

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินพฤติกรรมและความรู้ด้านสุขอนามัย การนอนในผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 (นครราชสีมา)

กิตติชาติ อินทสร*

สุภาวดี เจียรกุล**

สุรางค์ เลิศชาธาร***

*กลุ่มงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 (นครราชสีมา) กรมอนามัย

**กลุ่มงานอายุรกรรม สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

***กลุ่มงานจิตเวช สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

บทคัดย่อ

การศึกษาพฤติกรรมและความรู้ด้านสุขอนามัยการนอนของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา และผลกระทบต่อในผู้ที่มีสุขอนามัยการนอนที่ไม่ดี โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจด้วยแบบสอบถาม ในกลุ่มศึกษา 205 ราย อายุ 23 ถึง 79 ปี เพศหญิง:ชาย 2.5:1 ส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน (60.5%) อายุตั้งแต่ 23 ถึง 79 ปี (เฉลี่ย 50.9, 10.8) มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติร้อยละ 59.5 พบว่ากลุ่มศึกษา 128 ราย (62.4%) มีปัญหาการนอน ได้แก่ ปัญหาอนหลับยากหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ 80 ราย (39.0%) นอนหลับไม่ต่อเนื่อง 90 ราย (43.9%) และ 66 ราย (32.2%) นอนหลับยากและนอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้มีปัญหาอนกรน นอนละเมอ และนอนมากไป ร้อยละ 16.6, 3.4 และ 2.4 ตามลำดับ; พบพฤติกรรมสุขอนามัยการนอนที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเข้านอนไม่ตรงเวลา ร้อยละ 57.6 กินอาหารมื้อดึกก่อนนอน ร้อยละ 45.9 กรณีนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่ (60.5%) จะนอนแช่อยู่บนเตียงไปเรื่อย ๆ 136 รายมีสิ่งรบกวนเกิดขึ้นบ่อยบริเวณห้องนอน ส่วนใหญ่ของสิ่งรบกวน (64.7% ของสิ่งรบกวนที่พบ) เป็นเสียงดังรบกวน และร้อยละ 26.3 มีพฤติกรรมงีบช่วงกลางวันเป็นประจำ ผลคะแนนจากแบบประเมินความรู้เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนอยู่ในเกณฑ์ดี (เฉลี่ย 14.3, 2.8 จากคะแนนเต็ม 18) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่มระดับการศึกษาหรือรายได้ แต่พบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.044$) ในกลุ่มอาชีพ โดยแม่บ้านและผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (15.0, 2.4) รองลงมาคือเกษตรกร และค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ พบกลุ่มที่มีคู่สมรสมีคะแนนความรู้ด้านสุขอนามัยการนอนที่ดีมากกว่ากลุ่มไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.048$) หัวข้อความรู้ที่มีผู้ตอบไม่ถูกต้องเกินร้อยละ 30 ได้แก่ การสูบบุหรี่ดื่มเหล้า ชาหรือกาแฟก่อนนอน การบริโภคอาหารมื้อหนักก่อนเข้านอน และการแก้ไขกรณีนอนไม่หลับ จึงเป็นสิ่งที่ต้องรณรงค์ให้ความรู้และผลักดันสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อสุขอนามัยการนอนที่ดีของประชากรไทยต่อไป

คำสำคัญ:

ความรู้, พฤติกรรมสุขอนามัยการนอน, ปัญหาด้านการนอน, นอนไม่หลับ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 (นครราชสีมา)

บทนำ

การนอนหลับเป็นช่วงเวลาในร่างกายพักผ่อนโดยเมื่อเริ่มหลับลงปิดตา เซลล์สมองส่วนที่อยู่เหนือโค-แอสมาติก (suprachiasmatic) บริเวณไฮโปทาลามัสก็จะหลั่งสารสื่อประสาท เช่น สารอะดีโนซีน (adenosine) สารกาบา (GABA) เป็นต้น การตื่นเกิดเนื่องจากร่างกายถูกกระตุ้น ผ่าน Reticular Activating System (RAS) ผ่านก้านสมองไปยังสมองส่วนฮาลามัส ร่างกายจะหลั่งสารสื่อประสาท เช่น โมโนเอมีน (monoamine) และ โคลิเนอร์จิก (cholinergic) ทำให้ตื่นขึ้น⁽¹⁾ ขณะหลับนอกจากมีการส่งสารสื่อประสาทแล้วคลื่นสมองยังเปลี่ยนแปลง ทำให้สามารถแบ่งช่วงการนอนหลับได้เป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะแรกคือระยะที่ไม่มีกรลอกตา (NON REM sleep) ระยะที่สองคือระยะที่มีการกรลอกตา (REM sleep) สำหรับระยะ NON REM แบ่งย่อยลงไปอีก 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มหลับ ซึ่งจะปลุกให้ตื่นง่าย กินเวลาประมาณ 1-7 นาที 2) ระยะเริ่มง่วง (drowsy) ร่างกายจะผ่อนคลายลดแรงตึงตัวกล้ามเนื้อคลายตัว 3) ระยะเริ่มหลับลึก และ 4) ระยะหลับลึกมาก⁽²⁾

การประเมินการนอนหลับ (sleep measurement) ทำได้ 2 วิธี ได้แก่ เชิงปรนัย (objective) ได้แก่การใช้เครื่องมือต่าง ๆ เช่น เครื่องตรวจการนอนหลับ (polysomnogram) และเชิงอัตนัย (subjective) ได้แก่ การวัดเชิงคุณภาพการนอนหลับและปริมาณการนอนหลับ โดยใช้แบบสอบถามที่นิยมใช้ เช่น แบบสอบถามการนอนหลับของพิตสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality index, PSQ)⁽³⁾

ปัญหาการนอนไม่หลับหรือนอนไม่เพียงพอ พบได้บ่อยทั้งในสถานบริการโรคเฉพาะทางจิตเวชในเวชปฏิบัติทั่วไปและคลินิกต่าง ๆ สถิติในไทยศึกษาที่เขตหนองจอกพบถึงหนึ่งในสามของประชากร⁽⁴⁾ การศึกษาระบาดวิทยาในสหรัฐอเมริกาแสดงอัตราความชุกร้อยละ 37.7 ในประชากรและประมาณร้อยละ 20-30 มีปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (chronic insomnia)⁽⁵⁾

การพัฒนาการรักษาโดยไม่ใช้ยาเกิดจากความรู

ความก้าวหน้าในสาขา sleep disorder medicine ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนของมนุษย์ เช่น REM-NREM Sleep จังหวะการนอนตื่น (circadian rhythm of sleep wake) อุณหภูมิของร่างกายและการหลั่งสาร melatonin, infrared เป็นต้น ความรู้เหล่านี้ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ของจังหวะชีวภาพของการนอน (biological of sleep) ว่ามีอิทธิพลต่อการนอน อารมณ์ และจิตใจอย่างไร และได้พัฒนาเป็นวิธีการรักษาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยาซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลสุขนิสัยการนอนที่ดี (sleep hygiene information) การควบคุมสิ่งเร้าที่มารบกวน การนอน (stimulus control instructions) การจำกัดการนอน (sleep restriction) เทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation training) การตอบสนองทางชีวภาพ (biofeedback) การสัมผัสแสงสว่าง (bright light therapy) เป็นต้น^(6,7)

จากทั่วโลกพบว่าผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับมักจะใช้ยาหรือสารบางอย่าง เช่น แอลกอฮอล์หรือบุหรี่ช่วยในการนอนหลับซึ่งเป็นการเข้าใจที่ผิดและทำให้เกิดภาวะติดยาในที่สุด⁽⁸⁾

นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังมีพฤติกรรมนิสัยการนอนที่ไม่ถูกต้อง เช่น การงีบหลับเป็นเวลานานในตอนกลางวัน การเข้านอนตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา การมีสิ่งเร้าที่มากเกินไปในขณะที่เข้านอน มีสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ เช่น เสียงดังรบกวน แสงสว่างที่มากเกินไป อุณหภูมิที่ร้อนหรือหนาวเกินไป สิ่งเหล่านี้สามารถรบกวนการนอนในคนที่หลับยากได้ การรักษาผู้ที่นอนไม่หลับเรื้อรังส่วนใหญ่จึงต้องเน้นสุขอนามัยการนอนที่ดี การปรับพฤติกรรมการนอนที่ถูกต้องร่วมกับการใช้ยา^(6,7,9,10)

ใน ค.ศ.1972 ศาสตราจารย์นายแพทย์ Bootzin พัฒนาการควบคุมสิ่งเร้าเพื่อรักษาการนอนไม่หลับ การใช้เตียงเพื่อการนอนหลับเท่านั้น ไม่ไปทำกิจกรรมอื่นในห้องนอน เข้านอนเมื่อง่วงเท่านั้น ถ้าเข้านอนแล้วประมาณ 5-10 นาทีแล้วไม่หลับให้ลุกขึ้นไปทำกิจกรรมอย่างอื่น ซึ่งวิธีดังกล่าวช่วยสร้างความรู้สึกให้เตียงนอน

สัมพันธ์กับการนอนหลับและแนะนำให้ฝึกปฏิบัติบ่อย ๆ ให้สมองเกิดความเคยชินดังกล่าว หากปฏิบัติอย่างจริงจังจะเห็นผลใน 6-8 สัปดาห์^(6,7,10)

สุขนิสัยการนอนที่ดี (good sleep hygiene) ได้แก่ ข้อที่ควรปฏิบัติสำหรับผู้มีปัญหาการนอน ได้แก่ ตื่นและเข้านอนให้เป็นเวลา ไม่นอนเล่นบนเตียงขณะตื่น ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในช่วงบ่ายถึงค่ำ ไม่ควรหลับในเวลากลางวันถ้าหลับไม่ควรเกิน 30-60 นาที ไม่ควรสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน ไม่ควรออกกำลังกายหนักช่วงใกล้เวลานอน หลีกเลี่ยงภาวะตึงเครียดและควรผ่อนคลายในช่วงก่อนนอน ขจัดสิ่งทีรบกวนการนอน เช่น เสียง แสงสว่าง กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์และอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป^(6,7,11)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ตั้งอยู่ ณ จังหวัดนครราชสีมา ภาคอีสาน เป็นศูนย์วิชาการในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีภารกิจให้บริการทางการแพทย์ ให้ความรู้คำแนะนำและประเมินความรู้ด้านสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของกรมอนามัยที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเพื่อการป้องกันโรค โดยให้บริการทั้งในและนอกสถานที่ในเขตพื้นที่

การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินด้านสุขอนามัยการนอนหลับในประเทศไทยที่ผ่านมามีการศึกษาในกลุ่มเฉพาะ^(12,13) แต่ในเขตพื้นที่ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 5 รับผิดชอบยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและความรู้ด้านสุขอนามัยการนอนของผู้มารับบริการ เพื่อจะได้นำมาใช้ในการวางแผนและดำเนินการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการนอนหลับที่ดีต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เชิงพรรณนา โดยสุ่มตัวอย่างประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มาตรวจรักษา/รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 แผนกผู้ป่วยนอก และ

นอกสถานที่ ซึ่งจัดขึ้นที่เขตอำเภอเมือง ตำบลหนองสูง-เหลื่อม อำเภอเฉลิมพระเกียรติ และอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ยินยอมเข้ารับการศึกษ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ “แบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับ” ซึ่งประกอบด้วยการวัดในเชิงคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการนอนหลับของพิตสเบิร์ก⁽³⁾ และแบบสอบถามงานวิจัยของ สุรางค์ เลิศคชาธาร⁽¹³⁾ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพทั่วไป ส่วนที่ 3 ข้อมูลการนอนหลับ 18 ข้อ ทั้ง 3 ส่วนเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด และส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินความรู้เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 18 ข้อ แบบปรนัย คำถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ข้อที่ตอบตรงเฉลยจะได้ 1 คะแนน ส่วนถ้าตอบไม่ตรงเฉลยหรือตอบไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน ผู้เก็บแบบรวบรวมสอบถามคือเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการอบรมจากผู้วิจัย นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ทางสถิติโดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบผลคะแนนการประเมินความรู้ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และ Anova โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ค่า p น้อยกว่า 0.05 โดยการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม กรมอนามัย

ผลการศึกษา

กลุ่มศึกษาจำนวน 205 ราย อายุระหว่าง 23 ถึง 79 ปี (เฉลี่ย 50.9, 10.8) เพศหญิง:เพศชาย 2.5:1 ร้อยละ 73.2 มีสถานสมรสอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน ร้อยละ 99.0 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนมาก (70.7%) มีภูมิลำเนาอยู่นอกเมือง ส่วนใหญ่ (74.2%) อาศัยอยู่ในภูมิลำเนานาน 1 ปีถึง 5 ปี (1 - 79 เฉลี่ย 38.4, 18.8) ส่วนใหญ่ (45.9%) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาถึงมัธยมต้น ร้อยละ 34.2 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท

ต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ (34.6%) แม่บ้านและไม่ได้ประกอบอาชีพ (13.2%) ตามลำดับ ร้อยละ 59.5 มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (≥ 23 กก./ม.²) (ตารางที่ 1) และค่าเฉลี่ย 24.7, 4.8 กก./ม.²

มีเพียงร้อยละ 33.7 เคยได้รับความรู้เรื่องการนอนหลับ (ตารางที่ 1) โดยได้รับความรู้ 1 ครั้ง 25 ราย (36.2%) 2 ครั้ง 26 ราย (37.7%) 3 ครั้ง 11 ราย (15.9%) และมากกว่า 3 ครั้ง 7 ราย (10.2%) ส่วนใหญ่ (37 ราย, 53.6%) ได้รับจากแพทย์

ประวัติโรคประจำตัวและการใช้ยา พบว่ากลุ่มศึกษาจำนวน 133 ราย (64.9%) มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกตามลำดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคภูมิแพ้ และโรคข้อ (ตารางที่ 2) โดยมี 88 รายที่โรคประจำตัวเพียงโรคเดียว

จากการสอบถามประวัติการใช้ยา กลุ่มศึกษา 120 ราย (58.5%) มียากินหรือยาฉีดประจำ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต 52 ราย ยาลดไขมัน 35 ราย ยาเบาหวาน 21 ราย ยาละลายลิ่มเลือด 17 ราย ยาแก้แพ้ 16 ราย ยาแก้ปวด 15 ราย และยากลายเครียดยานอนหลับ 8 ราย

ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรเข้านอนกลุ่มศึกษา 146 ราย (71.2%) เข้านอนตั้งแต่ช่วง 20.00 ถึง 22.00 น. ใช้เวลากว่าที่จะหลับตั้งแต่ 5 ถึง 240 นาที ส่วนใหญ่ (40.5%) ใช้เวลา 16 ถึง 30 นาที (ตารางที่ 3) ร้อยละ 57.6 เข้านอนไม่เป็นเวลา (ตารางที่ 3) ร้อยละ 13.1 ทำงานที่เป็นกะ ระยะเวลาการนอนหลับตั้งแต่ 3 ถึง 10 ชม. (เฉลี่ย 6.9, 1.4 ชม.)

กลุ่มศึกษา 128 ราย (62.4%) มีปัญหาการนอน โดย 108 ราย (52.7%) มีปัญหาการนอนหลับ (insomnia) เป็นปัญหาการนอนหลับได้ยากหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ (initial insomnia) อย่างเดียว 14 ราย (6.8%) นอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือนอนตื่นบ่อย ๆ กลางดึก (intermittent insomnia) อย่างเดียว 24 ราย (11.7%) มีปัญหาทั้งนอนหลับยากและนอนหลับไม่ต่อเนื่อง 66 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มศึกษา (n = 205 ราย)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	147	71.7
ชาย	58	28.3
อายุ (ปี)		
18-45	53	25.8
46-60	124	60.5
> 60	28	13.7
ภูมิลำเนา		
นอกเมือง	145	70.7
ในเมือง	60	29.3
ระยะเวลาที่อยู่ในภูมิลำเนา (ปี)		
< 6 เดือน	8	3.9
6 เดือน- 1	23	11.2
> 1 - 5	152	74.2
> 5	22	10.7
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	67	32.7
มัธยมต้น	27	13.2
มัธยมปลาย/ปวช.หรือเทียบเท่า	42	20.5
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	17	8.3
ปริญญาตรี	40	19.5
สูงกว่าปริญญาตรี	12	5.8
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บ้านานาญ	71	34.6
เกษตรกร	46	22.4
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	43	21.0
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	13.2
ค้าขาย/อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว	18	8.8
รายได้เฉลี่ย (บาท) ต่อเดือน		
$\leq 5,000$	70	34.2
5,001 - 10,000	40	19.5
10,001-20,000	39	19.0
> 20,000	56	27.3
สถานภาพสมรส		
สมรส	150	73.2
โสด	26	12.7
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	29	14.1
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
< 18.5	16	7.8
18.5- 22.9	67	32.7
≥ 23	122	59.5
เคยได้รับความรู้เรื่องการนอนหลับ		
เคย	69	33.7
ไม่เคย	136	66.3

ตารางที่ 2 โรคประจำตัวของกลุ่มศึกษา จำแนกตามโรค

โรคประจำตัว	ราย
ความดันโลหิตสูง	52
ไขมันในเลือดสูง	45
เบาหวาน	23
โรคภูมิแพ้	15
โรคข้อ	10
โรคอ้วน	6
โรคทางจิตวิตกกังวล	6
โรคกระเพาะ/โรคปวดท้อง	6
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6
โรคชั้รยอยด์	5
ไวรัสตับอักเสบบี	5
โรคอื่น ๆ	12
ไม่ระบุ	8

(32.2%) (ตารางที่ 3)

ส่วนปัญหาการนอนอื่น ๆ (parasomnia) ได้แก่ ปัญหาการนอนกรน 34 ราย (16.6%) นอนละเมอ และนอนมากไป (ตารางที่ 3) ระยะเวลาที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่ 1 ถึง 50 ปี ค่าเฉลี่ย 7.9, 5.2 ปี

พฤติกรรมด้านการบริโภค ส่วนใหญ่ 94 ราย (45.9%) มีการกินอาหารมื้อดึกก่อนนอน โดยบริโภคเป็นประจำร้อยละ 12.7 เป็นครั้งคราวร้อยละ 33.2 การบริโภคสารที่รบกวนการนอนในช่วงเย็นถึงก่อนนอน ได้แก่ ต้มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนร้อยละ 24.9 ต้มเหล้า เบียร์ ร้อยละ 12.2 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.2 ของกลุ่มศึกษาตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ปัญหาทางสิ่งแวดล้อม 136 ราย มีสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณห้องนอนหรือเตียงนอน โดยส่วนใหญ่ของสิ่งรบกวน (64.7%) เป็นเสียงดังรบกวน รองลงมาคือแสงสว่าง (20.6%) อากาศร้อนอบอ้าวไม่ถ่ายเท (11.8%) (ตารางที่ 4) โดยมีสิ่งรบกวนมากกว่า 1 อย่าง 7 ราย

วิธีการปฏิบัติหากนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะนอน

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพการนอนของกลุ่มศึกษา (n=205 ราย)

ข้อมูลสุขภาพการนอน	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการนอนหลับ (n=108 ราย)		
นอนหลับได้ยากและหลับไม่ต่อเนื่อง	66	32.2
นอนหลับได้ยากอย่างเดียว	14	6.8
นอนหลับไม่ต่อเนื่องอย่างเดียว	24	11.7
นอนไม่หลับ ไม่ระบุประเภท	4	2.0
ปัญหาการนอนหลับอื่น ๆ (n=46 ราย)		
นอนกรน	34	16.6
นอนละเมอ	7	3.4
นอนมากไป	5	2.4
ระยะเวลาที่นอนหลับเฉลี่ยต่อคืน (ชั่วโมง)		
< 6	31	15.1
6 - 7	95	46.4
> 8	79	38.5
ช่วงระยะเวลาที่เข้านอน		
20.01 - 22.00 น.	146	71.2
22.01 - 24.00 น.	53	25.8
หลัง 24.00 น.	6	3.0
ระยะเวลาก่อนที่จะหลับ (นาที)		
< 16	55	26.8
16 - 30	83	40.5
31 - 60	48	23.4
> 60	19	9.3
พฤติกรรมกรงการเข้านอน		
ตรงเวลา	87	42.4
ไม่ตรงเวลา	118	57.6

แช่อยู่บนเตียงไปเรื่อย ๆ (60.5%) รองลงมาจะลุกขึ้นจากเตียงไปทำอย่างอื่น (22.9%) การบริโภคยาช่วยทำให้หลับ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาพบร้อยละ 20

ความรู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวันพบมากถึง 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.5 และกลุ่มศึกษาใช้เวลางีบประจำช่วงกลางวันพบ 54 ราย (26.3%) งีบเป็นประจำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ 117 ราย (57.1%) มีเพียง 34 รายที่ไม่ได้งีบเลย (ตารางที่ 4) การออกกำลังกายหลังตื่นนอน

ตารางที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมสุขอนามัยการนอนของกลุ่มศึกษา (n=205 ราย)

ข้อมูลสุขภาพการนอน	จำนวน	ร้อยละ
การกินอาหารมื้อดึก		
เป็นประจำ	26	12.7
เป็นครั้งคราว	68	33.2
ไม่รับประทาน	111	54.1
บริโภคกาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	51	24.9
ช่วงเย็นถึงก่อนนอน		
ดื่มเหล้าหรือเบียร์ช่วงเย็นถึงก่อนนอน	25	12.2
สูบบุหรี่ช่วงเย็นถึงก่อนนอน	23	11.2
มีสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณห้องนอน	136	66.3
หรือเตียงนอน (n=136 ราย)		
เสียงดังรบกวน	88	64.7*
แสงสว่าง	28	20.6*
อากาศร้อนอบอ้าวไม่ถ่ายเท	16	11.8*
อากาศเย็น	2	1.45*
กลิ่นเหม็นและอื่น ๆ	2	1.45*
*ร้อยละของสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้น (n=136 ราย)		
วิธีการปฏิบัติหากนอนไม่หลับ		
นอนแช่อยู่บนเตียงไปเรื่อย ๆ	124	60.5
ลุกขึ้นจากเตียงไปทำอย่างอื่น	47	22.9
วิธีการอื่น ๆ	34	16.6
การบริโภคยาช่วยทำให้หลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา		
เคยใช้เป็นประจำ	7	3.4
เป็นครั้งคราวสัปดาห์ละ 1 ถึง 3 ครั้ง	34	16.6
ไม่เคยใช้	164	80.0
ความรู้สึกร่วงนอนในเวลากลางวัน		
งีบช่วงกลางวันเป็นประจำ	54	26.3
งีบเป็นบางครั้ง	117	57.1
ไม่งีบเลย	34	16.6

ร้อยละ 30.2 ทำสมาธิ ร้อยละ 35.6 ทำนาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 34.2 ไม่เคย

การประเมินผลความรู้ด้านอนามัยการนอนที่ดี 18 คะแนน กลุ่มศึกษาได้คะแนนต่ำสุด 4 คะแนนสูงสุด 18 คะแนน (เฉลี่ย 14.30, 2.75) โดยร้อยละ 42.2 ได้

คะแนนมากกว่า 15 คะแนน (ตารางที่ 5)

การวิเคราะห์ผลคะแนนในแต่ละข้อคำถาม พบว่า ความรู้ที่มีผู้ตอบได้ถูกมากที่สุด 6 อันดับแรก ได้แก่ 1) การฟังเพลงเบา ๆ และสวดมนต์ ทำสมาธิก่อนนอน ทำให้นอนหลับสบาย 2) อุณหภูมิในห้องนอนไม่ควร ร้อนหรือเย็นเกินไป 3) ห้องนอนควรเงียบและไม่ควร สว่างเกินไป 4) การนอนเป็นเวลา ตื่นเป็นเวลา มีผลดี ต่อการนอนหลับ 5) การออกกำลังกายที่เหมาะสมช่วย ทำให้นอนหลับสบาย 6) การคุยเรื่องเครียดหรือปัญหา ที่ทำให้หนักใจก่อนนอนทำให้นอนหลับยากได้ (ตารางที่ 6)

ความรู้ที่ตอบไม่ถูก 6 อันดับแรก ได้แก่ 1) การ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ทำให้ต้องตื่นบ่อยและนอนไม่หลับ 2) การบริโภคอาหารมื้อหนักก่อนนอนทำให้นอนหลับ สบาย 3) การกินอาหารย่อยยาก เช่น เนื้อสัตว์ ก่อนนอน มีผลทำให้การนอนหลับไม่สบาย 4) การงีบกลางวัน หลับได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 5) ถ้าเข้านอนแล้วประมาณสัก 10-15 นาที นอนไม่หลับ ให้ลุกไปทำกิจกรรมเบา ๆ ก่อน เมื่อรู้สึกง่วงค่อยกลับมาอนใหม่ และ 6) การดื่มชา กาแฟในช่วงเย็นก่อนนอนทำให้นอนไม่หลับ (ตารางที่ 6)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่า ไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มเพศ อายุ ภูมิ- ลำเนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อยู่ใ้ในภูมิลำเนา (ตารางที่ 7)

มีคะแนนแตกต่างกันผู้ที่สมรสแล้วหรือมีคู่ กับ

ตารางที่ 5 กลุ่มศึกษาจำแนกตามระดับคะแนนรวม “แบบ ประเมินความรู้เรื่องสุขอนามัยการนอน”

คะแนนรวมที่ได้ (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
< 10	9	4.4
10-12	40	19.5
13-15	69	33.7
>15	87	42.4

ตารางที่ 6 สัดส่วนคะแนนความรู้ด้านสุขอนามัยการนอน รายข้อคำถาม เรียงลำดับตามค่าร้อยละของจำนวนที่ตอบถูก

คำถามความรู้ด้านสุขอนามัยการนอน	ตอบตรงเฉลย*	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การฟังเพลงเบา ๆ และสวดมนต์ ทำสมาธิก่อนนอน ทำให้นอนหลับสบาย	196	95.6
2. อุณหภูมิในห้องนอนไม่ควรร้อนหรือเย็นเกินไป	196	95.6
3. ห้องนอนควรเงียบและไม่ควรสว่างเกินไป	191	93.2
4. การนอนเป็นเวลา ตื่นเป็นเวลา มีผลดีต่อการนอนหลับ	189	92.2
5. การออกกำลังกายช่วงเช้าหรือเย็น ช่วยทำให้นอนหลับสบาย	188	91.7
6. การคุยเรื่องเครียดหรือปัญหาที่ทำให้หนักใจก่อนนอนทำให้นอนหลับยากได้	188	91.7
7. อาหารที่ควรบริโภคในช่วงก่อนนอน ถ้ารู้สึกหิว คือ นม 1 แก้ว	185	90.2
8. วัยผู้ใหญ่ ควรนอนวันละประมาณ 7-8 ชั่วโมง	175	85.4
9. การกินอาหารมื้อเย็นไม่ควรมีรสจัด	167	81.5
10. เติงนอนสมควรใช้เตียงเพื่อการนอนหลับไม่ควรใช้ดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือ	162	79.0
11. การออกกำลังกายไม่ควรทำในช่วงใกล้เวลานอน	160	78.0
12. หลังตื่นนอนรับแสงอาทิตย์ธรรมชาติอ่อน ๆ ในช่วงเช้ามีผลดีต่อการนอนหลับในช่วงกลางวัน	147	71.7
13. การดื่มชา กาแฟ ในช่วงเย็น - ก่อนนอน ทำให้นอนไม่หลับ	145	70.7
14. ถ้าเข้านอนแล้วประมาณสัก 10-15 นาที นอนไม่หลับ ให้ลุกไปทำกิจกรรมเบา ๆ ก่อน เมื่อรู้สึกง่วงค่อยกลับมานอนใหม่	144	70.2
15. ถ้าวางหลังก้นข้างกลางวันควรนอนหลับได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	140	68.3
16. การกินอาหารที่ย่อยยาก เช่น เนื้อสัตว์ ก่อนนอน มีผลทำให้การนอนหลับไม่สบาย	129	62.9
17. การบริโภคอาหารมื้อหนักก่อนนอนทำให้นอนหลับสบาย*	117	57.1
18. การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ทำให้ต้องตื่นบ่อยและนอนไม่หลับ	116	56.6

หมายเหตุ *คำตอบคือ “ถูก” ทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ 17 เป็น “ผิด”

กลุ่มที่โสด หม้าย หย่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (14.55, 2.68 vs. 13.69, 2.87; $p < 0.05$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบต่างกลุ่มอาชีพ โดย แม่บ้านและกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพได้คะแนนสูงสุด รองลงมาคือเกษตรกร ราชการและรับจ้างตามลำดับ (ตารางที่ 7)

วิจารณ์

จากการศึกษาด้านพฤติกรรมการณ์การนอนและสุขอนามัยการนอนหลับในกลุ่มผู้มารับบริการจำนวน 205 รายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 มีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 52.7 ส่วนใหญ่เป็นปัญหา

หลับยากและหลับไม่ต่อเนื่อง (32.2%) นอนหลับไม่ต่อเนื่องอย่างเดียวย้อยละ 11.7 การนอนหลับได้ยากอย่างเดียวร้อยละ 6.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุรางค์และคณะซึ่งศึกษาผู้ป่วยนอนไม่หลับเรื้อรังที่มารักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร^(12,13) กลุ่มศึกษาที่ทำงานป็นกะร้อยละ 13.1 ซึ่งทำให้มีปัญหาการนอนและเกือบ 1 ใน 5 ของกลุ่มศึกษาใช้ยาช่วยทำให้หลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ^(14,15) และในต่างประเทศพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปถึงร้อยละ 30 ถึง 53⁽¹⁵⁾

พบพฤติกรรมสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง

การประเมินพฤติกรรมและความรู้ด้านสุขอนามัยการนอนในผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 (นครราชสีมา)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สุขอนามัยการนอนหลักจำแนกข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย, SD	p value
เพศ			
ชาย	147	14.24, 2.58	0.805
หญิง	58	14.35, 2.83	
อายุ (ปี)			
18-45	53	14.28, 2.54	0.994
46-60	124	14.33, 2.95	
> 60	28	14.32, 2.31	
ภูมิลำเนา			
ในเมือง	60	13.97, 2.75	0.242
นอกเมือง	145	14.46, 2.75	
ระยะเวลาที่อยู่ในภูมิลำเนา (ปี)			
น้อยกว่า 6 เดือน	8	13.25, 2.55	0.543
6 เดือน-1	23	13.96, 2.64	
> 1- 5	152	14.46, 2.77	
> 5	22	14.09, 2.88	
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ประถมศึกษา	67	14.01, 3.24	0.667
มัธยมต้น	27	14.56, 2.28	
มัธยมปลาย/ปวช.หรือเทียบเท่า	42	14.07, 2.61	
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	17	15.18, 2.81	
ปริญญาตรี	40	14.53, 2.32	
สูงกว่าปริญญาตรี	12	14.42, 2.71	
อาชีพ			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ขรก.บำนาญ	71	14.34, 2.66	0.044*
เกษตรกรกรรม	46	14.80, 2.58	
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	43	13.26, 3.35	
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	15.04, 2.39	
ค้าขาย/อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว	18	14.44, 1.82	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
≤ 5,000	70	14.57, 2.47	0.452
5,001-10,000	40	14.18, 3.45	
10,001-20,000	39	13.64, 2.62	
> 20,000	56	14.57, 2.61	
สถานภาพสมรส			
สมรส	150	14.55, 2.68	0.048*
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	55	13.69, 2.87	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)			
< 18.5	16	13.75, 2.52	0.673
18.5- 22.9	67	14.30, 2.77	
≥ 23	122	14.40, 2.78	
การได้รับความรู้			
ไม่เคย	136	14.10, 2.74	0.118
เคย	69	14.74, 2.76	

*p < 0.05

ได้แก่ การกินอาหารมื้อดึกก่อนเข้านอน (45.9%) การเข้านอนคนเดียวไปเรื่อย ๆ หากนอนไม่หลับ (60.5%) บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กาแฟช่วงเย็นถึงก่อนนอนเป็นประจำ (37.1%) เทียบแล้วใกล้เคียงกับงานวิจัยของสุรางค์ และคณะ^(12,13) และยังพบการเข้านอนไม่ตรงเวลาร้อยละ 57.6 สุกบุหรือช่วงเย็นถึงก่อนนอนเป็นประจำร้อยละ 11.2

ร้อยละ 66.3 มีสิ่งรบกวนที่เกิดขึ้นบ่อยบริเวณห้องนอนหรือเตียงนอน ส่วนใหญ่มีเสียงดังรบกวน รองลงมาคือแสงสว่าง อากาศร้อนอบอ้าว ตามลำดับ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่รบกวนในห้องนอนมากที่สุด ได้แก่ เสียง⁽¹⁶⁾ และเป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ⁽¹⁷⁾ โดยประเทศไทยกฎหมายเกี่ยวกับมลพิษทางเสียงและความสั่นสะเทือนเป็นเครื่องมือหนึ่งที่หน่วยงานของรัฐใช้ในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมรวมทั้งเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันปัญหามลพิษทางเสียง โดยกำหนดระดับเสียงภายในสถานประกอบการตลอดระยะเวลาการทำงานต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับเสียงไม่เกิน 90 เดซิเบลเอ มีค่าสูงสุด ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ไม่เกิน 110 เดซิเบลเอ และระดับเสียงที่ออกนอกอาคารสถานประกอบการต้องไม่ก่อเหตุรำคาญรบกวนประชาชนที่อยู่อาศัยใกล้เคียง^(18,19)

กลุ่มที่ศึกษามีความรู้เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับได้คะแนนเฉลี่ย 14.3, 2.8 จากคะแนนเต็ม 18 โดยร้อยละ 42.2 ทำคะแนนมากกว่า 15 รองลงมาคือ 13-15 คะแนน ซึ่งเป็นผลคะแนนที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนว่ากลุ่มศึกษามีความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ดีน่าพอใจ แต่ยังมีพฤติกรรมนอนที่ไม่ดี ซึ่งอาจเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามความรู้ที่ทราบหรือรู้แต่ยังไม่ลึกซึ้งหรือมีข้อจำกัดที่จะนำมาปฏิบัติหรืออาจจะไม่ตระหนักถึงปัญหาที่ตามมา ร้อยละ 66.3 ของกลุ่มศึกษาไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการนอนหลับ สำหรับผู้ที่เคยได้รับความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จำนวน 1 ถึง 2 ครั้ง ร้อยละ 35.6 ออกกำลังกายหลังตื่นนอนช่วงเช้านาน ๆ ครั้งและไม่เคยออกกำลังกายหลังตื่นนอนร้อยละ 34.2 การออกกำลังกายมี

ส่วนช่วยให้เกิดการนอนที่ดี โดยเฉพาะช่วงเช้าตรู่หลังตื่นนอน^(11,20) แต่ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลาเข้านอนเพราะจะกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว (arousal) ทำให้นอนไม่หลับ⁽¹¹⁾ ประเด็นนี้กลุ่มศึกษาตอบผิดมากพอสมควร (22.0%) การศึกษาของต่างประเทศทั้งทางเอเชียและทางตะวันตกพบการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสมสามารถช่วยลดปัญหาการนอนและสุขภาพด้านอื่นให้ดีขึ้น^(20,21)

การแก้ไขหากนอนไม่หลับ การปฏิบัติที่ถูกต้องคือถ้าเข้านอนแล้วประมาณสัก 10-15 นาที หากนอนไม่หลับไม่ควรนอนเข้านอนคนเดียวไปเรื่อย ๆ ควรลุกไปทำกิจกรรมเบา ๆ ก่อน เมื่อรู้สึกง่วงค่อยกลับมานอนใหม่ (stimulus control)^(7,17) กลุ่มศึกษาตอบผิดในด้านความรู้ถึงร้อยละ 29.8 และส่วนใหญ่จะนอนเข้านอนคนเดียวไปเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 60.5 ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเพราะจะกระตุ้นให้วิตกกังวลเมื่อถึงเวลานอนในวันถัดไปว่าคงนอนไม่หลับอีกตามเคย (stimulus control)^(7,11,17)

การนอนหลับกลางวัน หากรู้สึกง่วงหลังทานมื้อกลางวัน สามารถนอนงีบได้ คำแนะนำการนอนหลับที่ดี “ไม่ควรงีบกลางวันนานเกิน 1 ชั่วโมง”⁽²²⁾ ซึ่งมีผู้ตอบผิดร้อยละ 31.7 ซึ่งจากการศึกษาในญี่ปุ่นพบว่าหากให้ความรู้เรื่องสุขอนามัยการนอนที่ดีจะช่วยลดการงีบหลับช่วงบ่ายในเวลาทำงานได้⁽⁹⁾

ข้อความรู้พฤติกรรมการบริโภคก่อนนอนที่ถูกต้องได้แก่ การกินอาหารที่ย่อยยาก เช่น เนื้อสัตว์ ก่อนนอนมีผลให้นอนหลับไม่สบาย และการบริโภคอาหารมึนหนังก่อนนอนทำให้นอนไม่หลับหรือหลับยาก ซึ่งมีผู้ตอบผิดร้อยละ 37.1 และร้อยละ 42.9 ซึ่งน่าจะเข้าใจผิดว่าเมื่อกินอิ่มแล้วจะง่วงนอน สุขอนามัยการนอนหลับที่ดีคือ “ไม่ควรบริโภคอาหารมึนหนังกหรือย่อยยาก เช่น เนื้อสัตว์ ในช่วงเวลาใกล้นอนอย่างน้อย 3 ชั่วโมง เพราะจะทำให้อึดอัดท้องอืดนอนหลับไม่สบาย”⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังพบกลุ่มศึกษามีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติถึงร้อยละ 59.7 ซึ่งอาจเนื่องมาจากการบริโภคอาหารเย็นมึนหนังกแล้วเข้านอน

ดัชนีมวลกายที่สูงหรือโรคอ้วนอาจนำสู่โรคต่าง ๆ รวมถึงปัญหาการนอนได้⁽²³⁾ กลุ่มศึกษามีปัญหาการนอนร้อยละ 16.6 อาจมีปัญหาลัมพพันธ์กับโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน⁽²⁴⁾ และดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ

ปัจจัยที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะรบกวนการนอนที่ดี ได้แก่ การบริโภคสุราและสูบบุหรี่ก่อนเข้านอนพบถึงร้อยละ 48.3 สะท้อนว่ายังมีการเข้าใจผิดอยู่มากว่าการดื่มสุราก่อนนอนทำให้นอนหลับได้ดี คำแนะนำสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี “ไม่ควรดื่มสุราและสูบบุหรี่ช่วงใกล้เข้านอนเพราะทำให้หลับไม่ต่อเนื่องตื่นบ่อย” และยังทำให้อาการหยุดหายใจขณะหลับเป็นมากขึ้น⁽²⁵⁾ สารนิโคตินจากบุหรี่จะทำให้สมองตื่นตัวอาจทำให้หลับได้ยากยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้ที่สมรสแล้วหรือชีวิตคู่มิฉะนั้นมีความรู้เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่โสดหม้ายหย่าร้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ อาจเนื่องจากผู้ที่สมรสแล้วหรือชีวิตคู่มีสภาพจิตใจที่ดีกว่าและยังมีคนที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพหรือคอยดูแลเรื่องสุขภาพมากกว่า

ส่วนกลุ่มที่ศึกษาที่มีอาชีพแม่บ้านและกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความรู้เรื่องสุขนิสัยที่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ต้องปฏิบัติงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีเวลาและไม่มีสิ่งกีดขวางหรือตึงเครียดมากโดยเฉพาะจากที่ทำงาน⁽¹³⁾ จึงเปิดใจที่จะยอมรับความรู้และมีเวลาศึกษาปฏิบัติมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคณาธิการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดลจำนวน 4,585 คน พบว่าภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุด⁽²⁶⁾

จากหลายการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้สุขอนามัยการนอนที่ถูกต้องนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี เป็นสิ่งสำคัญจะช่วยลดปัญหาการ

นอนได้^(6,7,9,11,17,20,21,27)

สรุป

ผลการศึกษาพบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มประชากรที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ครั้งหนึ่งของกลุ่มศึกษามีปัญหาหลับยากและหลับหลับตื่นตื่น 1 ใน 5 ของกลุ่มศึกษามีการใช้ยาช่วยให้หลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มศึกษายังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรบกวนต่อการนอนหลับและส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้แก่ การกินอาหารมื้อหนักก่อนเข้านอน การนอนเข้านอนเพียงเรื่อย ๆ หากนอนไม่หลับ การใช้สารแอลกอฮอล์ กาแฟ บุหรี่ ช่วงเย็นถึงก่อนนอนเป็นประจำ และการนอนไม่ตรงเวลา

จากการประเมินแบบสอบถามในแง่ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนที่ดี กลุ่มศึกษามีความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนใหญ่ตอบถูกเกินร้อยละ 70 ในข้อที่ตอบผิดได้แก่ การบริโภคอาหารมื้อหนักก่อนนอน การสูบบุหรี่ดื่มเหล้าก่อนนอน การแก้ไขกรณีนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมในชีวิตจริงที่กลุ่มศึกษามีเป็นประจำ ประเด็นเหล่านี้จึงควรมีการแก้ไขทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีพบว่าสามารถช่วยลดปัญหาการนอนและสุขภาพด้านอื่นให้ดีขึ้นดังหลายการศึกษาในต่างประเทศ

นอกจากนี้ยังพบอาชีพที่ไม่ต้องไปปฏิบัติหาล้างชีพและกลุ่มที่มีคู่สมรสมีความรู้ดีกว่ากลุ่มอื่น อาจเนื่องจากมีโอกาสที่ได้รับความรู้มากกว่าและไม่มีความเร่งรีบหรือความกดดันจากที่ทำงาน

จากการวิจัยพบมีสิ่งรบกวนการนอนถึงเกือบร้อยละ 70 โดยเฉพาะเสียงดัง จึงควรบังคับใช้กฎระเบียบที่ควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การควบคุมใช้เสียงหลังเที่ยงคืนอย่างเคร่งครัด เพื่อมิให้รบกวนสุขอนามัยการนอนของประชาชน

แม้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มศึกษามีความรู้สุขอนามัยการนอนที่ดีแต่ข้อมูลด้านพฤติกรรมในชีวิตจริงยังไม่ถูกต้องอีกหลายประเด็น จึงควรเน้นการให้ความรู้

และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในสุขอนามัยการนอน รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมเพื่อลดปัญหาดัชนีมวลกายมากกว่าปกติและผลกระทบอื่น ๆ และเน้นย้ำในประเด็นที่เข้าใจผิดหรือมีพฤติกรรมที่ผิดโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาการนอน ผลักดันสู่การนำไปปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ที่อนุญาตให้ทำวิจัย เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์อนามัยที่ 5 และผู้ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ที่ช่วยบันทึกข้อมูล ผู้ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ขอขอบคุณ อาจารย์นิศยา จันทร์เรือง มหาผล กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรณิต แก้วกังวาล ให้คำปรึกษาด้านสถิติ อาจารย์ปัทมา อินทุสร ให้คำปรึกษาด้านวิจัย คุณลภัส ขาดยาทร บรรณารักษ์ รวมทั้งอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Wyatt JK, Ritz-De Cecco A, Czeisler CA, Dijk DJ. Circadian temperature and melatonin rhythms, sleep, and neurobehavioral function in humans living on a 20-h day. *Am J Physiol* 1999; 277(4pt2): R1152-63.
2. Dement W, Kleitman N. Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1957;9(4):673-90.
3. Buysse DJ, Reynolds CF3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213.
4. จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ธนา นิลชัยโกวิทย์. รายงานเบื้องต้น "ปัญหาในการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(2):66-77.
5. Walsh J, Coulovrat C, Hajak G, Lakoma M, Petukhova M, Roth T, et al. Nighttime insomnia symptoms and perceived health in the America Insomnia Survey (AIS). *Sleep* 2011;34(8):997-1011.

6. Bootzin RR, Perlis ML. Nonpharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992;53Suppl: 37-41.
7. Bootzin RR, Ebstein DR. Understanding and treating insomnia. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:435-58.
8. Roth T. Prevalence, associated risks, and treatment patterns of insomnia. *J Clin Psychiatry* 2005;66 (Suppl9):10-3.
9. Kakinuma M, Takahashi M, Kato N, Aratake Y, Watanabe M, Ishikawa Y, et al. Effect of brief sleep hygiene education for workers of an information technology company. *Ind Health* 2010;48(6):758-65.
10. Engle-Friedman M, Bootzin RR, Hazlewood L, Tsao C. An evaluation of behavioral treatments for insomnia in the older adult. *J Clin Psychol* 1992;48(1):77-90.
11. Means MK, Lineberger MD, Edinger JD. Nonpharmacologic treatment of insomnia. *Curr Treat Options Neurol* 2008;10(5):342-9.
12. สุรางค์ เลิศคาธาร, อัครีย์ โรจนากาศ, สมพร จารุทิกกร. การศึกษาพฤติกรรมนิสัยด้านสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยจิตเวชที่นอนไม่หลับเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2546;48(1):3-12.
13. สุรางค์ เลิศคาธาร, สมพร จารุทิกกร, อัครีย์ โรจนากาศ. ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยนอนไม่หลับเรื้อรัง โดยฝึกสุขอนามัยการนอนที่ดีและพฤติกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับ. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
14. Parry HJ, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Manheimer DI. National patterns of psychotherapeutic drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28(6):769-83.
15. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment. Prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(3):225-32.
16. Guilleminault C, Clerk A, Black J, Labanowski M, Pelayo R, Clamon D. Nondrug treatment trials in psychophysiological insomnia. *Arch Intern Med* 1995; 155(8):838-44.
17. Bootzin RR. A stimulus control treatment for insomnia. New York: Proceedings of the American Psychological Association; 1972.
18. พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 109, ตอนที่ 37. (ลงวันที่ 4 เมษายน 2535)
19. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง. กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือวัด "เสียงรบกวน". พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร อดิ.ปรินท์; 2550.
20. Kaku A, Nishinoue N, Takano T, Eto R, Kato N, Ono Y, et al. Randomized controlled trial on the effects of a combined sleep hygiene education and behavioral approach program on sleep quality in workers with insomnia. *Ind Health* 2012;50(1):52-9.

21. Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Med* 2010;11(9):934-40.
22. Ebben MR, Spielman AJ. Non-pharmacological treatments for insomnia. *J Behav Med* 2009;32(3):244-54.
23. ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. โรคอ้วน ใน: สูงชัย อังธารารักษ์, เพชรรัตน์ ดุสิตานนท์, สกานต์ บุญนาค, วิรุพห์ ลิขิตเลิศล้ำ, บรรณาธิการ. *อายุรศาสตร์ 2009 Current Concepts and Update Treatment*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชีดีพรีนท์; 2552. หน้า 99-117.
24. สุภาวดี เจียรกุล, วรกต สุวรรณสถิตย์, จันทนา สาดมาลี. “การนอนกรนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้ป่วยไทยหรือไม่: ขั้นตอนที่ 1 รายงานเบื้องต้น. *วารสารสถาบันประสาทวิทยา* 2546;5:15-25.
25. Adamson J, Burdick JA. Sleep of dry alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1973;28(1):146-9.
26. ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
27. Van Houdenhove L, Buysse B, Gabriels L, Van den Bergh O. Treating primary insomnia: clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *J Clin Psychol Med Settings* 2011;18(3):312-21.
28. Hajak G, Petukhova M, Lakoma MD, Coulouvrat C, Roth T, Sampson NA, et al. Days-out-of role associated with insomnia and comorbid conditions in the American Insomnia Survey. *Biol Psychiatry* 2011; 70(11):1063-73.

Abstract **Sleep Hygiene Knowledge and Behavioral Evaluation of Sleep Problem in the Patients of a Health Promotion Hospital, Center 5, Nakhon Ratchasima**

Kittichartd Intusorn*, Supawadee Chiarakul, Surang Lertkachatarn*****

*Department of Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5, Department of Health, **Department of Medicine, Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services, *** Department of Psychiatry, Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services

Journal of Health Science 2012; 21:942-54.

The survey studied behavior, knowledge evaluation of sleep hygiene among the patients visiting Regional Health Promotion Center 5 Nakhon Ratchasima by research questionnaires. Among 205 volunteers (female:male 2.5:1), they were 23-79 years old; 50.9, 10.8 year on average with high BMI (59.5%). It was found that 128 (62.4%) had sleep problems; 80 cases (39.0%) had initial insomnia, 90 cases (43.9%) had intermittent insomnia. While 66 cases (32.2%) had both initial and intermittent insomnia, some reported snoring (16.6%), sleep talking (3.4%) and hypersomnolance (2.4%). Sleep Hygiene Questionnaire analysis revealed 118 (57.6%) had irregular sleep time, 94 (45.9%), heavy meal before bedtime. Most (60.5%) remained tossing and turning even after 30 minutes in bed. In all, 136 cases had poor sleep environment, most (64.7%) of these problems were noise disturbances; 54 (26.3%) had frequently daytime naps. On sleep hygiene knowledge evaluation, most of them had good score (mean 14.3, 2.8 out of 18). Comparing between different subgroups, no statistically significant differences were found between education levels or economic status, but occupation group. Housewives and the unemployed had statistically significant higher score (15.0, 2.4) than farmers and merchants (p 0.044). Couple had higher score than single ones (p 0.048). Ignorance of effects of untimely alcohol and caffeine taking, tobacco smoking and heavy meal before bedtime were reported as well as how to avert insomnia. These vast gaps of knowledge dictate a need for more campaign on good sleep hygiene and behavioral change.

Key words: **knowledge, sleep hygiene, sleep problem, insomnia, health promotion hospital Center 5 (Nakhon Ratchasima)**