹⁾ ได้อธิบายความหมายของสุขอนามัยการนอนหลับที่สำคัญ รวมถึงแนะนำแนวทางในการนำไปปรับใช้ สุขอนามัยการนอนหลับที่ดีหมายถึงความถึงการมีบรรยากาศในการนอนหลับที่ดี และมีกิจวัตรประจำวันที่ส่งเสริมการนอนหลับที่ต่อเนื่อง ปราศจากการรบกวน แต่ละคนสามารถปรับแนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิต ซึ่งการมีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีสามารถป้องกันอาการนอนไม่หลับ และเพิ่มคุณภาพในการใช้ชีวิต สุขอนามัยการนอนหลับที่ดี ประกอบด้วย

1. วางแผนการนอนหลับ

- กำหนดเวลาเข้านอน เวลาตื่นให้สม่ำเสมอทั้งวันทำงานและวันหยุด เพื่อรักษาจังหวะการทำงานของร่างกายและสมอง
- ให้ความสำคัญกับการนอน กำหนดระยะเวลาเพื่อให้ได้รับการนอนหลับอย่างเพียงพอ
- ใช้เวลาในการปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป หากคุณจำเป็นต้องปรับช่วงเวลาการนอน โดยปรับเป็นช่วง ช่วงละ 1-2 ชั่วโมงจนกว่าจะสามารถเข้านอนได้ตามแผนที่วางไว้
- งดสูบบุหรี่ แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที ไม่ควรงีบหลังจากบ่าย 2 โมง เพื่อป้องกันอาการนอนหลับยาก

2. สร้างกิจวัตรการนอนหลับที่สม่ำเสมอ

- มีกิจวัตรก่อนเข้านอนที่เหมือนเดิมในทุกวัน เพื่อให้สัญญาณกับร่างกายและสมองว่าถึงเวลาสำหรับการเข้านอน เช่น แปรงฟัน สวมชุดนอน เป็นต้น
- ใช้เวลาก่อนเข้านอน 30 นาทีเพื่อผ่อนคลายร่างกายและสมอง ทำให้รู้สึกสงบลงด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรีเบาๆ อ่านหนังสือ กิจกรรมผ่อนคลาย
- ปิดไฟ เพราะการเปิดไฟสว่างรบกวนการหลั่งเมลาโทนิน ซึ่งมีส่วนช่วยให้เข้านอนหลับได้ง่าย สร้างบรรยากาศในการนอนหลับ

- หากไม่สามารถเข้าสู่ภาวะหลับได้ใน 20 นาที ให้ลุกขึ้นออกจากเตียงนอน ให้ทำกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะที่ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย ปิดไฟ และค่อยกลับไปนอนหลับเมื่อรู้สึกง่วงนอน

3. มีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ เช่น

- การได้รับแสงแดดมีผลต่อการทำงานของวงจรการนอนหลับ
- ออกกำลังกาย
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีนในช่วงก่อนเข้านอน รวมถึงงดการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากในช่วงก่อนเข้านอน เพราะพฤติกรรมเหล่านี้สามารถกระตุ้นการทำงานของร่างกาย ส่งผลให้นอนหลับได้ยาก
- สงวนพื้นที่บนเตียงไว้สำหรับการนอนหลับและเพศสัมพันธ์เท่านั้น เพื่อเชื่อมโยงการนอนหลับกับพื้นที่บนเตียง

4. จัดห้องอย่างเหมาะสม

- เลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับการนอนหลับที่ผ่อนคลายสำหรับตนเอง เช่น หมอน ผ้าห่ม เตียง เป็นต้น
- ตั้งอุณหภูมิที่เหมาะสม โดยอุณหภูมิที่เย็นสบายส่งผลบวกต่อการนอนหลับ
- ปิดไฟหรือใส่ผ้าปิดตาเพื่อป้องกันแสงรบกวน
- ใส่ที่อุดหูหรือพยายามปิดเสียงที่รบกวนให้ได้มากที่สุด

The Australasian Sleep Association and Sleep Health Foundation⁽⁴⁰⁾ ได้แนะนำแนวทางเพื่อส่งเสริมการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ โดยอธิบายความสำคัญของแนวทางเหล่านี้ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย 9 ข้อสำคัญ

1. การจัดตารางเวลาเข้านอน

แนวทางที่แนะนำ: เข้านอนและตื่นนอนเวลาเดิมในทุกวัน ให้ระยะเวลาการนอน 7-9 ชั่วโมง

ต่อคือ

ผลต่อการนอนหลับ: เพื่อควบคุมระบบนาฬิกาชีวิต (circadian rhythm)

2. การงีบหลับในช่วงกลางวัน

แนวทางที่แนะนำ: ไม่งีบ หากสามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือถ้าไม่สามารถเลี่ยงได้ จำกัดเวลาเหลือเพียง 20 นาที

ผลต่อการนอนหลับ: เพื่อควบคุมระบบการทำงานของนาฬิกาชีวิต (circadian rhythm) และเพื่อรักษาระดับของแรงกดดันการนอน (sleep pressure) ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมต่อการนอนหลับในระยะเวลากลางวัน

3. กิจกรรมในช่วงก่อนเข้านอน

แนวทางที่แนะนำ: งดกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง แทนที่ด้วยกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

ผลต่อการนอนหลับ: เพราะเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์สามารถรบกวนความสามารถในการเข้าสู่ภาวะนอนหลับ

4. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

แนวทางที่แนะนำ: งดการบริโภคในช่วง 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอน

ผลต่อการนอนหลับ: อาจสามารถช่วยให้เข้านอนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ลดการนอนในระยะฟื้นฟู และส่งผลต่อความรู้สึกสดชื่นในวันต่อมา

5. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

แนวทางที่แนะนำ: งดการบริโภคในช่วง 6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน

ผลต่อการนอนหลับ: ส่งผลให้การนอนหลับทำได้ยากขึ้น และหลับได้ไม่สนิท

6. การบริโภคสารเสพติดที่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ

แนวทางที่แนะนำ: งดการบริโภค หากเป็นไปได้ หรือจำกัดการบริโภคในช่วง 6 ชั่วโมงก่อนเข้านอน

ผลต่อการนอนหลับ: ส่งผลให้การนอนหลับทำได้ยากขึ้น และหลับได้ไม่สนิท และความต้องการบริโภคสารเหล่านี้สามารถรบกวนการนอนหลับได้

7. บรรยากาศสงบเตียง

แนวทางที่แนะนำ: ปิดไฟและปิดเสียง ปรับลดอุณหภูมิลง

ผลต่อการนอนหลับ: เพราะปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่อาจรบกวนการนอนหลับ โดยบรรยากาศการนอนที่เย็นสบายสามารถกระตุ้นระยะที่นำไปสู่การนอนหลับ (sleep-inducing phase)

8. การรับประทานอาหาร

แนวทางที่แนะนำ: รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วน 5 หมู่ และงดการทานอาหารมื้อใหญ่ก่อนนอน

ผลต่อการนอนหลับ: การรับประทานอาหารในปริมาณมาก อาจส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า แต่อาจกระตุ้นการทำงานของระบบย่อยอาหารและทำให้เกิดกรดไหลย้อนตามมาได้

9. การออกกำลังกาย

แนวทางที่แนะนำ: ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่งการออกกำลังกายอย่างหนักช่วงก่อนเข้านอน

ผลต่อการนอนหลับ: เพื่อส่งเสริมการทำงานของนาฬิกาชีวิต แต่หากออกกำลังกายในช่วงก่อนเข้านอนจะกระตุ้นการตื่นตัวของร่างกาย ทำให้การนอนหลับทำได้ยากขึ้น

4.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ

Les A. Gellis และ Kenneth L. Lichstein อธิบายว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับต่ำ โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้เวลาบนเตียงเพื่อใคร่ครวญและวางแผนต่างๆ พฤติกรรมนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลและสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ การนอนหลับในห้องนอนที่มีเสียงดังและมีอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมงีบหลับในระหว่างวัน ส่งผลให้เกิดการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ⁽⁴¹⁾

Markus Jansson-Frojmark, Jonas Evander และ Sven Alfnsson รายงานความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขอนามัยการนอนและการเกิดโรคนอนไม่หลับ พบว่า การใช้สารนิโคตินในช่วงค่ำ การเผชิญกับเสียงหรือเสียงรบกวน และการมีตารางการนอนและตื่นที่ไม่สม่ำเสมอมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนอนไม่หลับ โดยผลจากการศึกษา พบว่า หากสามารถลดปริมาณการใช้สารนิโคตินในช่วงก่อนนอน อาการของโรคนอนไม่หลับดีขึ้น และยังลดความเสี่ยงให้เกิดโรคนอนไม่หลับเรื้อรังอีกด้วย สาเหตุมีที่มาจากการศึกษาที่อาการนอนไม่หลับเป็นหนึ่งในอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการขาดนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) และยังเพิ่มโอกาสในการกลับมาติดสาร

นิโคตินซ้ำ นอกจากนี้ บรรยายการนอนที่เหมาะสม ไม่มีแสงหรือเสียงที่รบกวน เพราะการได้รับแสงในช่วงกลางคืนส่งผลเสียต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพโดยรวม ในขณะที่การนอนหลับในบรรยากาศที่มีเสียงรบกวนจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมจึงจะสามารถอธิบายกลไกระหว่างเสียงและคุณภาพการนอนหลับได้ กิจวัตรนอนหลับและการตื่นที่ไม่สม่ำเสมอเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนอนไม่หลับ การนอนหลับไม่เป็นเวลาส่งผลต่อปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ ลดอัตราในการหายจากโรคนอนไม่หลับ⁽⁴²⁾

Chien Ming Yang, Shih Chun Lin, Shih Chieh Hsu และ Chun Ping Cheng อธิบายว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนเป็นตัวกำหนด (determinant) คุณภาพการนอนหลับในกลุ่มคนที่ไม่ได้ปัญหาการนอน ยิ่งปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับได้ไม่ตีมากเท่าไร ยิ่งมีโอกาสในการเจอปัญหาการนอนหลับสูงขึ้นเท่านั้น พบว่าตารางการนอนที่สม่ำเสมอ พฤติกรรมเสริมแรงกระตุ้น พฤติกรรมการกินและดื่ม และบรรยากาศนอนที่เหมาะสมล้วนสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ในขณะที่มีเพียงปัจจัยด้านพฤติกรรมเสริมแรงกระตุ้นเท่านั้นที่พบว่าสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนไม่หลับเรื้อรัง เพราะในผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่ามีความวิตกกังวลเรื่องคุณภาพการนอนหลับอยู่แล้ว จึงมีโอกาสเสี่ยงเรื่องพฤติกรรมเสริมแรงกระตุ้นมากเป็นพิเศษ เช่น ความคิดกังวลว่าตนสามารถนอนหลับได้หรือไม่ มีพฤติกรรมดูแลรักษาบ่อยครั้ง เป็นต้น⁽⁴³⁾

4.3 ข้อจำกัดในการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้ว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ดีมีส่วนช่วยในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่ลง รวมถึงส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดี การปฏิบัติสุขอนามัยการนอนยังมีข้อจำกัดในฐานะแนวทางการรักษาโรคนอนไม่หลับ

Timothy Morgenthaler, Milton Kramer, Cathy Alessi, Leah Friedman, Brian Boehlecke, Terry Brown และคณะ อธิบายถึงข้อจำกัดของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน ว่าการศึกษาประสิทธิภาพภาพในการรักษาโรคนอนไม่หลับของแนวทางปฏิบัติสุขอนามัยการนอนยังมีอยู่อย่างจำกัดและไม่สามารถตั้งข้อสรุปได้ ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติสุขอนามัยสามารถนำไปรักษาโรคนอนไม่หลับในฐานะแนวทางการรักษาแบบเดี่ยว (monotherapy) จึงยังไม่สามารถยืนยันได้⁽⁴⁴⁾

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนและคุณภาพการนอนหลับ แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่า มีบางการศึกษาไม่ได้ยืนยันความเกี่ยวข้องกันระหว่างสองปัจจัยดังกล่าว⁽⁴⁵⁾ และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับระหว่างการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนและการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับ (cognitive behavioral therapy for insomnia: CBT-I) พบว่า การรักษาอาการนอนไม่หลับด้วยการปฏิบัติสุขอนามัยเพียงลำพังการนอนอาจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT-I รายงาน

คุณภาพการนอนหลับและความก้าวหน้าของการรักษาอาการในหลายด้านมากกว่าผู้ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบ CBT-I รายงานอาการความเหนื่อยล้า ประสิทธิภาพในการทำงาน ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในแนวโน้มที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับรายงานคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นแค่เท่านั้น ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับควรนำมาปรับใช้เป็นส่วนหนึ่งในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา รวมถึงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบพื้นฐานของการบำบัดแบบ CBT-I^(46, 47)

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน

Zarcone กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับกับความวิตกกังวลว่า สุขอนามัยการนอนหลับคือกิจวัตรหรือพฤติกรรมรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อการใช้คุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับมีเป้าหมายเพื่อลดการกระตุ้นทางความคิด (Mental stimulation) ซึ่งปรากฏขึ้นในรูปแบบของความเครียด ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นได้ในช่วงเริ่มต้นการนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับ หรือทั้งคู่⁽¹²⁾

Kathryn Pinkham อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความคิดวิตกกังวลที่เกิดแบบวนซ้ำกับสุขอนามัยการนอนหลับว่า ยิ่งเรามีความวิตกกังวลและใช้เวลาคิดคำนึงเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ บนเตียงก่อนนอน เราก็จะยังมีแนวโน้มสร้างเงื่อนไขเชื่อมโยงระหว่างความคิด & ความวิตกกังวลเหล่านั้น กับเตียงนอนและช่วงเวลาในการนอนหลับ เงื่อนไขเชื่อมโยงนี้เองจะเข้าไปแทนที่ความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้เราอนหลับยากขึ้น และหลับสั้นน้อยลง⁽⁴⁸⁾

Markus Jansson และ Steven J. Linton รายงานความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับกับปัจจัยการนอนหลับ ได้แก่ ปริมาณการนอนหลับ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ และประสิทธิภาพของการนอนหลับ โดยสามารถระบุได้ว่าปริมาณการนอนหลับและระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับเป็นปัจจัยทำนายของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับอีกด้วย⁽⁴⁹⁾

หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับด้วยแนวความคิด Spielman's 3P model of insomnia จะสามารถเข้าใจได้ว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับคือผลจากการได้รับการนอนหลับที่ไม่เพียงพอและคุณภาพไม่ดี ซึ่งส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับยังดำเนินต่อไปหรือแย่ลง ในขณะที่สุขอนามัยการนอนหลับมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่ลง ลดแรงกระตุ้นทางความคิด ลดระยะเวลาบนเตียงที่ไม่จำเป็น ได้รับปริมาณการนอนหลับเพิ่มขึ้น มีระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับลดลงและนอนหลับอย่างมีคุณภาพ

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Review of the related literatures)

Jessica C Levenson, Ruth M Benca และ Meredith E Rumble⁽³³⁾ ได้ทำการศึกษาความคิดที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ความวิตกกังวลในสัปดาห์ที่ผ่านมา ความเชื่อที่ผิดปกติดังกล่าวเกี่ยวกับการนอนหลับ คมคติวนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเรื่องนอนไม่หลับ อายุ 18 ขึ้นไปจำนวน 1150 ราย โดยใช้เครื่องมือ Insomnia Severity Index(ISI), Quick Inventory of Depressive Symptomatology(QIDS), Penn State Worry Questionnaire-Past Week (PSWQ-PW), Daytime Insomnia Symptom Response Scale(DISRS), Dysfunctional Beliefs About Sleep Scale(DBAS-16) และ Mental Health Scale of the Short Form(SF)-36 ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมระหว่างโรคนอนไม่หลับ และโรคซึมเศร้า รายงานค่าคะแนนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional and attitudes about sleep) และค่าคะแนนความคิดวนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia symptoms-related rumination) สูงกว่าผู้ป่วยที่มีเฉพาะโรคนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิตติมา ณรงค์ศักดิ์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และธิตติมา สงวนวิชัยกุล⁽³⁴⁾ ได้ทำการศึกษาทำการศึกษาคูณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อายุ 18 ขึ้นไปจำนวน 187 ราย โดยใช้เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI), แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย โดย นันทิกา ทวีชาติ และคณะ Dysfunctional Beliefs About Sleep Scale(DBAS-16), แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของพัทรีญา แก้วแพง ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับความรุนแรงน้อยมากถึงน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้่าปานกลางหรือสูงกว่า พบว่า คุณภาพการนอนหลับในกลุ่มแรกแยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jack S Peltz และ Ronald D Rogge⁽⁵⁰⁾ ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางอ้อมของการปฏิบัติสุขอนามัยนอนหลับ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่ออาการซึมเศร้่าในนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 335 คน โดยใช้เครื่องมือ Patient Health Questionnaire เพื่อประเมินอาการซึมเศร้่า, Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI), Adolescent Sleep Hygiene Scale(ASHS) ซึ่งผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาที่สามารถจัดการอารมณ์ตนเองในช่วงก่อนเข้านอนได้ดี และหลีกเลี่ยงการงีบหลับในระหว่างวัน มีผลคะแนนของโรคซึมเศร้่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Alireza Rahimi, Mohammad Ahmadpanah, Farshid Shamsaei, Fatemah Cheraghi, Dena Sadeghi Bahmani, Edith Holsboer-Trachsler และคณะ⁽⁵¹⁾ ได้ทำการศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้่าหลักด้วยการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับร่วมกับการใช้ยาลอราซีแพม

จำนวน 120 ราย โดยการทดลองแบบแบ่งกลุ่มอย่างสุ่ม ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอน 2) กลุ่มที่ใช้ยาลอราซีแพม และ 3) กลุ่มที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนควบคู่กับการใช้ยาลอราซีแพม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า การรักษาโรควิตกกังวลด้วยการปฏิบัติสุขอนามัยและยาลอราซีแพมมีประสิทธิภาพสูงสุด และการใช้ยาลอราซีแพมเพียงลำพังมีประสิทธิภาพต่ำสุด

Markus Jansson และ Steven J. Linton⁽⁴¹⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการรับรู้เรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซึ่งมีอาการนอนไม่หลับระยะสั้นและระยะยาว จำนวนทั้งสิ้น 136 ราย โดยใช้เครื่องมือ Sleep Diary เพื่อสำรวจข้อมูลระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ และพฤติกรรมตื่นในระหว่างกลางคืน และแบบสอบถามความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและการนอนหลับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับและพฤติกรรมตื่นในระหว่างกลางคืน และสามารถทำนายการรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับระยะยาวได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับเป็นปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับและปัจจัยเกี่ยวกับโรควิตกกังวล ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พฤติกรรมตื่นในระหว่างกลางคืน อาการง่วงหลับในระหว่างวัน ประสิทธิภาพของการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน

โดยเรื่องของระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พบว่า ยิ่งผู้ป่วยพยายามจะนอนหลับเร็วให้ได้ หรือหมกมุ่นกับปัญหาอนไม่หลับมากเท่าไร ผู้ป่วยก็เผชิญกับปัญหาเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้อยู่บนเตียงกลายเป็นระยะเวลาของการถูกกระตุ้น ซึ่งการถูกกระตุ้นนี้ส่งผลให้ปัญหาอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้น บรรยากาศบนเตียงเพิ่มความกดดัน ไม่ผ่อนคลายและไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพนอนหลับได้ยาก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยครั้งในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับได้ อ้างอิงตามแนวคิดการถูกกระตุ้นที่เกินปกติ (hyperarousal concept⁽⁵²⁾ ในเรื่องของปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ พบว่าผู้ที่มีปัญหาอนไม่หลับและได้รับปริมาณการนอนหลับน้อย มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับแรงกระตุ้นทางความคิด (cognitive arousal) และคลื่นสมองมีกิจกรรมเพิ่มเยอะขึ้นในระหว่างการนอนหลับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่นอนหลับยาว⁽⁵³⁾ ผู้ที่ตื่นบ่อยในระหว่างกลางคืนมักรายงานความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ซึ่งความวิตกกังวลมีส่วนในการกระตุ้นอาการของโรคนอนไม่หลับ ทำให้กลับไปนอนหลับได้ยาก เมื่อปริมาณการนอนหลับที่ได้รับและคุณภาพการนอนหลับแย่ลง ผู้ป่วยจะเริ่มมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เพราะอาการของโรคนอนไม่หลับเริ่มที่จะรบกวนประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตในช่วงกลางวัน⁽⁵⁴⁾ เมื่อไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องและตื่นนอนด้วยความรู้สึกสดชื่น ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรายงานอาการง่วงหลับในระหว่างวัน หรือความจำเป็นในการงีบหลับ หรือรับประทานเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน อาการง่วงหลับในระหว่างวันส่งผลกระทบต่อวิถี

ชีวิตระหว่างวัน เช่น ประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถที่จะตื่นและมีความตื่นตัว รวมถึงความสามารถในการเข้าสังคมหรือการควบคุมอารมณ์⁽⁵⁵⁾ ในส่วนของประสิทธิภาพของการนอนหลับพบว่า ประสิทธิภาพการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน โดยประสิทธิภาพของการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้า ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคซึมเศร้า และคุณภาพของการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศราก็ต่ำกว่าเช่นเดียวกัน⁽⁵⁶⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ การคงอยู่ของอาการโรคซึมเศร้า โดยการคงอยู่ของอาการโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับที่สูงขึ้น เนื่องจากโรคซึมเศร้ามีส่วนเกี่ยวข้องในโครงสร้างการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป ระยะนอนหลับเพื่อฟื้นฟูสุขภาพลดลง ระยะหลับฝันเพิ่มขึ้น เข้าสู่ระยะหลับฝันเร็วกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ เช่น หลับแล้วตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง ตื่นเร็วและไม่สามารถกลับไปนอนหลับได้ ซึ่งการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับได้⁽⁵¹⁾



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในแบบผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามารับการรักษาในแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 (การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข IRB 422/64

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination) ได้จากสูตร⁽⁵⁷⁾ ต่อไปนี้

$$n = \frac{(z_{\alpha})^2 \times SD^2}{(Precision)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

= S.D. = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (อ้างอิงจากการศึกษา Psychometric Properties of an Insomnia-Specific Measure of Worry: The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire⁽²⁸⁾ มีค่าเท่ากับ 10.0)

Precision = Z_{α} X Standard error of mean

$$= Z_{\alpha} \times (\text{ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน} / \sqrt{n}) \text{ (อ้างอิงจากการศึกษา Psychometric Properties of an Insomnia-Specific Measure of Worry: The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire⁽²⁸⁾ มีค่าเท่ากับ 122)}$$

$$= 1.96 \times (10/11.05) = 1.77$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 \times (10)^2}{(1.77)^2}$$

$$n = 122.62$$

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าที่ได้จากการวัด เมื่อเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดอีกร้อยละ 15 จำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่อย่างน้อย 140 ราย

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling Technique)

ใช้วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบตามเกณฑ์ purposive or judgmental sampling โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (selection criteria) ซึ่งประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านแผนกจิตเวชศาสตร์ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV-TR หรือ DSM-5 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หรือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder or dysthymia) หรือ โรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified depressive disorder)
3. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน เขียนได้
4. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการ หรือมีโรคร่วมเป็น ผู้ป่วยจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นๆ โรคอารมณ์แปรปรวนไบโพลาร์ โรคสมองเสื่อม อาการทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะทางกาย หรือเกิดจากการใช้สาร ตรวจสอบจากการพิจารณาข้อมูลเวชระเบียน
2. บัญชีมีอาการทางจิตเวชและภาวะทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic data form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส และอาการเจ็บป่วยร่วมทางกาย และข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ ได้แก่ ปริมาณการนอนที่ได้รับ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พฤติกรรมตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสี่ยงรบกวนจากภายนอกที่พักอาศัย ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ประวัติปัญหาการนอนหลับของสมาชิกในครอบครัว และพฤติกรรมงีบหลับระหว่างวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire – Thai version) แบบประเมินนี้ต้นฉบับพัฒนาโดย Harvey AG and Tang N⁽²⁸⁾ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการขออนุมัติลิขสิทธิ์และแปลเป็นภาษาไทย ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย แบบประเมินนี้ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับและผลกระทบในด้านต่างๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 1-10 และรวมคะแนนได้ในช่วง 10-100 คะแนน ซึ่งการแปลผลแบบประเมินคือ หากคะแนนรวมน้อย หมายความว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับต่ำ หากคะแนนรวมมาก หมายความว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง

แบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษมีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.93 และค่าความตรงสู่สมบูรณ (convergent validity) ร่วมกับ แบบสำรวจ Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS), แบบประเมิน Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS), แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A) และแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression (HADS-D)

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือตามขั้นตอน ทั้งการแปลไปข้างหน้าและการแปลแบบย้อนกลับ (Forward and Backward Translation) จากนั้นทดสอบค่าความตรง the Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ที่ 0.83 ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาที่ดีและทดสอบค่าความน่าเชื่อถือซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.94

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) แบบประเมินนี้ได้รับแปลเป็นภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง⁽⁵⁸⁾ มีต้นฉบับซึ่งพัฒนาโดย Lacks and Rotert⁽⁵⁹⁾ นำมาใช้เพื่อ

ประเมินการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับใน 1 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในช่องจำนวนวันหรือคืนโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-15 (ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนวันที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับมาก แสดงผู้ป่วยมีการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมตามข้อคำถามดังกล่าวมาก) มีการคิดคะแนนดังนี้

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 0 วัน เท่ากับ 0 คะแนน

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 1 วัน เท่ากับ 1 คะแนน

.....

....

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 7 วัน เท่ากับ 7 คะแนน

และข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 16-19 (ถ้าผู้ป่วยมีจำนวนวันที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ มาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับที่เหมาะสมตามข้อคำถามดังกล่าวมาก) มีการคิดคะแนนดังนี้

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 0 วัน เท่ากับ 7 คะแนน

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 1 วัน เท่ากับ 6 คะแนน

.....

....

จำนวนที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ 7 วัน เท่ากับ 0 คะแนน

เมื่อนำคะแนนจากข้อคำถามทั้งสองทางมาบวกรวมกัน คะแนนรวมที่เป็นไปได้คือ 0-133 คะแนน ซึ่งการแปลผลแบบประเมินคือ หากคะแนนรวมน้อย หมายความว่า การปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับมีคุณภาพสูง หากคะแนนรวมมาก หมายความว่า การปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับมีคุณภาพต่ำ แบบประเมินนี้ได้นำเครื่องมือนี้มาศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการนอนต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 60 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดอยู่ที่ 0.63 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ที่ 1⁽⁶⁰⁾

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology QIDS SR-16) แบบสำรวจนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยศิริลักษณ์ ศุภปีติพร และคณะ ต้นฉบับพัฒนาโดย Rush AJ และคณะ⁽⁶¹⁾ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือนี้ผ่าน การอนุมัติลิขสิทธิ์การเข้าถึงและใช้เครื่องมือจาก MAPI Research Trust แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม ครอบคลุมอาการหลัก 9 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การนอนหลับ, ความรู้สึกเศร้า, ความอยากอาหาร/น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไป, สมาธิ/การตัดสินใจ, การมองตนเอง, ความคิดเกี่ยวกับความ

ตายหรือการฆ่าตัวตาย, ความสนใจทั่วไป, ระดับพลังกำลัง, และความรู้สึกเชิงซ้ำหรือความรู้สึก กระสับกระส่าย โดยให้คะแนนแต่ละข้อ 0 ถึง 3 คะแนนและรวมคะแนนได้ในช่วง 0-27 คะแนน การแปลผลแบบวัด คือ คะแนน 0-5 คะแนน แสดงถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า, คะแนน 6-10 แสดงถึง ซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression), คะแนน 11-15 แสดงถึง ซึมเศร้าระดับกลาง (Moderate depression) คะแนน 16-20 แสดงถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) และคะแนน 21-27 แสดงถึง ซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (Very severe depression) แบบสำรวจนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบสำรวจที่ 0.83

ส่วนที่ 5 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อใช้บันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ประวัติโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษารวมโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยาด้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน

การขออนุญาตใช้เครื่องมือ (Measurement Permission)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อขออนุญาตใช้เครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1. แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire – Thai version) แก่ Asst. Prof. Allison G. Harvey, University of California
2. แบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) แก่ ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา
3. แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology QIDS SR-16) แก่ MAPI Research Trust และรศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล (Study Method and Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับรองโครงการวิจัย และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2564, หมายเลข IRB 422/64
2. ส่งหนังสือขออนุญาตใช้แบบสอบถามเพื่อพิจารณาอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
3. ส่งหนังสือขออนุญาตทำวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการอนุมัติในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564
4. ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาให้ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ตอบและประเมินแบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology, QIDS SR-16 Thai version) 3) แบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ 5) แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย(The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire, APSQ Thai version) ส่วนแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง
5. เก็บรวบรวมแบบแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Analysis)

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22.0 โดยนำเสนอลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน และข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เป็นจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test และทดสอบสหสัมพันธ์ Spearman's ranked correlation ระหว่างค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับกับค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 เนื่องจากคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกใช้สถิติแบบ non parametric โดยรูปการทดสอบของ Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Test และ Spearman's ranked correlation มีลักษณะในการทดสอบใกล้เคียงกับการทดสอบแบบ Independent T Test, One Way Anova และ Pearson correlation ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis and Results)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology, QIDS SR-16 Thai version) แบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire, APSQ Thai version) และแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 144 คนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มาวิเคราะห์ผลการศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส และอาการเจ็บป่วยร่วมทางกาย ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ ได้แก่ ปริมาณการนอนที่ได้รับ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พฤติกรรมตื่นกลางดึก อาการรบกวนขณะหลับ เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกาศัย ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ประวัติปัญหาการนอนหลับของสมาชิกในครอบครัว และพฤติกรรมงีบหลับระหว่างวัน และข้อมูลทางแพทย์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ประวัติโรคซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 แสดงความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ สุขอนามัยการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 แสดงผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ กับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ และข้อมูลทางแพทย์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	27.1
หญิง	105	72.9
อายุ ปี⁽⁶²⁾		
18-40	124	86.1
มากกว่า 40 ขึ้นไป	20	13.9
(Median (IQR) = 29 ปี (24 - 37); mean = 31 ปี 2 เดือน, Min, Max = 18,62)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.7
ประถมศึกษา	0	0.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	2.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	11.8
ปวช.	3	2.1
อนุปริญญา หรือ ปวส.	2	1.4
ปริญญาตรี	90	62.5
สูงกว่าปริญญาตรี	28	19.4
สถานภาพสมรส		
โสด	106	73.6
คู่ อยู่ด้วยกัน	30	20.8
คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	2	1.4
หม้าย	4	2.8
หย่าร้าง	2	1.4
อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย		
ไม่มี	87	60.4
มี	57	39.6
อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคภูมิแพ้	25	17.4
โรคความดันโลหิตสูง	8	5.6
โรคทางสมอง เช่น ลมชัก	6	4.2

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคหอบหืด	5	3.5
โรคเบาหวาน	4	2.8
โรคไทรอยด์	3	2.1
โรคมะเร็ง	3	2.1
โรคไขมันในเลือดสูง	2	1.4
โรคโลหิตจาง	2	1.4
โรคทางผู้หญิง เช่น ภาวะหมดประจำเดือน	2	1.4
โรคแพ้ภูมิตัวเอง	2	1.4
โรคไต	2	1.4
โรคโลหิตจาง	2	1.4
โรคต่อมลูกหมากโต	1	0.7
โรคตับ	1	0.7
โรคกระดูก	1	0.7
โรคไมเกรน	1	0.7
โรคระบบทางเดินอาหาร	1	0.7
โรคG6PD	1	0.7
โรคต่อมลูกหมากโต	1	0.7
โรคข้ออักเสบ	1	0.7

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน เป็นเพศหญิง (105 คน, ร้อยละ 72.9) อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ 29 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่คือระดับปริญญาตรี (90 คน, ร้อยละ 62.5) สถานภาพโสด (106 คน, ร้อยละ 73.6) และไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย (87 คน, ร้อยละ 60.4) โดยในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย โรคภูมิแพ้เป็นอาการเจ็บป่วยที่พบได้มากที่สุด (25 คน, ร้อยละ 17.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล ด้านปัจจัยการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144)

ข้อมูลปัจจัยการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	51	35.4
6-8 ชั่วโมง	51	35.4
มากกว่า 8 ชั่วโมง	42	29.2

(Median (IQR) = 6 ชั่วโมง 55 นาที (4 ชั่วโมง 10 นาที - 8 ชั่วโมง 38 นาที); Min, Max = 1 ชั่วโมง 40 นาที, 16 ชั่วโมง)

ข้อมูลปัจจัยการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ (นาที)		
ปกติ ($20 \leq$)	21	14.6
นานกว่าปกติ ($20 >$)	123	85.4
(Median (IQR) = 60 นาที (30 นาที - 2 ชั่วโมง); Min, Max = 0 นาที, 6 ชั่วโมง 30 นาที)		
การตื่นกลางดึก		
ไม่ตื่นกลางดึกเลย	32	22.2
ตื่นอย่างน้อย 1 ครั้ง	112	77.8
อาการรบกวนขณะหลับ		
ไม่มี	38	26.4
มี	106	73.6
อาการรบกวนขณะหลับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาการรบกวนหลับระหว่างวัน	80	55.6
กรน (ตัวท่านเอง)	35	24.3
ภาวะขากระตุกขณะหลับ	29	20.1
อาการขาแกว่งไม่สุข	24	16.7
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	17	11.8
นอนกัดฟัน	10	6.9
โรคลมหลับ	4	2.8
เสียงรบกวนจากภายนอกที่พักอาศัย		
ไม่มี	83	57.6
มี	61	42.4
ประสิทธิภาพของการนอนหลับ		
ต่ำ ($85 <$)	87	60.4
สูง ($85 \geq$)	57	39.6
(Median (IQR) = 81 นาที (70 - 90); mean = 78, Min, Max = 15, 100)		
ประวัติอาการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่มี	88	61.1
มี	56	38.9
การงีบหลับระหว่างวัน		
ไม่มี	54	37.5
มี	90	62.5
(Median (IQR) = 30 นาที (0.00 - 60); mean = 48, Min, Max = 0, 240)		

ข้อมูลปัจจัยการนอนหลับ(ต่อ)	จำนวน	ร้อยละ
อาการรบกวนขณะหลับ		
ไม่มี	38	26.4
มี	106	73.6
อาการรบกวนขณะหลับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาการรบกวนหลับระหว่างวัน	80	55.6
กรน (ตัวท่านเอง)	35	24.3
ภาวะขากระตุกขณะหลับ	29	20.1
อาการขาแก่วงไม่สุข	24	16.7
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	17	11.8
นอนกััดฟัน	10	6.9
โรคลมหลับ	4	2.8
เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกอาศัย		
ไม่มี	83	57.6
มี	61	42.4
ประสิทธิภาพของการนอนหลับ		
ต่ำ (85<)	87	60.4
สูง (85≥)	57	39.6
(Median (IQR) = 81 นาที (70 - 90); mean = 78, Min, Max = 15, 100)		
ประวัติอาการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว		
ไม่มี	88	61.1
มี	56	38.9
การจับหลับระหว่างวัน		
ไม่มี	54	37.5
มี	90	62.5
(Median (IQR) = 30 นาที (0.00 – 60); mean = 48, Min, Max = 0, 240)		

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน นอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 51 คน (ร้อยละ 35.4) นอนหลับนานกว่า 8 ชั่วโมง 42 คน (ร้อยละ 29.2) มีเพียง 51 คน (ร้อยละ 35.4) ที่นอนหลับ 6-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 20 นาทีจึงจะเข้าสู่ภาวะหลับ (123 คน, ร้อยละ 85.4) เมื่อหลับแล้ว จะตื่นกลางดึกอย่างน้อย 1 ครั้ง (112 คน, ร้อยละ 77.8) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักเผชิญกับอาการรบกวนขณะหลับ (106 คน, ร้อยละ 73.6) และอาการรบกวนหลับระหว่างวันคือปัญหาที่พบบ่อยที่สุด (80 คน, ร้อยละ 55.6) ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกอาศัย (83 คน, ร้อยละ 57.6) และไม่มีประวัติ

อาการนอนไม่หลับของสมาชิกในครอบครัว (88 คน, ร้อยละ 61.1) ประสิทธิภาพของการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน (87 คน, ร้อยละ 60.4) และพบว่ามีการมีพฤติกรรมงีบหลับระหว่างวันถึง 90 คน (ร้อยละ 62.5) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144)

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มี	87	60.4
มี	57	39.6
อาการรบกวนขณะหลับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ญาติลำดับแรก	35	24.3
ญาติลำดับสอง	17	11.8
การวินิจฉัยโรค		
Major depressive disorder (MDD)	94	65.3
Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia	29	20.1
Unspecified depressive disorder (UDD)	21	14.6
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษารวมโรคซึมเศร้า (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	88	61.1
มากกว่า 2 ขึ้นไป	56	38.9
(Median (IQR) = 1 ปี 6 เดือน (9 เดือน - 2 ปี 11 เดือน); mean = 2 ปี 1 เดือน, Min, Max = 1 เดือน, 9 ปี 4 เดือน)		

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวถึง 87 คน (ร้อยละ 60.4) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Major depressive disorder (94 คน, ร้อยละ 65.3) โดยมีผู้ป่วย 88 คน (ร้อยละ 61.1) เข้ารับการรักษารวมโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 ชนิดและระยะเวลาของยาต้านเศร้าแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับในปัจจุบัน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (n=144)

ยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน	จำนวนผู้ใช้ (คน)	ระยะเวลาที่ใช้ (เดือน)		
		Median	IQR	Min-Max
ยาต้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับสูง				
Serotonin antagonist and reuptake inhibitor (SARI)				
Trazodone	15	9	3-15	1-20
Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSAs)				
Mirtazapine	14	8	1-18.5	1-53
Tricyclic antidepressant (TCAs)				
Amitriptyline	3	26	-	2-52
Melatonin receptor agonist				
Agomelatine	2	31	-	10-52
Serotonin modulator and stimulator (AMSs)				
Vortioxetine	3	11	-	6-19
ยาต้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับต่ำ				
Tricyclic antidepressant (TCAs)				
Melitracen	1	8	-	8-8
Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs)				
Fluvoxamine	1	14	-	14-14
Sertraline	56	14.5	6.5-26	1-113
Fluoxetine	20	8.5	2-30.25	1-90
Escitalopram	18	7.5	2.75-14	1-61
Selective norepinephrine reuptake inhibitor (SNRIs)				
Venlafaxine	20	12	2.5-16	1-49
Desvenlafaxine	3	17	-	12-24
Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor (NDRIs)				
Bupropion	6	10	4-19	1-19

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ (ต่ำ) โดยได้รับยา Sertraline มาเป็นอันดับแรกถึง 56 คน รองลงมาคือ Fluoxetine และ Venlafaxine อย่างละ

10 คน สำหรับยาต้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ (สูง) ส่วนใหญ่ได้รับยา Trazodone มาเป็นอันดับแรก (15 คน) รองลงมาคือ Mirtazapine (14 คน) (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 2 แสดงลักษณะความวิตกกังวลการนอนหลับ สุขอนามัยการนอน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ตารางแจกแจงความถี่ (frequency) ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (APSQ) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
10-35	36	25
36-77	72	50
77-100	36	25
ทั้งหมด	144	100

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอน	Mean(SD)	Median(IQR)	Max-Min
	56.95 (26.99)	61.00 (35.50-77.75)	100-10

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยควอไทล์) ของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เท่ากับ 56.95(26.99) และ 61.00 (35.50-77.75) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ต่ำสุด (APSQ=10) จำนวน 11 คน และค่าคะแนนวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูงสุด (APSQ=100) 4 คน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 7 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ของค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่อง การนอนหลับแบบรายข้อ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอน	Median	IQR	Max-Min
APSQ 1 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ได้รับในทุกคืน	6.00	2.00-8.00	10-1
APSQ 2 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานในเวลากลางวัน	7.00	2.25-9.00	10-1
APSQ 3 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับจะส่งผลต่อสุขภาพ	7.00	3.00-10.00	10-1
APSQ 4 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับจะทำให้ความสามารถเข้าสังคมแย่ลง	5.00	1.00-8.00	10-1
APSQ 5 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับจะส่งผลต่ออารมณ์	7.50	3.00-10.00	10-1
APSQ 6 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ	6.00	2.00-8.75	10-1
APSQ 7 ฉันทักกังวลเกี่ยวกับความสามารถที่จะตื่นและมีความตื่นตัวอยู่เสมอในช่วงกลางวัน	6.00	3.00-8.00	10-1
APSQ 8 ฉันทพยายามอย่างมากในการแก้ไขปัญหการนอนหลับ	7.00	3.25-9.00	10-1
APSQ 9 ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหการนอนหลับสร้างปัญหาให้ฉันอย่างมาก	5.00	1.00-8.00	10-1
APSQ 10 ความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของฉันยังคงอยู่ต่อเนื่อง	5.50	2.00-8.75	10-1
คะแนนรวมความวิตกกังวลเรื่องการนอน	61.00	35.50-75.50	100-10

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในแต่ละข้อมีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่แตกต่างกัน โดยในข้อคำถามที่ (1,6,7) มีค่ามัธยฐานที่คะแนน 6, ข้อคำถามที่ (2,3,8) มีค่ามัธยฐานที่คะแนน 7, ข้อคำถามที่ (4,9) มีค่ามัธยฐานที่คะแนน 5 และข้อคำถามที่ 5 และ 10 มีค่ามัธยฐานที่คะแนน 7.5 และ 5.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ข้อคำถามแต่ละข้อรายงานค่าคะแนนความกังวลการนอนหลับต่ำสุด (APSQ=1) และค่าคะแนนความกังวลการนอนหลับสูงสุด (APSQ=10) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 ตารางแจกแจงความถี่ (frequency) ของค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน (SHAPS) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

คะแนนสุขอนามัยการนอน	จำนวน	ร้อยละ
0-23	34	23.6
24-45	76	52.8
46-87	34	23.6
ทั้งหมด	144	100

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) ของค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน	Mean(SD)	Median(IQR)	Max-Min
	34.79(15.39)	32.00(24.00-45.00)	87-0

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยควอไทล์) ของสุขอนามัยการนอน เท่ากับ 34.79(15.39) และ 32.00(24.00-45.00) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานค่าคะแนนสุขอนามัยการนอนต่ำสุด (SHAPS=0) จำนวน 1 คน และค่าคะแนนสุขอนามัยการนอนสูงสุด (SHAPS=87) 1 คน (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่ซึมเศร้า (0-5 คะแนน)	16	11.10
- ซึมเศร้าระดับน้อย (6-10 คะแนน)	31	21.50
- ซึมเศร้าระดับกลาง (11-15 คะแนน)	46	31.90
- ซึมเศร้าระดับรุนแรง (16-20 คะแนน)	38	26.40
- ซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (21-27 คะแนน)	13	9.00

(Median (IQR) = 14 (9-17) , Mean±SD = 13.04 ± 5.79, Min, Max = 0, 27)

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.04 คะแนน (ช่วงเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.79) มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 14 (ค่าพิสัยควอไทล์เท่ากับ 9-17) จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน และพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับกลาง (ร้อยละ 31.9) รองลงมาคือ ระดับรุนแรง (ร้อยละ 26.4) ระดับน้อย (ร้อยละ 21.5) ไม่ซึมเศร้า (ร้อยละ 11.1) และระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 9) (ตารางที่ 10)

นอกจากนี้ เกณฑ์การจัดประเภทผู้ป่วยโรคซึมเศร้าออกเป็นผู้ป่วยที่รายงานอาการของโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่ไม่รายงานอาการของโรคซึมเศร้ามีแนวทางดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้าถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่รายงานอาการ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง ระดับรุนแรงมากถือว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รายงานอาการของโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 11 แสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของคะแนนระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แบ่งตามกลุ่มอาการ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แบ่งตามกลุ่มอาการ	Median	IQR	Max-Min
การนอนหลับ (นอนหลับยาก นอนแล้วตื่นกลางดึก ตื่นเช้า จนเกินไป หรือนอนมากเกินไป)	3.00	2.00-3.00	3-0
ความรู้สึกเศร้า	1.00	1.00-2.00	3-0
ความอยากอาหาร (เพิ่มขึ้น/ลดลง) น้ำหนัก (เพิ่มขึ้น/ลดลง)	3.00	1.00-3.00	3-0
สมาธิ/การตัดสินใจ	1.00	1.00-3.00	3-0
การมองตนเอง	3.00	0.00-3.00	3-0
ความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย	0.00	0.00-2.00	3-0
ความสนใจทั่วไป	0.00	0.00-2.00	3-0
ระดับพลังกำลัง	1.00	0.00-2.00	3-0
ความรู้สึกเชิงซ้ำหรือความรู้สึกกระสับกระส่าย	1.00	1.00-2.00	3-0
คะแนนรวมระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	14.00	9.00-17.00	27-0

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรุนแรงของโรคซึมเศร้า แบ่งตามกลุ่มอาการ มีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 11)

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคามวิตกกังวลการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	Median(IQR)	n	U	z	p
เพศ					
ชาย	59.00(34.00-82.00)	39			
หญิง	61.00(37.50-77.00)	105	2046.500	-.004	.996
อายุ (ปี)					
≤ 40	61.50(41.00-77.75)	124			
> 40 ขึ้นไป	45.50(13.50-80.00)	20	990.000	-1.445	.150
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	53.00(32.75-70.25)	26			
ปริญญาตรีขึ้นไป	62.00(36.50-81.00)	118	1315.500	-1.135	.260
สถานภาพสมรส					
ไม่มีคนนอนด้วย (โสด หม้าย หย่าร้าง)	62.00(41.00-81.00)	114			
มีคนนอนด้วย (คู่)	47.50(19.75-76.25)	30	1384.000	-1.604	.110
อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย					
ไม่มี	61.00(41.00-75.00)	87			
มี	58.00(29.50-82.50)	57	2434.000	-0.186	.850
โรคภูมิแพ้					
ไม่มี	61.00(35.00-76.00)	119			
มี	60.00(34.50-84.00)	25	1419.500	-.359	.720
ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ (นาที)					
ปกติ (≤20)	23.00(10.50-53.50)	21			
นานกว่าปกติ (>20)	65.00(45.00-81.00)	123	627.500	-3.760	<.01**
การตื่นกลางดึก					
ไม่ตื่นกลางดึกเลย	50.00(17.00-74.75)	32			
ตื่นอย่างน้อย 1 ครั้ง	62.00(43.25-81.00)	112	1401.500	-1.877	.060
อาการรบกวนขณะหลับ					
ไม่มี	42.00(13.50-64.25)	38			
มี	68.50(47.75-81.00)	106	1162.000	-3.863	<.01**
กรน					
ไม่มี	62.00(41.00-77.00)	109			
มี	53.00(29.00-86.00)	35	1851.000	-.263	.790

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)	Median (IQR)	n	U	z	P
ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ					
ไม่มี	61.00(35.00-77.00)	127			
มี	62.00(34.50-86.50)	17	981.000	-.610	.540
อาการขาแกว่งไม่สุข					
ไม่มี	60.00(30.25-76.75)	120			
มี	71.00(51.25-88.25)	24	1090.500	-1.874	.061
ภาวะขากระตุกขณะหลับ					
ไม่มี	61.00(35.00-78.00)	115			
มี	57.00(42.00-78.00)	29	1607.500	-.299	.300
โรคลมหลับ					
ไม่มี	61.00(31.75-77.00)	140			
มี	58.00(29.00-95.25)	4	245.500	-.420	.675
อาการง่วงหลับระหว่างวัน					
ไม่มี	48.00(17.00-69.75)	64			
มี	69.00(51.25-81.75)	80	1623.000	-3.769	<.01**
นอนกััดฟัน					
ไม่มี	61.50(35.00-81.00)	134			
มี	56.00(41.00-64.00)	10	543.500	-.995	.320
เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกอาศัย					
ไม่มี	59.00(34.00-78.00)	83			
มี	61.00(36.00-78.50)	61	2468.500	-.255	.800
ประสิทธิภาพของการนอนหลับ					
ต่ำ (<85)	69.00(51.00-82.00)	87			
สูง (≥85)	47.00(13.50-69.00)	57	1480.000	-4.085	<.01**
ประวัติปัญหาการนอนหลับของสมาชิกในครอบครัว					
ไม่มี	61.50(41.00-80.00)	88			
มี	60.00(26.75-77.75)	56	2273.000	-.783	.434
อาการโรคซึมเศร้า					
ไม่มี	13.00(10.00-58.75)	16			
มี	62.00(45.50-81.00)	128	417.000	-3.860	<.01**
การใช้ยาต้านเศร้า					
ไม่มี	69.00(43.50-82.50)	13			
มี	58.00(35.50-77.75)	131	670.000	-1.266	.210
การใช้ยาต้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ต่อการนอนหลับ(สูง)					
ไม่มี	60.50(36.50-80.25)	106			
มี	63.50(30.50-77.00)	38	2001.000	-.059	.950

*p<0.05, **p<0.01

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระยะเข้าสู่ภาวะหลับที่นานกว่าปกติ (นานกว่า 20 นาที) เผชิญกับอาการรบกวนขณะหลับ อาการรบกวนหลับระหว่างวัน มีประสิทธิภาพของการนอนหลับต่ำ (ต่ำกว่า 85) และยังคงมีอาการโรคซึมเศร้า รายงานคะแนนความวิตกกังวลที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test เนื่องจากคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีการแจกแจงแบบไม่เป็นปกติ

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	Median(IQR)	n	X ² (df)	p
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้ศึกษา	69.00(-)	1		
ประถมศึกษา	0	0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	74.00(-)	3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	49.00(24.00-72.00)	17		
ปวช.	49.00(-)	3		
อนุปริญญา หรือ ปวส.	38.00(-)	2		
ปริญญาตรี	62.00(40.75-78.50)	90		
สูงกว่าปริญญาตรี	62.00(12.75-85.00)	28	3.944(6)	.680
สถานภาพสมรส				
โสด	62.00(42.50-80.25)	106		
คู่ (อยู่ด้วย)	47.50(19.75-76.25)	30		
คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)	72.50(-)	2		
หม้าย	47.50(10.50-76.25)	4		
หย่าร้าง	44.50(-)	2	3.666(4)	.450
ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	59.00(41.00-74.00)	51		
6-8 ชั่วโมง	75.00(51.00-83.00)	51		
มากกว่า 8 ชั่วโมง	47.00(27.50-69.00)	42	11.417(2)	.003**

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	Median(IQR)	n	X ² (df)	p
ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย				
Major depressive disorder (MDD)	60.00(35.00-69.00)	94		
Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia	58.00(35.00-74.00)	29		
Unspecified depressive disorder (UDD)	71.00(34.00-79.50)	21	.846(2)	.660
การใช้จ่ายด้านเศร้า				
ไม่มี	69.00(43.50-82.50)	13		
ใช้จ่ายด้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ต่อการนอนหลับ(ต่ำ)	59.00(36.00-77.50)	93		
ใช้จ่ายด้านเศร้าที่ออกฤทธิ์ต่อการนอนหลับ(สูง)	63.00(30.50-77.00)	38	1.694(2)	.420

*p<0.05, **p<0.01

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test พบว่า ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ โดยพบความแตกต่างของค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่มีปริมาณการนอนหลับแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 14 สหสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับกับค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 คน

ค่าคะแนนของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	r	p-value
อายุ	-.068	.420
ค่าคะแนนโรคซึมเศร้า	.476	<.01**
ค่าคะแนนโรคซึมเศร้า ข้อการมองตนเอง	.296	<.01**
ค่าคะแนนโรคซึมเศร้า ข้อความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย	.299	<.01**
ค่าคะแนนโรคซึมเศร้า ข้อระดับพลังกำลัง	.342	<.01**
ค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน	.565	<.01**
ปริมาณการนอนหลับที่ได้หลับ (นาท)	-.296	<.01**
ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ	.303	<.01**
ประสิทธิภาพของการนอนหลับ	-.392	<.01**
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า	-.059	.480

*p<0.05, **p<0.01

จากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าคะแนนโรคซึมเศร้า หมายความว่า ผู้ป่วยที่ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง จะพบความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง และค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าคะแนนสุขอนามัยการนอน และระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ หมายความว่า ยิ่งผู้ป่วยปฏิบัติสุขอนามัยการนอนได้ไม่ดี หรือใช้เวลานานกว่าจะเข้าสู่ภาวะหลับ ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับก็จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น

ในทางตรงข้าม ค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า หมายความว่า เมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น มีชั่วโมงการนอนหลับที่ได้รับสูงขึ้น นอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพ และผ่านการรักษาโรคซึมเศร้านานขึ้น ค่าคะแนนความวิตกกังวลก็จะลดลง (ตารางที่ 14)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ (Summary, Conclusions and Recommendations)

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Quick Inventory of Depressive Symptomatology, QIDS SR-16 Thai version) แบบสอบถามการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAPS Thai version) แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย (The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire, APSQ Thai version) และแบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 144 คนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มาวิเคราะห์ผลการศึกษาในครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 ราย มีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยควอไทล์)ของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เท่ากับ 56.95(26.99) และ 61.00 (35.50-77.75) ตามลำดับ โดยคะแนนต่ำสุดและสูงสุดที่เป็นไปได้ คือที่คะแนน 10 และ 100 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานค่าคะแนนความกังวลเรื่องการนอนหลับต่ำสุด (ที่คะแนน 10) จำนวน 11 คน และค่าคะแนนกังวลเรื่องการนอนหลับสูงสุด (ที่คะแนน 100) 4 คน
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 144 ราย มีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่ามัธยฐาน(ค่าพิสัยควอไทล์)ของสุขอนามัยการนอน เท่ากับ 34.79(15.39) และ 32.00(24.00-45.00) ตามลำดับ โดยคะแนนต่ำสุดและสูงสุดที่เป็นไปได้ คือที่คะแนน 0 และ 87 ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายงานค่าคะแนนสุขอนามัยการนอนต่ำสุด (ที่คะแนน 0) จำนวน 1 คน และค่าคะแนนสุขอนามัยการนอนสูงสุด (ที่คะแนน 87) 1 คน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 144 ราย อ้างอิงการทดสอบสหสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Spearman's ranked correlation พบว่า ค่าคะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับค่าคะแนนสุขอนามัยการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เท่ากับ .565
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ได้แก่ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับที่ นานกว่าปกติ (นานกว่า 20 นาที) การเผชิญกับอาการรบกวนขณะหลับ อาการง่วงหลับ ระหว่างวัน ประสิทธิภาพของการนอนหลับต่ำ (ต่ำกว่า 85) และการคงอยู่ของอาการโรคซึมเศร้า ($p < 0.01$)

เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test ได้แก่ ได้รับปริมาณการนอนหลับที่มากกว่า 8 ชม. ($p < 0.01$)

เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Spearman's ranked correlation ได้แก่ คะแนนโรคซึมเศร้า คะแนนสุขอนามัยการนอน ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ และ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 144 ราย มีค่ามัธยฐาน (median) คะแนนความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับที่คะแนน 61 และมีค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 35.50-77.75 จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน เมื่อพิจารณาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสองกลุ่ม ระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รายงานอาการโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า พบว่า ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่รายงานอาการโรคซึมเศร้าพบค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 62 (81.00 - 45.50) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการรายงานค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 13 (58.75 - 10.00) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีอาการโรคซึมเศร้ามีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jessica C. Levenson, Ruth M. Benca และ Meredith E. Rumble⁽³³⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความคิดเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับและโรคซึมเศร้าที่ the Wisconsin Sleep Clinic and Laboratory พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมระหว่างโรคนอนไม่หลับและโรคซึมเศร้า รายงานค่าคะแนนทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional and attitudes about sleep) และค่าคะแนนความคิดวนเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia symptoms-related rumination) สูงกว่าผู้ป่วยที่มีเฉพาะโรคนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับและทัศนคติที่คนไข้มีต่อปัญหาการนอนหลับ และเมื่อเทียบกับผลการศึกษาของจิตติมา ณรงค์ศักดิ์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และจิตติมา สงวนวิชัยกุล⁽³⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า คุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระดับความรุนแรงน้อยมากถึงน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร่าปานกลางหรือสูงกว่า พบว่า คุณภาพการนอนหลับในกลุ่มแรกสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ผลการศึกษาที่พบเช่นนี้เป็นจากการที่โรคซึมเศร่าสัมพันธ์กับโครงสร้างการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ปริมาณการนอนหลับระยะ NREM Sleep Stage 3/4 (ระยะการนอนหลับเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ)⁽²⁴⁾ ลดลง ในขณะที่การนอนหลับระยะ REM Sleep (ระยะหลับฝัน) เพิ่มขึ้น รวมถึงระยะเวลาเข้าสู่ระยะ REM Sleep (shortened REM latency) ลดลง เกิดระยะหลับฝันเร็วกว่าปกติ อีกทั้งระยะดังกล่าวยาวนานขึ้น อาจส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ ของโรคนอนไม่หลับตามมา เช่น หลับแล้วตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง ตื่นเร็ว จนเกินไป หรือปริมาณการนอนหลับที่ได้รับลดลง⁽²³⁾ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีความวิตกกังวลการนอนหลับสูงขึ้น

2. ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 144 ราย มีค่ามัธยฐาน (median) คะแนนสุขอนามัยการนอนที่คะแนน 32 และมีค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 24-77.75 จากคะแนนเต็ม 87 คะแนน เมื่อพิจารณาสุขอนามัยการนอน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รายงานอาการซึมเศร้า พบค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่รายงานอาการโรคซึมเศร้าพบค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 33 (26.00-46.75) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการรายงานค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) ที่คะแนน 19.50 (13.50-28.00) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีอาการโรคซึมเศร้าอยู่มีการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jack S. Peltz และ Ronald D. Rogge⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาผลกระทบทางอ้อมของการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่ออาการซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า นักศึกษาที่สามารถจัดการอารมณ์ตนเองในช่วงก่อนเข้านอนได้ดี และหลีกเลี่ยงการงีบหลับในระหว่างวัน มีผลคะแนนของโรคซึมเศร้าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยเรื่องสุขอนามัยการนอนสามารถทำนายอาการของโรคซึมเศร้าได้ในทิศทางเดียวกัน พบว่ามีงานวิจัยซึ่งศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และอาการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากที่ได้รับคำแนะนำเรื่องสุขอนามัยการนอน⁽⁵¹⁾ พบว่า คะแนนของโรคซึมเศร้าดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติสุขอนามัยการนอน อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนกับโรคซึมเศร้าไม่ได้มีเพียงรูปแบบเดียว ในบางครั้ง การศึกษากลับพบในทิศทางตรงข้ามว่า การปฏิบัติสุขอนามัยการนอน และโรคซึมเศร้าไม่ได้เกี่ยวข้องกัน⁽⁶³⁾ โดยสามารถทำความเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านการอ้างอิงตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Icek Azjen⁽⁶⁴⁾ ซึ่งอธิบายไว้ว่า แนวทางการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนยังคงเจอกับความท้าทายต่างๆ จะสามารถบรรลุผลได้ก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนของตนเป็นสิ่งที่ดี คุ่มค่าแก่การลงมือ ในขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนจากผู้ครอบครัวข้างเป็นปัจจัยสำคัญต่อเป้าหมายในการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนให้สัมฤทธิ์ผล⁽⁶³⁾

3. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สุขอนามัยการนอนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ปฏิบัติสุขอนามัยการนอนได้ไม่ดีมักมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง ซึ่ง Zarcone V, L Friedman, Benson K, D A Wicks, K O'Connell และคณะ⁽¹²⁾ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนกับความวิตกกังวลว่า สุขอนามัยการนอนมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนมีเป้าหมายเพื่อลดการกระตุ้นทางความคิด (Mental stimulation) ซึ่งปรากฏขึ้นในรูปแบบของความเครียด ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นได้ในช่วงเริ่มต้นการนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับ หรือทั้งคู่ หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับได้ดี ก็จะสามารถลดการกระตุ้นทางความคิดได้ดีเช่นกัน และ Kathryn Pinkham⁽⁴⁸⁾ ได้อธิบายความเชื่อมโยงความวิตกกังวลที่เกิดแบบวนซ้ำในช่วงก่อนนอนกับสุขอนามัยการนอนว่า ยิ่งเรามีความวิตกกังวลและใช้เวลาคิดคำนึงเกี่ยวกับ

เรื่องราวต่างๆ บนเตียงก่อนนอน เราก็จะยังมีแนวโน้มสร้างเงื่อนไขเชื่อมโยงระหว่างความคิด & ความวิตกกังวลเหล่านั้นกับเตียงนอนและช่วงเวลาในการนอนหลับ เงื่อนไขเชื่อมโยงนี้เองจะเข้าไปแทนที่ความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งผลให้เรานอนหลับยากขึ้น และหลับสนิทน้อยลง คุณภาพการนอนหลับแย่งลง เมื่อการนอนหลับถูกรบกวนต่อเนื่อง เกิดอาการรบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่สบายใจและกังวลว่าตนไม่ได้รับปริมาณการนอนหลับที่เพียงพอ หรือมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ซึ่งความวิตกกังวลดังกล่าวเป็นที่มาของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งสามารถพัฒนากลายเป็นโรคนอนไม่หลับและโรคซึมเศร้าได้⁽⁶⁵⁾

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนด้วยแนวความคิด Spielman's 3P model of insomnia พบว่า ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับมีที่มาจากปริมาณการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่งลง ถือเป็นปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factor) ในทางตรงข้าม สุขอนามัยการนอนมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคนอนไม่หลับแย่งลง รวมถึงส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ลดระยะที่ใช้บนเตียงอย่างไม่จำเป็น และสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายเหมาะสมกับการนอน เป็นการจัดการผลที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากอาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นแล้ว ถือเป็นปัจจัยคงอยู่เช่นเดียวกัน

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ได้แก่ ปัจจัยการนอนหลับ ซึ่งประกอบด้วย ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ อาการรบกวนหลับระหว่างวัน แต่ไม่พบว่าพฤติกรรมตื่นกลางดึกมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ และปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย การมองตนเอง ความคิดเกี่ยวกับความตาย หรือการฆ่าตัวตาย และพลังกำลังที่เปลี่ยนแปลงไป

ในส่วนของปัจจัยการนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 8 ชั่วโมง รายงานความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูงกว่าผู้ป่วยที่นอนหลับเฉลี่ยมากกว่า 8 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับและได้รับปริมาณการนอนหลับน้อย มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเผชิญแรงกระตุ้นทางความคิด (cognitive arousal) และพบว่า คลื่นสมองมีกิจกรรมที่เพิ่มสูงขึ้น (greater encephalographic cortical activity) ในระหว่างการนอนหลับ เมื่อ

เปรียบเทียบกับผู้ที่นอนหลับยาว⁽⁵³⁾ ดังนั้น การได้รับปริมาณการนอนหลับน้อยจึงสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Markus Jansson และ Steven J. Linton ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการรับรู้เรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่า ปริมาณการนอนหลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความวิตกกังวลเรื่องนอนไม่หลับได้⁽⁴⁹⁾

สำหรับระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับนานกว่าปกติ (มากกว่า 20 นาทีขึ้นไป) รายงานความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้ระยะเวลานานกว่า 20 นาทีเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เพราะเมื่อเราพิจารณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยแนวคิดการถูกกระตุ้นที่เกินปกติ (hyperarousal concept) ยิ่งผู้ป่วยพยายามหรือมุ่งมั่นตั้งใจที่จะนอนหลับเร็วให้ได้ หรือหมกมุ่นกับปัญหาอนไม่หลับมากเท่าไร ผู้ป่วยก็ประสบปัญหาเนื่องจากระยะเวลาที่เฝ้าอยู่บนเตียงกลายเป็นระยะเวลาของการถูกกระตุ้น ซึ่งการถูกกระตุ้นนี้ส่งผลให้ปัญหาอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้น บรรยากาศบนเตียงเพิ่มความกดดัน ไม่ผ่อนคลายและไม่ส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ นอนหลับได้ยาก เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁽⁵²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nicole Lovato และ Michael Gradisar⁽⁶⁶⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับและโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคซึมเศร้า ใช้เวลาเพื่อเข้าสู่ภาวะหลับที่นานกว่า และมีประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำกว่า หากเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่มีโรคซึมเศร้า หรือวัยรุ่นที่ผ่านกระบวนการรักษาแล้ว นอกจากนี้ ในการศึกษาของ Markus Jansson และ Steven J. Linton ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการรับรู้เรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่า ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความวิตกกังวลเรื่องนอนไม่หลับได้เช่นกัน⁽⁴⁹⁾

ประสิทธิภาพของการนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีประสิทธิภาพในการนอนหลับต่ำ มีแนวโน้มรายงานความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง โดยประสิทธิภาพการนอนหลับที่ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 85) สามารถสะท้อนคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Theofanis Vorvolakos, Eleni Leontidou, Dimitrios Tsiptsios, Christoph Mueller, Aspasia Serdari และคณะ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิวิทยาการนอนหลับกับโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ พบว่า ประสิทธิภาพการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน โดยประสิทธิภาพของการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้า ต่ำกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 4 อีกทั้งคุณภาพของการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีโรคซึมเศร้ามักต่ำกว่าเช่นเดียวกัน

โดยทั้งสองปัจจัยล้วนมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีโรคซึมเศร้าในประชากรผู้ใหญ่อีกด้วย⁽⁵⁶⁾

อาการร่วงหลังระหว่างวัน พบว่า อาการร่วงหลังระหว่างวันในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Meng-Ting Tsou และ Betty Chia Chen Chang ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและอาการร่วงหลังระหว่างวันในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า อาการร่วงหลังระหว่างวันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า สามารถทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำได้อีกด้วย^(67, 68) นอกจากนี้ อาการร่วงหลังในระหว่างวันส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตระหว่างวัน เช่น ประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถที่จะตื่นและมีความตื่นตัว รวมถึงความสามารถในการเข้าสังคมหรือการควบคุมอารมณ์⁽⁵⁵⁾ เป็นที่มาของความวิตกกังวลเรื่องปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ

ในส่วนของปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่า ทักษะสติในการมองตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ ยิ่งผู้ป่วยที่มีมุมมองต่อตัวเองในแง่ลบมากเท่าไร ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับจะยิ่งสูงขึ้นเท่านั้น เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับทักษะสติ การมองโลกในแง่ดีและความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาโดย Sakari Lemola Katri Raikkonen Veronica Gomez และ Mathias Allemand ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองในแง่ดี ความภาคภูมิใจในใจตนเอง กับการนอนหลับ พบว่า ปริมาณการนอนหลับที่เพียงพอและคุณภาพการนอนหลับที่ดี มีความเกี่ยวข้องกับทักษะสติ การมองโลกในแง่ดีและความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการนอนน้อยและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลให้ฮอริโมนคอร์ติซอลหลังเปลี่ยนแปลงไป กระทบต่อคุณลักษณะทางบุคลิกภาพเชิงบวก⁽⁶⁹⁾ ในขณะเดียวกัน พบว่า ความภาคภูมิใจในตัวเองมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการซึมเศร้า พบว่า อาการของโรคซึมเศร้าเป็นตัวแปรคั่นกลางในความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพการนอนหลับ⁽⁷⁰⁾

ความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความวิตกกังวลการนอนสูง มีแนวโน้มในการรายงานคะแนนความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสูงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) ในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับ และความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย พบว่า อาการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับการคิดเรื่องฆ่าตัวตาย โดยความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรดังกล่าวสามารถทำความเข้าใจได้ ดังนี้ เนื่องจาก

ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยทำนายของโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ ผลกระทบจากปัญหาการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยมีผละกำลังที่ลดลง มีความคิดเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นำไปสู่ความสามารถในการรับมือกับความเครียดที่ลดลงจนนำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตายต่อมา⁽⁷¹⁾ ดังนั้น ปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเป็นเรื่องไม่ควรละเลย เพราะอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลการนอนหลับพร้อมด้วยความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตาย

การรับรู้เรื่องผละกำลัง พบว่า การรับรู้เรื่องผละกำลังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เนื่องจากอาการนอนไม่หลับ การอดนอน หรือคุณภาพการนอนที่ไม่ดีส่งผลต่อความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หมดผละกำลัง รวมถึงประสิทธิภาพในการเรียนหรือทำงานลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Matthew P. Herring, Derek C. Monroe, Christopher E. Kline, Patrick J. O'Connor และ Ciaran MacDonncha ซึ่งศึกษาคุณภาพการนอนหลับในฐานะตัวแปรกำกับ (moderating variable) ในความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยในวัยรุ่น พบว่า ผู้เข้าร่วมที่มีคุณภาพการนอนไม่ดีรายงานความรู้สึกเหนื่อยล้าสูงกว่า เมื่อเทียบกับผู้นอนหลับมีคุณภาพดี⁽⁷²⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา (Study Limitations)

1. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้น ในการอ้างอิงกับกลุ่มประชากรอื่นๆ ควรพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วย ที่อาจส่งผลต่อความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการประเมินความวิตกกังวล เก็บข้อมูลการใช้ยาคลายกังวล รวมถึงศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาคุณภาพของการนอนหลับ มีเพียงการรายงานประสิทธิภาพของการนอนหลับเท่านั้น หากได้ทำการศึกษาคุณภาพของการนอนหลับและประสิทธิภาพของการนอนหลับร่วมกัน อาจสามารถอธิบายลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้แม่นยำขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งนี้ มีรูปแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงบอกได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์ แต่ไม่สามารถบอกถึง

สาเหตุของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytical study)

การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ (Clinical Implication)

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับที่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงมักรายงานความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับปัญหาอนไม่หลับ มีการประเมิน รับฟังความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ และให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า

2. จากการที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีอาการโรคซึมเศร้าอยู่มีการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดี ส่งผลให้ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับยังคงอยู่ต่อไป ดังนั้น การพัฒนาโครงการกระบวนการให้ความรู้ทางจิตวิทยา (psychoeducation) หรือกระบวนการกลุ่มที่แนะนำเกี่ยวสุขอนามัยการนอน เข้าใจและรับฟังปัญหาหลังจากได้นำเทคนิคไปฝึกปฏิบัติ จะมีส่วนช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับ เสริมสร้างวิธีในการรับมือกับอาการของโรคนอนไม่หลับ และลดความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับได้ โดยควรให้ผู้ดูแล ญาติสนิทหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับ เพื่อเพิ่มโอกาสในความสำเร็จ

3. จากการที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ใช้ระยะเวลาเข้าสู่ภาวะหลับนานกว่าปกติ (มากกว่า 20 นาทีขึ้นไป) รายงานความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง ซึ่งพฤติกรรมนี้ยังคงถูกละเลยการให้ความสำคัญในประชากรทั่วไป ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในการจัดการปัญหาอนไม่หลับยาก ผู้ป่วยควรลุกออกจากเตียงหลังจากใช้เวลาเกิน 20 นาทีในการพยายามนอนหลับ ให้ผู้ป่วยลุกไปทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายตนเองแล้วค่อยกลับมาอนหลับเมื่อง่วง

4. จากการที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการง่วงระหว่างวันมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูง ซึ่งอาการง่วงในระหว่างวันรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ เช่น ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน สมดุลอารมณ์ และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จนนำไปสู่การจัดการความง่วงแบบผิดๆ เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน งดหลับในช่วงบ่าย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยควรนำเสนอวิธีในการจัดการกับอาการง่วงระหว่างวันที่ถูกต้องตามหลักการและเป็นทางออกที่ผ่านการตกลงระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลรักษาจนนำไปสู่การจัดการปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. จากการที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การมองตนเองในแง่ลบ ความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย การรับรู้เรื่องพลังกำลัง กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ กระบวนการรักษาโรคซึมเศร้าที่มีอยู่ปัจจุบันควรดำเนินควบคู่ไปกับการรักษาอาการอนไม่หลับ เพิ่มคุณภาพการ

นอนหลับ และบรรเทาความวิตกกังวลการนอน เพื่อป้องกันปัญหาความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นตามมา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป (Suggestions for further study)

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับที่ในระดับที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ในบางข้อคำถาม อาจมีการปรับการใช้คำศัพท์ที่ง่ายสำหรับผู้ประเมินที่อาจไม่ได้มีองค์ความรู้ทางด้านวิชาการ เช่น ปรับคำว่า ปริมาณการนอนหลับที่ได้รับ เป็น จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ เป็นต้น
2. ศึกษาสาเหตุของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการอยู่
3. พัฒนาโปรแกรมในการบรรเทาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ เพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติสุขอนามัยการนอน ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้น หลังจากนั้นทำการศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการบรรเทาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการมองตนเอง ทักษะรับมือปัญหา และความคิดเกี่ยวกับความตาย กับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับเรื้อรัง ผ่านการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในเชิงลึก (in-depth interview) เพื่อสะท้อนให้เห็นมุมมองตนเองผ่านวิธีการแก้ไขรับมือปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง

บรรณานุกรม

1. Bjoroy I, Jorgensen VA, Pallesen S, Bjorvatn B. The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. *Frontiers*2020 [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/>.
2. 19 million Thais suffer from insomnia, says hospital director. *The Nation* 2019.
3. Khaled SM, Petcu C, Al-Thani MA, Al-Hamadi AMHA, Nashif SD, Zolezzi M, et al. Prevalence and associated factors of DSM-5 insomnia disorder in the general population of Qatar. *BMC Psychiatry*. 2021;21(84).
4. O'Connel K. Effects of Insomnia On the Body 2018 [updated August 22, 2018; cited 2021 30 January]. Available from: <https://www.healthline.com/health/insomnia-concerns>.
5. Besiroglu L, Agargun MY, Inci R. Nightmares and terminal insomnia in depressed patients with and without melancholic features. *Psychiatry Research*. 2005;133:285-7.
6. Bei B, Asarnow LD, Krystal A, Edinger JD, Buysse DJ, Manber R. Treating insomnia in depression: Insomnia related factors predict long-term depression trajectories. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(3):282-93.
7. Gebara MA, Siripong N, DiNapoli EA, Maree RD, Germain A, Reynolds CF, et al. Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2018;2018(35):717-31.
8. Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2016;16(375).
9. Xu S, Ouyang X, Shi X, Li Y, Chen D, Lai Y, et al. Emotional exhaustion and sleep-related worry as serial mediators between sleep disturbance and depressive symptoms in student nurses: A longitudinal analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;2020(129).
10. Sunhed R, Frojmark MJ. Are changes in worry associated with treatment response in cognitive behavioral therapy for insomnia? *Cogn Behav Ther*. 2014;43(1):1-
- 11.

11. Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*. 2015;22(2015):23-36.
12. Zarcone V. *Sleep Hygiene. Principles and Practice of Sleep Medicine*. 3rd ed ed. New York: NY: Elsevier; 2000.
13. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
14. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706.
15. Aunjitsakul W, Udomratn P. Cognitive behavioral therapy for Insomnia (CBT-I). *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2016;61(1):89-106.
16. วันนอนหลับโลก ล้วงลึกปัญหา นอนไม่หลับ นากลัวแคไหน. 2564.
17. ฉัตรชัย นกดี. นอนไม่หลับ แก้ได้. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2563.
18. Chairj S, Panya P. Insomnia and related factors. *The Thai Journal of Nursing Council*. 2005;20(2):April-June 2005.
19. Suni E. What causes insomnia? . Sleep Foundation; 2022. p. <https://www.sleepfoundation.org/insomnia/what-causes-insomnia>.
20. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007;15(3):s7-10. .
21. Cunnington D, Junge MF, Fernando AT. Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *The Medical Journal of Australia*. 2013;199(58):S36-S40.
22. Wong WS, Fielding R. Prevalence of Insomnia among Chinese adults in Hong Kong: a population-based study. *Journal of Sleep Research*. 2011;20(1pt1):117-26.
23. Nowell PD, Buysse DJ. Treatment of insomnia in patients with mood disorders. *Depression and Anxiety*. 2001;14(1):7-18.
24. Dijk DJ. Regulation and functional correlates of slow wave sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2009;5(2):S6-S14.
25. Giles DE, Roggwarg HP, Schlessner MA, Rush AJ. Which endogenous depressive symptoms relate to REM latency reduction? *Biol Psychiatry*. 1986;21:473-82.
26. Rungpetchwong T, Likhitsathien S, Jaranai S, Srisurapanont M. Distress related to individual depressive symptoms: a cross-sectional study in Thai patients with Major Depression. *East Asian Arch Psychiatry*. 2017;27:115-20.

27. Krause N, Rainville G. Exploring the relationship between social support and sleep. *Health Educ Behav.* 2020;47(1):153-61.
28. Frojmark MJ, Harvey AG, Lundh LG, Clarke AN. Psychometric Properties of an Insomnia-Specific Measure of Worry: The Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy.* 2010;40(1):65-76.
29. Gerlach F, Ehring T, Werner GG, Takano K. Insomnia - related interpretational bias is associated with pre - sleep worry. *Journal of Sleep Research.* 2020;29(1):e12938.
30. Akram U, Bickle E, Howell C, Ozhan V, Williamson J. Sleep-related monitoring on awakening mediates the relationship between insomnia-related interpretive bias and insomnia symptoms using the insomnia ambiguity paradigm. *J Sleep Res.* 2021;30:e.13343.
31. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):869-93.
32. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: A theoretical review. *Sleep Medicine Reviews.* 2006;2006(10):215-45.
33. Levenson JC, Benca RM, Rumble ME. Sleep related cognitions in individuals with symptoms of insomnia and depression. *J Clin Sleep Med.* 2015;11(8):847-54.
34. Narongsak T, Chinvararak C, Sanguanvichaikul T. Quality of sleep and its associated factors in patients with major depressive disorder at outpatients department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Chula Med Bull.* 2019;1(4):369-81.
35. Gigli GL, Valente M. Should the definition of sleep hygiene be antedated of a century? A historical note based on an old book by Paolo Mantegazza, rediscovered. *Neurotherapeutics.* 2012;9(4):687-701.
36. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics.* 2012;9(4):687-701.
37. Narongsak T, Sanguanvichaikul T, Trisithivanij V. Sleep and sleep hygiene: review article. *Journal of Somdet Chappraya Institute of Psychiatry.* 2020;14(2):70-85.
38. กัลยา ปัญจพรผล. สุขอนามัย การนอนหลับที่ดี ในวัยทำงาน. ประชาชาติธุรกิจ. 2565 2 พฤษภาคม 2565.

39. Suni E, Vyas N. Sleep Hygiene: What is it, why it matters, and how to revamp your habits to get better nightly sleep. 2022. p. <https://www.sleepfoundation.org/sleep-hygiene>.
40. Shriane AE, Ferguson SA, Jay SM, Vincent GE. Sleep Hygiene in Shift Workers: A systematic literature review. *Sleep Medicine REviews*. 2020;53(101336).
41. Gellis LA, Lichstein kL. Sleep hygiene practices of good and poor sleepers in the United States: An internet-based study. *Behavior Therapy*. 2009;40(1):1-9.
42. Frojmark MJ, Evander J, Alfnsson S. Are sleep hygiene practices related to the incidence, persistence and remission of insomnia? Findings from a prospective community study. *J Behav Med*. 2019;42(1):128-38.
43. Yang C-M, Lin SC, Hsu SC, Cheng CP. Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol*. 2010;15(1):147-55.
44. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep*. 2006;29(11):1415-9.
45. Alshahrani M, Turki YA. Sleep hygiene awareness: its relation to sleep quality among medical students in King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(8):2628-32.
46. Chung KF, Lee CT, Yeung WF, Chan MS, Chung EWY, Lin WL. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia; a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2018;35(4):365-75.
47. Martinez MP, Sanchez EMAI, Piedra CD, Caliz R, Vlaeyen JW, Casal GB. Cognitive-behavioural therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Behav Med*. 2014;37(4):683-97.
48. Pinkham K. How to stop worrying in bed: the Insomnia Clinic; 2019 [Available from: <https://www.theinsomniacclinic.co.uk/blog//thinking-about-sleepwhy-its-keeping-you-awake>].
49. Jansson M, Linton SJ. The development of insomnia within the first year: a focus on worry. *Br J Health Psychol*. 2006;11:501-11.
50. Peltz JS, Rogge RD. The indirect effects of sleep hygiene and environmental factors on depressive symptoms in college students. *Sleep Health*. 2016;2(2):159-66.

51. Rahimi A, Ahmadpanah M, Shamsei F, Cheraghi F, Bahmani DS, Trachsler Eh, et al. Effect of adjuvant sleep hygiene psychoeducation and lorazepam on depression and sleep quality in patients with major depressive disorders: results from a randomized three-arm intervention. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1507-15.
52. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, et al. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev*. 2010;14(1):19-31.
53. Mendoza JF, Li Y, Vgontzas AN, Fang J, Gaines J, Calhoun SL, et al. Insomnia is associated with cortical hyperarousal as early as adolescence. *Sleep*. 2016;39(5):1029-36.
54. Belsky G. Middle-of-the-night anxiety: experts explain the vicious cycle: *Health*; 2016 [cited 2022 23 April]. Available from: <https://www.health.com/condition/sleep/middle-of-the-night-anxiety-experts-explain-the-vicious-cycle>.
55. Pacheco D. Excessive sleepiness: *Sleep Foundation*; 2022 [cited 2022 20 April]. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/excessive-sleepiness>.
56. Vorvolakos T, Leontidou E, Tsiptsios D, Mueller C, Serdari A, Terzoudi A, et al. The association between sleep pathology and depression: A cross-sectional study among adults in Greece. *Psychiatry Res*. 2020;294:113502.
57. Sugathan S. Sample size calculation for mean and SD with example. *Public Health Research Videos Dr. Sandheep* 2020. p. <https://www.youtube.com/watch?v=6oSBvllmnpS>.
58. Chimlaung J. Descriptors of Insomnia among Persons with Heart Failure: *Chulalongkorn University*; 2009.
59. Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behav Res Ther*. 1986;3(24):365-8.
60. Choojit K. The Effect of Sleep Behavioral Modification Program on Insomnia: *Chulalongkorn University*; 2017.
61. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Marmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-item quick inventory of depressive symptomatology(QIDS), clinical rating (QIDS-C) and

selfreport (QID-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry Res.* 2003;2003(54):573-83.

62. Nithyashri J, Kulanthaivel G. Classification of human age based on Neural Network using FG-Net Aging database and wavelets. 2012 Fourth International Conference on Advanced Computing (ICOAC)2012. p. 1-5.

63. Gupta P, Sagar R, Mehta M. Subjective sleep problems and sleep hygiene among adolescents having depression: A case control study. *Asian J Psychiatr.* 2019;44:150-5.

64. พิชามณัฐ อุดลวิทย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแบ่งปันความรู้ตามทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน. *วารสารนักบริหาร.* 2554;31(1):226-30.

65. Pillai V, Drake C. Chapter 10 - Sleep and Repetitive Thought: The Role of Rumination and Worry in Sleep Disturbance. Babson KA FM, editor. San Diego: Academic Press; 2015.

66. Lovato N, Gradisar M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: recommendation for future research and clinical practice. *Sleep Med Rev.* 2014;18(6):521-9.

67. Tsou MT, Chang BCC. Association of depression and excessive daytime sleepiness among sleep-deprived college freshmen in Northern Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(17):3148.

68. Gandhi KD, Mansukhani MP, Silber MH, Kolla BP. Excessive daytime sleepiness: A clinical review. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(5):1288-301.

69. Lemola S, Raikkonen K, Gomez V, Allemand M. Optimism and self-esteem are related to sleep. Results from a large community-based sample. *Int J Behav Med.* 2013;20(4):567-71.

70. Conti JR, Adams SK, Kisler TS. A pilot examination of self-esteem, depression and sleep in college women *NASPA Journal About Women in Higher Education.* 2014;7(1):47-7.

71. Pigeon WR, Pincus M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(9):e1160-7.

72. Herring MP, Monroe DC, Kline CE, OConner PJ, MacDonncha C. Sleep quality moderates the association between physical activity frequency and feelings of energy and fatigue in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(11):1425-32.






ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก

- เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
- เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร
- เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- แบบฟอร์มขอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอน
- ตารางค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 1/7

ชื่อโครงการวิจัย ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา
แบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นายภาณุพงศ์ บุญทองช่วย

ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ถนน พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
10330

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298 ต่อ 80140

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 24 ชั่วโมง 092-416-2629

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร


ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ถนน พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
10330

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอยู่ในเกณฑ์การคัดเข้า
ของอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้
ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หาก
ท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้
สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่าน
ได้ ท่านมีเวลาเพียงพอนในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่าน
ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 2/7

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตเวชที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกเศร้าที่รุนแรง เป็นประเด็นทางสุขภาพคนไทยและเป็นหนึ่งในสี่สถานการณ์น่าจับตาต่อเนื่องจากปีที่ผ่านมา ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สมาธิไม่ดี รวมถึงความสามารถในการทำงานและสัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างแย่ลง อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสร้างความเครียดและความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยอย่างมาก

วิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลการนอนหลับกับสุขอนามัยการนอน โดยความวิตกกังวลการนอนหลับ คือความคิดวิตกกังวลเกี่ยวกับประสบการณ์การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ ปริมาณการนอนไม่หลับไม่เพียงพอ รวมถึงความกังวลถึงผลกระทบที่เกิดในช่วงระหว่างวันจากการนอนไม่หลับ เช่น ประสิทธิภาพในการทำงาน สมดุลอารมณ์ สัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้าง เป็นต้น


สุขอนามัยการนอน คือองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ สุขอนามัยการนอนหลับที่ดีสามารถสร้างบรรยากาศการนอนที่ผ่อนคลายและความคิดกังวลในช่วงก่อนนอน เป็นแนวคิดในการบำบัดรักษาที่มีคุณภาพ ใช้ต้นทุนต่ำ และลงมือทำได้ทันที

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความเกี่ยวข้องของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและการมีสุขอนามัยการนอนที่ดี จึงดำเนินการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซึมเศร้า แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับระดับประครองสุขภาพการนอนหลับให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นโดยการเก็บข้อมูลสำรวจจากอาสาสมัครซึ่งเป็นประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบบผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 144 ราย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 3/7

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย


1. หลังจากท่านได้ทราบรายละเอียดของการศึกษาวิจัยและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน เพื่อตอบคำถามการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน
2. ให้ท่านตอบคำถามด้วยตัวเอง แบบสอบถามมี 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 65 ข้อ ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 16 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการนอนหลับ 28 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ 10 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ส่วนที่ 5 แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย์ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย, ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยาต้านเศร้าที่ได้รับ รวมจำนวน 5 ข้อ ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลของท่านเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และบันทึกโดยผู้วิจัย
3. ในกรณีที่ท่านมีปัญหาในการอ่านหรือปัญหาสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้แก่ท่าน และบันทึกข้อมูลตามที่ท่านให้คำตอบ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 15-20 นาที แบบสอบถามทั้งหมดทำเพียงครั้งเดียว และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ในข้อคำถามที่ท่านไม่ต้องการให้ข้อมูล
4. การเก็บข้อมูลเกิดขึ้นในระหว่างรอเข้าพบแพทย์ หากถึงคิวตรวจ พยาบาลที่ประสานงานไว้จะช่วยแจ้งผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เข้ารับการตรวจ เมื่อเสร็จสิ้นการพบแพทย์แล้วจึงค่อยดำเนินการทำแบบสอบถามต่อ ทั้งนี้ หากในระหว่างตอบแบบสอบถามหากท่านต้องการสถานที่เงียบสงบ ผู้วิจัยจะจัดหาที่เงียบสงบ และเป็นส่วนตัวให้กับท่าน จากนั้นเมื่อท่านตอบคำถามเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา ไม่สะดวก หรือเกิดความไม่สบายใจในการตอบข้อความบางข้อ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีเกิดความไม่สะดวกดังกล่าวระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ข้อมูลเป็นไปด้วยความสมัครใจจึงไม่มีค่าตอบแทน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 4/7

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อมีความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

ในกรณีที่ท่านมีความเสี่ยงในระดับที่รุนแรงขณะเข้าร่วมงานวิจัย เช่น มีความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นให้บาดเจ็บ ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที โดยผู้ทำวิจัยจะทำการประสานให้แพทย์หรือพยาบาลดูแลท่านอย่างปลอดภัยตามกระบวนการของโรงพยาบาล

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ท่านอาจไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัย โดยงานวิจัยครั้งนี้จัดทำเพื่อเป็นการศึกษาถึงความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วย โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำไปวิเคราะห์และแปรผลเป็นค่าทางสถิติ โดยผลจากการวิจัยดังกล่าวนี้อาจจะถูกนำไปใช้ตีพิมพ์ หรือถูกนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ หรือประชากรทั่วไปที่นอนไม่หลับในอนาคตต่อไป

ทั้งนี้ หากพบท่านมีความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับสูงมาก ผู้วิจัยจะประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป

ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 5/7

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายภาณุพงศ์ บุญทองช่วย 092-416-2629 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย


ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ท่านไม่ได้รับการทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองขณะเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 6/7

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน แพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นาย ภาณุพงศ์ บุญทองช่วย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนน พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298 ต่อ 80140 ในเวลาราชการ

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 7/7


5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

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

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นาย ภาณุพงศ์ บุญทองช่วย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา

แบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/

นางสาว.....ที่อยู่

.....ได้อ่านรายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอม
เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่
อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง
ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่
.....)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า
ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-05/6.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบ

บันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

Panupong Boontongchuay
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
254 Phayathai Road, Pathumwan, Bangkok,
10330
Thailand Tel.: +66 (0) 88 380 6745
Email: 6370066830@student.chula.ac.th

December 9, 2020

Title Permission Request Letter for Translating and Utilizing of the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire (APSQ) as a Thesis Research Instrument

Dear Professor Allison G. Harvey,

I am writing to request copyright permission to translate the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire (APSQ) into Thai language and utilize it as a thesis research instrument.

Currently, I am working on a master's degree thesis research titled "***Sleep-related Anxiety and Sleep Hygiene in Depressed Outpatients Facing Insomnia at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital***", under supervision by Assoc. Prof. Siriluck Suppakitiporn, M.D. from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University and King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand.

This questionnaire is a right tool for my thesis topic so I would like to ask for your permission for any possibility to translate your APSQ into Thai version and utilize to assess sleep-related anxiety in research samples, and I would be grateful to receive permission for the nonprofit educational use without a fee.

If you would be so kind, please let me know your thought on this or what could I do further for the process toward permission.

Thank you for your consideration; I look forward to hearing from you.

Respectfully yours,

Panupong Boontongchuay.

เรียน ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา

สวัสดีครับ กระผม นายภาณุพงศ์ บุญทองช่วย นิสิตปริญญาโท ภาคปกติ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนนี้ผมกำลังเริ่มต้นศึกษา เพื่อเขียนโครงร่างวิทยานิพนธ์ในหัวข้อ "ความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับและสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยซึมเศร้าที่นอนไม่หลับที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช รพ. จุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย" ภายใต้การดูแลโดย รศ.พญ. ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีเครื่องมือหนึ่งซึ่งมีศักยภาพและน่าสนใจต่อการวิจัยเรื่องสุขอนามัยการนอน ได้แก่ "แบบประเมินด้านการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ" จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่" โดย นางสาว พัทธิญา แก้วแพง สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547

ดังนั้น เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการนำแบบประเมินดังกล่าวมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผมต้องการแบบประเมินที่มีข้อคำถามฉบับเต็ม ทั้ง 14 ข้อคำถาม ก่อนจะตัดสินใจอย่างชัดเจนอีกครั้ง

ทั้งนี้ หากเครื่องมือมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย กระผมและ อ. ที่ปรึกษาใคร่ขออนุญาตใช้แบบประเมินด้านการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และจะดำเนินการส่งจดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมืออย่างเป็นทางการต่อไป

นอกจากนี้ หาก อ. มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน กรุณาสามารถให้ความเห็นได้เลยครับ

ขอบคุณมากครับสำหรับการพิจารณาโอกาสในครั้งนี้

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ภาณุพงศ์ บุญทองช่วย

นิสิต ป.โท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาคปกติ

Panupong Boontongchuay
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
254 Phayathai Road, Pathumwan, Bangkok,
10330
Thailand Tel.: +66 (0) 92 416 2629
Email: 6370066830@student.chula.ac.th

April 10, 2021

Title Permission Request Letter for Utilizing of the Quick Inventory of Depressive
Symptomatology (QIDS-SR16) - Thai-translated version as a Thesis Research Instrument

Dear Carter Cassedy,

I am writing to request copyright permission to utilize the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR16) - Thai-translated version as a thesis research instrument.

Currently, I am working on a master's degree thesis research titled "***Sleep-related Anxiety and Sleep Hygiene in Depressed Outpatients at Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital***", under supervision by Assoc. Prof. Siriluck Suppakitiporn, M.D. from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University and King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand.

This questionnaire is a right tool for my thesis topic, so I would like to ask for your permission for any possibility to utilize the QIDS-SR 16 by Rush AJ and its Thai translation administered under MAPI Research Trust to assess depressive symptomatology in research samples, and I would be grateful to receive permission to access the QIDS-Thai translation for the nonprofit educational use with free of charge. I also agree to sign a license with MAPI Research Trust.

The translation process of the QIDS-SR 16 into Thai had been authorized by Rush AJ and UT Southwestern Medical Center, before the copyright of this scale was shifted to MAPI Research Trust. Currently, the Thai-translated version of QIDS is being processed to get published on MAPI Research Trust online platform.

If you would be so kind, please let me know your thought on this or what could I do further for the process toward permission.

Thank you for your consideration; I look forward to hearing from you.

Respectfully yours,

Panupong Boontongchuay.

(รหัสอาสาสมัคร)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด และกรุณาตรวจสอบว่าในแต่ละหัวข้อ ท่านเลือกเพียงข้อเดียวเท่านั้น

1. เพศ	ชาย	<input type="checkbox"/> (1)
	หญิง	<input type="checkbox"/> (2)
2. อายุ ปี	
3. ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> (1)
	ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> (2)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> (3)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> (4)
	ปวช.	<input type="checkbox"/> (5)
	อนุปริญญา หรือ ปวส.	<input type="checkbox"/> (6)
	ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> (7)
	สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> (8)
4. สถานภาพสมรส	โสด	<input type="checkbox"/> (1)
	คู่ (อยู่ด้วยกัน)	<input type="checkbox"/> (2)
	คู่ (ไม่ได้อยู่ด้วยกัน)	<input type="checkbox"/> (3)
	หม้าย	<input type="checkbox"/> (4)
	หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> (5)
5. อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย	ไม่มี	<input type="checkbox"/> (0)
	มี	<input type="checkbox"/> (1)
	ถ้ามี โปรดระบุในหน้าถัดไป (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
	โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> (2)
	โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> (3)
	โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> (4)
	โรคไต	<input type="checkbox"/> (5)
โรคอื่นๆ	<input type="checkbox"/> (6)	
โปรดระบุ.....		
.....		
6. ประวัติโรคซึมเศร้าของคนในครอบครัว	ไม่มี	<input type="checkbox"/> (0)
	มี	<input type="checkbox"/> (1)
	ถ้ามี โปรดระบุความสัมพันธ์	

แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจซึมเศร้าแบบกระชับ 16 ข้อ ฉบับภาษาไทย Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS SR-16)

คำชี้แจง แบบสำรวจนี้ประกอบด้วย 16 ข้อ กรุณาเลือกข้อที่บรรยายตัวคุณในช่วงเจ็ดวันที่ผ่านมา แล้วโปรดวงกลมล้อมรอบตามความเป็นจริงของท่าน

1. การนอนหลับ:

- 0 ฉันไม่เคยใช้เวลาเกินกว่า 30 นาทีในการหลับ
- 1 ฉันใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีในการหลับ น้อยกว่าครึ่งสัปดาห์
- 2 ฉันใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีในการหลับ มากกว่าครึ่งสัปดาห์
- 3 ฉันใช้เวลาอย่างน้อย 60 นาทีในการหลับ มากกว่าครึ่งสัปดาห์

2. การหลับช่วงกลางคืน:

- 0 ฉันไม่ตื่นกลางดึก
- 1 ฉันกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท และมีตื่นช่วงสั้นๆ สองสามครั้งในแต่ละคืน
- 2 ฉันตื่นกลางดึกอย่างน้อย 1 ครั้ง แต่กลับไปหลับอีกได้ง่าย
- 3 ฉันตื่นกลางดึกมากกว่า 1 ครั้ง และจะตื่นอยู่ประมาณ 20 นาที หรือมากกว่านั้น มากกว่าครึ่งสัปดาห์

3. ตื่นเช้าจนเกินไป:

- 0 เกือบทั้งสัปดาห์ ฉันตื่นก่อนเวลาที่ฉันจะต้องตื่นน้อยกว่า 30 นาที
- 1 มากกว่าครึ่งสัปดาห์ ฉันตื่นก่อนเวลาที่ฉันจะต้องตื่นมากกว่า 30 นาที
- 2 ฉันตื่นก่อนเวลาที่ฉันจะต้องตื่นอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นเสมอ แต่สุดท้ายฉันก็กลับไปหลับได้
- 3 ฉันตื่นก่อนเวลาที่ฉันจะต้องตื่นอย่างน้อย 1 ชั่วโมงและไม่สามารถกลับไปหลับได้

4. นอนมากเกินไป:

- 0 ฉันนอนไม่นานกว่า 7-8 ชั่วโมงต่อคืน โดยไม่มีการงีบหลับระหว่างวัน
- 1 ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ฉันนอนไม่นานกว่า 10 ชั่วโมงรวมทั้งการงีบหลับ
- 2 ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ฉันนอนไม่นานกว่า 12 ชั่วโมงรวมทั้งการงีบหลับ
- 3 ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง ฉันนอนนานกว่า 12 ชั่วโมงรวมทั้งการงีบหลับ

5. ความรู้สึกเศร้า:

- 0 ฉันไม่รู้สึกเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกเศร้าน้อยกว่าครึ่งสัปดาห์
 - 2 ฉันรู้สึกเศร้ามากกว่าครึ่งสัปดาห์
 - 3 ฉันรู้สึกเศร้าเกือบตลอดสัปดาห์
-

6. ความอยากอาหารลดลง:

- 0 ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
 - 1 จำนวนมือหรือปริมาณอาหารที่ฉันกินลดลง
 - 2 ฉันกินอาหารน้อยกว่าปกติมากและต้องใช้ความพยายามในการกิน
 - 3 ฉันแทบจะไม่กินอะไรเลยในช่วง 24 ชั่วโมงและจะกินได้เฉพาะเมื่อใช้ความพยายามอย่างมากหรือมีผู้อื่นชักชวน
-

7. ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น:

- 0 ความอยากอาหารของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
 - 1 ฉันรู้สึกหิวบ่อยกว่าปกติ
 - 2 ฉันกินบ่อยขึ้นและ/หรือกินในปริมาณที่มากกว่าปกติอยู่เป็นประจำ
 - 3 ฉันรู้สึกอยากกินอาหารมากทั้งเวลาที่เป็นมืออาหารและระหว่างมื้อ
-

8. น้ำหนักลด (ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา):

- 0 น้ำหนักของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
 - 1 ฉันรู้สึก น้ำหนักลดลงเล็กน้อย
 - 2 น้ำหนักของฉันลดลง 1 กิโลกรัมหรือมากกว่านั้น
 - 3 น้ำหนักของฉันลดลง 2.5 กิโลกรัมหรือมากกว่านั้น
-

9. น้ำหนักเพิ่ม (ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา):

- 0 น้ำหนักของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
 - 1 ฉันรู้สึก น้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
 - 2 น้ำหนักของฉันเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมหรือมากกว่านั้น
 - 3 น้ำหนักของฉันเพิ่มขึ้น 2.5 กิโลกรัมหรือมากกว่านั้น
-

10. สมาธิ/การตัดสินใจ:

- 0 ความสามารถในการเรื่องสมาธิและการตัดสินใจของฉันไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ
- 1 บางครั้งฉันรู้สึกง่วงหรือขาดสมาธิ
- 2 ตลอดสัปดาห์ฉันต้องพยายามที่จะมีสมาธิหรือตัดสินใจให้ถูกต้อง
- 3 ฉันไม่มีสมาธิเพียงพอในการอ่านหรือไม่สามารถตัดสินใจได้แม้แต่เรื่องเล็กๆ น้อยๆ
-

11. การมองตนเอง:

- 0 ฉันมองว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับเท่ากับผู้อื่น
- 1 ฉันโทษตัวเองมากกว่าปกติ
- 2 ฉันเชื่ออย่างมากว่าฉันสร้างปัญหาให้กับผู้อื่น
- 3 ฉันคิดเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียที่ใหญ่และเล็กของฉันอยู่เสมอ
-

12. ความคิดเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย:

- 0 ฉันไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือความตาย
- 1 ฉันรู้สึกว้าวุ่นใจหรือไม่แน่ใจว่าชีวิตยังมีค่า
- 2 ฉันคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการตายเป็นเวลาหลายนาที่หลายครั้งในหนึ่งสัปดาห์
- 3 ฉันคิดเกี่ยวกับรายละเอียดในการฆ่าตัวตายหลายครั้งในหนึ่งวันหรือฉันมีแผนที่ชัดเจนสำหรับการฆ่าตัวตาย หรือได้เคยพยายามฆ่าตัวตายจริงๆมาแล้ว
-

13. ความสนใจทั่วไป:

- 0 ความสนใจของฉันต่อบุคคลอื่นๆหรือกิจกรรมต่างๆไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ
- 1 ฉันสังเกตว่าฉันสนใจบุคคลอื่นๆ หรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง
- 2 ฉันพบว่าฉันสนใจเพียงหนึ่งหรือสองกิจกรรมที่ฉันเคยทำมาก่อน
- 3 ฉันไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนเลย
-

14. ระดับพลังกำลัง:

- 0 ระดับพลังกำลังของฉันไม่เปลี่ยนแปลง
- 1 ฉันเหนื่อยง่ายกว่าปกติ
- 2 ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเริ่มหรือทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันให้สำเร็จ เช่น การซื้อของ ทำการบ้าน ทำอาหาร หรือการไปทำงาน เป็นต้น
- 3 ฉันไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ได้จริงๆ เพราะฉันไม่มีพลังกำลัง

15. ความรู้สึกเชิงซ้ำ:

- 0 ฉันคิด พูดและเคลื่อนไหวด้วยระดับความเร็วที่ปกติของฉัน
 - 1 ฉันพบว่าฉันคิดช้าลงหรือเสียงของฉันน่าเบื่อและราบเรียบ
 - 2 ฉันใช้เวลาหลายวินาทีในการตอบคำถามส่วนใหญ่และฉันแน่ใจว่าฉันคิดช้าลง
 - 3 บ่อยครั้งที่ฉันไม่สามารถตอบคำถามได้ ถ้าไม่ใช่ความพยายามอย่างมาก
-

16 ความรู้สึกกระสับกระส่าย:

- 0 ฉันไม่รู้สึกระสับกระส่าย
 - 1 บ่อยครั้งที่ฉันนั่งนิ่งๆ ไม่ได้ บีบมือตนเอง หรือต้องการเปลี่ยนท่านั่ง
 - 2 ฉันต้องขยับตัวและค่อนข้างกระสับกระส่าย
 - 3 บางเวลาฉันไม่สามารถนั่งอยู่กับที่และต้องการเดินไปมา
-



9. ขณะที่เตรียมจะเข้านอน ท่านวิตกกังวลว่าจะนอนได้ไหมในวันต่อสัปดาห์								
10. ท่านวิตกกังวลในตอนกลางวันว่าจะนอนหลับในตอนกลางคืนได้หรือไม่ในวันต่อสัปดาห์								
11. ท่านใช้แอลกอฮอล์เพื่อให้หลับง่ายขึ้นในวันต่อสัปดาห์								
12. ท่านออกกำลังกายอย่างหักโหมภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนในวันต่อสัปดาห์								
13. มีแสงไฟรบกวนเวลาที่ท่านนอนในวันต่อสัปดาห์								
14. มีเสียงรบกวนเวลาที่ท่านนอนในวันต่อสัปดาห์								
15. ผู้ที่นอนเตียงเดียวกันกับท่านรบกวนเวลานอนของท่านในวันต่อสัปดาห์								
16. ท่านนอนหลับเป็นระยะเวลานานพอกันโดยประมาณทุกคืนในวันต่อสัปดาห์								
17. ท่านแบ่งเวลาสำหรับผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น ฟังเพลง นั่งสมาธิ อ่านหนังสือ ในวันต่อสัปดาห์								
18. ท่านออกกำลังกายในตอนบ่ายหรือหัวค่ำในวันต่อสัปดาห์								
19. ท่านตั้งอุณหภูมิในห้องนอนที่พอเหมาะทำให้นอนหลับสบายในวันต่อสัปดาห์ (เช่น เปิดหน้าต่าง เปิดพัดลม หรือเปิดแอร์ให้อากาศเย็นสบาย)								

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยการนอนหลับ

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ในแต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด และกรุณาตรวจสอบว่าในแต่ละหัวข้อ ท่านเลือกเพียงข้อเดียวเท่านั้น โดยตอบคำถามตามความเป็นจริงของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. โดยปกติท่านเข้านอนเวลา นาฬิกา	
<hr/>		
2. ท่านหลับจริงเวลา นาฬิกา	
<hr/>		
3. ท่านตื่นระหว่างคืนหรือไม่	ไม่มี <input type="checkbox"/> (0) มี <input type="checkbox"/> (1) ถ้ามี โปรดระบุจำนวน ครั้ง โดยเฉลี่ย	
<hr/>		
4. ปกติท่านตื่นนอนเวลา นาฬิกา	
<hr/>		
5. ปกติท่านลุกออกจากเตียงเวลา นาฬิกา	
<hr/>		
6. อาการรบกวนขณะหลับ	ไม่มี <input type="checkbox"/> (0) มี <input type="checkbox"/> (1) ถ้ามี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) กรน (Snoring) (ตัวท่านเอง) <input type="checkbox"/> (2) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep Apnea) <input type="checkbox"/> (3) ตัวอย่างอาการ เช่น นอนกรนดังมากเป็นประจำ สร้างความรำคาญต่อผู้ที่นอนด้วย นอนหลับไม่เต็มอิ่ม ตื่นบ่อย อาการไม่สดชื่น คอแห้ง ง่วงนอนมากผิดปกติระหว่างวัน มีผู้อื่นสังเกตเห็นว่าหายใจไม่สม่ำเสมอและมีเสียงกรนดังแต่หยุดเป็นช่วงๆ อาการขาอยู่ไม่สุข (Restless Leg Syndrome) <input type="checkbox"/> (4) ตัวอย่างอาการ เช่น มีความรู้สึกว่ามีตัวอะไรมาจับขาแกว่งไปมาขณะหลับ ขารู้สึกว่าต้องการวิ่ง และไม่สามารถต้านทานได้ รู้สึกว่ามีตัวแมลงหรือหนอนไต่ขาขณะหลับ โรควิวาจากระดูกขณะหลับ (Periodic Limb Movement Disorder) <input type="checkbox"/> (5) ตัวอย่างอาการ เช่น ผู้ที่นอนร่วมด้วยหรือท่านรู้สึกงัวงายหรือเท้ากระตุกขณะหลับ โรคลมหลับ (Narcolepsy) <input type="checkbox"/> (6) ตัวอย่างอาการ เช่น ง่วงนอนมากผิดปกติ มีอาการมึนงงหลับ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คอตก เวลาที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง ภาวะที่ไม่สามารถยับยั้งตัวได้ขณะกำลังจะตื่น อาการคล้ายผีอำ อาการง่วงหลับระหว่างวัน (Excessive Daytime Sleepiness) <input type="checkbox"/> (7) โรคอื่นๆ <input type="checkbox"/> (8) โปรดระบุ.....	
<hr/>		
7. เสียงรบกวนจากภายนอกที่พังกาศัย	ไม่มี <input type="checkbox"/> (0) มี <input type="checkbox"/> (1)	

8. ท่านจับหลักระหว่างวันหรือไม่
- ไม่มี (0)
 มี (1)
- ถ้ามี โปรดตอบข้อความต่อไปนี้
- ปกติท่านจับหลักเวลา นาฬิกา
 ปกติท่านจับหลักเป็นระยะเวลา นาที
 ปกติท่านจับหลักระหว่างวันเป็นจำนวน ครั้ง

9. ประสิทธิภาพการนอนไม่หลับของคนในครอบครัว
- ไม่มี (0)
 มี (1)
- ถ้ามี โปรดระบุความสัมพันธ์
-



แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

แบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ the Anxiety and Preoccupation about Sleep Questionnaire (APSQ) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง มาตราคะแนนด้านล่างนี้อธิบายถึงความกังวลและปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ กรุณาให้คะแนนข้อความต่อไปนี้ว่าเป็นจริงอย่างไร โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลขให้ ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียง 1 ตัวเลขในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันจะได้รับในทุกคืน

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่จริง									จริงมาก

2. ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับว่าจะส่งผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่จริง									จริงมาก

3. ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่จริง									จริงมาก

4. ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะทำให้ความสามารถในการเข้าสังคมแย่ลง

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่จริง									จริงมาก

5. ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของฉัน

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่จริง									จริงมาก

6. ฉันกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของฉัน

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่จริง จริงมาก

7. ฉันกังวลเกี่ยวกับความสามารถที่จะตื่นและมีความตื่นตัวอยู่เสมอในช่วงกลางวัน

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่จริง จริงมาก

8. ฉันพยายามอย่างมากในการแก้ไขปัญหาการนอนหลับของฉัน

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่จริง จริงมาก

9. ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาการนอนหลับของฉันสร้างปัญหาให้ฉันอย่างมาก

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่จริง จริงมาก

10. ความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของฉันคงอยู่ต่อเนื่อง

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ไม่จริง จริงมาก



(รหัสสาสมศคร)

แบบกรอกข้อมูลทางการแพทย

คำชี้แจง ในส่วนนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องตอบ ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง

1. น้ำหนัก กิโลกรัม (kg.)

2. ส่วนสูง ซม. (cm.)

3. ประเภทของโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง)

- Major depressive disorder (MDD)
- Persistent depressive disorder (PDD) or Dysthymia
- Unspecified depressive disorder (UDD)

4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี เดือน

5. ยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน

- ไม่มี
- มี ถ้ามี โปรดระบุด้านล่าง

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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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

การขอความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			
	สอดคล้อง +1	ไม่แน่ใจ 0	ไม่สอดคล้อง -1	ส่วนที่ควรแก้ไขและข้อเสนอแนะ
ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันจะได้รับในคืน				
ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติงานในเวลากลางวัน				
ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของฉัน				
ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะทำให้ความสามารถในการเข้าสังคมแย่ลง				
ฉันกังวลเกี่ยวกับปริมาณการนอนหลับที่ฉันได้รับจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของฉัน				
ฉันกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการควบคุมตนเองขณะนอนหลับ				
ฉันกังวลเกี่ยวกับความสามารถที่จะตื่นตัวอยู่เสมอในช่วงกลางวัน				
ฉันพยายามอย่างมากในการแก้ไขปัญหาการนอนของฉัน				
ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาการนอนของฉันสร้างปัญหาให้ฉันอย่างมาก				
ความกังวลเกี่ยวกับการนอนของฉันคงอยู่ต่อเนื่อง				

หากท่านมีความเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่นๆ (เพื่อให้ความเห็น ซึ่งอาจมีโดยไม่เกี่ยวกับในข้อความถาม หรือ ไม่มีผลต่อคะแนน) โปรดระบุในช่องด้านล่าง...

ตารางค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.943	.943	10

ตารางการแจกแจงของความวิตกกังวลเรื่องการนอนหลับ (แจกแจงอย่างไม่ปกติ)

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
APSQ	.096	144	.002	.940	144	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	Panupong Boontongchuay
วัน เดือน ปี เกิด	13 October 1994
สถานที่เกิด	Nakhon Si Thammarat
วุฒิการศึกษา	(2013 – 2016) B.A. in Social Sciences Mahidol University (International College) Southeast Asian Concentration (2010 - 2013) ART Maths Programme Triamudom Suksa School
ที่อยู่ปัจจุบัน	-
ผลงานตีพิมพ์	-
รางวัลที่ได้รับ	Konrad Adenaur Scholarship for Social and Innovative Development (KASSID) Ship for Southeast Asia and Japanese Youth Program (SSEAYP) Temasek Foundation Leadership Enrichment and Regional Networking(TF-LEaRN)