

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับในพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ

Prevalence and Associated Factors of Depression and Insomnia among Intensive Care Unit Nurses in a Tertiary Care Hospital

ภัสสร ตุงควิจิตรวัฒน์* ณภัทร์ ศิรินิมมวลกุล**

ยุภาภรณ์ มีหนองหว้า*** ปุณขริก ศรีสวาท****

Passorn Tungkavichitwat* Naphat Sirinimnuakul**

Yupaporn Menongwa*** Puntarik Srisawat****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์และมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งมีประสบการณ์ทำงานในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ในช่วงหลังจากการระบาดของโควิด-19 ในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 124 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) โดยถ้าคะแนนตั้งแต่ 9 ขึ้นไป จะพบว่ามีค่าความไว ร้อยละ 84 ความจำเพาะ ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ ร้อยละ 99 positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (SD = 0.05, 95% CI 0.85 - 0.92) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) โดยถ้าคะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป จะมีค่าความไว ร้อยละ 86.1 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 87.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

Received: February 6, 2024

Revised: April 23, 2024

Accepted: April 23, 2024

* แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

E-mail: passorn.tun@gmail.com

* Psychiatric resident, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

E-mail: passorn.tun@gmail.com

** อาจารย์ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ และ ศูนย์นันทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

** Instructor, Department of Psychiatry and Excellence Center for Sleep Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand 10330

*** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

*** Registered Nurse, Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand 10330

**** Corresponding Author, อาจารย์ ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ และ ศูนย์นันทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330. E-mail: ps.taew@gmail.com

**** Corresponding Author, Instructor, Department of Psychiatry and Excellence Center for Sleep Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: ps.taew@gmail.com

ผลการศึกษา พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ มีอายุเฉลี่ย 33.95 (SD = 9.61) ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.4 ที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 5.6 ที่พบมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า มีผู้ใช้ยาช่วยนอน ร้อยละ 5.6 เช่น melatonin, anti-histamine จำนวนปีในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ย 11 (SD = 9.54) ปี ส่วนมากมีจำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.3) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.68 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ มีจำนวนการขึ้นเวรเข้าต่อเดือนตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป (adjusted OR = 6.80, 95% CI: 1.16-40.01, p-value = 0.034) และจำนวนชั่วโมงในการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน (adjusted OR = 15.11, 95% CI: 1.03-221.19, p-value = 0.047) สำหรับอาการนอนไม่หลับพบความชุก ร้อยละ 15.32 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชโดยไม่รวมถึงโรคจิตเภท (Adjusted OR = 9.35, 95% CI: 1.01-86.62, p-value = 0.049) มีการใช้ยาช่วยนอน (adjusted OR = 16.49, 95% CI: 1.61-169.36, p-value = 0.018) จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง (adjusted OR = 19.42, 95% CI: 2.56-147.1, p-value = 0.004) และทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ (adjusted OR = 5.31, 95% CI: 1.31-21.55, p-value = 0.019) การจัดลักษณะงานและตารางปฏิบัติงานให้เหมาะสม รวมถึงเน้นสร้างแรงจูงใจในเรื่องของการให้ความสำคัญของการพักผ่อนในช่วงระหว่างก่อนการขึ้นเวรให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ จะช่วยส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ พยาบาล หอผู้ป่วยวิกฤติ

Abstract

A descriptive correlational study was conducted to identify the prevalence and associated factors of depressive symptoms and insomnia among nurses who experienced and worked during the COVID-19 pandemic in an intensive care unit at a university hospital. Data were collected during the COVID-19 pandemic. A total of 124 intensive care unit nurses were recruited using stratified random sampling. All nurses completed three questionnaires: 1) a demographic data form; 2) the Patient Health Questionnaire-9 form (PHQ-9) with a cut-off point PHQ-9 equal to or greater than 9, with a sensitivity of 84%, specificity of 77%, positive predictive value of 21%, negative predictive value of 99, positive likelihood ratio of 3.71, and Area Under the Curve (AUC) = 0.89; and 3) the Insomnia Severity Index (ISI), which has a sensitivity of 86.1% and specificity of 87.7% reported at the cut-off point equal to or greater than 10. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-squared test, and multivariate logistic regression.

This study revealed that the average age of the intensive care unit nurses was 33.95 (SD = 9.61) years old. The most common pre-existing condition was allergies, prevalent in 19.4% of nurses. The most prevalent existing psychiatric condition was depression, prevalent in 5.6% of nurses. Approximately 5.6% of nurses use sedatives or sleep aids such as melatonin and antihistamines. The average duration of work was 11 (SD = 9.54) years. Most intensive care unit

nurses sleep less than 6 hours per night, accounting for 57.3%. The prevalence of depressive symptoms was 9.68%. Factors associated with depressive symptoms included individuals who had a day-shift schedule of eleven hours or more (adjusted OR = 6.80, 95% CI: 1.16-40.01, p-value = 0.034), and those who reported a total sleep time of less than 6 hours per night (adjusted OR = 15.11, 95% CI: 1.03-221.19, p-value = 0.047). In terms of insomnia, a prevalence of 15.32% was observed. Factors related to insomnia included a history of psychiatric disorder (adjusted OR = 9.35, 95% CI: 1.01-86.62, p-value = 0.049), using sedatives or sleep aids (adjusted OR = 16.49, 95% CI: 1.61-169.36, p-value = 0.018), a total sleep time per night of less than six hours (adjusted OR = 19.42, 95% CI: 2.56-147.1, p-value = 0.004), and working in an internal medicine intensive care unit or intensive cardiac care unit (adjusted OR = 5.31, 95% CI: 1.31- 21.55, p-value = 0.019). As such, it is important to promote work schedules appropriate to the needs of intensive care nurses and emphasize the significance of rest during shifts to help reduce the prevalence of depressive symptoms and insomnia.

Keywords: depression, insomnia, nurses, intensive care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาสำคัญในองค์กรพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งเป็นหนึ่งในแผนกของโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งลักษณะการทำงานจะต้องมีความตื่นตัวสูง มีความตึงเครียด ความกดดันสูง พบกับความไม่แน่นอน รวมไปถึงการต้องเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งอาจนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า และสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะวิตกกังวล รวมไปถึงภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้า หมายถึง การมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับเบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงาน หรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ มีการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบได้ถึงร้อยละ 25¹ ซึ่งมีค่าสูงกว่าในพยาบาลทั่วไปและพบความชุกร้อยละ 22² ตั้งแต่ปลายปี 2562 มีการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีน และสวิตเซอร์แลนด์ ที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ³⁻⁵ อยู่ที่ร้อยละ 46 ถึง ร้อยละ 60 สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สถานภาพหย่าร้างหรือแยกทางมีการทำงานขึ้นเวร 2 กะติดต่อกัน และจำนวนการขึ้นเวรตึกมาก⁶

นอกจากนี้อาการนอนไม่หลับพบได้บ่อยในพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ อาการนอนไม่หลับ หมายถึง มีปัญหานอนหลับยาก ใช้เวลานอนนานกว่าจะหลับ หรือมีการตื่นกลางดึกบ่อย หรือตื่นเร็วกว่าเวลาที่ควรจะตื่น ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิในการทำงาน เนื่องจากลักษณะการทำงานแบบเปลี่ยนผลัด หรือทำงานเป็นกะ (shift work) ซึ่งการที่พยาบาลต้องปฏิบัติงานเป็นผลัดส่งผลให้นาฬิกาชีวภาพของร่างกาย (circadian rhythm) ที่ควบคุมวงจรการหลับ-การตื่นถูกรบกวน จากกลไกดังกล่าวทำให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะมีอาการนอนไม่หลับ⁷ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษา พบว่ามีความชุกของอาการนอนไม่หลับ โดยประเมินจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 อยู่ที่ร้อยละ 43 และพบว่าพยาบาลผู้ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติมีความชุกร้อยละ 59⁸ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับของบุคลากรทางการแพทย์ พบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 31³ ถึงร้อยละ 41⁵ โดยความชุกในพยาบาลที่ดูแลหอผู้ป่วยวิกฤติมีค่าสูงถึงร้อยละ 40⁹

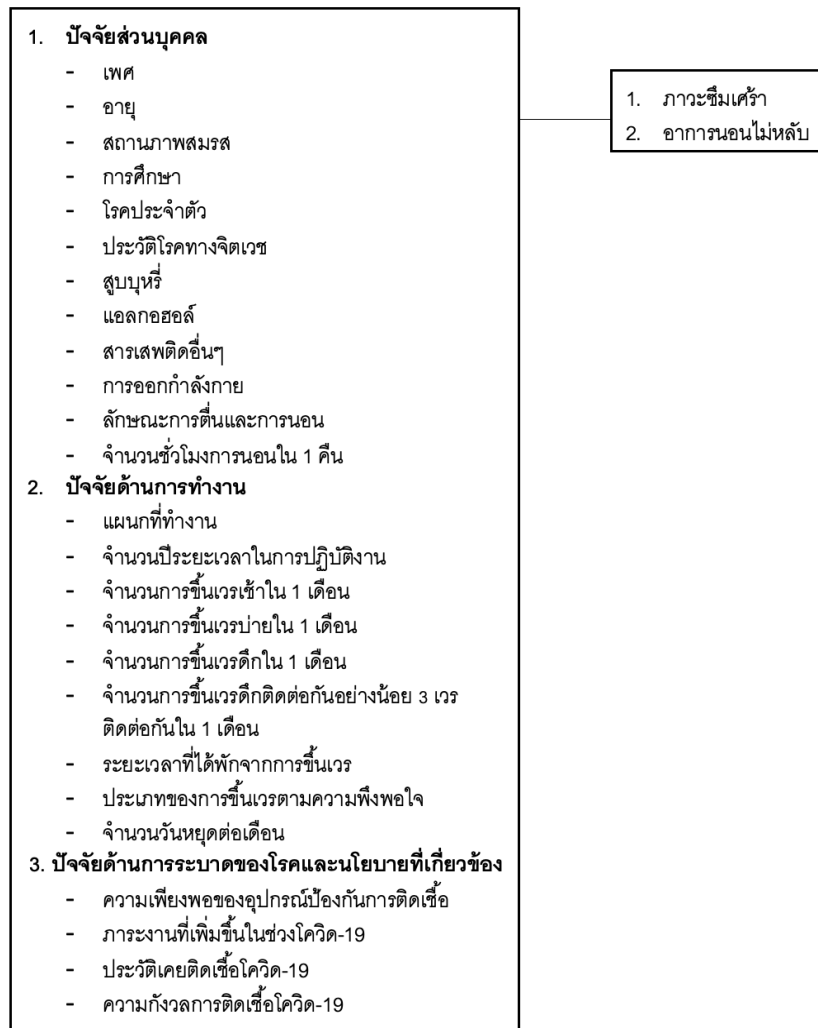
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง^{3-4,10-12} อายุน้อย^{10,11} ระดับการศึกษา¹³ สถานะโสด⁴ มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19¹³ มีประวัติโรคทางจิตเวช¹¹ ออกกำลังกายน้อย^{4,10} สูบบุหรี่¹⁰ ดื่มแอลกอฮอล์^{4,10} ทำงานแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ⁴ มีการะงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19⁴ ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19^{3,4,11} อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment: PPE) ไม่เพียงพอ¹² จำนวนชั่วโมงการนอนลดลง^{4,11} สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอน ได้แก่ เพศหญิง⁸ อายุ⁷ การขาดการออกกำลังกาย^{7,8} ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ⁸ จำนวนปีที่ทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี⁸ จำนวนการขึ้นเวรเข้าน้อย⁷ จำนวนการขึ้นเวรตึกมาก^{7,8} การขึ้นเวรตึกต่อเนื่องกันหลายเวร¹⁴ การมีช่วงเวลาพักจากการขึ้นเวรสั้น¹⁴ และความรู้สึกว่าภาระงานหนักปานกลางถึงมาก⁷ และสัมพันธ์กับระดับการศึกษา⁵ แผนกทำงานด้านหน้าหรือแผนกโควิด-19³-อย่างไรก็ตาม ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพยาบาลที่ทำงานในช่วงโรคระบาดโควิด-19 คลายลง ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยในประเทศไทย¹⁵ โดยเฉพาะในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับในพยาบาลแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานในช่วงที่มีการระบาดของโรค แม้ว่าปัจจุบันการระบาดจะคลี่คลายลงแล้ว เพื่อนำผลลัพธ์จากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนลดภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ รวมทั้งการแก้ไขจัดการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน และช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตัวแปรซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตต่อบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยแบ่งปัจจัยเป็น 3 ส่วน คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ สารเสพติดอื่น ๆ การออกกำลังกาย ลักษณะการตื่นและการนอน และจำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน 2. ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ แผนกที่ทำงาน จำนวนระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนการขึ้นเวรใน 1 เดือน ทั้งเวรเช้า บ่าย และดึก จำนวนการขึ้นเวรตึกติดต่อกันอย่างน้อย 3 เวรติดต่อกันใน 1 เดือน ระยะเวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวร ประเภทของการขึ้นเวรตามความพึงพอใจ และจำนวนวันหยุดต่อเดือน 3. ปัจจัยด้านการระบาดของโรคและนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19 และความกังวลการติดเชื้อโควิด-19 ดังรูปที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



คำถามการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติเป็นอย่างไร
2. เพศหญิง อายุ น้อย ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติอย่างไร
3. เพศหญิง อายุ น้อย ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง สัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับ ในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อย ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง ต่อภาวะซึมเศร้าในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อย ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง ต่ออาการนอนไม่หลับ ในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ

สมมติฐาน

1. เพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ
2. เพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา โสด มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มีประวัติโรคทางจิตเวช ออกกำลังกาย น้อย สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ความกังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงการนอนลดลง มีความสัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติแผนกกุมารเวชกรรม กุมารเวชกรรมทารกแรกเกิด อายุรกรรม อายุรกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรม ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และแผนกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ทำงานในช่วงที่มีโรคโควิด-19 ระบาด จำนวน 368 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติแผนกกุมารเวชกรรม กุมารเวชกรรมทารกแรกเกิด อายุรกรรม อายุรกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรม ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และแผนกสูติรีเวชกรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งทำงานในช่วงที่มีโรคโควิด-19 ระบาด คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าอัลฟาคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และ power ($1-\beta$ error prob) ที่ 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 115 ราย อย่างไรก็ตาม เพื่อครอบคลุมให้เกิดอัตราการตอบอย่างครบถ้วน จึงเก็บขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัยนี้จะเป็นจำนวน 126 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธี Stratified random sampling โดยการนำรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติในแต่ละแผนกมาแบ่งตามประเภทของแต่ละแผนก จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างใน

แต่ละแผนกย่อยตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในแต่ละแผนกนั้น ๆ โดยการเลือกใช้วิธีการเลือกซื้อพยาบาลคนที่ 1 จากทุก ๆ 3 รายชื่อ แต่ได้รายชื่อพยาบาลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของแต่ละแผนก รวมจำนวนทั้งสิ้น 124 ราย และได้รับการตอบรับอย่างครบถ้วนครอบคลุมตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ขึ้นปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติในช่วงที่มีโรคโควิด-19 ระบาด 3) เป็นผู้ที่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารและสามารถสื่อสารด้วยการพูดและการเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติโรคจิตเภท และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 4 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว (IRB เลขที่ 0431/65) ลงวันที่ 15 กันยายน 2565 และได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัยภายในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการอธิบายชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยเชิงพรรณนา วิธีดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นเพียงการสำรวจ บอกประโยชน์ที่ได้รับก่อนตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้หากต้องการ และถ้าเกิดความเสียหายอันตรายในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับส่วนบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงถึงผู้เข้าร่วมงานวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยินยอม จึงขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติโรคทางจิตเวช สูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย ยาช่วยนอนหลับ ลักษณะการตื่นและการนอน ประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19 คะแนนความกังวลการติดเชื้อโควิด-19 แผนกหอผู้ป่วยวิกฤติที่ทำงาน จำนวนปีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน จำนวนการขึ้นเวร จำนวนการขึ้นเวรติดต่อกันอย่างน้อย 3 เวรติดต่อกันใน 1 เดือน ระยะเวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวร ประเภทของการขึ้นเวรตามความพึงพอใจ จำนวนวันหยุดต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 และความหนักเบาของภาระงาน

2. แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เป็นแบบคัดกรองความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ด้วยตนเอง นำมาจากงานวิจัยฉบับภาษาไทยของมาโนช หล่อตระกูล และคณะ¹⁶ ซึ่งแปลมาจาก PHQ-9 ต้นฉบับของ Kurt Kroenke¹⁷ แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ มาตรฐานมี 4 ระดับ คือ 0 – 3 ระดับ 0 คือ ไม่เคยเลย 1 คือ หลายวัน 2 คือ มากกว่าครึ่งหนึ่งของวันทั้งหมด และ 3 คือ เกือบทุกวัน แปลผลคือ คะแนนตั้งแต่ 9 ขึ้นไป จะพบว่ามีค่าความไว ร้อยละ 84 ความจำเพาะ ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ ร้อยละ 99 positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71 และมี Area Under the Curve (AUC) 0.89 (SD = 0.05, 95% CI 0.85 - 0.92)

โดย AUC หมายถึง พื้นที่ใต้โค้ง ROC ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง sensitivity และ 1-specificity จะบอกถึง overall test accuracy นั้น ๆ ซึ่งหากมีค่าเข้าใกล้ 1 จะแสดงถึง test accuracy ที่มาก กล่าวถึงความน่าจะเป็นที่ชุดตรวจวินิจฉัยนั้น ๆ จะให้ผลถูกต้องตามความเป็นจริง

3. แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index, ISI) เป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยตัวเองในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา นำมาจาก Charles Morin และคณะ¹⁸ และแปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธธิดา แก้วแพง¹⁹ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.86 ถ้าคะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป จะพบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 86.1 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 87.7% ในการบ่งชี้ว่ามีอาการนอนไม่หลับในกลุ่มประชากร แบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) การตื่นเช้ากว่าปกติไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินนี้มีจำนวน 7 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ แบ่งเป็น 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เนื่องจากทั้งแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index, ISI) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งหาค่าความเที่ยงก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม ทำบันทึกข้อความไปทำงานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อพิจารณาและประสานกับแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสือตอบกลับการอนุมัติให้ทำวิจัยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และแนะนำตัวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งใช้เป็นหน่วยงานสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล แจกจุดประสงค์ของการวิจัย การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม จึงแจกเอกสารใบยินยอม (information sheet) เพื่อลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

3. แจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ภายหลังผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยรับเอกสารคืนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ และมีการตรวจสอบความเรียบร้อย และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและตัวแปรอิสระเบื้องต้น ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ เป็นความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test และหาปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับ โดยวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (multivariate logistic regression) โดยใช้โปรแกรม SPSS version 20.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) การทดสอบสมมติฐานในกรณีนี้จะเป็น two tailed test กำหนด type 1 error โดย $\alpha = 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 33.95 ปี ($SD = 9.61$) สถานภาพโสด ร้อยละ 83.9 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.4 ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ มีประวัติโรคทางจิตเวช ร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87.9 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.7 มีผู้ช่วยชวายนอนหลับ ร้อยละ 5.6 เช่น melatonin, antihistamine ลักษณะการตื่นและการนอนส่วนใหญ่เป็น evening person คือ ชอบตื่นสายและนอนดึก ร้อยละ 50 มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยความกังวลต่อการติดเชื้อโควิด เท่ากับ 4.87 คะแนน ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติ แผนกอายุรกรรม และอายุรกรรมโรคหัวใจ ร้อยละ 41.9 จำนวนระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีค่ากลาง (median) เท่ากับ 7.5 ปี มีจำนวนการขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน 0 – 10 เวร ร้อยละ 53.2 จำนวนการขึ้นเวรบ่ายใน 1 เดือน 0 – 10 เวร ร้อยละ 86.3 จำนวนการขึ้นเวรดึกใน 1 เดือน 0 – 10 เวร ร้อยละ 83.9 ไม่มีการขึ้นเวรดึกติดต่อกันอย่างน้อย 3 เวรติดต่อกันใน 1 เดือน ร้อยละ 57.3 มีระยะที่ได้พักจากการขึ้นเวรน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 57.3 ประเภทของการขึ้นเวรตามความพึงพอใจส่วนมากคือ เวรบ่าย ร้อยละ 48.4 มีจำนวนวันหยุดต่อเดือนส่วนใหญ่ 5 – 8 วัน ร้อยละ 63.7 มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 57.3 มีความพอเพียงของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น ชุด PPE ร้อยละ 93.5 มีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงโควิด-19 ร้อยละ 87.9 ใช้การจัดกลุ่มระยะเวลาในการทำงานโดยอิงจากค่ากลาง แบ่งกลุ่มจำนวนการขึ้นเวรโดยอิงตามสถานที่ที่ศึกษา⁷ แบ่งกลุ่มระยะเวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวรโดยอิงจากการศึกษาก่อนหน้า¹⁴ แบ่งจำนวนชั่วโมงการนอนที่ 6 ชั่วโมง โดยเป็นจำนวนชั่วโมงการนอนหลับที่แนะนำในวัยผู้ใหญ่²⁰

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 4.19 ($SD = 3.58$) คะแนน ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนที่ไม่มีอาการซึมเศร้า ถึงระดับซึมเศร้าเล็กน้อย มีความสุขของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.68 (95% CI 5.1-16.29) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ 6.31 ($SD = 3.95$) แสดงถึงการไม่พบอาการนอนไม่หลับ สำหรับอาการนอนไม่หลับ พบความชุกร้อยละ 15.32 (95% CI 9.5-22.89) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับในพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ

	เกณฑ์การวัด	Mean (SD)	Prevalence (%)
มีภาวะซึมเศร้า	PHQ-9 $\geq$ 9	4.19 (SD = 3.58)	9.68 (95% CI 5.1-16.29)
มีอาการนอนไม่หลับ	ISI $\geq$ 10	6.31 (SD = 3.95)	15.32 (95% CI 9.5-22.89)

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน และแผนกที่ทำงาน (แสดงในตารางที่ 2)

เมื่อทำการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression โดยการคัดเลือกปัจจัยจากการวิเคราะห์ Univariate analysis ที่มีค่า p-value < 0.2 มาวิเคราะห์²¹ พบว่าปัจจัยซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ จำนวนการขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน พบว่า ผู้ที่มีจำนวนการขึ้นเวรเข้าตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์การมีภาวะซึมเศร้า 6.80 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีจำนวนการขึ้นเวรเข้า 0-10 เวรใน 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ (Adjusted OR = 6.80, 95% CI: 1.16-40.01, p-value = 0.034) และจำนวนชั่วโมงในการนอน 1 คืน พบว่า ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า 15.11 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน 6 – 8 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ (Adjusted OR = 15.11, 95% CI: 1.03-221.19, p-value = 0.047) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีซึมเศร้า	มีซึมเศร้า	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
เพศ						
ชาย*	2 (1.8)	0 (0)				
หญิง	110 (98.2)	12 (100)				
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี*	53 (47.3)	7 (58.3)	1.00			
มากกว่า 30 ปี	59 (52.7)	5 (41.7)	0.64	0.19	2.14	0.471
สถานภาพสมรส						
ไม่มีคู่*	92 (82.1)	12 (100)				
มีคู่	20 (17.9)	0 (0)				
การศึกษา						
ป.ตรี*	98 (87.5)	11 (91.7)	1.00			
ป.โท	14 (12.5)	1 (8.3)	0.64	0.08	5.31	0.676 ⁺
โรคประจำตัว						
ไม่มี*	91 (81.3)	9 (75.0)	1.00			
มี	21 (18.8)	3 (25.0)	1.44	0.36	5.80	0.604 ⁺
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มี*	107 (95.5)	10 (83.3)	1.00			
มี	5 (4.5)	2 (16.7)	4.28	0.73	24.96	0.106 ⁺

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีซึมเศร้า	มีซึมเศร้า	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
แอลกอฮอล์						
ไม่มี*	100 (89.3)	9 (75.0)	1.00			
มี	12 (10.7)	3 (25.0)	2.78	0.66	11.69	0.164 ⁺
ยาช่วยนอน						
ไม่ใช้*	107 (95.5)	10 (83.3)	1.00			
ใช้	5 (4.5)	2 (16.7)	4.28	0.73	24.96	0.106 ⁺
ออกกำลังกาย						
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ*	92 (82.1)	8 (66.7)	1.00			
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	20 (17.9)	4 (33.3)	2.30	0.63	8.39	0.207 ⁺
ลักษณะการตื่นและการนอน						
ตื่นเช้าและนอนแต่หัวค่ำ มีเรี่ยวแรงในช่วงเช้ามักกว่า*	43 (38.4)	3 (25.0)	1.00			
ตื่นสายและนอนดึก มีเรี่ยวแรงในช่วงกลางคืนมากกว่า	69 (61.6)	9 (75.0)	1.87	0.48	7.29	0.368 ⁺
ประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19						
ไม่เคย*	58 (51.8)	4 (33.3)	1.00			
เคย	54 (48.2)	8 (66.7)	2.15	0.61	7.54	0.233 ⁺
กักตัวการติดเชื้อโควิด-19						
กักตัวน้อย*	78 (69.6)	6 (50.0)	1.00			
กักตัวมาก	34 (30.4)	6 (50.0)	2.29	0.69	7.63	0.175
แผนกที่ทำงาน						
หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ	43 (38.4)	9 (75.0)	4.81			
หอผู้ป่วยวิกฤติแผนกอื่น*	69 (61.6)	3 (25.0)	1.00	1.23	18.78	0.024 ⁺
จำนวนปีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี*	55 (49.1)	7 (58.3)	1.00			
มากกว่า 7 ปี	57 (50.9)	5 (41.7)	0.69	0.21	2.30	0.545
จำนวนการขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	63 (56.3)	3 (25.0)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	49 (43.8)	9 (75.0)	3.86	0.99	15.01	0.052 ⁺
จำนวนการขึ้นเวรบ่ายใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	97 (86.6)	10 (83.3)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	15 (13.4)	2 (16.7)	1.29	0.26	6.49	0.755 ⁺
จำนวนการขึ้นเวรดึกใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	94 (83.9)	10 (83.3)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	18 (16.1)	2 (16.7)	1.04	0.21	5.17	0.958 ⁺

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีซึมเศร้า	มีซึมเศร้า	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
จำนวนการขึ้นเวรติดต่อกันอย่างน้อย 3 เวร						
ติดต่อกันใน 1 เดือน						
ไม่มี*	64 (57.1)	7 (58.3)	1.00			
มี	48 (42.9)	5 (41.7)	0.95	0.29	3.19	0.937
ระยะเวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวร						
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	61 (54.5)	10 (83.3)	4.18	0.88	19.96	0.073 ⁺
8 – 24 ชั่วโมง*	51 (45.5)	2 (16.7)	1.00			
ประเภทของการขึ้นเวรตามความพึงพอใจ						
เข้า*	43 (38.4)	3 (25.0)	1.00			
ป่วย	54 (48.2)	6 (50.0)	1.59	0.38	6.74	0.527 ⁺
ดีก	15 (13.4)	3 (25.0)	2.87	0.52	15.77	0.226 ⁺
จำนวนวันหยุดต่อเดือน						
1 - 4 วัน*	26 (23.2)	4 (33.3)	1.00			
5 - 8 วัน	72 (64.3)	7 (58.3)	0.63	0.17	2.34	0.492 ⁺
9 - 16 วัน	14 (12.5)	1 (8.3)	0.46	0.05	4.57	0.511 ⁺
จำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน						
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	60 (53.6)	11 (91.7)	9.53	1.19	76.35	0.034 ⁺
6 – 8 ชั่วโมง*	52 (46.4)	1 (8.3)	1.00			
ความพอเพียงของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ						
ไม่พอ/ บางครั้งขาด	7 (6.3)	1 (8.3)	1.36	0.15	12.13	0.781 ⁺
พอ*	105 (93.8)	11 (91.7)	1.00			
ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงโรคโควิด-19						
ไม่เพิ่มหรือลดลง*	14 (12.5)	1 (8.3)	1.00			
ภาระงานเพิ่มขึ้น	98 (87.5)	11 (91.7)	1.57	0.19	13.12	0.676 ⁺
ความหนักเบาของภาระงาน						
พอดี*	59 (52.7)	3 (25.0)	1.00			
หนักเกินไป	53 (47.3)	9 (75.0)	3.34	0.86	12.99	0.082 ⁺

* กลุ่มอ้างอิง, ⁺ คำนวณด้วย Fisher's exact test

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีนอนไม่หลับ	นอนไม่หลับ	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
เพศ						
ชาย*	2 (1.9)	0 (0)				
หญิง	103 (98.1)	19 (100)				

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีนอน ไม่หลับ	นอน ไม่หลับ	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
อายุ (ปี)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี*	47 (44.8)	13 (68.4)	1.00			
มากกว่า 30 ปี	58 (55.2)	6 (31.6)	0.37	0.13	1.06	0.064
สถานภาพสมรส						
ไม่มีคู่*	85 (81.0)	19 (100)				
มีคู่	20 (19.0)	0 (0)				
การศึกษา						
ป.ตรี*	91 (86.7)	18 (94.7)	1.00			
ป.โท	14 (13.3)	1 (5.3)	0.36	0.05	2.92	0.340 ⁺
โรคประจำตัว						
ไม่มี*	84 (80.0)	16 (84.2)	1.00			
มี	21 (20.0)	3 (15.8)	0.75	0.20	2.82	0.670 ⁺
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มี*	101 (96.2)	16 (84.2)	1.00			
มี	4 (3.8)	3 (15.8)	4.73	0.97	23.15	0.055 ⁺
แอลกอฮอล์						
ไม่มี*	95 (90.5)	14 (73.7)	1.00			
มี	10 (9.5)	5 (26.3)	3.39	1.01	11.39	0.048
ยาช่วยนอน						
ไม่ใช้*	102 (97.1)	15 (78.9)	1.00			
ใช้	3 (2.9)	4 (21.1)	9.07	1.85	44.55	0.007⁺
ออกกำลังกาย						
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ*	84 (80.0)	16 (84.2)	1.00			
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	21 (20.0)	3 (15.8)	0.75	0.20	2.82	0.670 ⁺
ลักษณะการตื่นและการนอน						
ตื่นเช้าและนอนแต่หัวค่ำ มีเรื้อยแรงในช่วงเช้ามากกว่า*	40 (38.1)	6 (31.6)	1.00			
ตื่นสายและนอนดึก มีเรื้อยแรงในช่วงกลางคืนมากกว่า	65 (61.9)	13 (68.4)	1.33	0.47	3.79	0.589
ประวัติเคยติดเชื้อโควิด-19						
ไม่เคย*	55 (52.4)	7 (36.8)	1.00			
เคย	50 (47.6)	12 (63.2)	1.89	0.69	5.17	0.217
กั่วงลการติดเชื้อโควิด-19						
กั่วงลน้อย*	74 (70.5)	10 (52.6)	1.00			
กั่วงลมาก	31 (29.5)	9 (47.4)	2.15	0.80	5.80	0.131

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีนอน ไม่หลับ	นอน ไม่หลับ	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	n (%)	n (%)		Lower	Upper	
แผนกที่ทำงาน						
หอผู้ป่วยวิกฤติแผนกอื่น*	66 (62.9)	6 (31.6)	1.00			
หอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมและ อายุรกรรมโรคหัวใจ	39 (37.1)	13 (68.4)	3.67	1.29	10.43	0.015
จำนวนปีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี*	48 (45.7)	14 (73.7)	1.00			
มากกว่า 7 ปี	57 (54.3)	5 (26.3)	0.30	0.10	0.90	0.031
จำนวนการขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	58 (55.2)	8 (42.1)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	47 (44.8)	11 (57.9)	1.70	0.63	4.56	0.295
จำนวนการขึ้นเวรป่วยใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	90 (85.7)	17 (89.5)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	15 (14.3)	2 (10.5)	0.71	0.15	3.37	0.662 ⁺
จำนวนการขึ้นเวรตึกใน 1 เดือน						
0-10 เวร*	88 (83.8)	16 (84.2)	1.00			
ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	17 (16.2)	3 (15.8)	0.97	0.26	3.70	0.965 ⁺
จำนวนการขึ้นเวรติดต่อกันอย่างน้อย 3 เวร ติดต่อกันใน 1 เดือน						
ไม่มี*	60 (57.1)	11 (57.9)	1.00			
มี	45 (42.9)	8 (42.1)	0.97	0.36	2.61	0.951
ระยะเวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวร						
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	56 (53.3)	15 (78.9)	3.28	1.02	10.55	0.046⁺
8 – 24 ชั่วโมง*	49 (46.7)	4 (21.1)	1.00			
ประเภทของการขึ้นเวรตามความพึงพอใจ						
เข้า*	38 (36.2)	8 (42.1)	1.00			
ป่วย	52 (49.5)	8 (42.1)	0.73	0.25	2.12	0.564
ตึก	15 (14.3)	3 (15.8)	0.95	0.22	4.07	0.945 ⁺
จำนวนวันหยุดต่อเดือน						
1 – 4 วัน*	23 (21.9)	7 (36.8)	1.00			
5 – 8 วัน	69 (65.7)	10 (52.6)	0.48	0.16	1.40	0.176
9 – 16 วัน	13 (12.4)	2 (10.5)	0.51	0.09	2.80	0.435 ⁺
จำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน						
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	54 (51.4)	17 (89.5)	8.03	1.77	36.50	0.007⁺
6 – 8 ชั่วโมง*	51 (48.6)	2 (10.5)	1.00			

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ Univariate logistic regression (ต่อ)

ข้อมูล/ปัจจัย	ไม่มีนอน	นอน	Crude OR	95% CI of OR		p-value
	ไม่หลับ	ไม่หลับ		Lower	Upper	
	n (%)	n (%)				
ความพอเพียงของอุปกรณ์ป้องกัน						
การติดเชื้อ						
ไม่พอ/ บางครั้งขาดแคลน	7 (6.7)	1 (5.3)	0.78	0.09	6.71	0.819 ⁺
พอ*	98 (93.3)	18 (94.7)	1.00			
ภาระงานที่เพิ่มขึ้นในช่วงโรคโควิด-19						
ไม่เพิ่มหรือลดลง*	11 (10.5)	4 (21.1)	1.00			
ภาระงานเพิ่มขึ้น	94 (89.5)	15 (78.9)	0.44	0.12	1.56	0.203 ⁺
ความหนักเบาของภาระงาน						
พอดี*	56 (53.3)	6 (31.6)	1.00			
หนักเกินไป	49 (46.7)	13 (68.4)	2.48	0.88	7.01	0.088

* กลุ่มอ้างอิง, ⁺ คำนวณด้วย Fisher's exact test

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ปัจจัย	aOR	95% CI of Adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
- มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช	6.47	0.40	104.37	0.188
- ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์	2.77	0.27	28.67	0.392
- ใช้ยาช่วยนอนหลับ	2.12	0.15	30.68	0.583
- การขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป	6.80	1.16	40.01	0.034
- เวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวรน้อยกว่า 8 ชั่วโมง	1.09	0.16	7.24	0.930
- จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง	15.11	1.03	221.19	0.047
- ความหนักของภาระงานมากเกินไป	4.72	0.76	29.16	0.095
- ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรืออายุรกรรมโรคหัวใจ	4.57	0.94	22.22	0.060
- กังวลการติดเชื้อโควิด-19 มาก	2.65	0.54	13.07	0.232

ในส่วนของการนอนไม่หลับ จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis (แสดงในตารางที่ 3) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การตีมีแอลกอฮอล์ การใช้ยาช่วยนอน จำนวนปีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาพักน้อยกว่า 8 ชั่วโมง จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง และผู้ที่ทำงานในแผนกอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ เมื่อทำการวิเคราะห์ Multivariate logistic regression โดยการคัดเลือกปัจจัยจากการวิเคราะห์ univariate analysis ที่มีค่า p-value < 0.2 มาวิเคราะห์²¹ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ ได้แก่ ประวัติโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชจะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ 9.35 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีประวัติโรคทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ (adjusted OR = 9.35, 95% CI: 1.01-86.62,

p-value = 0.049) ผู้ที่มีการใช้ยาช่วยนอนหลับ พบว่า ผู้ที่มีการใช้ยาช่วยนอนหลับจะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ 16.49 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาช่วยนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ (adjusted OR = 16.49, 95% CI: 1.61-169.36, p-value = 0.018) จำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน พบว่า ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ 19.42 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน 6-8 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ (Adjusted OR = 19.42, 95% CI: 2.56-147.1, p-value = 0.004) และแผนกที่ทำงาน พบว่า ผู้ที่ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ 5.31 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ (adjusted OR = 5.31, 95% CI: 1.31- 21.55, p-value = 0.019) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ปัจจัย	aOR	95% CI of Adjusted OR		p-value
		Lower	Upper	
- อายุมากกว่า 30 ปี	2.41	0.14	41.46	0.546
- มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช	9.35	1.01	86.62	0.049
- ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5.06	0.77	33.36	0.092
- ใช้ยาช่วยนอนหลับ	16.49	1.61	169.36	0.018
- เวลาที่ได้พักจากการขึ้นเวรน้อยกว่า 8 ชั่วโมง	0.60	0.13	2.72	0.502
- จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง	19.42	2.56	147.10	0.004
- ความหนักของภาระงานมากเกินไป	2.96	0.70	12.60	0.142
- ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรืออายุรกรรมโรคหัวใจ	5.31	1.31	21.55	0.019
- จำนวนปีในการปฏิบัติงานมากกว่า 7 ปี	0.10	0.01	2.11	0.140

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้ คือ

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คือ ร้อยละ 9.68 อย่างไรก็ตามความชุกงานวิจัยนี้น้อยกว่างานวิจัยของ Huan Huang และคณะ¹ ที่ทำการศึกษาความชุกของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยพบความชุกร้อยละ 25

จากงานวิจัยนี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนการขึ้นเวรเข้าใน 1 เดือน ตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป อธิบายได้จากภาระงานในเวรเช้าจะมากกว่าในเวรบ่ายและดึก ทำให้เกิดความเครียดในงานจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²² อีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hayam¹¹ และ Hannah Wozniak⁴ ซึ่งอธิบายได้จากการที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อย เกิดจากอาการนอนไม่หลับซึ่งมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า²³

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกอาการนอนไม่หลับของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ร้อยละ 15.2 เหตุผลส่วนใหญ่ของอาการนอนไม่หลับคือ การที่ต้องขึ้นเวรเป็นกะ โดยเฉพาะกะดึก อย่างไรก็ตามความชุกของงานนี้น้อยกว่างานวิจัยของ Yuhjin Chung และคณะ¹⁴ ที่ทำการศึกษาในพยาบาล จำนวน 386 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย พบว่ามีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 44.3 และการศึกษาของ Yanjie Han และคณะ⁸ ที่ทำการศึกษาในพยาบาล จำนวน 2,033 คน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 3 แห่ง พบว่ามีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 42.9 อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน เช่น ในการศึกษาของ Yuhjin Chung และคณะ พยาบาลที่จะเข้าร่วมวิจัยจะต้องเป็นพยาบาลที่เข้าเวรกะดึกอย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย และมีพยาบาลที่ขึ้นเวรดึกต่อเนื่องกันในอัตราส่วนที่มากกว่า หรือในการศึกษาของ Yanjie Han ที่พบว่ามีพยาบาล ร้อยละ 47 ที่ทำงานกะดึกจำนวนมาก ส่งผลให้นาฬิกาชีวภาพของร่างกายที่ควบคุมวงจรหลับ-การตื่นได้รับการรบกวน จึงมีแนวโน้มที่จะมีอาการนอนไม่หลับ

3. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ คือ พยาบาลที่มีประวัติโรคทางจิตเวช พบได้ร้อยละ 15.8 (ดังตารางที่ 4) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากปัจจัยทางชีวภาพของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามักมีปัญหาอนไม่หลับอยู่เดิมซึ่งเป็นลักษณะ initial insomnia คือ การเข้านอนใช้เวลานาน จึงจะสามารถนอนหลับได้ middle insomnia คือมีการตื่นกลางดึกบ่อยครั้งใน 1 คืน และใช้เวลานานกว่าจะเข้านอนได้ในครั้งต่อไป หรือมี early morning awakening คือ ตื่นเช้าเมื่อเปรียบเทียบกับการตื่นนอนในช่วงเวลาปกติ รวมไปถึงมีระยะเวลาช่วงหลับลึกลดลง²⁴ หรือในทางกลับกันการที่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติต้องทำงานในกะดึกแล้วมีอาการนอนไม่หลับ จะส่งผลให้เพิ่มระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าด้วยเช่นกัน²⁵ นอกจากประวัติโรคทางจิตเวชแล้ว ในศึกษานี้ยังพบว่าการใช้ยาช่วยนอนมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาอนไม่หลับ มีแนวโน้มที่จะใช้ยาช่วยนอนในการจัดการปัญหานี้

4. สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ พบว่า จำนวนชั่วโมงการนอนใน 1 คืน ผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง จะมีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน 6 – 8 ชั่วโมง อธิบายจากจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยเป็นผลมาจากการนอนไม่หลับหรืออาจเกิดจากการอดนอน และในการศึกษานี้ พบว่าการทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมหรืออายุรกรรมโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ เมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤติแผนกอื่น ๆ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับผลการศึกษาก่อนหน้าของ Mei-Fang Wang และคณะ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและอาการนอนไม่หลับในพยาบาล จะพบว่าพยาบาลที่ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติและแผนกอายุรกรรมก็มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ²⁶

สรุป พยาบาลที่ทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.68 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับที่พบได้ในประชากรทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ จำนวนการขึ้นเวรเข้าต่อเดือนตั้งแต่ 11 เวรขึ้นไป และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน ส่วนความชุกของอาการนอนไม่หลับมีค่าสูงถึงร้อยละ 15 พบปัจจัยเสี่ยงของอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ มีประวัติโรคทางจิตเวช มีประวัติการใช้ยาช่วยนอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยรวมใน 1 วันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง และทำงานในแผนกหอผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรมและอายุรกรรมโรคหัวใจ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไม่ได้แสดงถึงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในบริบทของโรงพยาบาลและการทำงาน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและผลการศึกษาไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั่วประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่องและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คือผู้ที่ทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหรืออายุรกรรมโรคหัวใจ รวมถึงประชาสัมพันธ์เรื่องบริการคัดกรองเชิงรุกของศูนย์ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต โดยมี QR code เพื่อเข้าถึงเว็บไซต์ <https://www.chulamental.com> ในจุดที่ปฏิบัติงาน ซึ่งในเว็บไซต์จะมีคำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต และปรึกษาจิตแพทย์ได้

2. ศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเลือกปัจจัยครั้งต่อไปเพิ่มเติม ได้แก่ ความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมถึงสุขอนามัยในการนอน และประเมินอาการวิตกกังวล

เอกสารอ้างอิง

1. Huang H, Xia Y, Zeng X, Lü A. Prevalence of depression and depressive symptoms among intensive care nurses: a meta-analysis. Nurs Crit Care 2022;27(6):739-46.
2. Saeedi Shahri SS, Ghashghaee A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Behzadifar M, Mousavinejad N, et al. Depression among Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran 2017;31:130. doi: 10.14196/mjiri.31.130.
3. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
4. Wozniak H, Benzakour L, Moullec G, Buetti N, Nguyen A, Corbaz S, et al. Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. Ann Intensive Care 2021;11(1):106. doi: 10.1186/s13613-021-00900-x.
5. Zhao Y, Guo J, Liu S, Aizezi M, Zeng Q, Sidike A, et al. Prevalence and related factors of depression, anxiety, acute stress, and insomnia symptoms among medical staffs experiencing the second wave of COVID-19 pandemic in Xinjiang, China. Front Public Health 2021;9:671400. doi: 10.3389/fpubh.2021.671400.
6. de Vargas D, Dias AP. Depression prevalence in intensive care unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of São Paulo State. Rev Lat Am Enfermagem 2011;19(5):1114-21.

7. Kerdcharoen N, Wisitpongaree C, Padermpornromyen C, Jaroennophakunsri C, Sittisak N, Imeuarbpathom N, et al. Work factors related to sleep quality among professional nurses in the inpatient department, Faculty of Medicine Vajira Hospital. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2020;64(1):41-58. (in Thai)
8. Han Y, Yuan Y, Zhang L, Fu Y. Sleep disorder status of nurses in general hospitals and its influencing factors. *Psychiatr Danub* 2016;28(2):176-83.
9. Kandemir D, Temiz Z, Ozhanli Y, Erdogan H, Kanbay Y. Analysis of mental health symptoms and insomnia levels of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic with a structural equation model. *J Clin Nurs* 2022;31(5-6):601-11.
10. Tran TV, Nguyen HC, Pham LV, Nguyen MH, Nguyen HC, Ha TH, et al. Impacts and interactions of COVID-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2020;10(12):e041394. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041394.
11. Elgohary HM, Sehlo MG, Bassiony MM, Youssef UM, Elrafey DS, Amin SI. Depression among health workers caring for patients with COVID-19 in Egypt. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg* 2021;57(1):139. doi: 10.1186/s41983-021-00394-1.
12. Mehta S, Yarnell C, Shah S, Dodek P, Parsons-Leigh J, Maunder R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey *Can J Anaesth* 2022;69(4):472-84.
13. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30(2): 533-43.
14. Chung Y, Kim H, Koh D-H, Park J-H, Yoon S. Relationship between shift intensity and insomnia among hospital nurses in Korea: a cross-sectional study. *J Prev Med Public Health* 2021;54(1):46-54.
15. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Prevalence of mental health problems and associated factors of Thai healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic. *J Public Health Dev* 2022;20(1):106-19.
16. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC psychiatry* 2008;8:46. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
18. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep* 2011;34(5):601-8.

19. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [Thesis]. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University; 2004. (in Thai)
20. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health* 2015;1(1):40-3.
21. Thokanit NS. Tutorial statistics hour [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 24]. Available from: http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/1_tutorials%20on%20Stat%2008Jun17_Dr.Nintita.pdf (in Thai)
22. Ohler MC, Kerr MS, Forbes DA. Depression in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research Archive* 2010;66-83.
23. Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC psychiatry* 2016;16(1):375. doi: 10.1186/s12888-016-1075-3.
24. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology* 2020;45(1):74-89.
25. AbuRuz ME, Hayeah HMA. Insomnia induced by night shift work is associated with anxiety, depression, and fatigue, among critical care nurses. *Adv Stud Biol* 2017;9(3): 137-56.
26. Wang MF, Shao P, Wu C, Zhang LY, Zhang LF, Liang J, et al. The relationship between occupational stressors and insomnia in hospital nurses: the mediating role of psychological capital. *Front Psychol* 2023;13:1070809. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1070809.