

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับภาวะซึมเศร้าของอาจารย์ นิสิต และพนักงานของมหาวิทยาลัยบูรพา

ยุทธภูมิ มีประดิษฐ์, ประ.ด.^{1*} ภักดี สุขพรสวรรค์, วท.ม.¹ จิตินันท์ เอื้ออำนวย, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้าระหว่างอาจารย์ นิสิต พนักงาน 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า 3) สำรวจยาการใช้ยานอนหลับและยาลดความซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาจารย์ นิสิต และพนักงาน รวมทั้งสิ้น 243 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดคุณภาพการนอน และแบบวัดภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ ANOVA และ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างอาจารย์ นิสิต พนักงาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.536, p < .05$) ยาในกลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนมากที่สุด คือ Lorazepam 0.5 mg (4.45%) รองลงมา ได้แก่ Lorazepam 1 mg (2.06%) และ Clonazepam 0.5 mg (1.65%) ตามลำดับ และยาในกลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยลดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ Amitriptyline 10 mg (4.49%) รองลงมา ได้แก่ Fluoxetine 20 mg (3.70%) และ Clonazepam 0.5 mg (2.47%) ตามลำดับ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า บุคคลของมหาวิทยาลัยบูรพาควรเพิ่มความสนใจและเฝ้าระวังรวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนและลดความซึมเศร้าเพื่อลดการใช้ยานอนหลับและยาลดความซึมเศร้า

คำสำคัญ: คุณภาพการนอน ภาวะซึมเศร้า ยา

¹ อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: yutthapoom@buu.ac.th

Correlation between Sleep Quality and Depression among Lecturers, Students, and Employees in Burapha University

Yutthapoom Meepradit, Ph.D.^{1*}, Phakdee Sukpornsawan, M.Sc.¹, Tittinnun Auamnoy, Ph.D.²

Abstract

This cross-sectional study aimed to compare the sleep quality and depression between lecturers, students, and employees, investigate the relationship between sleep quality and depression, and explore the drugs used for insomnia and depression. A sample of 243, including 81 lecturers, students, and employees, were recruited using simple random sampling. Data collection took place between August and October 2020. Research instruments were Sleep Quality Index and Depression Rating Scale. Descriptive statistics, ANOVA, and Pearson's correlation coefficient analysis were used to analyze the data.

The study results found that the sleep quality of lecturers, students, and employees were not significantly different ($p < .05$). Pearson Correlation analysis revealed a significant negative correlation between depression and sleep quality ($r = -0.536$, $p < .05$). The three commonly used drugs for insomnia were Lorazepam 0.5 mg (4.45%), Lorazepam 1 mg (2.06%), and Clonazepam 0.5 mg (1.65%); and for depression were Amitriptyline 10 mg (4.94%), Fluoxetine 20 mg (3.70%), and Clonazepam 0.5 mg (2.47%). Lecturers used insomnia and depression drugs more than the other two groups. These findings suggest that Burapha University Human Resources Department should pay more attention, create awareness and organize activities for increasing sleep quality and decreasing depression by less consumption of sleep-inducing drugs and antidepressants.

Key words: sleep quality, insomnia, depression

¹ Lecturer, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Burapha University

² Associate professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Burapha University

* Corresponding author e-mail: yutthapoom@go.buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตโดยธรรมชาติของมนุษย์ จากกระบวนการสรีรวิทยาของการนอนหลับบ่งบอกคุณภาพการนอนหลับที่ส่งผลให้บุคคลนั้น สามารถทำกิจกรรมในขณะตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Potaros, 2017) ผลการนอนหลับต่อระบบการทำงานของร่างกายในด้านกระบวนการเรียนรู้และความจำ (Yoocharoensuk, 2018) ดังนั้นปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับในบุคคลที่อยู่ในวัยทำงานและวัยเรียน จากการศึกษาได้ระบุปัจจัยทำงานของร่างกายที่ลดลงตามอายุ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเรื้อรังเป็นสองเงื่อนไขทั่วไปที่อาจทำให้คนนอนไม่หลับ (American Sleep Association, 2022) การบ่งบอกสภาวะการนอนไม่หลับ บุคคลนั้นไม่รู้สึกง่วงนอน และตื่นบ่อยตื่นเช้าเกินไป โดยนอนหลับไม่ยาก (Bech, 2006; Mayo Clinic, 2022) จากรายงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 พบว่า คนไทยกว่า 19 ล้านคน มีอาการนอนในระดับสูงและจะมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Charon, Dramaix, & Mendlewicz, 1989) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) คาดการณ์ว่าคนไทยมากกว่าร้อยละ 7 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางหรือรุนแรง โดยความรุนแรงโรคและอาการของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับเป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน (Weyerer & Dilling, 1991)

ดังนั้นปัญหาหลักของภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีสาเหตุมาจากความรู้สึกเศร้าสร้อยและไม่สนใจสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องจะมีผลต่อความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และปัญหาทางกายหลายอย่าง (Torres, 2022) ส่งผลนำไปสู่ปัญหาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรง (Isaac & Greenwood, 2011) จะมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไม่อยากจะใช้ชีวิตอยู่ต่อไป (Bech, 2006; Mayo Clinic, 2022) ภาวะซึมเศร้าเป็นผลโดยตรงต่อคุณภาพการนอน (Hamilton, 1960) การซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการฆ่าตัวตาย และทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายเช่น โรคหัวใจ และความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ (Mason & Harvey, 2014) ผู้ที่นอนไม่หลับจะทำให้เป็นโรคซึมเศร้าและส่งผลถึงปัญหาในการทำงาน การเรียน อาชีพการทำงานและชีวิตทางสังคม (Hamilton, 1960) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การนอนไม่หลับ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ ตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกไม่สดชื่น ที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ลำบากที่ตามมา เช่น ความบกพร่องทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการทำงาน (Chigome, Nhira, & Meyer, 2018; Edinger et al., 2004; Morin et al., 2015) อาการนอนไม่หลับมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Pan et al., 2017) วิธีการได้ข้อมูลเพื่อการประเมินภาวะซึมเศร้าวัดโดย Hamilton depression rating scale [HAM-D] (Hamilton, 1960) ร่วมกับการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอน จากการใช้เครื่องมือใช้แบบสอบถาม Pittsburg sleep quality (PSQI) สามารถนำไปศึกษาปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพการนอน การใช้ยา

จากการศึกษาที่ผ่านมาจากผลกระทบที่สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการนอนหลับของวัยต่าง ๆ และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด พบว่าการศึกษาทำงานกะกลางคืนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี การนอนหลับที่ไม่ดีวัดจากความยากลำบากในการล้มตัวลงนอน หรือนอนหลับ ผลได้ระบุว่าอาการนอนไม่หลับกว่าจะหลับใช้เวลานาน และอาการนอนไม่หลับประเภทอื่น ๆ ได้แก่ อาการนอนไม่หลับตั้งแต่เริ่มต้นนอน หรือการนอนหลับยาก และการนอนไม่หลับอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือการตกใจตื่นตอนกลางคืน นอกจากนั้นอาการของโรคนอนไม่หลับ ยังแสดงออกมาในรูปอาการต่าง ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า หดเหี่ยวแรง หลงลืม และอารมณ์ไม่ดี เป็นต้น และยังมีอาการนอนไม่หลับอื่น ๆ ได้แก่ รู้สึกอ่อนเพลีย การขาดสมาธิ น้ำหนักเพิ่มขึ้น ขาดการสร้างภาวะสมดุลและการประสานในการทำงาน และภาวะซึมเศร้า (Dai et al., 2019) ที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 3 คืนต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปซึ่งเป็นอาการที่พบเสมอผู้ที่นอนไม่หลับ นอกจากนี้ศึกษาพฤติกรรมการนอนหลับของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 104 คนในมหาวิทยาลัย Monash โดยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่าพฤติกรรมที่ส่งผลให้ปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมในระหว่างการเรียนได้ไม่ดีเพราะผลจากการตื่นนอนสายกว่าปกติในตอนเช้าของวันธรรมดาและโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตื่นสายในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ บ่งบอกว่ามีคุณภาพการนอนต่ำ และมีผลต่อพฤติกรรมการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังรายงานผลของ

การมีอาการทางจิตที่ผิดปกติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับ เช่น จิตเภท ฮิสทีเรีย จากแบบสำรวจ Minnesota multiphasic personality inventory [MMPI] ซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมระหว่างเรียน ทำให้การทำกิจกรรมแย่งได้เช่นกัน ส่วนเวลาที่ผล็อยหลับใช้เวลานาน เวลาที่ตื่นกลางคืนระหว่างคืน เวลาที่นอนหลับระหว่างวัน เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ เวลาที่เข้านอนในวันธรรมดาและวันหยุดเสาร์อาทิตย์ และความถี่ในการเกิดฝันร้ายหรือสิ่งที่รบกวนจนปลุกให้ตื่นระหว่างคืนนั้นไม่มีผลต่อพฤติกรรมการนอนของนักศึกษาแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (Johns, Dudley, & Masterton, 1976)

การพิจารณาใช้เครื่องมือสอบถาม PSQI ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนจากการศึกษา อายุ และเพศ มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 43-71 ปี ทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 2,144 คน ประเทศสเปน ผลจากการใช้สถิติ Logistic regression model พบว่า ความสุขของการมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอยู่ที่ 38.2% และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย Univariate logistic Regression จะพบว่า เพศหญิงจะมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีเป็นเกือบ 2 เท่าของเพศชาย (ค่า OR : 1.88 95% CI 1.54-2.88) และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่แย่งอย่างมีนัยสำคัญ (OR: 1.05) (Madrid-Valero, Martínez-Selva, Ribeiro do Couto, Sánchez-Romera, & Ordoñana, 2017) การนำแบบสอบถาม PSQI ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนกับลักษณะรูปแบบการใช้ชีวิต (Life style characteristics) ในนักศึกษาเปรู จำนวน 2,458 คน ซึ่งศึกษาครอบคลุมถึงการบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนชนิดอื่น ๆ โดยเก็บข้อมูลเรื่องรูปแบบการใช้ชีวิต พบว่าสถิติ Logistic regression เพื่อหาค่า Odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95% พบว่าจากการที่มีกลุ่มตัวอย่างชาย 965 คน และหญิงจำนวน 1,493 คน ในงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ที่มีปัญหาคุณภาพการนอนแย่งแบ่งเป็น ชาย 58.4% และหญิง 58.4% ในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นมากกว่า 3 ครั้งต่ออาทิตย์ มีคุณภาพการนอนหลับที่แย่งกว่าคนที่ไม่ดื่มเลย (OR = 1.88, 95% CI 1.42-2.5) นักศึกษาที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1-19 ครั้งต่อเดือน มี sleep latency มากกว่าคนที่ไม่ดื่มเลย (OR=1.9, 95% CI 1.46-2.49) การบริโภคเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นมากกว่า 3 ครั้งต่ออาทิตย์มีความสัมพันธ์กับ Daytime dysfunction เนื่องจากนอนหลับไม่เพียงพอ (OR = 1.45, 95% CI 1.10-1.9) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเรื่อง Short sleep duration (OR = 1.49, 95% CI 1.14-1.94) และการใช้ยานอนหลับ (OR = 2.1, 95% CI 1.35 -3.28) กล่าวโดยสรุปคือ การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้คุณภาพการนอนแย่ง (Sanchez et al., 2013) การศึกษาพบว่า การนำแบบสอบถาม PSQI ใช้ศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ในมหาวิทยาลัย Igbinedion ประเทศไนจีเรียที่กำลังฝึกปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล Federal Psychiatric Hospital โดยมีการฝึกปฏิบัติงานเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ร่วมกับแบบสอบถาม Socio-demographic questionnaire ซึ่งใช้สอบถามถึงอายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความถี่ในการใช้สารเพิ่มความตื่นตัวแก่ร่างกาย และการใช้ยานอนหลับ การพิจารณาปัญหาการนอนหลับในแต่ละบุคคล Family related adverse childhood experiences [ACE] เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินบุคคลที่มีปัญหายาในครอบครัว เช่น ปัญหาหนี้สิน การทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว การหย่าร้างของพ่อแม่ การมีโรคภัยไข้เจ็บ การเสียชีวิต และการติดสารเสพติดหรือสุราของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นคำถามที่จะถามถึงภูมิหลังก่อนอายุ 16 ปีของผู้ถูกสอบถาม Epworth sleepiness scale [ESS] ใช้ประเมินระดับความง่วงซึมระหว่างวัน หรือประเมินแนวโน้มที่เกิดอาการง่วงซึมในเวลากลางวัน Fatigue severity scale [FSS] of sleep disorders ใช้ประเมินระดับความเหนื่อยล้าในระหว่างการทำงาน และ 12-item General health questionnaire [GHQ-12] ใช้ประเมินทางจิตเวชทั่วไปแบบกระชับ เพื่อดูภาวะสุขภาพจิตของประชากรที่ทำแบบสอบถาม จาก 255 แบบสอบถามที่ถูกสำรวจ มีอายุเฉลี่ย 24.45 ± 2.32 ปี โดยมีจำนวนผู้หญิง 51% ซึ่งมากกว่าผู้ชาย และมีเพียงบางส่วน (5.1%) ที่มีโรคประจำตัว และมี 3.1% ที่เคยถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการนอนหลับ และเคยได้รับการรักษาความผิดปกตินี้ แล้วยังได้กล่าวอีกว่า 32.5% หรือมีจำนวนนักศึกษาแพทย์ 83 คนมีคุณภาพการนอนต่ำ เพราะมีสาเหตุจากโรคประจำตัวเรื้อรัง สาเหตุจากยานอนหลับ และมีช่วงเวลากการนอนไม่ปกติ หรือ

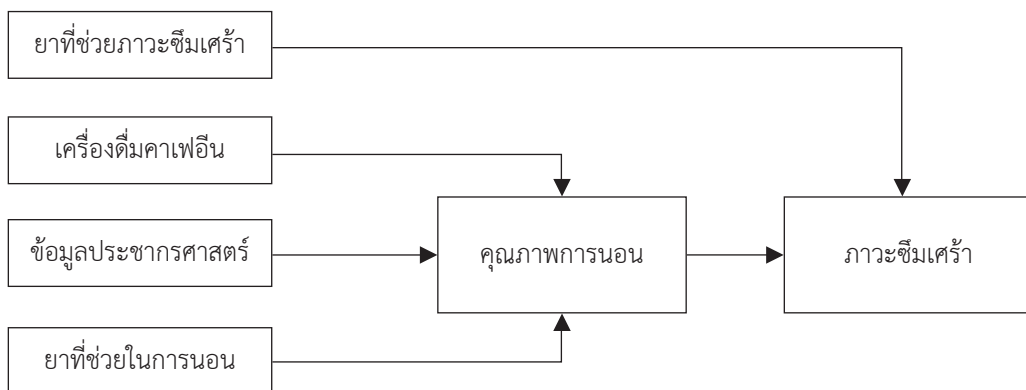
มิได้นอนหลับในช่วงที่ควรจะนอน ซึ่งมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศและการถูกวินิจฉัยถึงความผิดปกติเรื่องการนอนหลับไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การได้รับสารนิโคติน หรือกัญชา ก็มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ งานศึกษาได้กล่าวไว้ว่าโรคประจำตัวเรื้อรัง จำนวนคือในการนอนหลับมากกว่า 1 คืนต่อสัปดาห์ที่ทำให้มีช่วงเวลาการนอนไม่ปกติ และมีอย่างน้อย 1 ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้ได้โดยมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (James, Omoaregba, & Igberase, 2011)

คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มักจะพบในกลุ่มวัยทำงานและวัยเรียน ภายใต้การคาดหวังความสำเร็จการทำงานและการเรียนการสอนของบุคคลและนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาเป็นข้อมูลอาจนำมาจากการสำรวจ หรือการสัมภาษณ์ หรือจากการประสบการณ์ตรงสภาพการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยประเมินด้วยตนเอง สามารถแบ่งได้เป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะการนอนหลับโดยภาพรวม (Subjective sleep quality) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep latency) ระยะเวลาที่ใช้ในการนอนหลับ (Sleep duration) ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ (Habitual sleep efficiency) ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbances) การใช้ยานอนหลับ (Use of sleeping medication) และผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน (Daytime dysfunction) ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสภาพแวดล้อม และอื่น ๆ ทำให้เกิดการนอนหลับเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปวางแผนส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดในการทำงานและการเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้าระหว่าง อาจารย์ นิสิต พนักงาน
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า
3. สำรวจยาการใช้ยานอนหลับและยาลดความซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยภาคตัดขวาง มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณาจารย์ นิสิต และพนักงาน ทั้ง 21 คณะในมหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณาจารย์ นิสิต และพนักงาน ในมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 243 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้สถิติอ้างอิงคือ สถิติ One way ANOVA เป็นหลัก การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจึงอ้างอิงหนังสือจากหนังสือ “Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences second edition 1977” โดย Jacob Cohen, หน้า 384 ตาราง 8.4.4 (Cohen, 1988) เมื่อตั้งค่า α 0.05, β 0.20, power 0.80, effect size 0.20 เมื่อ k (กลุ่ม) = 3, ได้ค่า $(n) = 81$ คนต่อกลุ่ม * 3 กลุ่ม, จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด $81 \times 3 = 243$ โดยการสุ่ม อาจารย์ 81 คน, นิสิต 81 คน และพนักงาน 81 คน รวมทั้งสิ้น 243 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือในงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ การใช้ยาช่วยในการนอนหลับ ยาต้านความซึมเศร้า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน

2. แบบวัดคุณภาพการนอน ใช้แบบวัดคุณภาพการนอน Pittsburgh sleep quality index [PSQI] โดย (Methipisit, Saengwanitch, Ruangkana, & Ruangkananaset, 2016) เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินตนเอง ในด้านคุณภาพการนอนหลับและสภาพสิ่งแวดล้อมการนอนในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถาม PSQI ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มี 19 ตัวแปร ได้แก่ (1) คุณภาพการนอนหลับส่วนตัว (2) เวลาแฝงของการนอนหลับ (3) ระยะเวลาการนอนหลับ (4) ประสิทธิภาพการนอนหลับเป็นประจำ (5) การรบกวนการนอนหลับ (6) การใช้สารช่วยนอนหลับ และ (7) ความผิดปกติในเวลากลางวัน แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามนี้ใช้กันแพร่หลายในหลายประเทศเพราะมีความตรงและความเที่ยงสูง (Holloway et al., 2016) คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบเท่ากับ 0 ถึง 21 เมื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบกับคะแนน PSQI เป็นมาตรฐาน ที่อยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 21 (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) คะแนน “0” แปลว่าไม่มีปัญหาในการนอน และคะแนน “21” แปลว่า อยู่ในสภาพที่มีปัญหาในการนอนมาก ดังนั้นยิ่งคะแนนมากแปลว่าการนอนยิ่งเลวลง หากได้ผลคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน จะหมายถึงมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี หากน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนหมายถึงมีคุณภาพการนอนที่ดี

3. ภาวะซึมเศร้า วัดด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) โดย (Lotrakul & Sukying, 1996) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ประกอบด้วย 17 ตัวแปร (measurement variables) การแปลผล คะแนนมากหมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก ถ้าได้คะแนน 10-13 คือมีภาวะซึมเศร้าอย่างอ่อน คะแนน 14-17 มีภาวะซึมเศร้าอย่างอ่อนถึงปานกลาง และคะแนน > 17 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับภาวะซึมเศร้าของอาจารย์ นิสิต และพนักงานของมหาวิทยาลัยบูรพา เป็นวิจัยภาคตัดขวางระยะสั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์ นิสิต และพนักงานของมหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ.2563 ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 243 คน (100%)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพาตามประกาศเลขที่ 233/2562 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ ได้แก่ เข้าร่วมด้วยความสมัครใจเท่านั้น สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่ผลต่อบุคคล และการเปิดเผยข้อมูลจะดำเนินการในภาพรวมเท่านั้น หลังจากการเผยแพร่ข้อมูลจะถูกทำลายทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา
 2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรค่าต่อเนื่อง ด้วยสถิติ Analysis of variance
 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่าต่อเนื่อง ด้วยสถิติ Pearson's correlation
- โดยตั้งค่า Alpha (α) ที่ 0.05 ตลอดการประมวลผล

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 243 คน, 47 (58.02%) เป็นคณาจารย์เพศหญิง, 34 (41.98%) เป็นคณาจารย์เพศชาย, 45 (55.56%) เป็นนิสิตเพศหญิง, 36 (44.44%) เป็นนิสิตเพศชาย, 50 (61.73%) เป็นพนักงานเพศหญิง, 31 (38.27%) เป็นพนักงานเพศชาย

2. เปรียบเทียบคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า ระหว่าง คณาจารย์ นิสิต และพนักงาน ของมหาวิทยาลัยบูรพา สถิติ ANOVA ให้ผลดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ยของการนอนหลับ (Sleep latency) ของ นิสิต > พนักงาน > คณาจารย์ อย่างมีนัยสำคัญ ($27.04 > 19.80 > 19.40, p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยของชั่วโมงการนอน (Sleeping hour) ของ พนักงาน > คณาจารย์ > นิสิต อย่างมีนัยสำคัญ ($27.04 > 19.80 > 19.40, p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยนิสัยการนอนอย่างมีประสิทธิภาพ (Habitual sleep efficiency) ของ อาจารย์ > นิสิต > พนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($95.30 > 95.06 > 93.17, p > 0.05$) ค่าเฉลี่ยของการถูกรบกวนเวลานอน (Sleep disturbance) ของ พนักงาน > อาจารย์ > นิสิต แต่ไม่มีนัยสำคัญ ($9.14 > 7.81 > 7.73, p = 0.078, \text{ANOVA}$) ค่าเฉลี่ยของความไม่กระปรี้กระเปร่าในเวลากลางวัน (Day time dysfunction) ของ นิสิต > อาจารย์ > พนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($1.40 > 1.03 > 0.90, p > 0.05$) ค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนรวม (Global PQSI) ของ นิสิต > อาจารย์ > พนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($6.78 > 6.75 > 6.50, p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนคุณภาพการนอนระหว่าง อาจารย์ นิสิต และพนักงาน ด้วย ANOVA

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean	SD	p-value
การนอนหลับ	อาจารย์	19.40	4.98	0.042*
	นิสิต	27.04	5.21	
	พนักงาน	19.80	6.44	
ชั่วโมงการนอน	อาจารย์	6.56	0.84	0.036*
	นิสิต	6.14	1.30	
	พนักงาน	10.23	2.45	
นิสัยการนอนอย่างมีประสิทธิภาพ	อาจารย์	95.30	3.64	0.064
	นิสิต	93.17	3.64	
	พนักงาน	95.06	2.44	
การถูกรบกวนเวลานอน	อาจารย์	7.81	3.85	0.078
	นิสิต	7.73	2.66	
	พนักงาน	9.14	4.65	

ตัวแปร	กลุ่ม	Mean	SD	p-value
ความไม่กระปรี้กระเปร่าในเวลากลางวัน	อาจารย์	1.03	0.67	0.082
	นิสิต	1.40	0.96	
	พนักงาน	0.90	0.55	
คุณภาพการนอนรวม	อาจารย์	6.78	1.45	0.124
	นิสิต	6.74	1.71	
	พนักงาน	6.50	1.47	

สรุป เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ ค่าเฉลี่ยการนอนหลับ (Sleep latency) ด้วยวิธี Turkey พบว่า ค่าเฉลี่ยชั่วโมงการนอน (Sleeping hour) ของ พนักงาน > อาจารย์กับนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้าระหว่าง อาจารย์ นิสิต และพนักงาน ด้วย ANOVA

		Mean	SD	p-value
คุณภาพการนอน	อาจารย์	6.78	1.45	0.124
	นิสิต	6.74	1.71	
	พนักงาน	6.50	1.47	
ภาวะซึมเศร้า	อาจารย์	7.10	1.07	0.174
	นิสิต	7.43	1.94	
	พนักงาน	6.46	1.85	

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนระหว่าง อาจารย์ > นิสิต > พนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($6.78 > 6.74 > 6.50, p > 0.05$) และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่าง นิสิต > อาจารย์ > พนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($7.43 > 7.10 > 6.46, p > 0.05$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนกับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.536, p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างคุณภาพการนอน กับ ภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Pearson's Correlations

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	p-value
คุณภาพการนอน	$r = 0.536^*$.024

4. การใช้ยานอนหลับและยาลดความซึมเศร้า

ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนมากที่สุด คือ Lorazepam 0.5 mg (4.45%) รองลงมา ได้แก่ Lorazepam 1 mg (2.06%) และ Clonazepam 0.5 mg (1.65%) ตามลำดับ และยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยลดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ได้แก่ Amitriptyline 10 mg (4.49%) รองลงมา ได้แก่ Fluoxetine 20 mg (3.70%) และ Clonazepam 0.5 mg (2.47%) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 และ ตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอน

ยานอนหลับ	Frequency	Percent
Lorazepam 0.5 mg.	11	4.53
Lorazepam 1.0 mg.	5	2.06
Clonazepam 0.5 mg	4	1.65

ตารางที่ 6 ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ยาลดภาวะซึมเศร้า	Frequency	Percent
Amitriptyline 10 mg.	12	4.94
Fluoxetine 20 mg.	9	3.70
Clonazepam 1.5 mg.	6	2.47

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงผลประเมิณคุณภาพการนอน (Insomnia) ระหว่างอาจารย์ นิสิต และพนักงาน ได้แก่ ลูกจ้าง นิสิต และอาจารย์ เท่ากับ $6.50 < 6.74 < 6.78$ พนักงานนอนหลับได้ดีกว่านิสิต และนิสิตนอนหลับได้ดีกว่าอาจารย์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มศึกษาทั้งสามกลุ่มมีคะแนน PSQI มากกว่า 5 ซึ่งหมายความว่า ทั้ง 3 กลุ่มโดยเฉลี่ยมีสภาพนอนไม่หลับอย่างอ่อน คือพวกเขามีคุณภาพการนอนหลับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Huang and Zhu (2020) และผลประเมิณคะแนนภาวะซึมเศร้า (HAM-D) ของนิสิต อาจารย์ และพนักงาน เท่ากับ $7.43 > 7.10 > 6.46$ กลุ่มนิสิตมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอาจารย์ และกลุ่มอาจารย์มีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มพนักงาน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มนิสิตและอาจารย์มากกว่า 7 หมายความว่า ทั้งอาจารย์และนิสิตอยู่ในสภาวะซึมเศร้าอย่างอ่อน แต่คะแนนกลุ่มพนักงานมีคะแนนซึมเศร้า 6.46 หมายความว่า กลุ่มพนักงานไม่พบความซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ikeda, Kayashima, Sasaki, Kashima, and Koyama (2017) และคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.536, p < 0.05$) สอดคล้องงานวิจัยของ Hilferty (2018); Isaac, Toukhsati, Di Benedetto, and Kennedy (2021) และ งานวิจัยของ Lotrakul and Sukanich (2000)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพการนอนและภาวะซึมเศร้า ควรทำซ้ำในทุกกลุ่ม ในมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ประเทศไทย เพื่อการกล่าวอ้างอิง (generalize) ได้อย่างทั่วถึง อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิจกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา สนับสนุนทุนเพื่อการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณคณาจารย์ นิสิต และพนักงานมหาวิทยาลัยบูรพา ในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

References

- American Sleep Association. (2022). *Insomnia risk factors*. Retrieved from <https://www.sleepassociation.org/sleep-resources/insomnia-risk-factors/>
- Bech, P. (2006). Rating scales in depression: Limitations and pitfalls. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(2), 207-215.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213.
- Charon, F., Dramaix, M., & Mendlewicz, J. (1989). Epidemiological survey of insomniac subjects in a sample of 1,761 outpatients. *Neuropsychobiology*, 21(3), 109-110.
- Chigome, A., Nhira, S., & Meyer, J. (2018). An overview of insomnia and its management. *SA Pharmaceutical Journal*, 85, 32-38.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum associates.
- Dai, C., Qiu, H., Huang, Q., Hu, P., Hong, X., Tu, J., Xie, Q., Li, H., Ren, W., Ni, S., & Chen, F. (2019). The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 435-440.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., Jamieson, A. O., McCall, W. V., Morin, C. M., & Stepanski, E. J. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Hilferty, D. J. (2018). Getting health care right. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46(4), 829-832.
- Holloway, K. L., Williams, L. J., Brennan-Olsen, S. L., Morse, A. G., Kotowicz, M. A., Nicholson, G. C., & Pasco, J. A. (2016). Anxiety disorders and falls among older adults. *J Affect Disord*, 205, 20-27.
- Huang, Y., & Zhu, M. (2020). Increased global PSQI score is associated with depressive symptoms in an adult population from the United States. *Nature and Science of Sleep*, 12, 487-495.
- Ikeda, H., Kayashima, K., Sasaki, T., Kashima, S., & Koyama, F. (2017). The relationship between sleep disturbances and depression in daytime workers: A cross-sectional structured interview survey. *Industrial Health*, 55(5), 455-459.
- Isaac, F., & Greenwood, K. M. (2011). The relationship between insomnia and depressive symptoms: Genuine or artifact? *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7, 57-63.
- Isaac, F., Toukhsati, S., Di Benedetto, M., & Kennedy, G. (2021). A systemic review of the impact of wildfires on sleep disturbances. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-13.
- James, B., Omoaregba, J., & Igberase, O. (2011). Prevalence and correlates of poor sleep quality among medical students at a Nigerian university. *Annals of African Medicine*, 5, 1-5.

- Johns, M. W., Dudley, H. A., & Masterton, J. P. (1976). The sleep habits, personality and academic performance of medical students. *Med Educ*, 10(3), 158-162.
- Lotrakul, M., & Sukying, C. (1996). The reliability and validity of Thai version of Hamilton rating scale for depression. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(4), 235-246. (in Thai)
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2000). Development of the Thai depression inventory. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 82, 1200-1207.
- Madrid-Valero, J. J., Martinez-Selva, J. M., Ribeiro do Couto, B., Sánchez-Romera, J. F., & Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gac Sanit*, 31(1), 18-22.
- Mason, E. C., & Harvey, A. G. (2014). Insomnia before and after treatment for anxiety and depression. *J Affect Disord*, 168, 415-421.
- Mayo Clinic. (2022). *Insomnia*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/insomnia/symptoms-causes/syc-20355167>
- Methipisit, T., Saengwanitch, S., Ruangkana, P., & Ruangkanchanaset, P. (2016). 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*, 99(8), 893-903.
- Morin, C., Drake, C., Harvey, A., Krystal, A., Manber, R., Riemann, D., & Spiegelhalder, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15026.
- Pan, S., Liu, Z. W., Shi, S., Ma, X., Song, W. Q., Guan, G. C., Zhang, Y., Zhu, S. M., Liu, F. Q., Liu, B., Tang, Z. G., Wang, J. K., & Lv, Y. (2017). Hamilton rating scale for depression-24 (HAM-D(24)) as a novel predictor for diabetic microvascular complications in type 2 diabetes mellitus patients. *Psychiatry Res*, 258, 177-183.
- Potaros, D. (2017). Factors related to sleeping quality of nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(1), 25-36. Retrieved from <https://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3404/nus25n1p25-36.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai)
- Sanchez, S. E., Martinez, C., Oriol, R. A., Yanez, D., Castañeda, B., Sanchez, E., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2013). Sleep quality, sleep patterns and consumption of energy drinks and other caffeinated beverages among Peruvian college students. *Health (Irvine Calif)*, 5(8b), 26-35.
- Torres, F. (2022). *What Is depression?* Retrieved from <https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Weyerer, S., & Dilling, H. (1991). Prevalence and treatment of insomnia in the community: Results from the upper Bavarian field study. *Sleep*, 14(5), 392-398.
- Yoocharoensuk, K. (2018). Factors related to quality sleep of nursing students. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences*, 2(1), 37-49. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/view/213165/148156> (in Thai)