



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก*

นิษฐา	คำแสน**	Nittha	Khamsaen**
นันทพร	แสนศิริพันธ์***	Nantaporn	Sansiriphun***
จิราวรรณ	ดีเหลือ****	Jirawan	Deeluea****

Abstract

First time fathers experience changes in roles when taking care of their wives and the newborn after childbirth, affecting their quality of sleep. This descriptive correlational study aims to describe the sleep quality among first-time fathers and the relationship between age, health status, stress, the perception of infant's communicated behavior, and sleep quality. The participants consisted of 112 first-time fathers who brought their wives in the 4th-6th week postpartum to the family planning unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and the Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai. The research instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Suanprung Stress Test-20, and the Perception of Infant's Communicated Behavior. Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .81, .89, and .83, respectively. Descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and point biserial correlation were used to analyze the data.

The results of the study revealed that:

1. The mean of participants' global PSQI scores was 6.68 (SD = 2.69), and the group identified their sleep quality as poor. Participants' global PSQI scores indicated that 59.83% had poor sleep quality (PSQI > 5) while 40.17% had good sleep quality (PSQI ≤ 5).

2. Stress had a significant positive correlation with sleep quality ($r_s = .334$, $p < .001$), and perception of infant's communicated behavior had a significant negative correlation with sleep quality ($r_{pb} = -.231$, $p < .05$). However, age and health status were not significantly correlated with sleep quality.

The findings from this study can be used as baseline data for planning nursing care to promote sleep quality in first-time fathers.

Keywords: Health status; Stress; Perception of infant's communicated behavior; Sleep quality; First-time fathers

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nittha_k@cmu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

บทคัดย่อ

ผู้เป็นบิดาครั้งแรก ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดูแลรียาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ทำให้มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ การวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก กับคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่พารรยามาตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ณ หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบทดสอบความเครียดสวนปรง 20 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในผู้เป็นบิดา ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .81, .89 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Spearman's rank correlation และ point biserial correlation

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.68 (SD = 2.69) จัดอยู่ในกลุ่มคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) ร้อยละ 59.83 และมีคุณภาพการนอนหลับดี (PSQI ≤ 5) ร้อยละ 40.17
2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .334, p < .001$) และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.231, p < .05$) อย่างไรก็ตามอายุ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก คุณภาพการนอนหลับ
ผู้เป็นบิดาครั้งแรก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nittha_k@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 23 มิถุนายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 18 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 8 พฤศจิกายน 2566

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นบิดาครั้งแรก เป็นเหตุการณ์สำคัญและช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตผู้ชาย ผู้เป็นบิดาครั้งแรกเผชิญกับความรู้สึกกดดันในการปรับตัวจากการทำหน้าที่สามีมาสู่การทำหน้าที่บิดา ผู้เป็นบิดาครั้งแรกถูกคาดหวังจากภรรยาในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพของภรรยา รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลทารก (Baldwin et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกจะคอยให้กำลังใจภรรยาในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา และช่วยเหลือดูแลทารกในช่วงตอนเย็นหลังเลิกงานจนกระทั่งถึงช่วงเวลากลางคืน (Sansiriphun et al., 2014) ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีความรับผิดชอบที่มากขึ้น แต่ยังคงประสบการณ ซึ่งทำให้รู้สึกเครียด รวมทั้งการดูแลทารกในช่วงกลางคืน หากผู้เป็นบิดาครั้งแรกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้เหมาะสม อาจเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นบิดากับทารกที่ไม่ดี (Baldwin et al., 2018) ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรก

คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของบุคคลในความพึงพอใจต่อการนอนหลับ ทั้งด้านการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ ผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และการรบกวนในการนอนหลับ (Buysse et al., 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกรู้สึกถึงการนอนหลับไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยลดลง (Cook et al., 2017) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่า 15 นาที (Insana & Montgomery-Downs, 2013) รวมถึงระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมดลดลงน้อยกว่า 6 ชั่วโมง การนอนหลับถูกรบกวนเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากการหลับการตื่นของทารกที่ยังไม่เป็นเวลา และส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวันของผู้เป็นบิดาครั้งแรก (Mellor & Van Vorst, 2015) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบผู้เป็นบิดาครั้งแรกใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับ จะเห็นได้ว่าคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกเปลี่ยนแปลงในทางไม่ดี

คุณภาพการนอนหลับไม่ดีในผู้เป็นบิดา สามารถประเมินจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก ที่มีค่าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน ซึ่งการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และภรรยาและทารก สำหรับด้านร่างกาย ผู้เป็นบิดาครั้งแรกจะเกิดอาการเหนื่อยล้า และง่วงนอนในช่วงเวลากลางวัน (Wynter et al., 2020) ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Costa et al., 2021) และผลกระทบต่อภรรยาและทารก ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมข่มขู่ภรรยาและทารก (Cook et al., 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ตามแนวคิดชีวจิตสังคม (Engel, 1977) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม สำหรับปัจจัยด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ และภาวะสุขภาพ อาจจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากอายุมากขึ้นจะมีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับชนิดลึก ทำให้ตื่นง่ายมากขึ้น (Carskadon & Dement, 2017) จากการศึกษา พบว่า เพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดจะเริ่มลดลง (Costa et al., 2021) ฉะนั้นผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวไทยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาจมีคุณภาพการนอนหลับเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน ส่วนภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้มากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบการนอนหลับ (Kryger et al., 2017) ดังนั้นผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีโรคประจำตัว อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ผู้เป็นบิดาครั้งแรกเผชิญกับความเครียดตลอดเวลา ซึ่งมีสาเหตุมาจากความกดดันและความต้องการทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Miller et al., 1993) ได้แก่ การเผชิญกับการ



เปลี่ยนแปลงของบทบาทการเป็นบิดาครั้งแรก (Baldwin et al., 2018) เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ทำให้ฮอร์โมนอิพิเนฟรินและคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ (Breus, 2022)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นบิดาและทารก (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) หากผู้เป็นบิดาครั้งแรกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่เข้าใจในระยะการหลับการตื่น สื่อสัญญาณ และพฤติกรรมของทารก เช่น การร้องไห้ การหลับ การตื่น เป็นต้น ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ส่งผลให้ไม่ได้พักหลับอย่างเต็มที่ (Baldwin et al., 2018) ฉะนั้นการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก จึงอาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก พบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาโดยตรง ส่วนในประเทศแถบตะวันตก พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างน้อย และการศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถใช้ในการอ้างอิงประชากรผู้เป็นบิดากลุ่มใหญ่ได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคม ผู้เป็นบิดาถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนภรรยาและทารกให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินและให้การช่วยเหลือจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีคุณภาพการนอนหลับดี และสามารถทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือภรรยาและทารกได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดผลดีต่อทั้งผู้เป็นบิดา รวมถึงภรรยาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการนอนหลับของ ไบยส์ส์ และคณะ (Buysse et al., 1989) คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของบุคคลในความพึงพอใจต่อคุณภาพการนอนหลับ ทั้งด้านการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งการนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด และการรบกวนในการนอนหลับ

ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมของ เอนเกล (Engel, 1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม ลักษณะทางชีวเคมี และภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่จะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยเลือกศึกษาอายุ และภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของอารมณ์และบุคลิกภาพ อาจส่งผลทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ



ปัจจัยที่ศึกษา คือ ความเครียดตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) เป็นปฏิกิริยาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการแปลความหมาย และการปรับตัวของผู้เป็นบิดาครั้งแรกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และ 3) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว สังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่ศึกษา คือ การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกตามแนวคิดของ แบล็คเบิร์น และ เบลคเวลล์-แซคส์ (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) เป็นความสามารถของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในการตีความหมาย การแปลความหมาย และการคาดเดาการแสดงออกของทารก ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ระยะการหลับการตื่น สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม โดยคาดว่า อายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 4-6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 4-6 สัปดาห์ ที่พารรยาและบุตรมาตรวจหลังคลอด ณ หน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G * Power (Srisatidnarakul, 2020) กำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.90 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถใช้ประมาณขนาดอิทธิพลกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน

เนื่องจากไม่มีสถิติที่แสดงถึงจำนวนของผู้เป็นบิดาที่พารรยามาตรวจหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,166 คน (Department Obstetrics and Gynecology of Faculty of Medicine Chiang Mai University, 2021) และสัดส่วนของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พ.ศ. 2564 จำนวน 1,130 คน (Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai, 2021) ได้สัดส่วนเป็นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 57 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 55 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ 4) อยู่ร่วมกับภรรยาและบุตรในระยะหลังบุตรเกิด ตลอด 4-6 สัปดาห์ 5) ภรรยามีการคลอดปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 6) บุตรปกติ คลอดครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด และ 7) ยินดีและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และผู้ช่วยเลี้ยงบุตร ในตอนกลางคืน มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ พิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ตุลยา สิตสุวรรณ และคณะ (Sitasuwan et al., 2014) ประเมินคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด ดังนี้ 1) เวลาเข้านอน 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ 3) เวลาตื่นนอน 4) ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมด 5) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ 6) การเข้านอนหลับ 7) รู้สึกง่วงนอนขณะทำกิจกรรมประจำวัน 8) รู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงาน 9) ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณภาพการนอนหลับโดยรวมเป็นอย่างไร และ 10) มีคนนอนหรือเพื่อนร่วมห้องที่อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันหรือไม่

เกณฑ์การประเมินเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน 0 = ตีมาก, ไม่เป็นปัญหาเลย ถึง 3 = แย่มาก, เป็นปัญหาอย่างมาก คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-21 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่า คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ ผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้น ผลการทดสอบโดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1997) สร้างจากแนวคิดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) วัดความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยให้คะแนน 1-5 คะแนน 1 = ไม่เครียด ถึง 5 = เครียดมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน ผลคะแนนรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 20-24 คะแนน แสดงว่าเครียดต่ำ ช่วงคะแนน 25-42 คะแนน แสดงว่าเครียดปานกลาง ช่วงคะแนน 43-62 คะแนน แสดงว่าเครียดสูง และช่วงคะแนน 63-100 คะแนน แสดงว่าเครียดรุนแรง มีการทดสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความตรงตามสภาพกับเครื่องมือมาตรฐาน คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ ในกลุ่มตัวอย่าง 523 ราย ได้ค่าความตรงตามสภาพเท่ากับ .37 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในผู้เป็นบิดาของ ญัญญา อ่อนผิว และคณะ (Onpiw et al., 2020) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ แบล็คเบิร์น และ เบลคเวลล์-แซคส์ (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 11 ข้อ และลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถามด้านบวก 1 = ไม่เป็นจริง ถึง 5 = เป็นจริงมากที่สุด ส่วนคำถามด้านลบ 1 = เป็นจริงมากที่สุด ถึง 5 = ไม่เป็นจริง โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้เป็นบิดามีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้เป็นบิดามีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับน้อย มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .98 และตรวจสอบความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .72

ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาของเครื่องมือ จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งมีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่ศึกษา จำนวน 10 ราย (Rosenthal & Rosnow, 1991) คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ซึ่งจะยอมรับค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) พบว่า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบทดสอบความเครียดสวนปรง 20 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .89 และ .83 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 080/2565 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 328/65 COA-NUR080/65 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 31/2565 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมได้ ตลอดโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ และเก็บไว้เป็นความลับจากผู้ไม่มีสิทธิทราบข้อมูล การรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ โดยขอความร่วมมือจากหัวหน้าพยาบาลหน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในการช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่หน่วยวางแผนครอบครัวที่มีความเป็นส่วนตัว ในระหว่างรอการพยาบาล ประมาณ 30 นาที และนำแบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และวิเคราะห์คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้พฤติกรรม การสื่อสารของทารก ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เนื่องจากตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ คะแนนความเครียด กับคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้น และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ การรับรู้พฤติกรรม การสื่อสารของทารก กับคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติ point biserial correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-52 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับ 29 (iqr = 6) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.14 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.39 การศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 41.08 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.57 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 66.96 รายได้ครอบครัวมีความเพียงพอ ร้อยละ 73.22 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 59.82 เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร้อยละ 63.39 และไม่มีผู้ช่วยในการเลี้ยงบุตรตอนกลางคืน ร้อยละ 61.61



กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.68 (SD = 2.69) จัดอยู่ในกลุ่มคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 59.83 และมีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 40.17 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอ ไทล์)	ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด
คุณภาพการนอนหลับ (0-21 คะแนน)		6.68 (2.69)		
คุณภาพการนอนหลับดี (0-5 คะแนน)	45 (40.17)			
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (6-21 คะแนน)	67 (59.83)			
ความเครียด			33.50 (18)	20-70
การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก			92.00 (10)	44-136

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดน้อยกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 75 และใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับมากกว่า 15 นาที ร้อยละ 69.64 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (n = 112)

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	5	4.46
ค่อนข้างดี	74	66.07
ค่อนข้างแย่	31	27.68
แย่มาก	2	1.79
ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย		
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	46	41.07
ร้อยละ 75-84	25	22.32
ร้อยละ 65-74	17	15.18
น้อยกว่าร้อยละ 65	24	21.43
การใช้นอนหลับ		
ไม่เคยเลย	110	98.21
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	1.79
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่เคยเลย	28	25.00
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	66	58.92
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	16	14.29
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	2	1.79



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (n = 112) (ต่อ)

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ		
น้อยกว่า เท่ากับ 15 นาที	34	30.36
16-30 นาที	52	46.43
31-60 นาที	21	18.75
มากกว่า 60 นาที	5	4.46
ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมด		
มากกว่า เท่ากับ 7 ชั่วโมง	28	25.00
มากกว่า เท่ากับ 6 ถึง น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	56	50.00
มากกว่า เท่ากับ 5 ถึง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	16	14.29
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	12	10.71
การรบกวนการนอนหลับ		
ไม่เคยเลย	4	3.57
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	80	71.43
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	28	25.00

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .334, p < .001$) และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.231, p < .05$) ส่วนอายุและภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p-value
อายุ	$r_s = -.032$	.739
ภาวะสุขภาพ	$r_{pb} = .002$	.984
ความเครียด	$r_s = .334$	< .001
การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก	$r_{pb} = -.231$	.014

r_s = Spearman rank correlation coefficient, r_{pb} = point biserial correlation coefficient

การอภิปรายผล

คุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.69 (global PSQI score > 5) สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากการเป็นบิดาครั้งแรก ผู้เป็นบิดาจะต้องมีการปรับตัว และปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่ของสามีสู่การทำหน้าที่บิดา ต้องดูแลช่วยเหลือสนับสนุนภรรยาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องช่วยดูแลทารกแรกเกิด ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีภาระกิจเพิ่มขึ้น และการเป็น

บิดาครั้งแรกซึ่งยังขาดประสบการณ์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกกังวล เครียด และกลัว (Baldwin et al., 2018)

นอกจากนั้น การหลับการตื่นของทารกแรกเกิดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ตื่นและหลับในระยะเวลาสั้น ๆ มักตื่นในเวลากลางคืนและหลับในเวลากลางวัน ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องตื่นกลางดึก รวมถึงการสื่อสารของทารกที่ต้องการความสนใจ หรือต้องการหยุดความสนใจ ได้แก่ ร้องไห้ งอแง (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) ที่ผู้เป็นบิดาครั้งแรกอาจไม่สามารถแปลความหมาย ตีความหมาย และคาดเดาการแสดงออกของทารกได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลและตอบสนองความต้องการของทารก

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มากกว่าครึ่ง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และไม่มีผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตรในเวลากลางคืน ดังนั้นผู้เป็นบิดาจึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการช่วยดูแลทารกแรกเกิดอย่างมากและใกล้ชิด จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้เป็นบิดา ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ คอสต้า และคณะ (Costa et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวแคนาดา จำนวน 459 ราย โดยทำการศึกษาในระยะก่อนบุตรเกิด และหลังบุตรเกิด 2 เดือน ผลการศึกษาค้นคว้าว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 2 เดือน มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.23 เท่าของระยะก่อนบุตรเกิด (OR = 1.23, CI: 1.01, 1.51)

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .334, p < .001$) แสดงว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น คุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะเพิ่มขึ้น ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่อการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่สามีผู้ทำหน้าที่บิดา (Shorey et al., 2018) และความรับผิดชอบที่มากขึ้น และยังขาดประสบการณ์ จึงส่งผลทำให้ผู้เป็นบิดารู้สึกเครียด ความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดา พบว่า ความเครียดส่งผลต่อวงจรการนอนหลับทำให้เกิดความผิดปกติ เมื่อมีความเครียดในระหว่างวัน มักจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในตอนกลางคืน เนื่องจากความเครียดทำให้การนอนหลับในระยะการนอนหลับแบบที่มีการกลอกลูกตัวอย่างรวดเร็วลดลง เป็นผลทำให้ตื่นง่ายในตอนกลางคืน รวมทั้งระดับของฮอร์โมนความเครียดคอร์ติซอลมีความสำคัญต่อวงจรการหลับ ผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นในตอนเย็น ซึ่งเชื่อมโยงกับการตื่นนอนตอนกลางคืนที่มากขึ้น (Breus, 2022)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของคอสต้า และคณะ (Costa et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวแคนาดา จำนวน 459 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีความเครียดระดับสูง ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เป็น 1.10 เท่า ของผู้เป็นบิดาที่ไม่มีความเครียด (OR = 1.10, CI: 1.04, 1.17)

การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ($r = -.231, p < .05$) แสดงว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมากจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก เป็นความสามารถในการตีความหมาย การแปลความหมาย และการคาดเดาการแสดงออกของทารก ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ระยะการหลับการตื่นของทารก สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) ดังนั้น เมื่อผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับมาก โดยสามารถตีความหมาย แปลความหมาย และคาดเดาการแสดงออกของทารก ได้แก่ ระยะการหลับการตื่นของทารก สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก รวมทั้งมี



การหาข้อมูล เพื่อใช้ในการแปลความหมายพฤติกรรมการสื่อสารของทารก ทำให้ผู้เป็นบิดาเข้าใจความต้องการของทารกมากขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้เป็นอย่างดี (Sansiriphun et al., 2014) จึงเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เป็นบิดาครั้งแรกและทารก เมื่อเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี ผู้เป็นบิดาจะสามารถจัดการเกี่ยวกับการดูแลทารกในช่วงกลางคืนได้ดี ไม่ต้องใช้เวลามากเกินไป ส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีคุณภาพการนอนหลับไม่ดื่นน้อย

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 18-34 ปี ซึ่งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางการรับและส่งกระแสประสาท รวมทั้งการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ ซีโรโทนิน และเมลาโทนิิน อาจยังไม่มี การเปลี่ยนแปลง (Zeitzer et al., 2007) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ คาโลเกโรปูลอส และคณะ (Kalogero-poulos et al., 2022) ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ที่เป็นบิดาและมารดาในระยะหลังคลอด 6 เดือน จำนวน 10 คู่ ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้เป็นบิดาที่อยู่ในช่วงระหว่าง 35-44 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาของการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.562, p < .001$)

ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งตรงกันข้ามกับการมีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการเหนื่อยและหายใจลำบาก ทำให้ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืนและรบกวนการนอนหลับ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น (Kryger et al., 2017) จากการศึกษาของ เมลเลอร์ และ แวน วอร์สต์ (Mellor & Van Vorst, 2015) เกี่ยวกับภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันของผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยทำการศึกษา 2 ระยะ ในระยะ 6 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังบุตรเกิด พบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับจะมีอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในระยะ 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังบุตรเกิด คิดเป็นร้อยละ 40.30 และร้อยละ 63.80 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล นำผลที่ได้จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก
2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาวิจัยไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก เช่น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้เป็นบิดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตร ผู้เป็นบิดาที่ภรรยาและหรือบุตรมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด



ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเพียงบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ เช่น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาตั้งครรภ์และคลอดบุตรปกติ อาจยังไม่ครอบคลุมและเห็นความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดากลุ่มอื่น เช่น ผู้เป็นบิดาที่ภรรยาเกิดภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด เป็นต้น

References

- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: A systematic review of first-time fathers' experiences. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 16(11), 2118–2191. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2017-003773>
- Blackburn, S., & Blakewell-Sachs, S. (2003). *Understanding the behavior of term infants*. <https://static1.squarespace.com/static/62644a4b96d1791c471b9fad/t/62fee21a89194328bab9fe51/1660871195155/March+of+Dimes++Understanding+the+Behavior+of+Term+Infants.pdf>
- Breus, M. (2022). *Sleep and stress*. The sleep doctors. <https://thesleepdoctor.com/mental-health/stress-and-sleep/>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F. 3rd., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal human sleep: An overview (6th ed.). In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 15-24.e3). <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-24288-2.00002-7>
- Cook, F., Giallo, R., Petrovic, Z., Coe, A., Seymour, M., Cann, W., & Hiscock, H. (2017). Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 53(2), 131–135.
- Costa, D. D., Lai, J. K., & Zekowitz, P. (2021). A prospective study on the course of sleep disturbances in first-time fathers during the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 222-232. <https://doi.org/10.1002/imhj.21911>
- Department obstetrics and gynecology of faculty of medicine Chiang Mai university. (2021). *Obstetrics Annual Statistics*. <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2022/03/MFM21.pdf> (in Thai)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.



- Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai. (2021). *Data center system HPC1*.
<https://webapp.hpc1.go.th/datacenter/showstathph.aspx> (in Thai)
- Insana, S. P., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: A field-and laboratory-based multimethod assessment. *Developmental Psychobiology*, 55(4), 361-372. <https://doi.org/10.1002/dev.21040>
- Kalogeropoulos, C., Burdayron, R., Laganière, C., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M. J., & Pennestri, M. H. (2022). Sleep patterns and intraindividual sleep variability in mothers and fathers at 6 months postpartum: A population-based, cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 12(8), e060558. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060558>
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2017). *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed.). Elsevier.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Tapanya, P. (1997). The construction of Saunprung stress measure. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, 13(3), 1-20. (in Thai)
- Mellor, G., & Van Vorst, S. (2015). Daytime sleepiness in men during early fatherhood: Implications for work safety. *Workplace Health & Safety*, 63(11), 495-501.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. Pocket Books.
- Onpiw, N., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2020). *Factors related to fatigue among fathers in postnatal period* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Sansiriphun, N., Baosoung, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S. (2014). Experience of first-time father during labor and delivery period. *Nursing Journal*, 44(1), 143-157. (in Thai)
- Shorey, S., Ang, L., & Goh, E. C. L. (2018). Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry. *Midwifery*, 60, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.009>
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Medical Association Thai*, 97(Suppl. 3), S57-S67. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations Using G*Power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Wynter, K., Francis, L. M., Fletcher, R., McBride, N., Dowse, E., Wilson, N., Manno, L. D., Teague, S., Macdonald, J. A., & Australian fatherhood research consortium. (2020). Sleep, mental health, and wellbeing among fathers of infants up to one year postpartum: A scoping review. *Midwifery*, 88, 102738. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102738>



Zeitzer, J. M., Duffy, J. F., Lockley, S. W., Dijk, D. J., & Czeisler, C. A. (2007). Plasma melatonin rhythms in young and older humans during sleep, sleep deprivation, and wake. *Sleep*, 30(11), 1437–1443. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1437>