

# ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

ปริชยา สีมวงษ์\*, พิมพ์ชนก ทองทวน\*, สุภาภรณ์ แสนทวีสุข\*, นิสาสล คงมัน\*

\*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

**วิธีการศึกษา** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ในช่วงเดือนธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อย ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย Multivariable linear regression analysis และคุณภาพการนอนหลับด้วย Multivariable logistic regression analysis

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง 182 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72) อายุเฉลี่ย 35.5 ปี ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51.6) กลุ่มอาชีพเป็นสายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (ร้อยละ 40.7) และสายวิชาชีพสนับสนุนทางคลินิก (ร้อยละ 40.7) สภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ระดับดี (ร้อยละ 74.2) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) และมีความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 50.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ออกกำลังกาย (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77,  $p = 0.015$ ) การดื่มกาแฟอื่น (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45,  $p = 0.038$ ) มีสภาพแวดล้อมการทำงานดี (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37,  $p = 0.002$ ) และบุคลากรที่มีความเหนื่อยล้ามาก (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 ถึง -1.39,  $p = 0.015$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29,  $p = 0.016$ ) กลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96,  $p = 0.012$ ) และการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41,  $p = 0.021$ ) ขณะที่การรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีสัมพันธ์กับโอกาสของการนอนหลับที่ไม่ดีลดลง (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00,  $p = 0.049$ )

**สรุป** การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟอื่น และการรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ขณะที่การมีความเหนื่อยล้ามากสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ส่วนลักษณะการทำงาน (กลุ่มอาชีพ/ชั่วโมงงาน) และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ) สัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของทั้งปัญหาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ

**คำสำคัญ** คุณภาพชีวิต คุณภาพการนอนหลับ บุคลากรในโรงพยาบาล

Corresponding author: พิมพ์ชนก ทองทวน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

E-mail: pimchanok@scphub.ac.th

วันรับ 26 กันยายน 2568 วันแก้ไข 21 มกราคม 2569 วันตอบรับ 29 มกราคม 2569

# Prevalence and Associated Factors of Quality of Life and Sleep Quality among Personnel in a Community Hospital, Ubon Ratchathani Province

Pawitchaya Simawong\*, Pimchanok Thongtuan\*, Supaporn Saentaweessook\*, Nisachon Kongman\*

\*Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the prevalence and factors associated with quality of life and sleep quality among personnel in a community hospital in Ubon Ratchathani Province.

**Methods:** This is a cross-sectional descriptive study conducted among personnel who had been working in a community hospital in Ubon Ratchathani for at least three months between December 2024 and February 2025. Data were collected using a general information questionnaire, the Thai version of the World Health Organization Quality of Life –Brief (WHOQOL-BREF-THAI), and the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Factors associated with quality of life and sleep quality were analyzed using multivariable linear regression and multivariable logistic regression.

**Results:** The study included 182 participants, mostly female (72%), with an average age of 35.5 years. The majority worked 9 - 16 hours per day (51.6%), with occupational groups being clinical core (40.7%) and clinical allied (40.7%). Most participants perceived their work environment as good (74.2%) and reported a moderate level of quality of life (54.9%). The prevalence of poor sleep quality was 50.5% (n = 92). Factors significantly associated with quality of life ( $p < 0.05$ ) were exercise (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77,  $p = 0.015$ ), caffeine consumption (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45,  $p = 0.038$ ), and a good work environment (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37,  $p = 0.002$ ), while high work-related fatigue was associated with lower quality of life (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 to -1.39,  $p = 0.015$ ). Factors significantly associated with poor sleep quality included increasing age (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29,  $p = 0.016$ ), working in the clinical core occupational group (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96,  $p = 0.012$ ), and working 9 - 16 hours per day (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41,  $p = 0.021$ ). Conversely, the perception of a good work environment was associated with 60% lower odds of poor sleep quality (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00,  $p = 0.049$ ).

**Conclusion:** Exercise, caffeine consumption, and a good work environment were associated with a higher quality of life, whereas high work-related fatigue was associated with a lower in quality of life. Work-related factors (occupational group and working hours) and personal factors (age) were associated with increased odds of poor sleep quality. A good work environment was significantly associated with a higher quality of life and lower odds of poor sleep quality among hospital personnel.

**Keywords:** quality of life, sleep quality, healthcare personnel

Corresponding author: Pimchanok Thongtuan

E-mail: [pimchanok@scphub.ac.th](mailto:pimchanok@scphub.ac.th)

Received: 26 September 2025 Revised: 21 January 2026 Accepted: 29 January 2026

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตตามแนวคิด WHOQOL ว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งครอบคลุม 4 มิติหลัก แต่ละมิติสะท้อนองค์ประกอบของสุขภาพที่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างสมดุล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม<sup>1</sup> หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อมิติเหล่านี้คือคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญมากในชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ<sup>2</sup> การนอนหลับไม่เพียงพอหรือไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพร่างกาย<sup>3</sup> ลดประสิทธิภาพในการทำงาน เพิ่มความเหนื่อยล้า<sup>4</sup> สุขภาพจิตที่แย่ลง<sup>5,6</sup> และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม<sup>7</sup> ซึ่งลดทอนคุณภาพชีวิตในภาพรวม<sup>8-10</sup>

คุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องเผชิญกับภาระงานหนักและการทำงานเป็นกะ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากลพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีอัตราการนอนหลับไม่ดีสูงกว่าประชากรทั่วไปถึงร้อยละ 40<sup>11</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)<sup>12</sup> และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout)<sup>13</sup> สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพพยาบาลหรือแพทย์ประจำบ้านเป็นหลัก โดยพบความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 64<sup>15</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสุขภาพจิต<sup>16</sup> และสุขอนามัยการนอน<sup>18</sup> นอกจากนี้ยังพบความชุกของปัญหาคุณภาพชีวิตจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 76.6<sup>17</sup> โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ กลุ่มอาชีพ<sup>14</sup> ระดับความเครียด<sup>14</sup> การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย<sup>19</sup> การทำงานเป็นกะและการหมุนเวียนกะงาน<sup>19,20</sup> จำนวนชั่วโมงการทำงาน<sup>17,21</sup> รวมถึงความเครียด<sup>23</sup> และสภาพแวดล้อมการทำงาน<sup>21,23</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

บริบทการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างชัดเจน ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างองค์กรและทรัพยากรที่แตกต่างกัน<sup>19,20,24</sup> โดยเฉพาะภาระงานที่ต้องปฏิบัติหลายบทบาทพร้อมกันภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงสภาพแวดล้อมในการทำงาน<sup>27</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่สูงและคุณภาพชีวิตที่ลดลงในกลุ่มบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน<sup>13,25-27</sup> อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลกระทบต่อตรงต่อทั้งสุขภาพของบุคลากร และความปลอดภัยของผู้ป่วย<sup>6,7</sup> แต่การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในกลุ่มแพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาแยกส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่บูรณาการทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเชิงระบบ เช่น กลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (non-clinical support) ที่ปฏิบัติงานร่วมกับสายวิชาชีพ (clinical core, clinical allied) การหมุนเวียนกะงานและชั่วโมงการทำงานเข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อทั้งคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับในคราวเดียว ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุนัยของปัญหาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางและออกแบบมาตรการสนับสนุนสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่อย่างยั่งยืน

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ดำเนินการในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเป็นการเข้าร่วมแบบสมัครใจ (voluntary response) จากประชากรทั้งหมด 240 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของบุคลากรทุกระดับและลดอคติจากการคัดเลือก ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมวิจัยไปยังทุกหน่วยงานภายใน

โรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทุกกลุ่มอาชีพมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลอย่างเท่าเทียมกัน 2) การรักษาความลับ การจัดเก็บข้อมูลเป็นแบบไม่ระบุตัวตน (anonymous) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ และแบบกระดาษที่ไม่ระบุชื่อ-นามสกุล เพื่อให้ผู้ตอบมีความอิสระและลดความกังวลในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริง 3) การติดตามการตอบกลับ ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานและติดตาม (follow-up) ผ่านทางหัวหน้าหน่วยงานหรือกลุ่มไลน์ทางการของโรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 2 ครั้ง (30 และ 45 วันหลังแจกแบบสอบถาม) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่ยังไม่ได้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมการศึกษา เพิ่มอัตราการตอบกลับให้สูงที่สุด

เกณฑ์การคัดเลือกและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย ได้เป็นอย่างดี เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีแล้ว ตามเลขที่ SSJ.UB 2567-12.006 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากการดำเนินงานดังกล่าว มีผู้สนใจเข้าร่วมและตอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ทั้งสิ้น 182 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 75.83 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณในระดับองค์กร ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยเฉพาะในบริบทของงานวิจัยทางสังคมศาสตร์และสาธารณสุข<sup>29,30</sup>

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ ต่อเดือน) ปัจจัยด้านการทำงาน (อายุการทำงาน อาชีพ จำนวน ชั่วโมงทำงาน/วัน การขึ้นเวร/เดือน) ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม (การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟอื่น โรคประจำตัว การสูบบุหรี่) ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้ประเมินปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม 4 ด้าน ได้แก่ ความเครียด สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเหนื่อยล้า และความวิตกกังวล ด้านละ 3 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ด้านความเครียด (เช่น ความคาดหวังในงานภาระงานที่มากเกินไป การทำงานร่วมกับผู้อื่น) คะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง เครียดต่ำ-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง เครียดสูง ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน (เช่น ความสะอาดสบายและความปลอดภัย บรรยากาศการทำงาน ประสิทธิภาพงานจากสภาพแวดล้อม) คะแนนมาก หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานดี การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี และ 3.01 - 5.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมในการทำงานดี ด้านความเหนื่อยล้า (เช่น เหนื่อยล้าจากการทำงานเป็นเวลานาน พลังงานลดลง ผลกระทบต่อคุณภาพงาน) คะแนนมาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้าสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง เหนื่อยน้อย-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง เหนื่อยมาก และสุดท้ายด้านความวิตกกังวล (เช่น กังวลต่อผลลัพธ์งาน คิดมากเกี่ยวกับปัญหา ประหม่าต่องานทำหาย) คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง กังวลน้อย-ปานกลาง และ 3.01 - 5.00 หมายถึง กังวลมาก มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.851, 0.836, 0.864 และ 0.876 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตเครื่องมือชี้วัดคุณภาพ

ชีวิตฉบับภาษาไทยขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามทั้งเชิงบวกและลบ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ ได้แก่ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, และ 1 = ไม่เลย สำหรับการแปลผล คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี, 61 - 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.937

#### ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-

Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ วรวิทย์ ต้นชัยสวัสดิ์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ

โดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน<sup>32</sup> โดยมีการให้คะแนนตามแนวทางการให้คะแนนมาตรฐาน ซึ่งคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวม  $\leq 5$  คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวม  $> 5$  คะแนน หมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี<sup>33</sup> มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.807

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 27.0 โดยใช้สถิติพรรณนา เพื่อรายงานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในรูปแบบของความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมกับคุณภาพชีวิต ใช้คะแนนรวมคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้ Multivariable linear regression analysis ด้วยวิธี enter โดยคัดเลือกตัวแปรจากกรอบแนวคิดและวรรณกรรม ทั้งนี้การจัดระดับคุณภาพชีวิตใช้เพื่อการรายงานเชิงพรรณนา และไม่พบ Multicollinearity (VIF < 5) สำหรับคุณภาพการนอนหลับได้จัดกลุ่มตัวแปรเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ Multivariable logistic regression analysis ใช้ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 182 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.0) อายุเฉลี่ย 35.48 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 48.4) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.0) จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 22,677.97 บาท ด้านการทำงาน อายุงานเฉลี่ย 10.30 ปี กลุ่มอาชีพ ร้อยละ 40.7 เป็นสายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (clinical core) หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นแกนหลักในการวินิจฉัย รักษาและดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างตำแหน่งงาน เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เป็นต้น สายวิชาชีพสนับสนุนทางคลินิก (clinical allied) ร้อยละ 40.7 หมายถึง บุคลากรวิชาชีพที่มีบทบาทสนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษาทางเทคนิค ตัวอย่างเช่น

เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น และร้อยละ 18.6 เป็นบุคลากรสายสนับสนุน (non-clinical support) ในส่วนงานบริหารและงานบริการทั่วไปที่สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป งานธุรการ งานการเงินและบัญชี พนักงานขับรถ แม่บ้าน เป็นต้น ชั่วโมงการทำงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 51.6) มีการขึ้นเวร (ร้อยละ 85.7) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ออกกำลังกาย (ร้อยละ 64.8) ดื่มคาเฟอีน (ร้อยละ 72.5) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 86.8) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 89.6) ด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง (ร้อยละ 88.5) ในขณะที่สภาพแวดล้อมในการทำงานอยู่ระดับดี (ร้อยละ 74.2) ความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 94.0) และความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 87.9) (ตารางที่ 1)

### ระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ย 94.56 (S.D. = 12.51) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 44.5) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (ร้อยละ 0.5) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ (ตารางที่ 3) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และปานกลาง โดยด้านที่มีสัดส่วนคุณภาพชีวิตในระดับดี สูงที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 85.2; median = 27, IQR = 25 - 29) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ร้อยละ 70.9; median = 12, IQR = 11 - 13) และด้านสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 63.2; median = 31, IQR = 28 - 34) ตามลำดับ สำหรับด้านสุขภาพกาย พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.9 ; median = 25, IQR = 23 - 27)

### คุณภาพการนอนหลับ

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในบุคลากรเท่ากับร้อยละ 50.5 มีค่ามัธยฐานของคะแนนรวมจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ Thai-PSQI เท่ากับ 6 คะแนน (ค่าพิสัยควอร์ไทล์ 3 - 7) (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณารายละเอียดของข้อมูลการนอนหลับตามดัชนี Thai-PSQI พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 63.7 มีระยะเวลาการนอนหลับ (sleep duration) ที่เหมาะสมมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

(ร้อยละ 77.5) มีประสิทธิภาพการนอนหลับในเกณฑ์ดี และร้อยละ 73.6 ระบุว่าไม่เคยใช้ยานอนหลับในช่วงเดือนที่ผ่านมา สำหรับอุปสรรคการนอนหลับ พบว่าระยะเวลาในการเริ่มหลับ (sleep latency) และการรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) ส่วนใหญ่

มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 61.0 และ 81.3 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ในด้านผลกระทบต่อกิจกรรมระหว่างวัน พบว่าร้อยละ 68.7 แทบไม่มีอาการง่วงซึม และมีเพียงร้อยละ 2.2 ที่รายงานว่ามีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 182)

ตัวแปรศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย	51	28.0
หญิง	131	72.0
อายุ (ปี, mean ± SD)	35.48 ± 8.23	
	min = 19.00, max = 58.00	
<b>สถานภาพการสมรส</b>		
มีคู่	88	48.4
ไม่มีคู่	94	51.6
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	58	31.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	124	68.1
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
Median (IQR)	4 (3 - 5)	
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท, mean ± SD)</b>		
	22,677.97 ± 10,726.92	
	min = 6,980, max = 60,000	
≤ 20,000	50	27.5
20,001 - 35,000	106	58.2
> 35,001 ขึ้นไป	26	14.3
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>		
<b>อายุการทำงาน (ปี, mean ± SD)</b>		
	10.30 ± 7.32	
	min = 1, max = 32	
<b>กลุ่มอาชีพ</b>		
สายวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง	74	40.7
สายวิชาชีพสนับสนุนทางคลินิก	74	40.7
สายสนับสนุน	34	18.6
<b>ชั่วโมงการทำงาน/วัน</b>		
8 ชั่วโมง	88	48.4
9 - 16 ชั่วโมง	94	51.6

ตัวแปรศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การขึ้นเวรต่อเดือน</b>		
ไม่มี	26	14.3
มี	156	85.7
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม</b>		
<b>การออกกำลังกาย</b>		
ไม่เคย	64	35.2
เคย	118	64.8
<b>การดื่มคาเฟอีน</b>		
ไม่ดื่ม	50	27.5
ดื่ม	132	72.5
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	158	86.8
มี	24	13.2
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่เคย	163	89.6
เคย	19	10.4
<b>ปัจจัยด้านจิตใจและสภาพแวดล้อม</b>		
<b>ความเครียด (mean ± SD)</b>		
	2.17 ± 0.98	
เครียดต่ำ-ปานกลาง	161	88.5
เครียดสูง	21	11.5
<b>สภาพแวดล้อมการทำงาน (mean ± SD)</b>		
	3.80 ± 0.80	
ไม่ดี	47	25.8
ดี	135	74.2
<b>ความเหนื่อยล้า (mean ± SD)</b>		
	1.89 ± 0.84	
เหนื่อยน้อย-ปานกลาง	11	6.0
เหนื่อยมาก	171	94.0
<b>ความวิตกกังวล (mean ± SD)</b>		
	2.19 ± 0.94	
กังวลน้อย-ปานกลาง	160	87.9
กังวลมาก	22	12.1

**ตารางที่ 2** ระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากร (n = 182)

WHOQOL-BREF-THAI	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	1	0.5
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	100	54.9
คุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)	81	44.5

ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิต (mean  $\pm$  SD) = 94.56  $\pm$  12.51, min = 60, max = 120

**ตารางที่ 3** ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบ (n = 182)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คะแนน Median (IQR)	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	25 (23 - 27)	1 (0.5)	129 (70.9)	52 (28.6)
ด้านสุขภาพจิต	27 (25 - 29)	-	27 (14.8)	155 (85.2)
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12 (11 - 13)	2 (1.1)	51 (28.0)	129 (70.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	31 (28 - 34)	2 (1.1)	65 (35.7)	115 (63.2)

**ตารางที่ 4** คุณภาพการนอนหลับของบุคลากร (n = 182)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับคุณภาพการนอนหลับ Median (IQR)	6 (3 - 7)	
คุณภาพการนอนหลับดี (1 - 5 คะแนน)	90	49.5
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน)	92	50.5

**ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร**

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ได้แก่ การออกกำลังกายและการดื่มคาเฟอีน โดยบุคลากรที่ออกกำลังกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย 4.87 คะแนน (coefficient = 4.87, 95% CI = 0.96 - 8.77, p = 0.015) ส่วนบุคลากรที่ดื่มคาเฟอีน มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มคาเฟอีน 4.34 คะแนน (coefficient = 4.34, 95% CI = 0.24 - 8.45, p = 0.038) ปัจจัยด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมพบว่า บุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานดีมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี 6.93 คะแนน (coefficient = 6.93, 95% CI = 2.50 - 11.37, p = 0.002) และบุคลากรที่มีความ

เหนื่อยล้ามากมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลง 7.04 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าน้อย (coefficient = -7.04, 95% CI = -12.69 ถึง -1.39, p = 0.015) (ตารางที่ 5)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ด้วยวิธี Multivariable logistic regression analysis พบว่า บุคลากรที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสนอนหลับไม่ดีเพิ่มขึ้น โดยทุกๆ การเพิ่มขึ้นของอายุ 1 ปี จะเพิ่มโอกาสนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 15 (AOR = 1.15, 95% CI = 1.03 - 1.29, p = 0.016) บุคลากรที่อยู่ในกลุ่ม clinical core มีโอกาสนอนหลับไม่ดีมากกว่ากลุ่ม nonclinical support ถึง 4.40 เท่า (AOR = 4.40, 95% CI = 1.39 - 13.96, p = 0.012) เมื่อพิจารณาชั่วโมงการปฏิบัติงานจริงเฉลี่ยต่อวัน พบว่าบุคลากรที่มีชั่วโมงการทำงานยาวนาน (9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้น 2.73 เท่า ในการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ปฏิบัติงานตามเวลาปกติ 8 ชั่วโมงต่อวัน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.16 - 6.41, p = 0.021) และบุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานดี มีโอกาสนอนหลับไม่ดีลดลง ร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี (AOR = 0.40, 95% CI = 0.16 - 1.00, p = 0.049) (ตารางที่ 6)

**วิจารณ์**

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 94.56 (S.D. = 12.51) ซึ่งเมื่อ

**ตารางที่ 5** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis

ตัวแปรศึกษา	Coefficient	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>				
เพศหญิง	-1.33	-5.92	3.27	0.569
อายุ (ปี)	0.00	-0.53	0.53	0.999
ไม่มีคู่สมรส	0.20	-3.77	4.17	0.922
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	2.81	-1.96	7.57	0.246
มีสมาชิกในครอบครัว	-0.04	-1.25	1.16	0.942
รายได้ต่อเดือน (บาท) (> 35,001 = ref.)				
≤ 20,000	0.20	-6.93	7.33	0.956
20,001 - 35,000	0.28	-5.76	6.32	0.927
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>				
อายุการทำงาน (ปี)	0.09	-0.49	0.67	0.760
กลุ่มอาชีพ (nonclinical support = ref.)				
Clinical core	1.41	-4.62	7.43	0.645
Clinical allied	-4.57	-9.67	0.53	0.079
9 - 16 ชั่วโมงการทำงาน/วัน (8 ชม. = ref.)	1.62	-2.52	5.76	0.441
มีการขึ้นเวร	-2.85	-8.62	2.91	0.330
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรม</b>				
ออกกำลังกาย	4.87	0.96	8.77	0.015
ดื่มคาเฟอีน	4.34	0.24	8.45	0.038
มีโรคประจำตัว	-4.50	-10.01	1.00	0.108
เคยสูบบุหรี่	-1.18	-7.60	5.24	0.716
<b>ปัจจัยด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม</b>				
มีความเครียดสูง	1.13	-5.50	7.76	0.737
สภาพแวดล้อมการทำงานดี	6.93	2.50	11.37	0.002
มีความเหนื่อยล้ามาก	-7.04	-12.69	-1.39	0.015
มีความวิตกกังวลมาก	5.82	-1.02	12.66	0.095

เปรียบเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี<sup>33</sup> และบุคลากรในโรงพยาบาล กงหรา<sup>34</sup> พบคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ 77.8 และ 74.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง แต่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างนั้น

ค่อนข้างสูงเกือบถึงเกณฑ์ที่ดี จากการประเมินระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน พบว่ามีมิติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ชุมชน ซึ่งเป็นองค์กรขนาดเล็กที่มักมีความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิด และการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานที่เข้มแข็งมากกว่าในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป<sup>24,27,28</sup>

ซึ่งช่วยให้บุคลากรยังคงสภาวะจิตใจที่ดีแม้ต้องปฏิบัติงานในสภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด

ความซุกซุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร อยู่ที่ร้อยละ 50.5 ซึ่งชี้ว่าครึ่งหนึ่งของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้มีคุณภาพการนอนไม่ดี ใกล้เคียงกับ

การศึกษาอื่นที่พบความซุกซุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพถึงร้อยละ 61 - 67.6<sup>15,16,20</sup> โดยแสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนหลับในบุคลากรสาธารณสุขเป็นประเด็นที่พบได้ในหลายบริบทของประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่

**ตารางที่ 6** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากร ด้วยวิธี Multivariable logistic regression analysis

ตัวแปรศึกษา	OR	95% CI		p-value	AOR	95% CI		p-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>								
เพศหญิง	0.88	0.46	1.67	0.687	1.22	0.50	2.99	0.665
อายุ (ปี)	1.03	0.99	1.07	0.099	1.15	1.03	1.29	0.016
ไม่มีคู่สมรส	0.88	0.49	1.57	0.653	1.76	0.78	3.97	0.175
การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป	1.03	0.55	1.93	0.919	0.95	0.36	2.49	0.918
มีสมาชิกในครอบครัว	0.98	0.80	1.19	0.832	0.98	0.76	1.26	0.876
รายได้ต่อเดือน (บาท) (> 35,001 = ref.)								
≤ 20,000	1.00	0.42	2.36	0.995	0.36	0.09	1.44	0.149
20,001 - 35,000	0.62	0.24	1.61	0.327	1.65	0.46	5.88	0.438
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>								
อายุการทำงาน (ปี)	1.01	0.97	1.05	0.590	0.89	0.78	1.00	0.059
กลุ่มอาชีพ (nonclinical support = ref.)								
Clinical core	2.04	1.05	3.98	0.036	4.40	1.39	13.96	0.012
Clinical allied	0.99	0.45	2.17	0.980	1.31	0.48	3.63	0.598
9-16 ชั่วโมงการทำงาน/วัน (8 ชม. = ref.)	2.81	1.54	5.12	<0.001	2.73	1.16	6.41	0.021
มีการขึ้นเวร (ไม่มีการขึ้นเวร = ref.)	3.25	1.29	8.17	0.012	1.59	0.46	5.43	0.463
<b>ปัจจัยสุขภาพและพฤติกรรม</b>								
ออกกำลังกาย	1.14	0.62	2.09	0.675	1.49	0.67	3.27	0.326
ดื่มคาเฟอีน	1.44	0.75	2.77	0.278	1.72	0.73	4.06	0.217
มีโรคประจำตัว	2.69	1.06	6.84	0.038	2.52	0.81	7.85	0.112
เคยสูบบุหรี่	1.39	0.53	3.64	0.500	1.26	0.35	4.57	0.727
<b>ปัจจัยจิตใจและสภาพแวดล้อม</b>								
มีความเครียดสูง	1.27	0.67	2.41	0.456	0.94	0.24	3.72	0.926
มีสภาพแวดล้อมการทำงานดี	2.35	1.18	4.70	0.016	0.40	0.16	1.00	0.049
มีความเหนื่อยล้ามาก	1.13	0.53	2.43	0.748	0.88	0.27	2.84	0.829
มีความวิตกกังวลมาก	0.85	0.46	1.57	0.598	1.73	0.42	7.14	0.451

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จากการศึกษพบว่าบุคลากรที่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในต่างประเทศที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในบุคลากรทางการแพทย์<sup>35,36</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ระบุว่าบุคลากรที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายไม่เพียงพอและไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>37</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรที่ดื่มกาแฟ มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มกาแฟ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่ากาแฟเป็นตัวช่วยที่นิยมใช้เพื่อลดผลกระทบชั่วคราวจากสภาวะอดนอน (sleep deprivation) และช่วยให้ระบบความคิดและการตัดสินใจยังคงทำงานได้ดีในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องทำงานภายใต้ความกดดันสูง<sup>4,8</sup> โดยการที่ร่างกายมีการตื่นตัวนี้อาจส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมตนเองและการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรรู้สึกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างการทำงานได้

ปัจจัยจิตใจและสภาพแวดล้อม เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า มิติด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนมาตรฐานสูงที่สุดเมื่อเทียบกับมิติอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์พหุตัวแปรที่พบว่า การรับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยที่สูงกว่ากลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ชี้ให้เห็นว่าองค์กรที่มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีและเหมาะสมมักมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น<sup>21,39</sup> และยังสัมพันธ์กับการตัดสินใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในประเทศไทยอีกด้วย<sup>23</sup> การศึกษานี้ยังพบว่าบุคลากรที่มีความเหนื่อยล้ามาก มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าน้อย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในมิติด้านสุขภาพกาย ที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากมิติอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับดีทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความเหนื่อยล้าสะสมจากการปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตในภาพรวม ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ระบุว่า

สภาวะเหนื่อยล้าสะสมมีความสัมพันธ์กับปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา<sup>18,19</sup> นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อคุณภาพชีวิตและทัศนคติต่อการปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด<sup>13,27</sup>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ กลุ่มอาชีพ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยพบว่าบุคลากรที่มีอายุมากขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการนอนหลับที่ไม่ดีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการเปลี่ยนแปลงการนอนตามวัย ที่พบว่าในผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่ลดลง และเวลาเข้านอน-ตื่นนอนเร็วขึ้น ทำให้ตื่นกลางคืนบ่อยขึ้น ทั้งนี้เกิดจากการลดลงของ circadian wake-propensity rhythm และ homeostatic sleep pressure ซึ่งทำให้คุณภาพการนอนและความต่อเนื่องของการนอนลดลง<sup>39,40</sup> ประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงกลไกเชิงระบบของโรงพยาบาลชุมชน คือ การที่กลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (clinical core) เช่น แพทย์และพยาบาล สัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (nonclinical support) ถึง 4.48 เท่า และการปฏิบัติงาน 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน สัมพันธ์กับโอกาสการนอนหลับที่ไม่ดีสูงกว่ากลุ่มที่ทำงานปกติถึง 2.74 เท่า ซึ่งเป็นไปตามลักษณะภาระงานในโรงพยาบาลชุมชนที่บุคลากรสายวิชาชีพต้องรับภาระงานหนักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างบุคลากร ที่ทำให้บุคลากรต้องปฏิบัติงานล่วงเวลาหรืออยู่เวรหมุนเวียนอย่างต่อเนื่อง และมีชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนานกว่าปกติเพื่อคงระบบบริการ 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกของปัญหาการนอนหลับในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพโดยตรงสูงถึงร้อยละ 70.4<sup>19</sup> และ 81.5<sup>41</sup> ซึ่งกลไกนี้สัมพันธ์กับความเครียดจากภาระงาน<sup>22</sup> และการสะสมความเหนื่อยล้าจากการทำงานเป็นกะ<sup>19,20</sup> หรือการขึ้นเวรดึก<sup>42</sup> ที่ขัดขวางการฟื้นฟูร่างกาย และยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยที่พบว่า จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยกลุ่มที่มีชั่วโมงงานน้อยกว่ามักมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีกว่า<sup>21</sup> นอกจากนี้ ภาระงานในลักษณะการขึ้นเวรดึกยังมีความสัมพันธ์กับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสูงถึง 8.84 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีเวรดึก<sup>42</sup>

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ยังพบความนัยสำคัญของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยบุคลากรที่รับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประเมินว่าสภาพแวดล้อมการทำงานไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสที่ระบุว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางด้านสุขภาพ<sup>43</sup>

ประเด็นที่น่าสนใจเกิดจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ คือการเปลี่ยนแปลงทิศทางของค่าสถิติของสภาพแวดล้อมการทำงาน ระหว่างการวิเคราะห์รายปัจจัย (univariable analysis) และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยเมื่อทำการควบคุมปัจจัยกวนแล้วพบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีจะสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เนื่องจากกลุ่มอาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มักจะสัมพันธ์กับการรับรู้สภาพแวดล้อมการทำงานในเชิงลบหรือเกิดการพักผ่อนได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์หลังควบคุมปัจจัยกวนแล้ว จึงทำให้เห็นความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีต่อการลดโอกาสการพบปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านอาชีพอนามัยที่ว่าสภาพแวดล้อมทางจิตสังคมในที่ทำงานที่ดี สามารถช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากภาระงานที่หนักหน่วงได้<sup>44</sup>

### ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงในการแปลผล ประการแรก รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางจึงสามารถระบุได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผลหรือทิศทางความสัมพันธ์เชิงเวลาได้ ประการต่อมา การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียวในจังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับการเข้าร่วมแบบสมัครใจ อาจก่อให้เกิดความลำเอียงจากการเลือก รวมถึงความลำเอียงจากการไม่ตอบ โดยเฉพาะในกลุ่มภาระงานหนักมากซึ่งอาจไม่มีเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งส่งผลการนำไปอ้างอิงในบริบทอื่นที่มีความแตกต่างของพื้นที่หรือระดับโรงพยาบาล นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมรายงานด้วยตนเอง

อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนจากการจดจำหรือการตอบให้สอดคล้องกับความคาดหวังทางสังคม ประการสุดท้าย งานวิจัยนี้ยังอาจมีปัจจัยอื่นซึ่งไม่ได้นำมาวิเคราะห์ เช่น ภาวะความรับผิดชอบในครอบครัว รายละเอียดของจำนวนเวรตึก หรือภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า ซึ่งไม่ได้ประเมินด้วยเครื่องมือวินิจฉัยมาตรฐานในการศึกษาคั้งนี้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม โดยจัดให้มีพื้นที่พักผ่อนที่เพียงพอ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และส่งเสริมบรรยากาศที่เอื้อต่อสุขภาพจิตใจ อย่างไรก็ตามควรทำความเข้าใจกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น จัดโปรแกรมออกกำลังกายหลังเลิกงานหรือในช่วงพักกลางวัน เพื่อลดความตึงเครียดจากภาระงาน นอกจากนี้ควรมีมาตรการเชิงรุกในการจัดการความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในบุคลากรสายวิชาชีพที่มีภาระงานหนัก เช่น การปรับตารางเวรให้เหมาะสมเพื่อลดการคงกะสะสม การจัดช่วงเวลาพักย่อยระหว่างชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มมิติการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อขยายผลจากแบบสอบถามให้เห็นมุมมองที่ลึกซึ้งมากขึ้น เช่น แรงกดดันจากงาน ปัญหาครอบครัว หรือความไม่สมดุลของชีวิตและงาน (work-life imbalance) เป็นต้น หรือการศึกษาเปรียบเทียบเชิงลึกระหว่างกลุ่มอาชีพ รวมทั้งปัจจัยด้านรายได้ ภาระงาน และความมั่นคงในอาชีพ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงบริบทที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

### สรุป

การศึกษาพบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.9) ขณะที่ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอยู่ที่ร้อยละ 50.5 โดยระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การดื่มคาเฟอีน สภาพแวดล้อมการทำงานและความเหนื่อยล้าจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับโอกาสการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น การปฏิบัติงานในกลุ่มอาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง และการปฏิบัติงานเฉลี่ย 9 - 16 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่การรับรู้ว่ามีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลงของการมีปัญหาคคุณภาพการนอนหลับ จากความสัมพันธ์ที่ค้นพบ

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพภาวะบุคคลากร โดยการสนับสนุนสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็น ปัจจัยสนับสนุนคุณภาพชีวิตและการพักผ่อนของบุคคลากร นอกจากนี้ สถานพยาบาลควรพิจารณามาตรการส่งเสริม สุขอนามัยการนอนหลับควบคู่ไปกับการออกแบบลักษณะงานและ ตารางการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับภาระงานของแต่ละกลุ่ม วิชาชีพ สำหรับการวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีเชิงคุณภาพหรือ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอาชีพ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัย เชิงลึกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและการนอนหลับมากยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัย ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงในเวลาอันรวดเร็ว

### ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

### ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

### การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ปวีทยา สีมาวงษ์: ออกแบบการศึกษา กรอบแนวคิด การวิจัยรูปแบบการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูล; พิมพ์ชนก ทองทวน: มีส่วนร่วมในการออกแบบการศึกษา การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; สุภาภรณ์ แสนทวีสุข และ นิสาชล คงมัน: ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

1. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.
2. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep* 2017;19:151-61.
3. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and

- increased risk of obesity and diabetes. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1129:287-304.
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep* 1996; 19(4):318-26.
5. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011;135(1-3):10-9.
6. Kalmbach DA, Arnedt JT, Song PX, Guille C, Sen S. Sleep disturbance and short sleep as risk factors for depression and perceived medical errors in first-year residents. *Sleep* 2017; 40(3): 1-8.
7. Zhou ES, Gardiner P, Bertisch SM. Integrative medicine for insomnia. *Med Clin North Am* 2017; 101(5):865-79.
8. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res* 2010; 185: 105-29.
9. Pilcher JJ, Morris DM, Donnelly J, Feigl HB. Interactions between sleep habits and self-control. *Front Hum Neurosci* 2015;9:284.
10. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO;1998.
11. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020;88:901-7.
12. Fox J, McGrail M, Cha YJ, Cho D, Lu RW, Yi R, et al. A mixed-methods systematic review of sleep duration and quality in healthcare workers: Impacts on patient safety and quality of care. *Behav Sleep Med* 2025;23(5):698-714.
13. Saintila J, Soriano-Moreno AN, Ramos-Vera C, Oblitas-Guerrero SM, Calizaya-Milla YE. Association between sleep duration and burnout in healthcare professionals: a cross-sectional survey. *Front Public Health* 2024;11:1268164.
14. Jahrami H, BaHammam AS, AlGahtani H, Ebrahim A, Faris M, AlEid K, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath* 2021;25(4):1743-51.
15. Kongnantha, S. Sleep Quality Problem and Associated Factors in Nurse, Bandan Hospital. *MJSSBH* 2022;37(3):609-19.
16. Junsatitanon P, Pongpirul K. Depression and sleep quality among nurses in a tertiary hospital in Bangkok. *Chula Med J* 2021;65(2):147-53.
17. Somsila N, Chaiear N, Boonjaraspinyo S, Tiamkao S. Work-Related Quality of Life among Medical Residents at a University Hospital in Northeastern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2015;98(12):1244-53.
18. Hengjeerajarusand N, Inchai J, Theerakittikul T. The relationship of sleep quality and sleep hygiene with fatigability of resident physicians in a university hospital. *BSCM* 2019;58(1):31-4.
19. Alghamdi LA, Alsubhi LS, Alghamdi RM, Aljahdaly NM, Barashid MM, Wazira LA, Batawi GA, Manzar MD, Alshumrani RA, Alhejaili FF, Wali SO. Prevalence of poor sleep quality among physicians and nurses in a tertiary health care center. *J Taibah Univ Med Sci* 2024;19(3):473-81.



20. Sirinara P, Hanprathet N, Pongpirul K, Jiamjarasrangsi W. Impact of shift work on sleep quality among nursing staff. *Chula Med J* 2019;63(4):221-7.
21. Chantapreda N. Work life quality of registered nurses at a private hospital In Bangkok Metropolis. *PH.PL* 2021;7(3):461-73.
22. Tubsoongnoen P. Job stress, coping strategies, and quality of life among nurses. *Siriraj Med J* 2024;76(1):53-60.
23. Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *Int Nurs Rev* 2011;58(1):74-80.
24. Sawaengdee, K., Ruangrattanatrai, W., Hanvoravongchai, P., & Gajeena, A. Analyses of Workload and Productivity of 12 Public Hospital Nurses in Region 2 of Thailand. *J Health Sci Thai* 2017;24(4):741-50.
25. Rueangsaeng S, Prasertchai A, Thammakun T. Stress among health personnel at sub-district health promoting hospital, Pathum Thani Province during COVID-19 outbreak. *J Med Public Health Reg* 4 2025;15(2):79-88.
26. Tiengwatchanakul W, Tangtong C, Arphorn S, Maruo S, Sillabutra J. Factor Associated with Stress among Emergency Nurses in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima Province. *J Royal Thai Army Nurses* 2023;24(1):100-8.
27. Sultana A, Sharma R, Hossain MM, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics* 2020;V(4):1-6.
28. Phoomchan K, Lueboonthavatchai P. Burnout and related factors in physicians at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(1):33-46.
29. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations* 2008;61(8):1139-60.
30. Babbie, E. *The Practice of Social Research*. Cengage Learning 2020.
31. Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruang-kana P, Chinwarun Y, Ruangkanhasetr P, et al. The Development of Sleep Questionnaires Thai Version (ESS, SA-SDQ, and PSQI): Linguistic Validation, Reliability Analysis and Cut-Off Level to Determine Sleep Related Problems in Thai Population. *J Med Assoc Thai* 2016;99:893-903.
32. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014;97 Suppl 3:S57-67.
33. Poopitaya P, Osothsinlp S. Quality of Life Level and Factors Associated with Quality of Life in Healthcare Personnel in Nopparat Rajathanee Hospital. *J Royal Thai Army Nurses* 2024;25(2):357-66.
34. Woradet, S., Chaimay, B., Suwannarat, R., & Thawanchaiwat, D. Factors Associated with Quality of Working Life among Health Personnel in Kong-Ra Hospital, Phatthalung Province *Journal of Health Science of Thailand* 2017;24(2):262-72.
35. Sklempe Kocic I, Barusic Z, Crnkovic Knezevic M, Benko Mestrovic S, Duvnjak I. Physical Activity and Health-Promoting Behaviours of Nurses and Physiotherapists: a Cross-Sectional Survey. *Health Educ Health Promot* 2022;10(3):433-41.
36. Leridis, I., Matsouka, O., Bebetos, E., & Kosta, G. The effect of physical activity on the quality of life of emergency room nurses working in public hospitals. *Scientific Journal of Sport and Performance* 2023;2(2):236-46.
37. Srikaew J. The relationship between exercise and quality of life in medical professions. *Buddhachinaraj Med J* 2024;41(2):127-35.
38. Chinnawoot S, Uraisripong K, Wongjan J. Factors related to quality of work life among nurses: a systematic review. *NJPH* 2020;30(3):90-103.
39. Skeldon AC, Derks G, Dijk DJ. Modelling changes in sleep timing and duration across the lifespan: Changes in circadian rhythmicity or sleep homeostasis?. *Sleep Med Rev* 2016;28:96-107.
40. Cajochen C, Münch M, Knoblauch V, Blatter K, Wirz-Justice A. Age-related changes in the circadian and homeostatic regulation of human sleep. *Chronobiol Int* 2006;23(1-2):461-74.
41. Tsegay Y, Arefayne NR, Fentie DY, Workie MM, Tegegne BA, Berhe YW. Assessment of sleep quality and its factors among clinicians working in critical care units and operation theaters at North West Ethiopia, 2022: a multicenter cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)* 2023;85(8):3870-9.
42. Kerdcharoen N, Wisitpongaree C, Padermpornromyen C, Jaroennophakunsri C, Sittisak N, Imeuarbpathom N, et al. Work factors related to sleep quality among professional nurses in the inpatient department, Faculty of Medicine Vajira Hospital. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2020;64(1):41-58.
43. Coelho J, Lucas G, Micoulaud-Franchi JA, Philip P, Boyer L, Fond G. Poor sleep is associated with work environment among 10,087 French healthcare workers: Results from a nationwide survey. *Psychiatry Res* 2023;328:115448.
44. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988;78(10):1336-42.