

Original article

Quality of sleep and its associated factors in patients with major depressive disorder at Out Patients Department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Thitima Narongsak¹Chotiman Chinvararak^{2,*} Thitima Sanguanvichaikul³

Abstract

Background: Poor sleep quality is a common symptom among patients with major depressive disorder, which increases treatment duration, disease severity and relapse rate. However, there are limited studies on sleep quality among these patients in Thailand.

Objectives: To explore the sleep quality and its associated factors in patients with major depressive disorder (MDD) at Out Patients Department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Methods: This is a cross-sectional and descriptive study utilizing the information from 187 MDD out patients at the institute. The data were collected by a series of questionnaires to elicit general demography. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), dysfunction belief and attitude about sleep (DBAS-16). Sleep Hygiene behavior questionnaire and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). The results were analyzed by descriptive statistics, Chi - square test and multivariate multiple logistic regression.

Results: In all, 72.2 % of the respondents were women with the mean age of 44.1 ± 14.9 years. The prevalence of poor-quality sleep was 74.3%, 37.4% responded to symptoms of severe depression. They also exhibited high erroneous understanding about sleep (66.8%), and only 39.6% followed proper sleep hygiene. Factors found associated with sleep quality were, namely: age, marital status, alcohol use, tobacco-use, caffeine usage, exercise, environment, level of income, the severity of depressive symptoms, concurrent medications, sleep hygiene practice and attitude and beliefs about sleep. Factors that could determine the quality of sleep were moderate to severe depressive symptoms, level of brightness, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, alcohol usage and low income.

Conclusion: Most of the respondents reported inadequate quality of sleep, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, and low sleep hygiene. The associated and predictive factors of poor sleep quality were moderate to severe depressive symptoms, high-level of inaccurate attitude and belief about sleep, level of brightness, alcohol use and low income. A better understanding of these factors, especially attitude and belief about sleep and sleep hygiene, could help improve the quality of sleep in similar patients.

Keywords: Major depressive disorder, sleep quality, dysfunction belief and attitude about sleep, sleep hygiene.

*Correspondence to: Chotiman Chinvararak, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: March 15, 2018.

Revised: May 10, 2018

Accepted: July 25, 2018

¹Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

³Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ธิติมา ณรงค์ศักดิ์¹โชติมันต์ ชินวราวัณ² จูติมา สงวนวิชัยกุล³

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค ระดับความรุนแรงของโรค และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง แต่ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังมีอยู่จำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการทำวิจัย: เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 187 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับแบบประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory II (BDI-II) แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติไคสแควร์ และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติก

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี ร้อยละ 72.2 เป็นเพศหญิง พบความชุกคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 74.3 ประมาณหนึ่งในสามมีอาการซึมเศวรารุนแรง ร้อยละ 37.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง ร้อยละ 66.8 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนยานอนหลับที่ได้รับในปัจจุบัน พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศวราระดับปานกลางหรือรุนแรง แสงสว่างในห้อง ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ

สรุป: การให้ความรู้ทางสุขวิทยาการนอนหลับอย่างถูกต้อง รวมถึงการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ ช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, คุณภาพการนอนหลับ, ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ, สุขวิทยาการนอนหลับ.

¹หลักสูตรสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ซึ่งในปี พ. ศ. 2433 องค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและธนาคารโลก ที่ศึกษาภาระโรคของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากความสูญเสียของจำนวนปีที่ย่างชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (DALYs) พบว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต่อชีวิตเป็นลำดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด⁽¹⁾ ซึ่งโรคดังกล่าวมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ดังเห็นได้จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนเท่ากับ 61405 ราย พ.ศ. 2554 มีจำนวนเท่ากับ 186,651 ราย และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 223,564 ราย ในปี พ.ศ. 2556⁽²⁾

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 60 - 75 มีอาการนอนไม่หลับ^(3, 4) ซึ่งปัญหาการนอนหลับจะส่งผลให้เพิ่มระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการรักษาโรค และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำเพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ⁽⁶⁾ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ เพศ จำนวนโรคทางกาย⁽⁷⁾ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽⁸⁾ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต⁽⁹⁾ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า⁽⁸⁾ ระดับความเครียด⁽¹⁰⁾ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁽¹¹⁾

ปัญหาการนอนหลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย แต่ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอยู่จำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง การประเมินปัญหาการนอนหลับและเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บตัวอย่างในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาใช้บริการในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 187 ราย เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-V ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder หรือ dysthymia) โรคซึมเศร้าที่เกิดจากภาวะทางกาย (depressive disorder due to another medical condition) หรือโรคซึมเศร้าที่เกิดจากสารหรือยา (substance/medication-induced depressive disorder) รวมถึงมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ดังนี้ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (mental retardation) โรคสมองเสื่อม (dementia) โรคจิต (psychosis) เช่น จิตเภท (schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (bipolar disorder) โรควิตกกังวล ได้แก่ generalized anxiety disorder, panic disorder และ phobia โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) โรคปัญหาทางจิตใจในผู้ประสบภัย และโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (acute stress disorder/post-traumatic stress disorder)

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No.408/2017) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 027/2560 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้จากการทำงาน ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยของโรคซึมเศร้า ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงสว่าง เสียงรบกวนจากภายในและภายนอกห้อง อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาว) กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน (หมอน ผ้าห่ม เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ⁽¹²⁾ คือ ดัชนีวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ เครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86.5 และมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8 ซึ่งแบ่งคุณภาพการนอนหลับโดยผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน คือ มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 5 คะแนน คือ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า⁽¹³⁾ ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย นันทิกา ทิวาชาติ และคณะ แบบสอบถามนี้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.91 และค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความเกี่ยวข้องระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด BDI-II นี้กับ HRSD เท่ากับ 0.71 ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าตามค่าคะแนนโดยผู้ที่มีระดับคะแนน 0-13 คือ มีภาวะ minimal depression, 14-9 คือ มีภาวะ mild depression, 20-28 คือ มีภาวะ moderate depression และ 29-63 คือ มีภาวะ severe depression

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽¹⁴⁾ (Dysfunction belief and attitude about sleep: DBAS-16) เป็นแบบประเมินของ Morin และคณะ ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง ด้วยวิธี back translate ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็น Visual analog scale โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8 มีจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 0 - 3.8 คือ มี

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 3.9 - 10 คะแนน คือ มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ⁽¹⁵⁾ ของพัทรีญา แก้วแพง ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.74 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ ซึ่งผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 3.67 - 5.00 คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS for window version 21.0 นำเสนอ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอธิบายโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Chi-square test ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยแบบจำลอง multiple logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ

ผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 อยู่ในวัยอายุ 18 - 40 ปี ร้อยละ 45.5 มีอายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 42.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.2 มีการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 75.9 มีประวัติการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 24.6 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.4 มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.8 ± 3.5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIs ร้อยละ 71.1 นอกจากนี้ยังได้รับยาในกลุ่มคลายกังวลหรือยานอนหลับ ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ร้อยละ 12.8 และเคยรับการรักษาด้วยไฟฟ้า ร้อยละ 2.7

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 187)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	52	27.8	รายได้		
หญิง	135	72.2	(min = 0, max = 60,000 median = 10,000)		
อายุ (อายุเฉลี่ย 44.1 ± 14.9 ปี)			< 10,000 บาท	103	55.1
18 – 40 ปี	85	45.5	10,000 – 20,000 บาท	34	18.2
41 – 59 ปี	69	36.9	20,001 - 30,000 บาท	23	12.2
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	33	17.6	30,001 – 40,000 บาท	13	7.0
สถานภาพ			> 40,000 บาท	14	7.5
โสด	77	41.2	อาชีพ		
หม้าย/หย่า/แยก	30	16.0	ไม่ประกอบอาชีพ	61	32.6
สมรส	80	42.8	รับจ้าง	30	16.0
ระดับการศึกษา			เกษตรกรรม	4	2.1
ไม่เรียนหนังสือ	5	2.7	รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	19	10.2
ประถมศึกษา	33	17.5	พนักงานบริษัทเอกชน	22	11.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	12.3	ธุรกิจส่วนตัว	46	24.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช	28	15.0	อื่นๆ	5	2.7
อนุปริญญา/ปวส	11	5.9	รายได้เพียงพอ	107	57.2
ปริญญาตรี	74	39.6	มีโรคประจำตัวทางกาย	103	55.1
สูงกว่าปริญญาตรี	13	7.0	จำนวนโรคทางกาย		
การออกกำลังกาย			ไม่มี	84	44.9
ไม่ออกกำลังกาย	101	54.0	1 โรค	62	33.2
ออกกำลังกาย 1 - 4 วัน	69	36.9	2 โรค	24	12.8
ออกกำลังกาย 5 - 7 วัน	17	9.1	3 โรค	17	9.1
ระดับอาการซึมเศร้า			ชนิดของยาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ระดับน้อยมาก	52	27.8	Antidepressants		
ระดับน้อย	23	12.3	Tetracyclic	22	11.8
ระดับปานกลาง	42	22.5	Tricyclic	39	20.9
ระดับรุนแรง	70	37.4	SSRIs	133	71.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เฉลี่ย 2.8 ± 3.5 ปี)			SARIs	21	11.2
น้อยกว่า 1 ปี	79	42.2	SNRIs	4	2.1
1 – 5 ปี	71	38.0	Antipsychotics		
6 – 10 ปี	23	12.3	Atypical	24	12.8
มากกว่า 10 ปี	14	7.5	Typical	20	10.7
มีประวัติการฆ่าตัวตาย	46	24.6	Hypnotics and anxiolytic	139	74.3
มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์	140	74.9	มีประวัติเป็นผู้ป่วยใน	24	12.8
มีประวัติการสูบบุหรี่	142	75.9	แผนกจิตเวช		
มีประวัติดื่มคาเฟอีน	75	40.1	มีประวัติได้รับการรักษา	5	2.7
			ด้วยไฟฟ้า		

2. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และข้อมูลความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 74.3 มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 และมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ระดับสูง ร้อยละ 66.8 ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน การออกกำลังกาย ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน แสงสว่าง เสียงรบกวน อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2. ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ การพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับ		
ดี	48	25.7
ไม่ดี	139	74.3
พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ		
ระดับต่ำ	74	39.6
ระดับปานกลาง	59	31.5
ระดับสูง	54	28.9
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ		
ระดับต่ำ	62	33.2
ระดับสูง	125	66.8

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ						
น้อยกว่า 60 ปี	119	77.3	35	22.7	3.96	0.047*
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	20	60.6	13	39.4		
สถานภาพ						
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	88	82.2	19	17.8	8.21	0.004**
สมรส	51	63.7	29	36.3		

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	70	65.4	37	34.6	10.41	0.001**
ไม่เพียงพอ	69	86.3	11	13.7		
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	84	83.2	17	16.8	8.99	0.003**
ออกกำลังกาย	55	64.0	31	36.0		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่มี	29	61.7	18	38.3	5.25	0.022*
มี	110	78.6	30	21.4		
ประวัติการสูบบุหรี่						
ไม่มี	27	60.0	18	40.0	6.38	0.012*
มี	112	78.9	30	21.1		
ประวัติดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน						
ไม่มี	72	64.3	40	35.7	14.77	< 0.001**
มี	67	89.3	8	10.7		
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า						
น้อยมากถึงน้อย	37	49.3	38	50.7	41.01	< 0.001**
ปานกลางถึงรุนแรง	102	91.1	10	8.9		
จำนวนยาด้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน						
1 ชนิด	4	57.1	3	42.9	1.13	0.02*
2 ชนิดขึ้นไป	135	75.0	45	25.0		
ความสว่าง/มืด						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	58	61.1	37	38.9	17.85	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	81	88.8	11	11.2		
เสียงรบกวน						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	36	55.4	29	44.6	18.75	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	103	84.4	19	15.6		
อุณหภูมิ (ความร้อน/ความหนาวเย็น)						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	28	54.9	23	45.1	13.86	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	111	81.6	25	18.4		
กลิ่นอับไม่พึงประสงค์						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	67	67.7	32	32.3	4.88	0.027*
รบกวนการนอนหลับ	72	81.8	16	18.2		

ตารางที่ 3. (ต่อ) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	P - value
	นอนไม่ดี (n = 139)		นอนดี (n = 48)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน						
ไม่รบกวนการนอนหลับ	65	63.7	37	36.3	13.23	<0.001**
รบกวนการนอนหลับ	74	87.1	11	12.9		
พฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ						
ระดับต่ำ	69	93.2	5	6.8	43.26	< 0.001**
ระดับปานกลาง	47	79.7	12	20.3		
ระดับสูง	23	42.6	31	57.4		
ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ						
ระดับต่ำ	28	45.2	34	54.8	41.37	< 0.001**
ระดับสูง	111	88.8	14	11.2		

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

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง

ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (นำเสนอเฉพาะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ)

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

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, ^a ตัวแปรที่ถูกควบคุมอิทธิพลในการวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ, สถานภาพ, ความเพียงพอของรายได้, การออกกำลังกาย, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน, ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า, จำนวนยาที่ได้รับ, พฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 74.3 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 60 ปีขึ้นไป พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร้อยละ 81.2 โดยพบผู้ป่วยซึมเศร้ามีระยะหลับลึกลดลง⁽¹⁰⁾ ทำให้นอนไม่หลับ ตื่นง่าย นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับพบมากในผู้สูงอายุ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าอาจมีปัญหาการนอนมากกว่า อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ซึ่งพบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีปัญหาการนอนหลับอยู่ในช่วงร้อยละ 60 - 75 ด้วย^(3, 4)

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นโครงสร้างการนอนหลับจะเปลี่ยนไป อาจเกิดจากความเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมองและเซลล์ที่ควบคุมจังหวะการนอนหลับ ทำให้การนอนหลับระยะหลับลึกลดลง จึงถูกกระตุ้นให้ตื่นได้ง่าย⁽¹⁷⁾

สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าสถานภาพสมรสเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งลดความเครียด ในทางกลับกันความบกพร่องของแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ความเพียงพอของรายได้ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งการมีรายได้ไม่เพียงพอทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้มีการกระตุ้นทางความคิด

และอารมณ์⁽²⁰⁾ จึงรบกวนการนอนหลับ

การออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน จะทำให้คุณภาพการนอนดีขึ้น โดยช่วยเพิ่มระยะหลับลึก และเพิ่มจำนวนระยะเวลาของการนอนทั้งหมด⁽²¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Helen S. และคณะ⁽²²⁾ พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการนอนทั้งหมดและระยะหลับลึก อีกทั้งลดระยะเวลาการหลับได้

สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่าการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา van Schroyen Lantman M. และคณะ⁽²³⁾ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีและมีความสัมพันธ์กับการง่วงนอนในเวลากลางวัน แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic และเพิ่มระดับ catecholamine จึงทำให้ตื่นบ่อย⁽¹⁷⁾ ส่วนการสูบบุหรี่ ซึ่งมีสารนิโคตินมีฤทธิ์ไปกระตุ้นระบบประสาทโดยไปเพิ่มระดับ catecholamine จึงเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ทำให้มีความรู้สึกตื่นตัวและนอนไม่หลับ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wetter DW. และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 1.2 - 2.6 เท่า ส่วนการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและไปยับยั้งการจับ adenosine ในสมอง ซึ่งสารนี้ทำหน้าที่ให้เกิดการนอนหลับ ทำให้ไม่ง่วง จึงเพิ่มระยะเวลาก่อนหลับและจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างคืน⁽²⁵⁾

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ โดยแสงสว่างเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แยมมา และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับความมืด/ความสว่างภายใน

ห้องนอน โดยพบว่าความมืด/แสงสว่าง เกี่ยวข้องกับการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งจะกระตุ้นวงจรการนอนหลับ แต่ถ้ามีการกระตุ้นของแสงสีน้ำเงินและเขียวในเวลากลางวัน จะทำให้เกิดการเลื่อนของนาฬิกาชีวิตออกไป⁽²⁵⁾ เสี่ยงรบกวนขณะนอนและอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่าเสียงที่ดังมากกว่า 45 เดซิเบล⁽²⁶⁾ และอุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียส⁽¹⁷⁾ ทำให้จำนวนระยะหลับลึกและระยะ REM ลดลง⁽²⁶⁾ ทำให้ตื่นบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทรวรรต บัวทอง และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าเสียงและอุณหภูมิ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ กลิ่นอับไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bell IR. และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่ากลิ่นสารเคมีที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ มี REM ลดต่ำลง และมีระยะเวลาของการเกิด REM เพิ่มขึ้น ความไม่สะดวกสบายจากเครื่องนอน พบว่าที่นอนที่นุ่มอาจก่อให้เกิดอาการปวดหลัง และที่นอนที่แข็งเกินไปอาจก่อให้เกิดอาการปวดในผู้ที่มีการข้ออักเสบ⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobson BH. และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่าการนอนที่นอนใหม่สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Zuo S. และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับและการตื่นกลางคืนได้มากที่สุด ซึ่งอาการซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะ bidirectional คือ อาการซึมเศร้า ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ในขณะที่เดียวกันอาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ถึง 2 เท่า⁽²⁵⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงส่งผลให้ลดระยะเวลาการเกิด REM latency ซึ่งเกิดจากมี NREM 3 หรือ SWS ลดลง ดังนั้นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงอาจส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับยากและตื่นบ่อย เนื่องจากอาการซึมเศร้าทำให้ระดับ monoamine oxidase สูงขึ้น ซึ่งมีผลทำลาย serotonin และ noradrenaline

ทำให้ลดต่ำลง โดย serotonin มีหน้าที่ในการควบคุมการนอนหลับ อุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต รวมถึงทำหน้าที่ในการกระตุ้นให้เมลาโท닌ทำงาน ดังนั้นเมื่อซีโรโทนินลดต่ำลง ทำให้เมลาโท닌ทำงานน้อยลง จึงส่งผลต่อวงจรการหลับ-ตื่น⁽²⁰⁾

จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ อาจเป็นเพราะในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงมีแนวโน้มที่จะต้องเข้ายาในการรักษามากกว่า 1 ชนิด ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะไม่สามารถนอนต่อยาเพียงตัวเดียว เช่น การรักษาแบบผสม คือ การรักษาด้วยยาต้านเศร้าตั้งแต่ 2 ตัว ขึ้นไป⁽²⁹⁾ ยาต้านเศร้าแต่ละชนิดจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยยาในกลุ่ม SSRIs จะทำให้เกิด REM suppression ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาในการเกิด REM (REM latency) และลดจำนวนของ REM⁽³⁰⁾

สุขวิทยาการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งสุขวิทยาการนอนหลับ คือแนวทางในการปฏิบัติที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมต่อการนอน⁽²⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิตา ชนะมณี และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าสุขวิทยาการนอน มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับ

ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จีราพงษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับและสอดคล้องกับ Morin CM. ⁽³²⁾ ที่อธิบายว่าความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีผลต่อการนอนหลับ โดยผ่านกลไกของความวิตกกังวล โดยครุ่นคิดถึงผลกระทบส่งผลให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ การรับรู้เช่นนี้จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและทำให้มีปัญหาการนอนหลับมากขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นความคิดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความเครียดจึงรบกวนการนอนหลับ

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สุขวิทยาการนอนหลับ และความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับ และการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ นอกจากนั้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การซักประวัติด้านปัญหาการนอนหลับ จะช่วยในการประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย พบว่าการวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนา จึงระบุได้เพียงความชุกของคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ไม่สามารถบ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ รวมถึงถึงลักษณะของผู้ป่วยนอก และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจจะส่งผลกับความชุกของคุณภาพการนอนหลับในการศึกษาต่อไปอาจทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytic study design) โดยทำการศึกษาคุณภาพการนอนหลับโดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะหลับ (polysomnography) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สรุป

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยซึมเศร้า ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ การปรับความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านความกังวลที่เกี่ยวกับผลกระทบของการนอนไม่หลับ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ ช่วยลดความวิตกกังวลต่อการนอนไม่หลับ รวมถึงการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน ซึ่งควรงดการดื่มเครื่องดื่มดังกล่าวก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพราะสารคาเฟอีนและแอลกอฮอล์รบกวนการนอนหลับ

ส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอนหลับนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยควรจัดให้ห้องนอนไม่มีแสงสว่างมารบกวน มีอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป และควรเจียบสงบไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าว พร้อมทั้งการปรับความคิดและพฤติกรรม อาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทำให้ลดอาการของโรคและช่วยลดโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้ นอกจากนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การซักประวัติด้านปัญหาการนอนหลับ จะช่วยในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-504.
2. สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล, สรยุทธ วาสิกนันทน์. ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2558.
3. Wilson S, Nutt DJ. Sleep disorders. New York: Oxford University Press; 2008.
4. Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10:473-81.
5. Pigeon WR, Hegel M, Unutzer J, Fan MY, Sateia MJ, Lyness JM, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008;31:481-8.
6. Asche CV, Joish VN, Camacho F, Drake CL. The direct costs of untreated comorbid insomnia in a managed care population with major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2010;26:1843-53.

7. Kim JM, Stewart R, Kim SW, Yang SJ, Shin IS, Yoon JS. Insomnia, depression, and physical disorders in late life: a 2-year longitudinal community study in Koreans. *Sleep* 2009;32: 1221-8.
8. Bluestein D, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial correlates of insomnia severity in primary care. *J Am Board Fam Med* 2010;23:204-11.
9. Gindin J, Shochat T, Chetrit A, Epstein S, Ben Israel Y, Levi S, et al. Insomnia in long-term care facilities: a comparison of seven European countries and Israel: the Services and Health for Elderly in Long TERM care study. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2033-9.
10. จุฑารัตน์ จิราพงษ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
11. Yamma C, Lueboonthavatchai P. Sleep problems, fatigue and work efficiency among registered nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58:183-96.
12. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1997; 42:123-32.
13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
14. จรรยา ฉิมหลวง. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2009.
15. พัทธิญา แก้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
16. Zuo S, McCabe MP, Mellor D, Xu Y. Sleep problems among clinically depressed adults in China. *J Ment Health* 2015;24:43-7.
17. Chairaj S, Panya P. Insomnia and related factors Thai J Nurs Counc 2005; 20:1-12.
18. Grav S, Hellzen O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 2012;21: 111-20.
19. ณัฏวรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทยจำกัด (มหาชน). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
20. Pakanta I. Sleep problems and interventions. *J Nurs Sci Naresuan Univ* 2007;1:31-8.
21. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev* 2003;7:215-25.
22. Driver HS, Taylor SR. Exercise and sleep. *Sleep Med Rev* 2000;4:387-402.
23. van Schrojenstein Lantman M, Roth T, Roehrs T, Verster JC. Alcohol hangover, sleep quality, and daytime sleepiness. *Sleep Vigilance* 2017;1:37-41.
24. Wetter DW, Young TB. The relation between cigarette smoking and sleep disturbance. *Prev Med* 1994;23:328-34.
25. กัลยา ปัญจพรผล, ประพันธ์ กิตติววิทย์กุล, นฤชา จิราลวสาน, มณฑิตา วีริกรรม, วิชญ์ บรรณหิรัญ. เวชศาสตร์การนอนหลับขึ้นพื้นฐานสำหรับแพทย์พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560.
26. Muzet A. Environmental noise, sleep and health. *Sleep Med Rev* 2007;11:135-42.

27. Bell IR, Bootzin RR, Ritenbaugh C, Wyatt JK, DeGiovanni G, Kulinovich T, et al. A polysomnographic study of sleep disturbance in community elderly with self-reported environmental chemical odor intolerance. *Biol Psychiatry* 1996;40:123-33.
28. Jacobson BH, Boolani A, Smith DB. Changes in back pain, sleep quality, and perceived stress after introduction of new bedding systems. *J Chiropr Med* 2009;8:1-8.
29. ธวัชชัย ลิ้มพานาจ. โรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา; 2552.
30. Argyropoulos SV, Wilson SJ. Sleep disturbances in depression and the effects of anti-depressants. *Int Rev Psychiatry* 2005;17: 237-45.
31. Chanamanee P, Taboonpong S, Intanon T. Sleep quality and related factors among university students in southern Thailand. *Songkla Med J* 2006;24:163-73.
32. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther* 2002;40:741-52.