

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สุรัตน์ ผิวสว่าง

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Received: 12 ก.ย.64

Revised: 30 พ.ย.64

Accepted: 1 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: การนอนหลับมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขนิสัยการนอนของทารกจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ อิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง รูปแบบการกินของทารก พื้นอารมณ์ของเด็ก การศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน และสภาพแวดล้อมในการนอน ยังมีข้อมูลที่จำกัด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอน และความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดี สำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional Analytic study เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามของผู้ปกครองที่พาบุตรหลานเข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 100 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี ซึ่งต้องประกอบด้วย Sleep consolidation คือ การหลับกลางวันช่วงสั้นๆ และนอนในช่วงกลางคืนยาวอย่างต่อเนื่อง และ Sleep regulation คือ การควบคุมให้เริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นกลางดึก

ผลการศึกษา: ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดี คิดเป็นร้อยละ 7 ประกอบด้วยกลุ่มที่มี Sleep consolidation ร้อยละ 55 และ Sleep regulation ร้อยละ 9 โดยผู้ปกครองที่ร่วมวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะบิดามารดาเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี ($P\text{-value}=0.003$) และกลุ่ม Sleep regulation ($P\text{-value}=0.014$) ในส่วนของกลุ่มที่มี Sleep consolidation พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานะของบิดามารดาซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันกับเด็ก เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.019$)

สรุป: บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็ก มีบทบาทที่ส่งเสริมสุขนิสัยการนอนที่ดี และความสามารถในการควบคุมการนอนได้ด้วยตนเองของทารกได้มากกว่าบุคคลอื่น รวมถึงสถานะระหว่างบิดาและมารดาที่อยู่ร่วมกัน เป็นปัจจัยเสริมต่อการนอนในช่วงกลางคืนยาวต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยสร้างเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก และป้องกันปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: ทารก, การนอนต่อเนื่อง, สุขนิสัยการนอน, การควบคุมการนอน

A Study of Factors Affecting Sleep Hygiene in One-Year-Old Children at Well Child Clinic, King Narai Hospital

Surat Piwsawang

Department of Pediatrics, King Narai Hospital

Abstract

Introduction: Sleep is essential to a child's growth and development. The factors affecting the sleep hygiene of the infants from past studies were the relationship between parents and children, eating patterns, and children's temperament. However, Studies of other factors such as home/family environment, bedtime, activities before going to bed and sleeping environment provided limited information. Therefore, this research investigated factors affecting sleep hygiene and prevalence of good sleep hygiene in 1-year-old children.

Methods: In this cross-sectional study, data were collected using questionnaires from 100 parents having 1-year-old children who received medical services from Well Child Clinic, King Narai Hospital from April to September 2021. Data were divided into good and poor sleep hygiene. The good sleep hygiene group consisted children with sleep consolidation, a short nap during the day and a continuous sleep during the night and those with sleep regulation, the ability to start falling asleep on their own and sleep when awake.

Results: The prevalence of good sleep hygiene was 7%, divided into 55% sleep consolidation and 9% sleep regulation. In the good sleep hygiene group and the sleep regulation group, paternal and maternal relationship was a statistically significant factor (p -value = 0.003, 0.014). In the sleep consolidation group, parents' marital status was a statistically significant factor (P -value=0.019).

Conclusion: Parents could better promote their children's healthy sleeping hygiene than others. Infants' self-regulating ability to sleep and parents' marital status were supporting factors contributing to a continuous sleep during the night, good sleep hygiene, and the optimal development and growth of children and preventing behavioral problems of children in the future.

Keyword: Infant, Sleep consolidation, Sleep hygiene, Sleep regulation

บทนำ

การนอนหลับไม่ใช่เป็นเพียงการพักผ่อนเท่านั้น แต่สมองมีกระบวนการทำงานทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนเกิดขึ้นมากมาย ทั้งระยะเวลา คุณภาพ และมีโครงสร้างแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต¹ โดยระยะเวลาการนอนหลับแต่ละช่วงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เด็ก 3 เดือนแรกจะนอนช่วงละ 3-4 ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นเป็น 6-8 ชั่วโมงต่อครั้งเมื่ออายุ 4-6 เดือน วัยทารกจะมีพัฒนาการการนอนหลับช่วงสั้นๆ ในตอนกลางวันและนอนหลับในช่วงกลางคืนยาวอย่างต่อเนื่องได้ (Sleep consolidation) ซึ่งพบได้ร้อยละ 70-80 ของเด็กอายุ 9 เดือน และในวัยนี้เด็กสามารถเรียนรู้การควบคุมให้เริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึก โดยผู้ปกครองไม่ต้องช่วยเหลือ (Sleep regulation)² การส่งเสริมเชื่อมโยงกิจกรรมก่อนการเข้านอนตามวัยที่เหมาะสมของเด็ก เริ่มได้ตั้งแต่อายุ 2-4 เดือน อาจจะทำให้นมและกล่อมจนเคลิ้มหลับก่อนวางลงบนที่นอน หลังอายุ 6 เดือนเมื่อเด็กง่วงนอนสามารถให้วางให้เด็กนอนหลับบนที่นอนได้ด้วยตนเอง³

การนอนหลับมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและระยะเวลาไม่เพียงพอจากปัญหาการนอนหลับต่างๆ ส่งผลถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา ความจำ สมาธิ พฤติกรรมชน/อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่สบายตัวอ่อนเพลียเมื่อเช้า รวมถึงการเจริญเติบโตของเด็กและภาวะตึงเครียดในครอบครัว เนื่องจากผู้ปกครองมักจะได้รับผลกระทบจากปัญหาการนอนหลับของเด็กด้วย⁴⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขนิสัยการนอนของเด็กมากมาย Libby Averill Rosen ศึกษาในปี 2008 พบว่า ลักษณะการนอนของทารกมีอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองเป็นอย่างมาก โดยพบว่ารูปแบบของการกินของทารก และพื้นที่อารมณ์ของเด็กมีผลต่อลักษณะการนอนของเด็กแต่ละคน⁶ ในปี 2016 Ni Jian และคณะ ได้ศึกษา Emotional availability หรือความสามารถของผู้ปกครองในการตอบสนองทางอารมณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก การมีเวลาคุณภาพด้วยกัน การจัดรูปแบบตารางการเตรียมเข้านอนกับลูก การเล่นและพูดคุยกับเด็กก่อนเวลาเข้านอน กับพัฒนาการการนอนของทารก พบว่าการมี Emotional availability ที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของทารก ทั้งนี้ยังพบว่า พื้นที่อารมณ์ของเด็ก ก็ส่งผลต่อ Emotional availability ของผู้ปกครองด้วยเช่นกัน⁷ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Barbara M. และคณะในปี 2015 ที่พบว่าพื้นที่อารมณ์ของเด็กที่ไม่ดี สัมพันธ์กับปัญหาการนอน ระยะเวลาในการที่จะนอนยาวต่อเนื่อง และการตื่นนอนช่วงกลางคืน ในขณะที่ความเครียดของมารดา สัมพันธ์กับระยะเวลาในการนอนกลางวันของทารก บ่งชี้ให้เห็นว่า ทารกและลักษณะของมารดาส่งผลต่อการนอนที่แตกต่างกันออกไป⁸ การศึกษาเกี่ยวกับมื้ออาหารก่อนนอนกับการนอนของทารก โดย M. L. Macknin และคณะ ในปี 1989 พบว่า การให้อาหารก่อนทารกจะเริ่มเข้านอน ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนตลอดคืนของทารก⁹ Rachel Butler และคณะ ศึกษาเปรียบเทียบการใช้จุลหุลอก เปรียบเทียบกับ การดูนิวของเด็กตามธรรมชาติ ว่าส่งผลต่อการนอนของทารกอย่างไร พบว่า เด็กทารกที่ดูนิว มีการตื่นกลางดึกน้อยกว่า และสามารถนอนยาวในช่วงเวลากลางคืนได้นานกว่า¹⁰

ความชุกของปัญหาการนอนในเด็ก ช่วงวัยทารก โดยการศึกษาของ Ariel A Williamson และคณะ ในปี 2019 โดยเก็บข้อมูลจากรายงานของผู้เลี้ยงดู พบว่าร้อยละ 17.1 มีปัญหาในการนอน¹¹ ส่วนการศึกษาของ Kelly C. และคณะในปี 2011 ซึ่งใช้ข้อมูลแบบสอบถามจากมารดาของเด็ก พบว่าเด็กทารกมีปัญหาในการนอนอยู่ที่ร้อยละ 21¹²

การคัดกรองปัญหาการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มักใช้อยู่ในปัจจุบัน มักเป็นการคัดกรองปัญหาการนอนหลับในช่วงที่อายุ 2 ปีขึ้นไป เช่น BEARS ซึ่งเป็นการคัดกรองการนอนหลับในเด็ก แบ่งเป็น 5 หัวข้อของการนอนหลับ คือ 1. B: Bedtime problems หรือปัญหาการเข้านอน 2. E: Excessive daytime sleepiness หรือการง่วงนอนอย่างมากตอนกลางวัน 3. A: awakenings during night หรือการตื่นกลางดึก 4. R: Regularity and duration of sleep หรือความสม่ำเสมอและระยะเวลาการนอนหลับ และ 5. S: Snoring หรือการนอนกรน เครื่องมือนี้มีตัวอย่างคำถามที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 2-18 ปี¹³ แต่ด้วยข้อจำกัดของช่วงอายุ ทำให้การคัดกรองสุขนิสัยการนอนของเด็กอาจล่าช้า ซึ่งหากเราสามารถคัดกรองด้วยแบบสอบถาม หรือข้อคำถามที่ง่ายต่อกุมารเวชปฏิบัติ โดยยึดหลักการที่ว่าเด็ก 1 ปี ควรจะมี Sleep consolidation และ Sleep regularity แล้ว น่าจะช่วยในการค้นหาปัญหาเบื้องต้น และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครอง เพื่อนำไปปรับใช้ก่อนที่จะเกิดปัญหาต่อเด็กมากขึ้นในอนาคตได้

กุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการและพฤติกรรมอย่างเหมาะสมกับบริบทของเด็ก ร่วมกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ครอบครัวและสังคม ซึ่งบทบาทนี้มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลรักษาและป้องกันโรคหรือ

ความผิดปกติตามระบบต่างๆ ของร่างกาย¹⁴

คลินิกสุขภาพเด็กดี กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชให้บริการประเมินการเจริญเติบโต คัดกรองพัฒนาการ และบริการวัคซีนในทุกช่วงวัยของเด็ก ตั้งแต่อายุ 1 เดือนจนถึง 4 ปี คณะผู้ทำวิจัยเล็งเห็นว่าช่วงอายุที่เหมาะสมในการประเมินสุขภาพการนอนของเด็ก คือช่วงอายุ 1 ปี ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของเด็กทารก ไปสู่เด็กวัยเตาะแตะ โดยในเวชปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับยาวได้ด้วยตนเองได้ จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพการนอนของเด็กในช่วงวัยนี้ และความชุกของเด็กที่ไม่สามารถนอนต่อเนื่องในเวลากลางคืน รวมถึงไม่สามารถควบคุมการนอนหลับด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นกลางดึก ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นเท่าไร นอกจากนี้หากพบว่ามีปัญหาในสุขนิสัยการนอนของเด็กในช่วงวัยดังกล่าว จะสามารถช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติมอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีสาเหตุจากการสุขภาพการนอนที่ไม่เหมาะสมตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. ศึกษาถึงความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามหลัก: ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขนิสัยการนอนของเด็กอายุ 1 ปี มีปัจจัยใดบ้าง

คำถามรอง: ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นเท่าไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional analytic studies โดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย จากกลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรหลานเข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่¹⁵ ที่สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยขนาดประชากรเด็กอายุ 1 ปีที่รับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชใน 1 ปีอยู่ที่ประมาณ 500 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ความคลาดเคลื่อน (e) ที่ $\pm 10\%$ ตามตาราง คือ 83 คน เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด รวมทั้งสิ้น 100 คน

Inclusion criteria

- 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 12 เดือน ไปจนถึงไม่เกิน 14 เดือน
- 2) อ่านและเขียนตอบคำถามแบบสอบถามภาษาไทยได้

Exclusion criteria

- 1) ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น: ปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู ปัจจัยจากตัวเด็กสภาพแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในการนอน

ตัวแปรตาม: สุขนิสัยการนอนที่ดี ซึ่งรวมถึงจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่อง (Sleep consolidation) และความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของ

ตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสุขนิสัยการนอนของเด็ก แบ่งเป็น ความถี่ในการนอน จำนวนชั่วโมงในการนอน วิธีที่ผู้ปกครองใช้ในการพาบุตรหลานเข้านอน ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอนช่วงกลางคืน การตื่นนอนช่วงเวลากลางคืน สภาพแวดล้อมในการนอน โดยแบบสอบถามออกแบบโดยอ้างอิงข้อคำถามบางส่วนจากแบบคัดกรองการนอน BEARS¹³ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรมพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม และมีการแจกแบบสอบถามนำร่อง (pilot) ให้กลุ่มผู้ปกครองทดลองตอบ เพื่อทดสอบความเข้าใจของคำถามในแบบสอบถาม

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสงานวิจัย KNH 06/2564 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการรับอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โดยใช้การติดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ ภายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่ออาสาสมัครติดต่อสนใจเข้าร่วม คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ในงานวิจัย อาสาสมัครอ่านรายละเอียดคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย อาสาสมัครทำแบบสอบถาม

งานวิจัย รวมใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดครบตามจำนวนแล้ว นำมาแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี และกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ไม่ดี โดยเกณฑ์ที่ใช้แบ่งกลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี คือ มีทั้ง Sleep consolidation และ Sleep regularity ซึ่งจะต้องประกอบด้วย มีเวลานอนรวมทั้งหมดภายใน 24 ชั่วโมง มากกว่า 12 ชั่วโมงขึ้นไป นอนหลับกลางวันไม่เกิน 2 ครั้ง นอนหลับยาวช่วงกลางคืนมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป สามารถเริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึกโดยผู้ปกครองไม่ต้องช่วยเหลือ

2) กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ไม่ดี คือ กลุ่มที่ไม่เข้ากับสุขนัยการนอนที่ดีข้างต้น

นำข้อมูลที่ได้มาหาความชุกของสุขนัยการนอนที่ดีโดยใช้สถิติ ร้อยละ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆ ที่ได้จากแบบสอบถาม เปรียบเทียบผลต่อสุขนัยการนอนที่ดี ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติ Chi-squared test และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน สามารถจำแนกตามลักษณะนัยการนอนได้เป็นกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี ร้อยละ 7 กลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่อง (Sleep consolidation) ร้อยละ 55 และกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) ร้อยละ 9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของสุขนัยการนอน

ลักษณะสุขนัยการนอน	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์	ความชุก (ร้อยละ)
สุขนัยการนอนที่ดี	7	93	7
Sleep consolidation	55	45	55
Sleep regulation	9	91	9

กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดีมี จำนวน 7 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 4 คน (57.14%) น้ำหนักเฉลี่ย 9.35 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 71 เซนติเมตร ข้อมูลในส่วนของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว แสดงดังตารางที่ 2 โดยปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสัมพันธ์ของ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่อยู่ในฐานะบิดา/มารดาของเด็ก (P-value=0.003) ส่วนปัจจัยในด้านของช่วงเวลาและกิจกรรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมภายในห้องนอน ไม่พบปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อสุขนัยการนอนที่ดี

ข้อมูลทั่วไป	สุขนัยการนอนที่ดี (n=7)	สุขนัยการนอนที่ไม่ดี (n=93)	P-value *Fisher's Exact
<u>ข้อมูลของเด็ก</u>			
เพศ ชาย	4 (57.14%)	56 (60.21%)	1*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	9.35	9.89	0.995
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	71	74.44	0.184
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	7 (100%)	90 (96.77%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	7 (100%)	84 (90.32%)	1*
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	6 (85.71%)	73 (78.49%)	0.933
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	6 (85.71%)	78 (83.87%)	1*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	6 (85.71%)	79 (84.95%)	0.773
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	7 (100%)	80 (86.02%)	0.570
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	7 (100%)	56 (60.21%)	0.219
<u>ข้อมูลของผู้ปกครอง</u>			
เพศ หญิง	5 (71.42%)	84 (90.32%)	0.170*
อายุเฉลี่ย (ปี)	25.28	29	0.263
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	5 (71.42%)	28 (30.1%)	0.249
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 20,001-40,000 บาท	4 (57.14%)	36 (38.7%)	0.880
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	6 (85.71%)	88 (94.62%)	0.003
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	6 (85.71%)	65 (69.9%)	0.837
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	6 (85.71%)	82 (88.17%)	0.423
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	5 (71.42%)	75 (80.65%)	0.625*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	4 (57.14%)	55 (59.14%)	1*
<u>ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน</u>			
เวลาที่เริ่มเข้านอน 20:01-22:00 น.	4 (57.14%)	54 (58.06%)	0.802
การแปรงฟัน แปรงเป็นประจำทุกวัน	4 (57.14%)	35 (37.63%)	0.509
กิจกรรมสุดท้ายก่อนนอน อ่านนิทาน	3 (42.86%)	39 (41.94%)	0.623
ความสม่ำเสมอของกิจกรรม สม่ำเสมอ	4 (57.14%)	57 (61.29%)	1*
<u>สภาพแวดล้อมในห้องนอน</u>			
เตียงที่นอน เดี่ยวเดียวกับผู้ปกครอง	7 (100%)	89 (85.7%)	1*
แสงไฟ ปิดไฟมืดสนิท	4 (57.14%)	35 (38.04%)	0.497
เสียง ปิดเสียงทุกชนิดเงียบสนิท	6 (85.71%)	54 (58.7%)	0.454

เมื่อแบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอน (Sleep consolidation) มีจำนวน 55 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 33 คน (60%) น้ำหนัก

เฉลี่ย 10 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 74.39 เซนติเมตร ในส่วนของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว กลุ่มเด็กที่มี Sleep consolidation แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep consolidation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep consolidation (n=55)	ไม่มี Sleep consolidation (n=45)	P-value *Fisher's Exact
<u>ข้อมูลของเด็ก</u>			
เพศ ชาย	33 (60%)	27 (60.9%)	1*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	10.0	9.68	0.435
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	74.39	73.6	0.135
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	53 (96.36%)	44 (97.78%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	51 (92.73%)	40 (88.89%)	0.728
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	45 (81.82%)	34 (75.56%)	0.370
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	49 (89.09%)	35 (77.78%)	0.171*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	51 (92.73%)	34 (75.56%)	0.019
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	51 (92.73%)	36 (80%)	0.167
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	35 (63.64%)	28 (62.22%)	0.259
<u>ข้อมูลของผู้ปกครอง</u>			
เพศ หญิง	48 (87.27%)	41 (91.11%)	0.750
อายุเฉลี่ย (ปี)	28.62	28.89	0.130
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	18 (32.73%)	15 (33.33%)	0.259
อาชีพ ลูกจ้างชั่วคราว	11 (20%)	5 (11.11%)	0.214
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว น้อยกว่า 20,001 บาท	25 (46.30%)	27 (60%)	0.339
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	52 (94.55%)	42 (93.33%)	0.555
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	44 (80%)	27 (60%)	0.080
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	48 (87.27%)	40 (88.89%)	0.311
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	42 (76.36%)	38 (84.44%)	0.452*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	30 (54.55%)	29 (64.44%)	0.414*

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep consolidation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยในด้านสถานะของบิดามารดาที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ที่ $p\text{-value} = 0.019$ ส่วนปัจจัยด้านช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในห้องนอน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อแบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) มีจำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 6 คน (66.67%) น้ำหนักเฉลี่ย

9.55 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 72.2 เซนติเมตร ในส่วนของข้อมูลผู้ปกครอง และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว แสดงดังตารางที่ 4 จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยในด้านผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดากับเด็ก ที่ $p\text{-value} = 0.017$ ส่วนปัจจัยในด้านของช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในห้องนอน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep regulation (n=9)	ไม่มี Sleep regulation (n=91)	P-value *Fisher's Exact
ข้อมูลของเด็ก			
เพศ ชาย	6 (66.67%)	54 (59.34%)	0.738*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	9.55	9.83	0.895
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	72.2	74.36	0.227
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	9 (100%)	88 (96.7%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	9 (100%)	82 (90.1%)	1*
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	7 (77.78%)	72 (79.12%)	0.472
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	8 (88.89%)	76 (83.52%)	1*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	8 (88.89%)	77 (84.62%)	0.769
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	9 (100%)	78 (85.71%)	0.478
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	7 (77.78%)	56 (61.54%)	0.630
ข้อมูลของผู้ปกครอง			
เพศ หญิง	7 (77.78%)	82 (90.10%)	0.257*
อายุเฉลี่ย (ปี)	26.78	28.93	0.418
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	5 (55.56%)	28 (30.77%)	0.633
อาชีพ พนักงานบริษัท/ลูกจ้างชั่วคราว/ ธุรกิจส่วนตัว/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2 (22.22%)	24 (26.37%)	0.813
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว น้อยกว่า 20,000 บาท	5 (55.56%)	47 (52.22%)	0.944
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	8 (88.89%)	86 (94.51%)	0.014
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	8 (88.89%)	63 (69.23%)	0.663

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep regulation (n=9)	ไม่มี Sleep regulation (n=91)	P-value *Fisher's Exact
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	8 (88.89%)	80 (87.91%)	0.548
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	7 (77.78%)	73 (80.22%)	1*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	6 (66.67%)	55 (58.24%)	0.733*

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า เด็กอายุ 1 ปีที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีสุขนิสัยการนอนที่ดีอยู่ที่ร้อยละ 7 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลา ความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอน (Sleep consolidation) ร้อยละ 55 และกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) ร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น พบความชุกของปัญหาการนอนในเด็ก ร้อยละ 17.1-21¹¹⁻¹² จะเห็นได้ว่าสุขนิสัยการนอนที่ไม่ดี ซึ่งเป็นปัญหาการนอนในเด็กจากการศึกษานี้พบได้สูงกว่าในทุกการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากปัจจัยจากด้านตัวเด็กและผู้ปกครอง สภาพสังคม การเลี้ยงดู รวมถึงนิยามของปัญหาการนอนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละการศึกษา

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนที่ดี จำแนกเป็นปัจจัยจากตัวเด็กเอง การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Libby Averill Rosen ในปี 2008 ที่พบว่า ลักษณะการนอนของทารกมีอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเป็นอย่างมาก โดยพบว่ารูปแบบของการกินของทารก และพื้นอารมณ์ของเด็ก มีผลต่อลักษณะการนอนของเด็กแต่ละคน⁶ การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยของรูปแบบการกินและพื้นอารมณ์ของเด็กเช่นกัน

แต่ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่ร่วมวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กในสถานะบิดามารดา เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี และสุขนิสัยการนอนที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงกลุ่ม Sleep regulation ด้วย ในส่วนของ Sleep consolidation พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานะของบิดามารดาซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันกับเด็ก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ Sleep consolidation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ni Jian และคณะ ที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก การมีเวลาคุณภาพด้วยกัน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของทารก⁷ ซึ่งผู้ปกครองที่เป็นบิดา/มารดาโดยตรง และมีสถานะที่อยู่ร่วมกันน่าจะเป็นส่วนเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็กได้มากกว่าบุคคลอื่น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านและครอบครัว ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็ก

ปัจจัยด้านช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนการเข้านอนพบว่า การให้อาหารก่อนทารกจะเริ่มเข้านอน ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนตลอดคืนของทารก เช่นเดียวกับการศึกษาของ M.L. Macknin และคณะในปี 1989⁹

ข้อเสนอแนะ

ด้วยบริบทของวัฒนธรรมไทย ที่เด็กมักจะนอนร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมทางฝั่งตะวันตก การที่เด็กจะเริ่มสามารถมีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอนช่วงเวลา ความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอนที่ดี รวมถึงความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย อาจจะแตกต่างจากเด็กที่ได้รับการฝึกฝนการนอนด้วยตนเองตั้งแต่อายุน้อยๆ เหมือนวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก การศึกษาเพิ่มเติมในช่วงอายุอื่นๆ เช่น วัยเตาะแตะ (อายุ 1-3 ปี) วัยปฐมวัย (3-6 ปี) น่าจะทำให้เห็นแนวโน้มของสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็กไทยได้ชัดเจนมากขึ้น และการศึกษาต่อเนื่องเพื่อหาความสัมพันธ์ของสุขนิสัยการนอนที่ดีกับลักษณะพฤติกรรมของเด็ก รวมถึงการเจริญเติบโตด้านร่างกายในช่วงวัยต่อมา น่าจะเป็นหัวข้อในการศึกษาวิจัยอีกหัวข้อหนึ่งที่น่าสนใจ สำหรับผู้ที่ศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มประชากร ข้อมูลที่ได้อาจเป็นเพียงแค่กลุ่มประชากรที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเพียงเท่านั้น หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เป็นตัวแทนในระดับที่ใหญ่ขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นต่อไป

สรุปผลการวิจัย

การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและระยะเวลาไม่เพียงพอจากปัญหาการนอนหลับต่างๆ ส่งผลถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา ความจำ สมาธิ พฤติกรรมจน/อยู่ไม่นิ่ง

หุ่นหันปล้นเล่น การตัดสินใจการแก้ปัญหา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่สบายตัว รวมถึงการเจริญเติบโตของเด็กและภาวะติงเครียดในครอบครัว ในทางกลับกันพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของเด็กเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาหลากหลายการศึกษาที่ผ่านมา

การศึกษานี้ช่วยให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขนิสัยการนอนของเด็ก โดยเฉพาะกลุ่มที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา รวมถึงสถานะความสัมพันธ์ของบิดามารดา ที่ส่งผลกลับมาถึงตัวเด็ก กุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยระบุปัญหา ประเมินสุขนิสัยการนอน รวมถึงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญของการฝึกสุขนิสัยการนอนให้แก่เด็กตั้งแต่วัยทารก เพื่อเป็นปัจจัยเสริมที่ดีต่อการพัฒนาในด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็กต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ วรรณคุณาชัย. การนอนและปัญหาการนอน. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง; 2561. หน้า 529-533.
2. Owens JA. Sleep Medicine. In: Kliegman RM, Stanto BF, Schor NF, St. Geme III JW, Behrman RE, editors. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. P. 111-123.
3. Mindell JA, Owens JA. A Clinical Guide to Pediatric sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

4. ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย. การนอนและ พัฒนาการ. ใน: ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์, สุรีย์ลักษณ์ สุจิตพงศ์, วีรศักดิ์ ชลไชยะ, บรรณาธิการ. ตำรา พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 157.
5. Ina S. Santos, Diego G. Bassani, Alicia Matijasevich, et al. Infant sleep hygiene counseling (sleep trial): protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry (2016) 16:307.
6. Libby Averill Rosen. Infant sleep and feeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Nov-Dec 2008; 37(6):706-14.
7. Ni Jian and Douglas M. Teti. Emotional availability at bedtime, infant temperament, and infant sleep development from 1 to 6 months. Sleep Med. 2016 July; 23:49-58.
8. Barbara M. Sorondo and Bethany C. Associations between infant temperament, maternal stress, and infants' sleep across the first year of life. Infant Behav Dev. 2015 May; 39:131-135.
9. M L Macknin, S V Medendorp, M C Maier. Infant sleep and bedtime cereal. Am J Dis Child. 1989 Sep; 143(9):1066-8.
10. Rachel B., Melisa Moore., Jodi A Mindell. Pacifier Use, Finger Sucking, and Infant Sleep. Behav Sleep Med. Nov-Dec 2016; 14(6): 615-23.
11. Ariel A. Williamson, Jodi A. Mindell, Harriet Hiscock, Jon Quach. Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. Sleep Med. 2019 November; 63:5-8.
12. Kelly C. Byars, Kimberly Yolton, Joseph Rausch, Bruce Lanphear, Dean W. Beebe. Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life. 2011 September. In www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-0372
13. Bhargava S. Diagnosis and management of common sleep problems in children. Pediatr Rev 2011; 32(3):91-9.
14. Brazelton TB. Developmental framework of infants and children: a future for pediatric responsibility. J Pediatr 1983; 102:967-72.
15. อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.