การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5

The 5th STOU Graduate Research Conference

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล

Prevalence and Factors Associated with Sleep Disturbances among Hospital Personnel

อนุชา คำส้อม (Anucha Kamsom)[1] มธุรส ทิพยมงคลกุล (Mathuros Tipayamongkholgul)[2]
สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ (Sirima Mongkolsomlit)[3] วิสาข์สิริ ตันตระกูล (Visasiri Tantrakul)[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1)ค้นหาความชุกและ (2)ระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,944 คน กลุ่มตัวอย่าง 580 คน ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามแผนกการปฏิบัติงานและเลือกตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ (2) ลักษณะการทำงาน (3) แบบประเมินความเครียดจากงาน (Thai-JCQ) (มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87) (4) แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) (มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86) (5) แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) (มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90) และ (6) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Thai-PSQI) (มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74) นำเสนอค่าความถี่และร้อยละของปัญหาการนอนหลับ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์และสถิติถดถอยพหุโลจิสติก ผลการวิจัยจากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 516 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 89.0) พบเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 46.5) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับได้แก่ การไม่ดื่มชาและกาแฟ (OR_{adj} 1.59, 95%CI: 1.01-2.49) แผนกที่ทำงาน (กลุ่มงานพยาบาล OR_{adj} 1.98, 95%CI: 1.23-3.21) การทำงานเป็นกะ (OR_{adj} 1.92, 95%CI: 1.25-2.96) ความเครียด (เครียดปานกลาง OR_{adj} 4.57, 95%CI: 2.90-7.21, เครียดมาก OR_{adj} 5.73, 95%CI: 3.12-10.52) และความวิตกกังวล (OR_{adj} 2.58, 95%CI: 1.59-4.20) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าบุคลากรในโรงพยาบาลมีความชุกของปัญหาการนอนหลับสูง โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมหรือโครงการจัดการความเครียดโดยพิจารณาจัดคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานเป็นกะเพื่อลดปัญหาการนอนหลับในบุคลากรของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปัญหาการนอนหลับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ บุคลากรในโรงพยาบาล

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล anucha_maha@hotmail.com

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล mathuros.tip@mahidol.ac.th

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ tu.sirima@gmail.com

4 อาจารย์แพทย์หญิง ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล vtantrakul@gmail.com

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to estimate the prevalence of sleep disturbances and to determine factors associated with sleep disturbances among hospital personnel. The study population was 1,994 hospital personnel from a tertiary care hospital in Bangkok. Of 580 hospital personnel was selected by using the stratified random sampling method and convenience sampling method. The instrument for data collection was a self-administered questionnaire with consisting of 7 parts including (1) socio-demographic characteristics and health behavior, (2) occupational characteristics, (3) Thai version of the Job Content Questionnaire (Thai-JCQ), (4) Srithanya stress scale (ST-5) , (5) Thai version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) , and (6) Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) , with the reliability of 0.87, 0.86, 0.90 and 0.74, respectively**.** Data were analyzed by frequency, percentage, chi-square test and multiple logistic regression. The results showed that of 516 respondents (response rate 89.0%), almost half of them (46.5%) had sleep disturbances. Multiple logistic regression revealed significant association between coffee consumption (OR_{adj} 1.59, 95%CI: 1.01-2.49), department (Nursing cluster; OR_{adj} 1.98, 95%CI: 1.23-3.21), shift-work (OR_{adj} 1.92, 95%CI: 1.25-2.96), stress (mild stress; OR_{adj} 4.57, 95%CI: 2.90-7.21, severe stress; OR_{adj} 5.73, 95%CI: 3.12-10.52), anxiety (OR_{adj} 2.58, 95%CI: 1.59-4.20) and sleep disturbances. The findings suggested that hospital personnel had high prevalence of sleep disturbances. The hospital should consider the activity or program to reduce stress by establishing stress counseling clinic and anxiety, especially hospital personnel who were shifts worker. The program may help to reduce sleep disturbances among hospital personnel.

Keywords: Sleep disturbances, Associated factors, Hospital personnel

บทนำ

การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, 2536) และเป็นการพักผ่อนที่สมบูรณ์ที่สุดสำหรับร่างกายและจิตใจ การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและมีปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงการนอนหลับที่ผิดปกติ ซึ่งจะนำไปสู่การมีปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสามารถพบได้ในประชากรทั่วไป สถานการณ์ความชุกปัญหาการนอนหลับในประชากรทั่วโลกพบความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 10-30 (Cho et al., 2009; Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire, & Merette, 2006) โดยกลุ่มคนทำงานที่มีการทำงานเป็นกะ เช่น ตำรวจ พนักงานดับเพลิง แพทย์ พยาบาล พบความชุกปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50-70 (Lim, Baek, Chung, & Lee, 2014; Mehrdad, Haghighi, & Esfahani, 2013; Vargas de Barros, Martins, Saitz, Bastos, & Ronzani, 2013) ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยพบปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลสูงถึงร้อยละ 80-90 (Yamma & Lueboonthavatchai, 2013; Yodchai, Oumtanee, & Chinnawong, 2009) บุคลากรในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีลักษณะการทำงานหลากหลายทั้งแบบเป็นกะและไม่เป็นกะ และเป็นกลุ่มอาชีพที่ปัญหาการนอนหลับซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบเชิงลบต่อตนเองยังอาจส่งผลกระทบต่อผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่มารับบริการของโรงพยาบาล

การมีปัญหาการนอนหลับที่ต่อเนื่องยาวนานจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางร่างกายการมีปัญหาการนอนหลับทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น เวียนศีรษะ ท้องผูก ท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ความสามารถในการมองเห็นและได้ยินลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ (Mello et al., 2013) ทั้งนี้ผลกระทบในระยะยาวอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดโรคตามมาได้ทั้งโรคระบบทางเดินอาหาร โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (Bagai, 2010; Michal et al., 2014; Vgontzas, Liao, Bixler, Chrousos, & Vela-Bueno, 2009; Watanabe, Kikuchi, Tanaka, & Takahashi, 2010) ส่วนผลกระทบทางสุขภาพด้านจิตใจ การมีปัญหาการนอนหลับส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า (Hayley et al., 2014) โดยนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจแล้ว การมีปัญหาการนอนหลับยังส่งผลต่อการปฏิบัติงาน บุคลากรในโรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรงต่อผู้รับบริการ การมีปัญหาการนอนหลับอาจส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ลดลง ขาดสมาธิในการปฏิบัติงาน มีการตัดสินใจผิดพลาด และเกิดอุบัติเหตุหรือความผิดพลาดในระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ที่มารับบริการให้ได้รับอันตรายจากการรักษาได้ (Lockley et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความพอเพียงของรายได้ การมีโรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มกาแฟ และการออกกำลังกาย (Huang, Wang, & Guilleminault, 2010) ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ความเครียดจากงาน (job stress) ลักษณะการทำงานเป็นกะ (shift work) แผนกที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงาน และระยะเวลาในการทำงาน (Lim et al., 2014; Takahashi et al., 2008; Yamma & Lueboonthavatchai, 2013) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Luo et al., 2013; Yamma & Lueboonthavatchai, 2013)

ดังที่กล่าวมา จะพบว่าปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง แสดงให้เห็นด้วยความชุกของปัญหาการนอนหลับที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และอาจจะส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยที่มารับบริการได้ ทั้งนี้การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศไทยที่ผ่านมามีอยู่ค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มของพยาบาลเท่านั้น ทั้งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับที่ผ่านมา ไม่พบข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการทำงาน ดังนั้นหากขนาดของปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับได้รับการศึกษาและเข้าใจมากยิ่งขึ้น จะสามารถนำไปสู่การป้องกันแก้ไขปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย

1. เพื่อค้นหาความชุกปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านจิตสังคมกับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,944 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือเป็นบุคลากรที่อยู่ในระหว่างการลาทุกประเภท หรือติดภารกิจไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือมีภาวะการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 580 คน เลือกโดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามแผนกการปฏิบัติงาน และกำหนดขนาดตามสัดส่วนของบุคลากรในแต่ละแผนกโดยแบ่งเป็นกลุ่มงานด้านการบริหาร เช่น ฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา จำนวน 88 คน กลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มงานพยาธิวิทยา กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ จำนวน 162 คน และกลุ่มงานพยาบาล เช่น กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน จำนวน 330 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) ในการเลือกตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2558 การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว (เลขที่ MUPH 2015-097)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ (2) ลักษณะการทำงาน (3) แบบประเมินความเครียดจากงาน (Thai-JCQ) (4) แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) (5) แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) และ(6) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Thai-PSQI)

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ (3), (4), (5), และ (6) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87, 0.86, 0.90 และ 0.74 ตามลำดับ

ความเครียดจากงาน หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างการเรียกร้องของงานและความสามารถในการตอบสนองต่องานที่มีผลให้คนทำงานรู้สึกว่าตนล้มเหลว ไม่สามารถบรรลุข้อเรียกร้องของงาน และเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพหรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ทำให้คนทำงานเกิดภาวะเครียด และการตอบสนองของคนงานที่ส่งผลเสียต่อตัวคนทำงาน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียดจากงาน (Thai-JCQ)

ความเครียด หมายถึง อาการและอาการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เช่น ปวดศีรษะ โกรธ หงุดหงิด ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้เสียสภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ ประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา ประกอบด้วย 5 ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งกลุ่มที่ระดับคะแนน ≤ 4 คะแนน (เครียดน้อย), 5-6 คะแนน (เครียดปานกลาง) และ ≥7 คะแนน (เครียดมาก) ตามลำดับ

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียดหวาดหวั่น กังวลใจ ไม่มั่นใจต่อสภาพการณ์ในอนาคตเกรงว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหาย เนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคล ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะการแสดงออกด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมเศร้าไม่แจ่มใส เสียใจ ตำหนิและลงโทษตัวเอง มองตนเองในด้านลบ ประเมินค่าตนเองต่ำ รู้สึกผิดเกิดความเบื่อหน่าย หมดความสนใจหรือความพอใจในสิ่งที่เคยมี ท้อแท้ สิ้นหวัง มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย และมีการคิดถึงความตาย โดยความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งเป็นวัดอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (0-3) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน หมายถึงปกติ และคะแนนรวมที่มากกว่า 7 คะแนน หมายถึงมีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า

ปัญหาการนอนหลับ หมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ประเมินจากความสามารถในการนอนหลับของบุคคลที่เป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ด้วยการประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงอัตนัย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิผลการนอนหลับโดยปกติวิสัย ความสามารถในการนอนหลับสนิท ความรู้สึกเพียงพอในการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Thai-PSQI) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึงไม่มีปัญหาการนอนหลับ และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีปัญหาการนอนหลับ ทั้งนี้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai-PSQI) มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 77.8 และ

ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.3 ในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับ (insomnia) (Sitasuwan, Bussaratid, Ruttanaumpawan, & Chotinaiwattarakul, 2014)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 18.0 (license number 31438 58533 20056 96199 14812 3077) นำเสนอโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ด้วยวิธี stepwise โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการนำตัวแปรเข้าสมการที่ 0.05 และนำตัวแปรออกจากสมการที่ 0.10 นำเสนอค่า Odds Ratio (OR) และกำหนดช่วงแห่งความเชื่อมั่น (Confidence Interval ;CI) ที่ระดับร้อยละ 95 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานครในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 580 คน ตอบแบบสอบถามครบถ้วนจำนวน 516 คน (response rate 89.0%) ผู้ตอบแบบสอบถามมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 46.5 โดยพบเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับมากว่าเพศชาย (p = 0.038) ร้อยละ 48.2 และร้อยละ 34.4 ตามลำดับ ปัญหาการนอนหลับลดลงตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น (p = 0.012) โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 ปีพบปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 59.0 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 45.5 ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีรายได้ไม่เพียงพอและเป็นหนี้พบปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 58.0 รองลงมาคือคนที่มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย ร้อยละ 43.6 (p = 0.005) การศึกษานี้พบคนที่มีน้ำหนักน้อยเกินมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 67.6 รองลงมาเป็นคนที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 48.7 (p = 0.021) นอกจากนั้นพบปัญหาการนอนหลับพบในผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ดื่มชาหรือกาแฟมากกว่ากลุ่มที่ดื่มชาหรือกาแฟ (p = 0.029) ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 43.5 ตามลำดับ และกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายมีปัญหาการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (p = 0.002) ร้อยละ 49.2 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านการทำงานพบปัญหาการนอนหลับพบในกลุ่มที่มีความเครียดจากงานมากสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดจากการทำงานน้อย (p = 0.001) ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 39.0 ตามลำดับ ส่วนแผนกที่ทำงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ (p = 0.002) โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานพยาบาลมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 52.4 รองลงมาเป็นกลุ่มงานด้านการบริหาร และกลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ร้อยละ 48.9 และร้อยละ 35.0 ตามลำดับ และผู้ตอบแบบสอบถามที่มีการทำงานเป็นกะมีปัญหาการนอนหลับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการทำงานเป็นกะ (p = 0.001) ร้อยละ 55.5 และร้อยละ 37.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการนอนหลับเพิ่มขึ้นตามจำนวนชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น (p = 0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนชั่วโมงทำงานมากกว่า 55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมาเป็นจำนวนชั่วโมงทำงาน 41-55 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 38.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านจิตสังคมพบปัญหาการนอนหลับเพิ่มขึ้นตามระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น (p < 0.001) โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความเครียดมากมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 76.1 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มี

ความเครียดปานกลางและความเครียดน้อย ร้อยละ 64.3 และร้อยละ 26.3 ตามลำดับ และผู้ตอบแบบสอบถามที่มีความวิตกกังวลมีปัญหาการนอนหลับมากกว่ากลุ่มปกติ ($p < 0.001$) ร้อยละ 70.6 และร้อยละ 37.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัญหาการนอนหลับมากว่ากลุ่มปกติเช่นกัน ($p < 0.001$) ร้อยละ 70.0 และร้อยละ 41.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ด้วยวิธี stepwise พบผู้ที่ไม่ดื่มชาหรือกาแฟมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ดื่มชาหรือกาแฟ 1.59 เท่า (OR_{adj} 1.59, 95%CI: 1.01-2.49) ผู้ที่ทำงานในกลุ่มภารกิจบริการวิชาการมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ทำงานในกลุ่มภารกิจวิชาการ 1.98 เท่า (OR_{adj} 1.98, 95%CI: 1.23-3.21) และผู้ที่ทำงานเป็นกะมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ 1.92 เท่า (OR_{adj} 1.92, 95%CI: 1.25-2.96) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่มีความเครียดพบผู้ที่มีความเครียดปานกลางมีปัญหาการนอนหลับสูงกว่า 4.57 เท่า (OR_{adj} 4.57, 95%CI: 2.90-7.21) และผู้ที่มีเครียดมากมีปัญหาการนอนหลับสูงกว่า 5.73 เท่า (OR_{adj} 5.73, 95%CI: 3.12-10.52) นอกจากนี้พบผู้ที่มีความวิตกกังวลมีปัญหาการนอนหลับสูงกว่าผู้ที่ปกติ 2.58 เท่า (OR_{adj} 2.58, 95%CI: 1.59-4.20) (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.5) มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประชากรทั่วไปที่พบความชุกปัญหาการนอนหลับเพียง ร้อยละ 10-30 (Cho et al., 2009; Morin et al., 2006) ทั้งนี้อาจจะเป็นผลเนื่องมาจากลักษณะการทำงาน ทั้งความเครียดจากการทำงาน ความเหนื่อยล้าจากภาระงานที่หนัก และลักษณะของการทำงานโดยผู้ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.2) มีการทำงานเป็นกะทำให้นอนไม่เป็นเวลาจึงทำให้พบปัญหาการนอนหลับที่สูง และเมื่อเทียบกับความชุกปัญหาการนอนหลับระหว่างกลุ่มที่ทำงานเป็นกะพบความชุกปัญหาการนอนหลับอยู่ในช่วงร้อยละ 50-70 (Lim et al., 2014; Mehrdad et al., 2013; Vargas de Barros et al., 2013) ซึ่งมีความสอดคล้องใกล้เคียงกัน แต่การศึกษานี้พบความชุกของปัญหาการนอนหลับต่ำกว่าการศึกษาของชลธิชา แย้มมา (2013) พบความชุกร้อยละ 93.3 และการศึกษาของกันตพร ยอดใชย (2009) พบความชุกร้อยละ 88.1 เนื่องมาจากทั้งสองการศึกษาที่กล่าวมานั้นศึกษาเฉพาะในกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรูปแบบการทำงานเป็นกะเท่านั้นจึงทำให้พบปัญหาการนอนหลับที่สูงกว่าการศึกษานี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านจิตสังคมกับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล (n = 516)

ปัจจัย	ปัญหาการนอนหลับ		p-value*
	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	
ทั้งหมด	240 (46.5)	276 (53.5)	
เพศ			
ชาย	22 (34.4)	42 (65.6)	0.038
หญิง	218 (48.2)	234 (51.8)	
อายุ (ปี)			
≤ 29 ปี	72 (59.0)	50 (41.0)	0.012
30-39 ปี	65 (45.5)	78 (54.5)	
40-49 ปี	59 (42.4)	80 (57.6)	
50 ปีขึ้นไป	44 (39.3)	68 (60.7)	
สถานภาพสมรส			
คู่	111 (41.9)	154 (58.1)	0.056
โสด	110 (52.9)	98 (47.1)	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19 (44.2)	24 (55.8)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	39 (41.9)	54 (58.1)	0.171
วิชาชีพ/อนุปริญญา	41 (51.9)	38 (48.1)	
ปริญญาตรี	141(48.6)	149 (51.4)	
สูงกว่าปริญญาตรี	19 (35.2)	35 (64.8)	
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ มีเหลือเก็บ	34 (38.2)	55 (61.8)	0.005
เพียงพอ มีพอใช้จ่าย	126 (43.6)	163 (56.4)	
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	80 (58.0)	58 (42.0)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	161 (44.2)	203 (55.8)	0.108
มี	79 (52.0)	73 (48.0)	
ดัชนีมวลกาย (BMI; kg/m^2)			
น้ำหนักน้อยเกิน (< 18.5 kg/m^2)	25 (67.6)	12 (32.4)	0.021
ปกติ (18.5-22.9 kg/m^2)	106 (44.9)	130 (55.1)	
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 kg/m^2)	33 (37.9)	54 (62.1)	
อ้วน (≥ 25.0 kg/m^2)	76 (48.7)	80 (51.3)	

*Chi-squared test; นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาการนอนหลับ		p-value*
	มี	ไม่มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	233 (46.5)	268 (53.5)	0.990
สูบ	7 (46.7)	8 (53.3)	
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม	187 (44.8)	230 (55.2)	0.119
ดื่ม	53 (53.5)	46 (46.5)	
การดื่มชาหรือกาแฟ			
ไม่ดื่ม	80 (54.1)	68 (45.9)	0.029
ดื่ม	160 (43.5)	208 (56.5)	
การออกกำลังกาย			
ไม่ปฏิบัติ	219 (49.2)	226 (50.8)	0.002
ปฏิบัติ	21 (29.6)	50 (70.4)	
ความเครียดจากงาน			
เครียดจากงานน้อย	101 (39.0)	158 (61.0)	0.001
เครียดจากงานมาก	139 (54.1)	118 (45.9)	
แผนกที่ทำงาน			
กลุ่มงานพยาบาล	140 (52.4)	127 (47.6)	0.002
กลุ่มงานด้านการบริหาร	45 (48.9)	47 (51.1)	
กลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล	55 (35.0)	102 (65.0)	
การทำงานเป็นกะ			
ไม่มีการทำงานเป็นกะ	99 (37.8)	163 (62.2)	0.001
มีการทำงานเป็นกะ	141 (55.5)	113 (44.5)	
จำนวนชั่วโมงทำงาน (ชั่วโมง/สัปดาห์)			
≤ 40	97 (38.3)	156 (61.7)	0.001
41-55	53 (52.5)	48 (47.5)	
> 55	90 (55.6)	72 (44.4)	
ระยะเวลาในการทำงาน (ปี)			
< 10	109 (51.7)	102 (48.3)	0.094
10-19	63 (46.0)	74 (54.0)	
≥ 20	68 (40.5)	100 (59.5)	

*Chi-squared test; นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ปัญหาการนอนหลับ		p-value*
	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	
ความเครียด			
เครียดน้อย	71 (26.3)	199 (73.7)	< 0.001
เครียดปานกลาง	99 (64.3)	55 (35.7)	
เครียดมาก	70 (76.1)	22 (23.9)	
ความวิตกกังวล			
ปกติ	139 (37.3)	234 (62.7)	< 0.001
มีความวิตกกังวล	101 (70.6)	42 (29.4)	
ภาวะซึมเศร้า			
ปกติ	177 (41.5)	249 (58.5)	< 0.001
มีภาวะซึมเศร้า	63 (70.0)	27 (30.0)	

*Chi-squared test; นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
การดื่มชาหรือกาแฟ			
ไม่ดื่ม	1.59	1.01-2.49	0.045
ดื่ม	1.00		
แผนกที่ทำงาน			
กลุ่มงานพยาบาล	1.98	1.23-3.21	0.005
กลุ่มงานด้านการบริหาร	1.75	0.96-3.19	0.068
กลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล	1.00		
การทำงานเป็นกะ			
ไม่มีการทำงานเป็นกะ	1.00		
มีการทำงานเป็นกะ	1.92	1.25-2.96	0.003
ความเครียด			
เครียดน้อย	1.00		
เครียดปานกลาง	4.57	2.90-7.21	<0.001
เครียดมาก	5.73	3.12-10.52	<0.001
ความวิตกกังวล			
ปกติ	1.00		
มีความวิตกกังวล	2.58	1.59-4.20	<0.001

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิกติกพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ การไม่ดื่มชาหรือกาแฟ แผนกที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ ความเครียด และความวิตกกังวล โดยอธิบายได้ดังนี้ การดื่มชาหรือกาแฟมีผลต่อการนอนหลับ เนื่องจากคาเฟอีนในกาแฟมีผลทำให้เข้าสู่ระยะการนอนหลับช้าลดระยะเวลาการนอนหลับ และตื่นระหว่างการนอนหลับเพิ่มขึ้น ทำให้ลดคุณภาพของการนอนหลับและเพิ่มการง่วงนอนในตอนกลางวัน (Montagna & Chokroverty, 2011) แต่ผลการศึกษาพบคนที่ไม่มีการดื่มชาหรือกาแฟมีความเสี่ยงต่อปัญหาการนอนหลับที่สูงกว่าคนที่ดื่มชาหรือกาแฟ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Yu-Shu Huang (2010) พบการดื่มเครื่องดื่มกาแฟหรือคาเฟอีนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ทำให้เกิดการง่วงนอนในตอนกลางวัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบการศึกษาที่วัดปัจจัยและผลลัพธ์ในเวลาเดียวกันและโดยบริบทของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีลักษณะงานตลอด 24 ชั่วโมงต้องการดื่มกาแฟเพื่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตัว จึงทำให้บุคคลที่ดื่มกาแฟเพราะต้องการกระตุ้นไม่ให้ง่วงนอนอาจพบร้อยละของปัญหาการนอนหลับเกิดขึ้นมากในกลุ่มคนที่ไม่ดื่มกาแฟ เพราะคนที่ดื่มเนื่องจากเกิดอาการง่วงนอน

ในด้านแผนกที่ทำงานเป็นปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ โดยในแต่ละแผนกจะมีความแตกต่างกัน ทั้งลักษณะการทำงานและภาระงาน ในบางแผนกมีภาระงานมากทำให้บุคลากรต้องทำงานหนักซึ่งก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานทำให้มีผลต่อการนอนหลับ นอกจากนี้ลักษณะการทำงานกะก็มีความแตกต่างกัน ในแต่ละแผนก โดยผลการศึกษาพบกลุ่มงานพยาบาลมีความเสี่ยงต่อปัญหาการนอนหลับมากกว่ากลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล เนื่องจากกลุ่มงานพยาบาลมีบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพกว่าร้อยละ 65 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานผู้ป่วยใน ที่มีลักษณะการทำงานเป็นกะมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวิชาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แย้มมา (2013) ที่พบว่าการทำงานในแผนกผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ เนื่องจากมีลักษณะการทำงานที่เปลี่ยนผลัดไปเรื่อยๆ และในด้านการทำงานเป็นกะพบผู้ที่ทำงานเป็นกะมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dong-Kyun Lim (2014) ที่พบว่าการทำงานเป็นกะมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ นอกจากนี้การศึกษาของ Masaya Takahashi (2008) ก็พบว่าพยาบาลที่ทำงานเป็นกะมีความชุก ของปัญหาการนอนหลับยาก อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพการนอนหลับที่สูงกว่าพยาบาลที่ไม่ได้ทำงานเป็นกะ ทั้งยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาการนอนหลับดังกล่าวมากกว่าด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการทำงานเป็นกะ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานพยาบาล เช่น แผนกผู้ป่วยใน ส่วนมากจะมีลักษณะการทำงานเป็นกะโดยผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ได้แก่ ผลัดเช้า ผลัดบ่าย และผลัดดึก ซึ่งทำให้มีการนอนไม่เป็นเวลา แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไปมีผลต่อวงจรการนอนหลับ และทำให้มีปัญหาการนอนหลับ

นอกจากนี้ในด้านความเครียดและความวิตกกังวลซึ่งอาจมีสาเหตุจากปัญหาครอบครัวหรือปัญหาอื่นที่นอกเหนือจากการทำงานก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการนอนหลับ เนื่องจากการมีความเครียดสูง หรือมีความวิตกกังวลทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับ หรืออาจจะนอนไม่หลับ ส่งผลให้มีปัญหาการนอนหลับ นอกจากนั้นแล้วคนที่มีความเครียดจะมีอาการนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา แย้มมา (2013) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ และ Jianfeng Luo (2013) พบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยเสี่ยงของการขาดคุณภาพในการนอนหลับ

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การวัดปัญหาการนอนหลับเป็นการคัดกรองเท่านั้น ไม่ใช่การวินิจฉัย นอกจากนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยลักษณะของบุคลากรซึ่งเป็นประชากรที่ศึกษาอาจจะมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เช่น ภาระงาน สัดส่วนการทำงานแต่ละแผนก วิถีชีวิต เป็นต้น ดั้งนั้นผลการวิจัยนี้อาจไม่สามารถอธิบายสถานการณ์ของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปได้ และเนื่องจากการวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถอธิบายได้ในเชิงเหตุผลได้ เช่น ความเครียดกับปัญหาการนอนหลับ โดยความเครียดอาจทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับและการมีปัญหาการนอนหลับก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน และในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาปัจจัยด้านภาระงาน ระยะเวลาการหมุนเวียนกะและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมขณะนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ซึ่งการวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยดังกล่าว นอกจากนั้นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ดียิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัย

บุคลากรในโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.5) มีปัญหาการนอนหลับ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของบุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่ การดื่มไม่ชาหรือกาแฟ แผนกที่ทำงาน การทำงานเป็นกะ ความเครียด และความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลควรพิจารณาจัดระบบการหมุนเวียนกะภายในระยะเวลาที่ร่างกายสามารถปรับสภาวะการนอนหลับได้ และพิจารณาจัดกิจกรรมหรือโครงการจัดการความเครียดโดยพิจารณาจัดคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากร เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลสำหรับบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรที่ทำงานเป็นกะเพื่อลดปัญหาการนอนหลับ ในบุคลากรของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2536). สรีรวิทยาการนอนหลับ. การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Bagai, K. (2010). Obstructive sleep apnea, stroke, and cardiovascular diseases. *Neurologist,* 16(6), 329-339. doi: 10.1097/NRL.0b013e3181f097cb

Cho, Y. W., Shin, W. C., Yun, C. H., Hong, S. B., Kim, J., & Earley, C. J. (2009). Epidemiology of insomnia in korean adults: prevalence and associated factors. *J Clin Neurol,* 5(1), 20-23. doi: 10.3988/jcn.2009.5.1.20

Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2014). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2008. *Aust N Z J Psychiatry*. doi: 10.1177/0004867414546700

Huang, Y. S., Wang, C. H., & Guilleminault, C. (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Med,* 11(10), 1035-1042. doi: 10.1016/j.sleep.2010.04.009

Lim, D. K., Baek, K. O., Chung, I. S., & Lee, M. Y. (2014). Factors Related to Sleep Disorders among Male Firefighters. *Ann Occup Environ Med,* 26, 11. doi: 10.1186/2052-4374-26-11

Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A., & Landrigan, C. P. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,* 33(11 SUPPL.), 7-18.

Luo, J., Zhu, G., Zhao, Q., Guo, Q., Meng, H., Hong, Z., & Ding, D. (2013). Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: results from the Shanghai aging study. *PLoS One,* 8(11), e81261. doi: 10.1371/journal.pone.0081261

Mehrdad, R., Haghighi, K. S., & Esfahani, A. H. (2013). Sleep quality of professional firefighters. *Int J Prev Med,* 4(9), 1095-1100.

Mello, M. T. d., Narciso, F. V., Tufik, S., Paiva, T., Spence, D. W., Bahammam, A. S., . . . Pandi-Perumal, S. R. (2013). Sleep disorders as a cause of motor vehicle collisions. *Int J Prev Med,* 4(3), 246-257.

Michal, M., Wiltink, J., Kirschner, Y., Schneider, A., Wild, P. S., Munzel, T., . . . Beutel, M. E. (2014). Complaints of sleep disturbances are associated with cardiovascular disease: results from the Gutenberg Health Study. *PLoS One,* 9(8), e104324. doi: 10.1371/journal.pone.0104324

Montagna, P., & Chokroverty, S. (2011). *Handbook of Clinical Neurology: Sleep disorders,Part* 1 (P. Montagna & S. Chokroverty Eds. Vol. 98). Edinburgh Elsevier.

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med,* 7(2), 123-130. doi: 10.1016/j.sleep.2005.08.008

Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai,* 97 *Suppl* 3, S57-67.

Takahashi, M., Iwakiri, K., Sotoyama, M., Higuchi, S., Kiguchi, M., Hirata, M., . . . Nishiyama, K. (2008). Work schedule differences in sleep problems of nursing home caregivers. *Appl Ergon,* 39(5), 597-604. doi: 10.1016/j.apergo.2008.01.003

Vargas de Barros, V., Martins, L. F., Saitz, R., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2013). Mental health conditions, individual and job characteristics and sleep disturbances among firefighters. *J Health Psychol,* 18(3), 350-358. doi: 10.1177/1359105312443402

Vgontzas, A. N., Liao, D., Bixler, E. O., Chrousos, G. P., & Vela-Bueno, A. (2009). Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. *Sleep,* 32(4), 491-497.

Watanabe, M., Kikuchi, H., Tanaka, K., & Takahashi, M. (2010). Association of short sleep duration with weight gain and obesity at 1-year follow-up: a large-scale prospective study. *Sleep,* 33(2), 161-167.

Yamma, C., & Lueboonthavatchai, P. (2013). Sleep Problems, Fatigue and Work Efficiency among Registered Nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand,* 58(2), 183-196.

Yodchai, K., Oumtanee, A., & Chinnawong, T. (2009). Selected factors relating to the sleep quality of nurses. *Songkla Med J,* 27(1), 51-60.