



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาเพื่อรักษา
อาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญาโทมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมัน
กัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย



โดย
นางสาวจินต์จุฑา แสงกะหนีก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

FACTORS RELATED TO SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS
USING CANNABIS OIL TO TREAT INSOMNIA AT A THAI TRADITIONAL MEDICAL
CANNABIS CLINIC



By
MISS Jinjuta SAENKANOUK

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for Master of Pharmacy SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Silpakorn University

Academic Year 2022

Copyright of Silpakorn University

630820005 : เกษีศาสตรบัณฑิตและการบริหาร แผน ก แบบ ก 2 ปริญญามหาบัณฑิต

คำสำคัญ : คุณภาพการนอนหลับ, คุณภาพชีวิต, น้ำมันกัญชา, นอนไม่หลับ

นางสาว จินต์จุฑา แสงกะหนิก: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฐริญา คำผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 279 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป แบบประเมินความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิต แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย และแบบประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา Binary Logistic Regression และ Linear Regression Analysis ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 53.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า อาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง ผู้ประกอบการ ค่าขาย และแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ผู้เกษียณจากงาน ผู้ที่ระบุเวลาทำงานแน่นอนไม่ได้และผู้ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มียาอื่นที่ใช้ประจำ ผู้ที่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ระยะเวลาในการใช้้ำมันกัญชา ผู้ที่มีความเครียดปานกลางและสูง และผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวนน้อยถึงมาก มีฐานคะแนนอรรถประโยชน์เมื่อประเมินด้วยแบบวัด EO-5D-5L และแบบวัด VAS ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 0.9417 และ 75.66 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (อรรถประโยชน์) ของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลรบกวน อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ มียาที่ใช้เป็นประจำ ระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่า และมีความเครียดปานกลางถึงสูง โดยปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายคะแนนอรรถประโยชน์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = 0.524$) ดังนั้นคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยจึงควรประเมินระดับความเครียด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วย และข้อมูลการรักษาตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับอื่นๆนอกเหนือจากน้ำมันกัญชา โดยให้คำแนะนำและวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับให้มีคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

630820005 : Major SOCIAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY

Keyword : sleep quality, quality of life, cannabis oil, insomnia

MISS Jinjuta SAENKANOUK : Factors related to sleep quality and quality of life in patients using cannabis oil to treat insomnia at a Thai traditional medical cannabis clinic Thesis advisor : Assistant Professor NATTIYA KAPOL, Ph.D.

The objective of this study was to investigate sleep quality and quality of life, as well as factors related to sleep quality and quality of life, in patients who used cannabis oil to treat insomnia at a Thai traditional medical cannabis clinic. The samples were 279 patients who used cannabis oil to treat insomnia at a Thai traditional medical cannabis clinic, Thai Traditional Health Promotion Center, the Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. The data collection tool consists of the general patient record form, Suanprung Stress Test-20, the evaluation forms of physical environment, sleep habits, the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Thai version of EQ-5D-5L. Descriptive statistics, binary logistic regression, and linear regression analysis were used to analyze the data. The findings revealed that 53.0% of the subjects had poor sleep quality. Educational levels of a bachelor's degree or higher, being paid workers, business owners, commerce, and housekeepers/retirees, those unable to specify specific working hours and those working more than 8 hours in a day, those with chronic diseases, those regularly taking other medications, those taking sedative and sedation inducing drugs, and duration of cannabis oil use were factors significantly affecting poor sleep quality with $P < 0.05$. The utility score when using the EQ-5D-5L and the Visual Analog Scale (VAS) scale was 0.9417 and 75.669.39, respectively. Physical environmental disturbances, housewife/butler/retiree, drug-induced sedation, drug-disrupting sleep, some medications used regularly, bachelor's degree/higher education, some medications used regularly, and moderate to high stress level were statistically significant factors related to the quality of life (utility). These factors could predict the utility score by 52.4% ($R^2 = 0.524$). As a result, Thai traditional medical cannabis clinics should assess the physical environment, medications used on a regular basis, drug-induced sedation, and stress in patients using cannabis oil to treat insomnia and advise to promote appropriate method that patients can apply them effectively in the treatment of insomnia for better sleep quality and quality of life.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยและสร้างสรรค์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร (Research and Creative Fund, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University) และสำเร็จลุล่วงไปได้ เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณีฎฐิญา คำผล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำฝน ศรีบัณฑิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและแก้ไขให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารณี บุญช่วยเหลือ และพท.ป.พจี พูลเกิด ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมไปถึงนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล คุณตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ Euroqol Research Foundation ที่ให้ความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ดร.ภก. ปรีชา หนูทิม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และภญ. ปวีชยา สีมาวงษ์ ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการทำวิจัย คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยเก็บข้อมูล และผู้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายบัณฑิตศึกษา ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำเอกสารงานวิจัยด้วยความเต็มใจ

ขอขอบพระคุณมารดาและบิดา ที่เป็นแรงบันดาลใจให้สามารถทำวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ และสนับสนุนให้กำลังใจในทุกเวลาการทำงาน

นางสาว จินต์จุฑา แสงกะหนีก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการศึกษา.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2.....	8
เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ.....	8
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ.....	11
3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ.....	15
4. น้ำมันกัญชากับการนอนไม่หลับ.....	16

5. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต	18
6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต	20
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
บทที่ 3	27
วิธีดำเนินงานวิจัย	27
รูปแบบงานวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
ประชากรที่ศึกษา	27
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	27
เครื่องมือที่ใช้	28
การตรวจสอบเครื่องมือ	34
วิธีการรวบรวมข้อมูล	35
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	36
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	37
บทที่ 4	38
ผลการวิจัย	38
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยต่างๆของผู้ตอบแบบสอบถาม	39
ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ	49
ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษา อาการนอนไม่หลับ	51
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ	54
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ	57

บทที่ 5	61
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	61
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	69
ข้อจำกัดทางการศึกษา	69
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป	69
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก	71
ตัวอย่างน้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	71
ภาคผนวก ข	73
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย	73
เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ	73
ภาคผนวก ค	76
แบบประเมินความเครียด	76
ภาคผนวก ง	78
แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	78
ภาคผนวก จ	80
แบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	80
ภาคผนวก ฉ	82
แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ	82
ภาคผนวก ช	85
แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	85
ภาคผนวก ฎ	88

หนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์.....	88
รายการอ้างอิง.....	90
ประวัติผู้เขียน.....	98



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยโน้มนำของกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ตารางที่ 3 ข้อมูลการใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง	42
ตารางที่ 4 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	43
ตารางที่ 5 ระดับความเครียดในภาพรวมของของกลุ่มตัวอย่าง	45
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละระดับการรบกวนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ.....	46
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ระดับการปฏิบัติสุขนิสัยที่เกี่ยวกับการนอนหลับ	47
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยคุณภาพการนอนหลับตามช่วงคะแนน	49
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ .49	
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ.....	51
ตารางที่ 11 คะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ	53
ตารางที่ 12 ช่วงคะแนน EQ-5D-5L VAS ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ.....	54
ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b, beta) ผลการทดสอบค่า t และ p-value ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง	58
ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b , beta) ผลการทดสอบค่า t และ p-value ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนน EQ-5D-5L VAS ของกลุ่มตัวอย่าง	60

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2 วงจรการนอนหลับในกลางคืน	10
ภาพที่ 3 โรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ	12
ภาพที่ 4 ยาที่รบกวนการนอนหลับ	13
ภาพที่ 5 คำสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย	22



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนไม่หลับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและพบได้บ่อย ในปี พ.ศ.2563 ประชากรไทยมีอาการนอนไม่หลับประมาณ 19 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30-40 ของประชากร พบได้ทุกเพศทุกวัย คนส่วนมากจะมีอาการนอนไม่หลับหนึ่งหรือสองคืน แต่บางครั้งอาจเกิดขึ้นนานเป็นสัปดาห์ เดือน หรือปี ซึ่งมักพบในเพศหญิงและผู้สูงอายุ [1] ส่วนในต่างประเทศ Philips Global รายงานว่า ผู้ใหญ่ 8 ใน 10 คนทั่วโลกต้องการปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับและร้อยละ 44 พบว่า มีคุณภาพการนอนหลับแย่ลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีค.ศ. 2014-2019) [2] ซึ่งการนอนไม่หลับหมายถึง การมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ ใช้เวลานานมากกว่าปกติ 30-45 นาทีกว่าจะเริ่มนอนหลับได้ ตื่นกลางดึกหลายครั้งในแต่ละคืน ตื่นเช้ามืดกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะต้องเป็นร่วมกับตื่นแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหรือรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เต็มอิ่ม [3] ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งคุณภาพการนอนหลับเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองโดยรวมตั้งแต่ก่อนหลับ เวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในแต่ละวัน มีผลต่อคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อสภาวะสุขภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่างๆ ต่อสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น มีปัญหาด้านความคิด ง่วงนอนเวลากลางวัน [4] มีรายงานวิจัยพบว่า ผู้ที่มีปัญหานอนไม่หลับมีโอกาสจะเป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนปกติประมาณ 2 เท่า [5] ด้านอารมณ์มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากถึง 38 เท่า หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ และวิตกกังวล [6] ด้านสังคมส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และขาดงานบ่อยครั้งเนื่องจากความเจ็บป่วย [7] และด้านเศรษฐกิจทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจและรักษา [8] จากการศึกษาที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของสปีลแมน (Spielman) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับหรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) หรือปัจจัยที่ทำให้ความทน (threshold) ต่อการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับลดลง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ เวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา อายุ [4, 9] ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (acute insomnia) ได้แก่ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ได้แก่ โรคประจำตัว ผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ประจำ สภาวะทางอารมณ์หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด และ

สิ่งแวดล้อมในการนอนหลับ เช่น เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง ความนิยมแข็งของที่นอน หรือการรบกวนจากพฤติกรรมนอนหลับของผู้ร่วมห้องนอน [4, 10] และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง (chronic insomnia) ได้แก่ สุขนิสัยไม่เหมาะสมเกี่ยวกับนอนหลับ เช่น การนอนกลางวันเกินครึ่งชั่วโมงในช่วงบ่าย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำมาก ๆ ในช่วงเวลา 4-5 ชั่วโมงก่อนที่จะถึงเวลาเข้านอน ขาดการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมบนเตียงได้แก่ เล่นโทรศัพท์ อ่านหนังสือ การรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนนอนน้อยกว่า 2-3 ชั่วโมง การใช้ยานอนหลับ หรือการเข้านอนและตื่นนอนไม่เป็นเวลา [3, 4, 11]

ปัจจุบันการรักษาอาการนอนไม่หลับมี 2 แนวทาง ได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นการเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาโดยใช้ยา ยาที่ช่วยการนอนหลับ ได้แก่ กลุ่มยา Benzodiazepines เช่น Alprazolam Lorazepam Diazepam กลุ่มยา Nonbenzodiazepines เช่น Zolpidem กลุ่มยา Antidepressants เช่น Amitriptyline Trazodone กลุ่มยา Antihistamines ที่ใช้ผลข้างเคียงจากยา เช่น Hydroxyzine และยา Melatonin [3, 12] แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายแม้จะใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นลำดับแรกแต่อาการไม่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Palliative care) อาการนอนไม่หลับซึ่งมักเกิดขึ้นร่วมกับอาการปวด เบื่ออาหาร และซบเซม การใช้กัญชาทางการแพทย์ก็เป็นทางเลือกหนึ่ง โดยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้สารสังเคราะห์จากกัญชาที่เป็นอนุพันธ์ของสาร Tetrahydrocannabinol (THC) ในกลุ่มโรคนอนกรนจากภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ได้ประโยชน์เมื่อใช้ระยะสั้น เนื่องจากมี modulatory effects ต่อ serotonin-mediated apneas และอาจช่วยลดอาการฝันร้ายในผู้ป่วยโรค Post-traumatic stress disorder และช่วยการนอนหลับในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง [13] และจากการศึกษาวิจัยของ Lotan และคณะพบว่า การสูบกัญชาช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับและอาการปวดในคนไข้พาร์กินสันได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังสูบ [14] ในทางการแพทย์แผนไทยมีการนำกัญชามาใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ การศึกษาของ ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร พบว่าตำรับยาสุขไสยาศน์สามารถแก้ไขปัญหาวาการนอนหลับไม่ติดของกลุ่มตัวอย่างได้ดีโดยประเมินจากคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 มิติ และภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น รวมไปถึงมีความปลอดภัยกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งตำรับยาสุขไสยาศน์ เป็นตำรับที่ประกอบด้วย การบูร 1 ส่วน ใบสะเดา 2 ส่วน สหัสศคุณเทศ 3 ส่วน สมุลแว้ง 4 ส่วน เทียนดำ 5 ส่วน โกศกระดุก 6 ส่วน ลูกจันทน์ 7 ส่วน ดอกบุนนาค 8 ส่วน พริกไท 9 ส่วน ชิงแห้ง 10 ส่วน ดีปลี 11 ส่วน และใบกัญชา 12 ส่วน อาจจะเป็นทางเลือกใหม่สำหรับใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาอาการนอนหลับได้ [15] ตำรับยานี้แตกต่างจากน้ำมันกัญชาในด้านรูปแบบยา สูตรตำรับ ปริมาณสารออกฤทธิ์ รวมถึงขนาด และการบริหารยา อย่างไรก็ตามยังต้องการ

ศึกษาวิจัยอีกมาก ในการเก็บข้อมูลระยะยาวเพื่อเรียนรู้และเข้าใจมากขึ้น และสืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาลในปัจจุบัน มีการนำกัญชามาใช้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและทางการแพทย์ อดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีข้อจำกัดด้านกฎหมายที่กำหนดว่า กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย ส่งผลให้ไม่มีการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ทั้ง ๆ ที่ผลการวิจัยปรากฏว่าสารสกัดจากกัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์เป็นอย่างมาก [16, 17] ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเพื่อเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้จนกระทั่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ที่เปิดโอกาสให้ครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว และเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ภายใต้การดูแลและควบคุมของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพ ทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือหอผู้ป่วยบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นผู้ให้การรักษาให้กระทำได้ เมื่อได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด หลังจากพระราชบัญญัตินี้ประกาศใช้ มีประชาชนให้ความสนใจอย่างแพร่หลาย [18]

คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์เริ่มโครงการมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบันมีผู้มารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใช้ตำรับยาแผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับมากที่สุด เมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ จำนวน 36,354 คน โดยใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหอมเดชา) มากที่สุดเมื่อเทียบกับตำรับอื่น ๆ จำนวน 14,996 คน [19] น้ำมันกัญชา (สูตรหอมเดชา) ประกอบด้วย ตำยา 2 ชนิด คือ กัญชา 100 กรัมและน้ำมันมะพร้าว 1000 มิลลิลิตร โดยผลิตในโรงงานยาสมุนไพรหรือโรงงานยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตขององค์การอนามัยโลก (WHO GMP) หรือมาตรฐานการผลิตอื่นที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลซึ่งผ่านการเพาะปลูกแบบอินทรีย์ปลอดสารกำจัดศัตรูพืชและดินที่เพาะปลูกไม่มีโลหะหนักหรือสารกำจัดศัตรูพืชอันตรายที่ตกค้างเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในระดับสากล [20] จากโครงการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยที่ใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหอมเดชา) (เฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) พบว่า หลังจากใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหอมเดชา) 30-60 วัน การนอนหลับได้ผลขึ้น 80% คงเดิม 19% และ แย่ลงเพียง 1% [21] และภายใต้โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีผลการศึกษาว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้รับน้ำมันกัญชา (สูตรหอมเดชา) ต่อเนื่อง 90 วันจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งร่วม และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคมะเร็งร่วม แต่มีอาการนอนไม่หลับ ปวด ไมเกรน เบื่ออาหาร ภูมิแพ้ พาร์กินสัน และชัก ซึ่งสอดคล้องกับแนวเวช

ปฏิบัติน้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา) สำหรับการส่งจ่ายในรูปแบบ SAS (Special Access Scheme) [20, 22] ที่เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขในข้อบ่งใช้ คือ ช่วยให้นอนหลับ ช่วยให้เจริญอาหาร แก้อาการคลื่นไส้ (ไม่เกรน) บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง และแก้โรคสันนิบาตลูกนก (พาร์กินสัน) ซึ่งผู้ใช้น้ำมันกัญชามากกว่าร้อยละ 50 ในโครงการดังกล่าวใช้เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ ในประเทศไทยมีการศึกษาการใช้กัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับค่อนข้างจำกัด ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อขนาดของกัญชามี 3 ประการ ได้แก่ ชนิดและวิธีการใช้ โรคประจำตัวผู้ป่วย และการตอบสนองต่อกัญชาของแต่ละคนรวมถึงการติดยาเมื่อใช้ไปนาน ๆ [23] โดยยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับอย่างแท้จริง ประกอบกับปัจจุบันตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ.2564 เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมภูมิปัญญาให้ได้รับการต่อยอด กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกจึงได้ขับเคลื่อนการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เกิดการเข้าถึงตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมจึงเสนอน้ำมันกัญชาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ [24]

ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ เพื่อเป็นข้อมูลให้เกิดแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการนอนไม่หลับให้มีคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นข้อมูลเบื้องต้นสามารถนำไปประกอบการศึกษาวิจัยทางคลินิก เพื่อยืนยันประโยชน์ของการใช้น้ำมันกัญชา และสามารถนำไปใช้ในทางเวชปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่อไปในอนาคตและเป็นข้อมูลไปสู่การพิจารณาน้ำมันกัญชาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เป็นข้อมูลให้เกิดแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการนอนไม่หลับให้มีคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสามารถนำไปประกอบการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อยืนยันประโยชน์ของการใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และสามารถนำไปใช้ในทางเวชปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่อไปในอนาคต และเป็นข้อมูลไปสู่การพิจารณาน้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

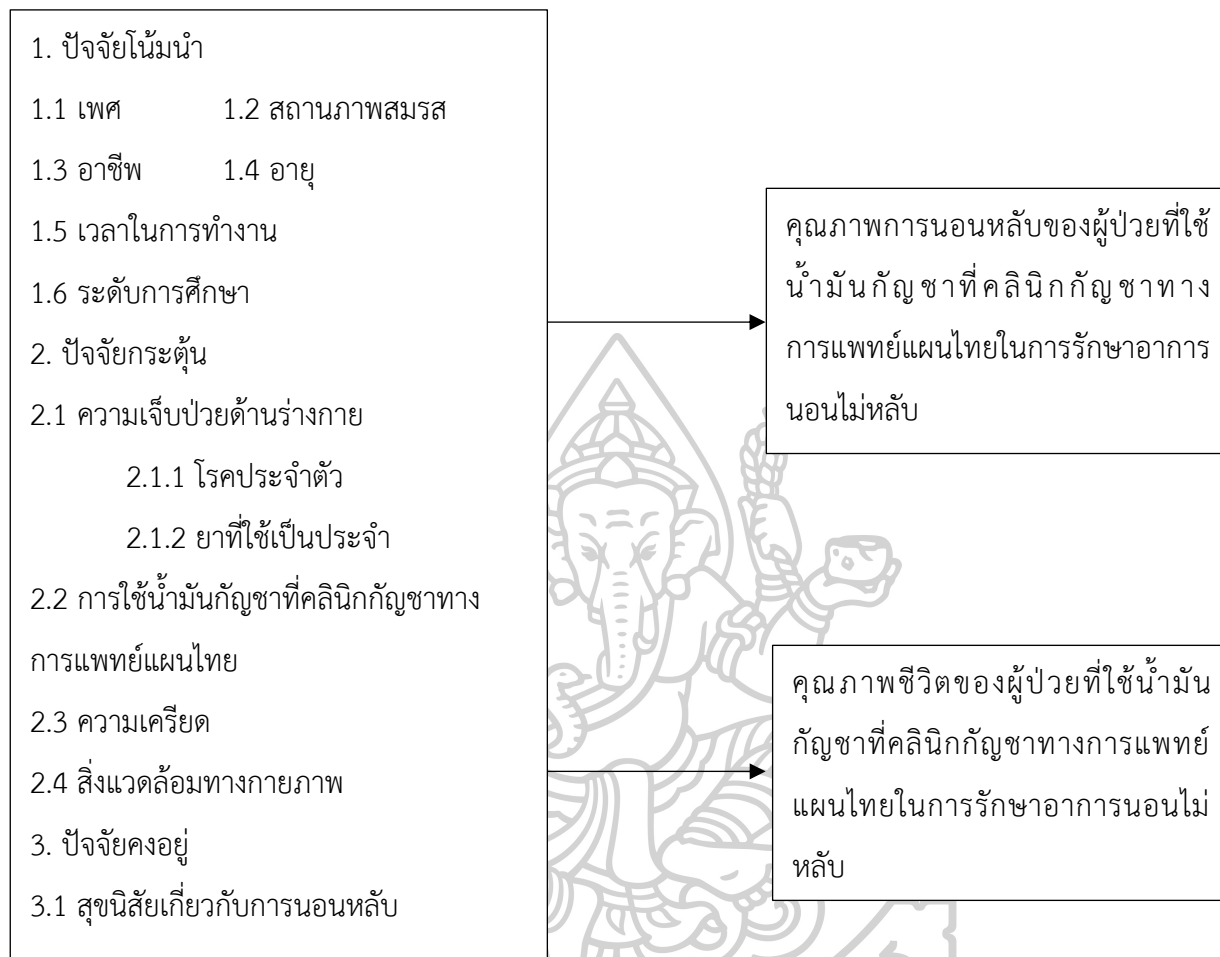
สมมติฐานการวิจัย

- ปัจจัยต่างๆที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ
- ปัจจัยต่างๆที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชา (สูตรหอมเตชา) ที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการใช้เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับมาอย่างน้อย 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2565 ถึง 11 กันยายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index:T-PSQI) ซึ่งครอบคลุมคุณภาพการนอนหลับโดยรวมระยะเวลาก่อนหลับ เวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การเข้านอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

2. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิต ณ ปัจจุบัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต

(EQ -5D - 5L) ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ความเจ็บปวด หรืออาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า



บทที่ 2

เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย โดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ
3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ
4. น้ำมันกัญชากับการนอนไม่หลับ
5. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ความหมาย

การนอนหลับ เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน สอดคล้องกับวงจรชีวภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายและจิตใจได้รับการสร้างเสริมและซ่อมแซม ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย [25]

คุณภาพการนอนหลับ เป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมที่เริ่มตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอนสามารถประเมินได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ มิติที่ 1 ความแปรปรวนการนอนหลับ ประกอบด้วย เวลาที่ใช้ก่อนหลับได้จริงหลังจากล้มตัวลงนอน ความถี่ของการตื่นนอนระหว่างนอนหลับ การพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวขณะหลับ ความสนิทของการนอนหลับ ระยะเวลารวมของการตื่นนอนตอนกลางคืนหลังจากหลับตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง ความรู้สึกเป็นปัญหาในการตื่นตอนกลางคืน ความรู้สึกถึงความยากง่ายของการนอนหลับเมื่อเข้านอน มิติที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ประกอบด้วยความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้าความรู้สึกต่อการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาที่ใช้นอนหลับโดยรวม 1 วัน ความรู้สึกถึงความเพียงพอของการนอนหลับ

มิติที่ 3 การงีบหลับในช่วงกลางวัน ประกอบไปด้วย เวลาที่ใช้ในการงีบหลับในตอนกลางวันของวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 0-10 ชั่วโมง การงีบหลับในช่วงเช้าของวันที่ผ่านมา การงีบหลับในช่วงบ่ายของวันที่ผ่านมา และความรู้สึกตื่นเมื่อหลังจากงีบหลับ [26]

จิตติมา ณรงค์ศักดิ์ [27] ได้กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ ว่าประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลา ที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น

2. การนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นสามารถประเมินได้เอง เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นการประเมินโดยความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะท่านอนการเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ และความคิดเห็นของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง

ยศพันธ์ นามสงค์ [28] ได้ให้ความหมายของ คุณภาพการนอนหลับ ว่าเป็น พฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับของบุคคลตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติที่ 1 ความแปรปรวนของการนอนหลับ มิติที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ และมิติที่ 3 การชดเชยการนอนหลับด้วยการงีบหลับในระหว่างวัน ซึ่งสามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลนั้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

การนอนไม่หลับ หมายถึง การมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ 1) ใช้เวลานานมากกว่าปกติ 30-45 นาทีกว่าจะเริ่มนอนหลับได้ 2) ตื่นกลางดึกหลาย ๆ ครั้งในแต่ละคืน 3) ตื่นเช้ามืดกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะต้องเป็นร่วมกับตื่นแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหรือรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เต็มอิ่ม [3]

วงจรการนอนหลับแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ [29, 30]

1. ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาช้า (Non Rapid Eye Movement Sleep; NREM) เป็นช่วงที่เซลล์มีการทำงานพร้อมเพรียงกัน ภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ ลูกตาเคลื่อนไหวช้าลง กล้ามเนื้อตึงตัวน้อยลง การนอนหลับช่วงนี้มี 4 ระยะคือ

1.1 Stage I sleep คือ ช่วงที่ปลุกง่าย ถ้าถามคำถามในช่วงนี้ต้องรอระยะเวลาหนึ่งก่อนตอบ

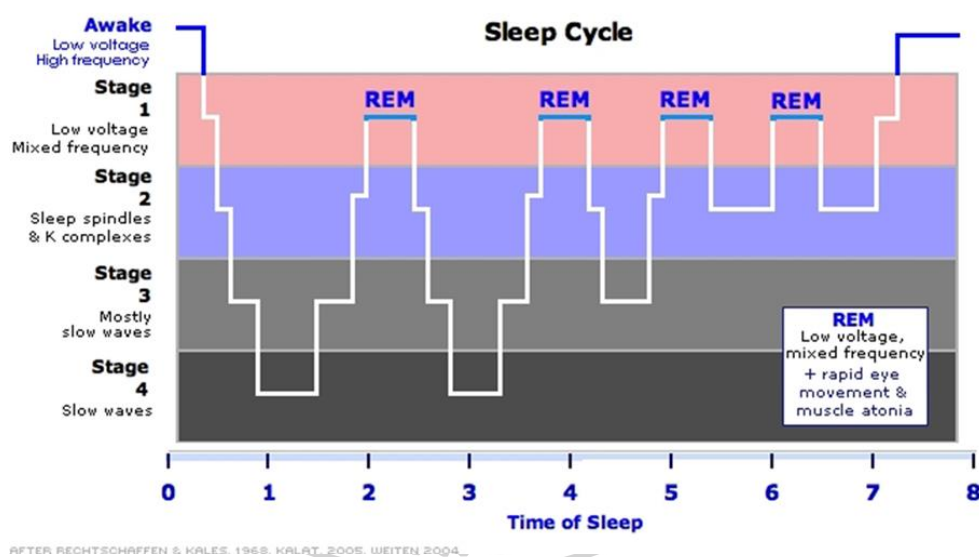
1.2 Stage II sleep คือ ระยะเวลาการนอนหลับอย่างแท้จริง ถ้าถามคำถามด้วยเสียงค่อยจะไม่ตอบแต่ยังคงปลุกให้ตื่นได้ง่าย บางคนอาจจะบอกว่ายังไม่ได้หลับ

1.3 Stage III sleep คือ ไม่สามารถปลุกด้วยเสียงหรือการสัมผัสเบา ๆ ด้วยมือ แต่ถ้าปลุกให้ตื่นได้จะยอมรับว่าหลับ เป็นระยะที่มีการหลับลึกปานกลาง

1.4 Stage IV sleep คือ ต้องใช้เสียงดังจึงจะทำให้ตื่นได้ โดยจะตื่นช้า ๆ งัวเงีย และจำอะไรไม่ได้ หรือมีอาการละเมอ

2. ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep; REM) ในช่วงนี้จะใช้เวลาประมาณ 90 นาทีหลังจากเริ่มหลับ ตาจะมีการเคลื่อนไหวเร็ว อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจจะเร็ว กล้ามเนื้อไม่ขยับ

ในช่วงการนอน 1 คืน จะมีวงจรการนอนหลับประมาณ 5-6 รอบ จะใช้เวลา 90-110 นาที ในช่วงแรกของการนอนหลับจะมีระยะการนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาช้า (NREM) ยาวและช่วงระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) สั้น ต่อจากนั้นช่วงระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) จะยาวขึ้นและระยะการนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาช้า (NREM) จะสั้นลง



ภาพที่ 2 วงจรการนอนหลับในกลางคืน

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ซึ่งครอบคลุมคุณภาพการนอนโดยรวม ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

Spielman ได้สร้างทฤษฎีต้นแบบ กล่าวว่า การนอนไม่หลับเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factor) [4, 9, 31-33] เป็นปัจจัยก่อนหน้าที่จะเกิดการนอนไม่หลับซึ่งนำไปสู่การเริ่มต้นของการนอนไม่หลับ และเป็นปัจจัยที่ทำให้ความทนต่อการนอนไม่หลับลดลง โดยเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 อายุ โครงสร้างการนอนหลับในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกัน ทารกแรกเกิดจนถึงขวบปีแรก มีโครงสร้างการนอนแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุจะมีความต้องการการนอนหลับประมาณ 7-9 ชั่วโมง เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลาในการนอนหลับ บุคคลในวัยต่าง ๆ ต้องการระยะเวลาในการนอนหลับที่แตกต่างกัน ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นการนอนหลับในระยะเริ่มจะลดลงโดยมีการนอนหลับระยะ REM ประมาณร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมด ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีการนอนหลับระยะ REM เล็กลง ทำให้การนอนหลับระยะที่ 1 2 3 4 และ NREM มากขึ้น เป็นผลให้มีการแปรปรวนของระยะเวลาการนอนหลับมากขึ้น ตื่นบ่อย ใช้เวลานานกว่าจะหลับ และมีช่วงที่หลับสนิทน้อยตื่นบ่อยและมักตื่นเช้า พร้อมกับความรู้สึกว่านอนหลับไม่เพียงพอ

1.2 เพศ เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา และสภาพจิตใจที่แตกต่างกัน ประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ความวิตกกังวล เป็นต้น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย

1.3 ประวัติทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และเวลาในการทำงาน เป็นต้น

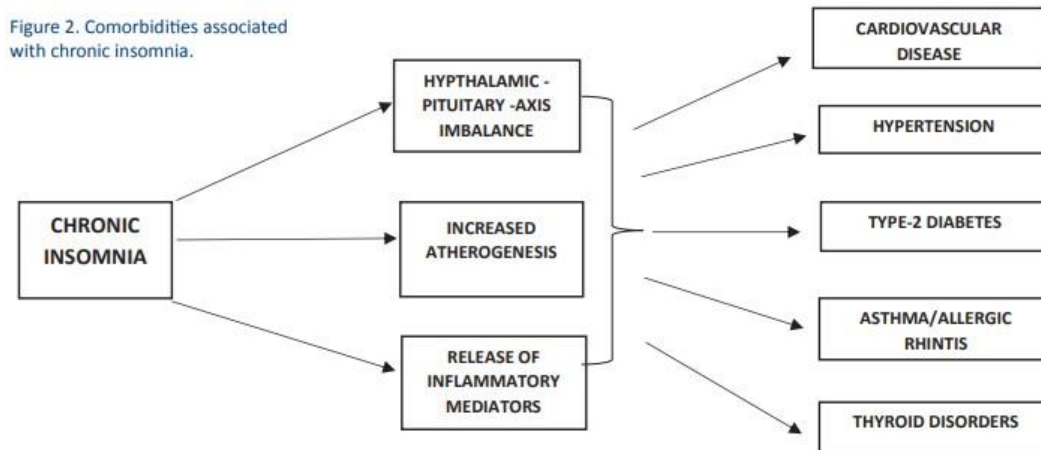
1.4 ประวัติครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว ได้แก่ [3, 4, 10, 34]

2.1 ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย

2.1.1 ประวัติโรคทางร่างกายที่อาจจะทำให้นอนไม่หลับ ได้แก่ โรคเมเร็ง โรคที่ทำให้ปวดเรื้อรัง โรคทางระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสันทำให้ตื่นบ่อยและระยะเวลาการนอนหลับลดลง โรคทางจิตเวช โรคหัวใจและหลอดเลือดมักจะมีปัญหาการนอนหลับยาก เช่น โรคความดันโลหิตสูงมักจะมีปัญหาตื่นเช้ากว่าปกติ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรบกวนการนอนหลับ จากอาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบาก โรคอ้วน โรคกะเพาะและลำไส้รบกวนการนอนหลับเนื่องจากอาการปวดท้องจากการหลั่งกรดมากขึ้นโดยเฉพาะในระยะ REM โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจึงรบกวนการนอนหลับ โรค

ไทรอยด์ทำให้ออนหลับได้ยาก รวมถึงอาการที่ไม่ก่อให้เกิดความสบายต่าง ๆ เช่น ไอ ไข้ คัน ท้องเสีย [35]



ภาพที่ 3 โรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

2.1.2 ประวัติยาที่ได้รับซึ่งมีผลรบกวนการนอนหลับ [36] ได้แก่ ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีผลต่อระบบ hypothalamic pituitary-adrenal axis จึงส่งผลต่อการหลั่ง cytokines ที่ควบคุมการหลับและการตื่นนอน ยาปิดกั้นเบต้า (beta-blockers) ยับยั้งการหลั่ง melatonin ทำให้เริ่มการหลับยากขึ้น ยาขับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน จึงรบกวนการนอนหลับ และยาด้านอาการซึมเศร้ายับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาท serotonin หรือ norepinephrine ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นสมอง ทำให้ตื่นตัว เป็นต้น

Table 1 Drug-induced adverse effects of insomnia or sleepiness with possible mechanism of action		
Drug Class or Individual Drug	Induced Sleep-Wake Disturbance	Possible Mechanism of Action
ANTIDEPRESSANTS		
Sedating TCA (eg, amitriptyline and doxepin)	Sleepiness	Antagonism at NE α_1 , HA H ₁ , and ACh receptors
Activating TCA	Insomnia	Inhibition of serotonin and NE reuptake
SSRI	Insomnia	Inhibition of serotonin and NE reuptake
SNRI	Insomnia	Inhibition of serotonin and NE reuptake
Bupropion	Insomnia	Inhibition of NE and DA reuptake
MAOI	Insomnia	Inhibition of MAO enzyme
Atypical sedating AD (eg, trazodone and mirtazapine)	Sleepiness	Antihistaminergic effect, 5-HT ₂ -receptor antagonism
ANTIPSYCHOTICS		
First generation	Mostly sleepiness, insomnia also reported	Antagonism at NE α_1 , HA H ₁ , ACh, and DA receptors
Second generation, for example, clozapine, olanzapine, and quetiapine	Variable effects Sleepiness	DA-receptor and 5-HT-receptor antagonism; effects at other receptors vary for each agent
ANTIEPILEPTICS		
	Mostly sleepiness	Decreased neuronal excitation by variable mechanisms
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
DA replacement drugs	Low-dose sleepiness, high-dose insomnia	DA-receptor agonism
ANALGETICS		
NSAIDs		Prostaglandin synthesis inhibition
Opioids	Sleepiness	μ -Opioid and κ -opioid receptor agonism
Triptans	Sleepiness?	5-HT ₁ -receptor antagonism
ANTIHISTAMINES		
First generation	Sleepiness	Antagonism at HA H ₁ receptor
Second generation	None to mild sleepiness	None to little BBB transport
CARDIOVASCULAR DRUGS		
β -Blocking agents	Insomnia	β receptor and 5-HT-receptor antagonism; melatonin suppression
β - and α_1 -blocking agent	Insomnia, also sleepiness reported	β and 5-HT receptor antagonism; melatonin suppression; α_1 -receptor antagonism
α_1 Antagonists		α_1 -receptor antagonism
α_2 Agonist		α_2 -receptor stimulation
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME INHIBITORS		
Angiotensin receptor blockers		?
Loop diuretics	Insomnia	Nocturia
CORTICOSTEROIDS		
	Insomnia, sleepiness also reported	Multiple effects on HPA axis; effects on cytokines
THEOPHYLLINE		
	Insomnia?	Adenosine antagonist

ภาพที่ 4 ยาที่รบกวนการนอนหลับ

2.1.3 ประวัตินานที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับได้แก่ ยากลุ่ม benzodiazepine ซึ่งออกฤทธิ์โดยการเสริมฤทธิ์ของ GABA ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ การดื้อยา อาการถอนยา และการกลับเป็นซ้ำหลังจากหยุดยา โดยการใช้ยานอนหลับติดต่อกัน 1 ปีขึ้นไป ทำให้ระยะตั้งแต่เข้านอนจนหลับนานขึ้น รวมถึงประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง [37] กลุ่มยา Nonbenzodiazepines เช่น Zolpidem, กลุ่มยา Antidepressants เช่น Amitriptyline Trazodone ซึ่งทำให้ง่วง ซึม และมีฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ชนิด anticholinergic ทำให้เกิดอาการตาพร่า ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก และ orthostatic hypotension, กลุ่มยา Antihistamines ที่ใช้ผลข้างเคียงจากยา เช่น Hydroxyzine สามารถทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น psychomotor และ cognitive impairment ได้และทำให้เกิดอาการง่วงค้างในวันรุ่งขึ้นได้ และยา Melatonin [3, 12]

2.2 สภาวะอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด เกิดจากเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว จนเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลตามมา ทำให้กระบวนการนอนหลับเป็นไปได้ยากขึ้น โดยความเครียดและความวิตกกังวลที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ ส่งผลทำให้ระดับคอร์ติซอลสูง และรบกวนวงจรการนอนหลับในระยะการเข้าสู่การนอนหลับได้

2.3 สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ ได้แก่ เสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และผู้ที่นอนร่วมห้อง โดยเสียงทำให้นอนหลับยากและทำให้ตื่นเร็วกว่าที่ต้องการ ซึ่งเสียงที่เกิดขึ้นบางครั้งบางครั้งอาจส่งผลต่อการนอนหลับได้มากกว่าเสียงที่ตั้งต่อเนื่อง [38] แสงสว่างจะทำให้ไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับ [39] อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียสจะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และการนอนหลับระยะ REM ลดลง ทำให้ตื่นบ่อยขึ้นและมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนอุณหภูมิห้องที่ต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียส จะทำให้เกิดความไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับได้ [34] ลักษณะที่นอน ที่นอนแข็งมักจะก่อปัญหากับผู้ที่ เป็นโรคข้ออักเสบ ส่วนที่นอนนิ่ม ทำให้ปวดหลังได้ง่าย และการรบกวนจากพฤติกรรมกรนอนหลับของเพื่อนร่วมห้องนอน เช่น การนอนกรน การพลิกตะแคงตัว การนอนละเมอ การนอนกัดฟัน และ การนอนดิ้น เป็นต้น

3. ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง เช่น สุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งสุขอนามัยการนอนหลับ คือ พฤติกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่มีคุณภาพ [3, 4, 32, 40] สุขอนามัยของการนอนหลับได้แก่ 1.เข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลา 2.ทำกายและใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน 3.หลีกเลี่ยงการข่มจิตใจให้หลับ 4.ลุกจากที่นอนเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ไม่นอนแช่ 5.

หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน ถ้าง่วงมากจนทนไม่ไหวก็ควรงีบนานเพียง 10-30 นาที และไม่งีบในช่วงบ่ายมากเกินไป หรือไม่งีบในช่วงเย็นเพราะจะส่งผลต่อการนอนหลับในตอนกลางคืน 6.ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายในตอนเช้าหรือตอนบ่าย ไม่ควรออกกำลังกายใกล้เวลานอนมากเกินไป ควรให้ห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อยที่สุดประมาณ 6-8 ชั่วโมง 7.หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวันไปแล้ว 8.หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่กระตุ้นประสาทในช่วงเย็น 9.รับประทานอาหารหนักๆก่อนเข้านอนหรือไม่ปล่อยให้หิวก่อนเวลาเข้านอน 10.จัดห้องนอนให้เงียบสบาย ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิห้องไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป 11.หลีกเลี่ยงการขบคิดปัญหาต่างๆ ก่อนและระหว่างการนอนหลับ 12.ถ้าตื่นนอนกลางดึก นอนไม่หลับให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้สมองตื่นตัว ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ทำงาน เล่นเกม อ่านหนังสือ เป็นต้น

3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ [28]

1. Objective sleep measurement ได้แก่

1.1 Polysomnography เป็นการตรวจความผิดปกติของการนอนในห้องปฏิบัติการ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยเฝ้าดูอาการของผู้ป่วย เพื่อบันทึกความผิดปกติที่เกิดขึ้นตลอดทั้งคืน เช่น การบันทึกข้อมูลคลื่นสมอง การเคลื่อนไหวของลูกตา คลื่นไฟฟ้าจากกล้ามเนื้อ การตรวจการหายใจ และคลื่นไฟฟ้าจากหัวใจ การวัดด้วยวิธีนี้จะเป็นการให้ผลที่ถูกต้องและเที่ยงตรงมากที่สุด แต่มีราคาแพงและวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อนต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการแปลผล

1.2 Actigraphy เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยสวมไว้ที่ข้อมือหรือข้อเท้าด้านที่ไม่ถนัดของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยประเมินการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ เครื่องมือนี้สามารถใช้ได้ในเด็กและผู้ใหญ่ แต่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

1.3 Bedside เป็นเครื่องเฝ้าระวังที่อยู่ข้างเตียงโดยวัดการนอนหลับในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อการนอนหลับ และหายใจผิดปกติของระหว่างการนอนหลับ

1.4 การประเมินโดยใช้หมวกวัดการนอนหลับ (Night cap) เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่พัฒนามาจากการวัดความเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ใช้การวัดการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวร่างกายลูกตาและศีรษะ แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดคลื่นสมองได้ การใช้เครื่องมือนี้เหมาะกับผู้ป่วยหนักมากกว่าการใช้ Polysomnography เพราะมีขนาดเล็ก เคลื่อนย้ายง่าย

2. Subjective sleep measurement ได้แก่

2.1 การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา ซึ่ง Snyder-Halperu and Vem เป็นผู้สร้างขึ้นโดยให้ประเมินการนอนหลับของตนเองลงบนเส้นตรง ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ มิติด้านการแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพของการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา

2.2 การใช้แบบสอบถาม โดยให้ผู้ประเมินตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี (The St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire), แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตซ์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)

2.3 Sleep diaries เป็นการบันทึกการนอนหลับและการตื่นโดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนในแต่ละช่วง ความถี่ในการตื่นนอน เป็นต้น ซึ่งนำมาคำนวณชั่วโมงการนอนหลับ ประสิทธิภาพ การนอนหลับเวลาที่ใช้ในการเข้านอน และเวลาที่ตื่นกลางดึกได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตซ์เบิร์ก ฉบับภาษาไทย (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) เนื่องจากสามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับได้อย่างครอบคลุม ข้อคำถามสั้น เข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ กับผู้เข้าร่วมวิจัยและตอบปัญหาของการวิจัยได้

4. น้ำมันกัญชากับการนอนไม่หลับ

สารประกอบในกัญชา

ในทางการแพทย์แผนไทย พืชกัญชา (กัญชา) มีส่วนที่ใช้เป็นตัวยาในตำรับยาเกือบทุกส่วน ไม่ว่าจะเป็นราก ก้านใบ ใบ และเรื้อนยอดช่อดอกตัวเมีย (ซึ่งมีฤทธิ์แรงที่สุด) ตำราสรรพคุณยาไทยระบุว่า กัญชามีรสเมาเบื่อ มีสรรพคุณแตกต่างกันตามส่วนที่ใช้ เช่น ใบมีสรรพคุณแก้หอบหืด เจริญอาหาร ชูกำลัง เป็นต้น แต่ทำให้จิตใจขาดกลัว ตาลาย ประสาทหลอน, ดอกมีสรรพคุณแก้โรคประสาท ทำให้นอนหลับ เจริญอาหาร กัดเสมหะในคอ เป็นต้น [41]

สารสำคัญ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Cannabinoids 2) Terpenoids 3) Flavonoids ทั้งนี้ พบว่าสารกลุ่ม Cannabinoids มีมากกว่า 110 ชนิดที่พบมาก คือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) และค้นพบว่า THC และ CBD นี้เป็นสารมีสรรพคุณทางการแพทย์หลายประการ ซึ่ง THC มีผลทำให้เกิดอาการง่วงเมาได้ ในขณะที่ CBD ไม่มีฤทธิ์ง่วงเมา แต่ไปช่วยยับยั้งอาการง่วงเมาจาก THC ได้ [42, 43]

ปัจจัยที่มีผลต่อขนาดของกัญชามี 3 ประการ [23] ได้แก่

1. ชนิดของยากัญชาที่ใช้ การสกัด สายพันธุ์ ความเข้มข้นของยาสกัด ปริมาณสารออกฤทธิ์ วิธีการบริหารยา
2. โรคประจำตัวรวมถึง ระยะของโรค ระดับความรุนแรง การรักษาแบบอื่นๆ ที่ได้รับ โคร่วมอื่นๆ
3. การตอบสนองต่อยากัญชาของแต่ละคน รวมถึง ระดับ endocannabinoid เดิมในร่างกาย (หรือเรียกว่า endocannabinoid tone) และการดื้อยา เมื่อใช้ไปนาน ๆ หากใช้น้ำมันกัญชาในระยะเวลาสั้นขึ้นอาจทำให้ 1) ลดระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดในผู้ป่วย 2) ระยะเวลาที่ใช้ไปในการเปลี่ยนสภาวะจากการตื่นเข้าสู่การหลับมากกว่า 30 นาที 3) ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติลดลง 4) มีการตื่นในช่วงเวลาการนอนหลับมากขึ้น และ 5) เพิ่มระยะเวลาการนอนหลับ [44]

ขนาดยาจากกัญชาที่เหมาะสมในการรักษาโรค [20]

น้ำมันกัญชา (ตำรับเดชา)

1. ข้อมูลของน้ำมันกัญชา (ตำรับเดชา)

1.1 สูตรตำรับยาประกอบด้วย ตัวยา 2 ชนิด ดังนี้

ลำดับ	ตัวยา	น้ำหนักยา
1.	กัญชา	100 กรัม
2.	น้ำมันมะพร้าว	1000 มิลลิลิตร

1.2 การผลิตผลิตในโรงงานยาสมุนไพรหรือโรงงานยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตขององค์การอนามัยโลก (WHO GMP) หรือมาตรฐานการผลิตอื่นที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยใช้กัญชาซึ่งผ่านการเพาะปลูกแบบอินทรีย์ปลอดสารกำจัดศัตรูพืชและดินที่เพาะปลูกไม่มีโลหะหนักหรือสารกำจัดศัตรูพืชอันตรายที่ตกค้างเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในระดับสากล

1.3 ปริมาณสารออกฤทธิ์ กำหนดให้เฉพาะปริมาณสาร THC มีขนาดคงที่ 0.08 mg/drop

1.4 กรรมวิธีการผลิต

1.4.1 ล้างช่อดอกกัญชาด้วยน้ำ ออบให้แห้ง แล้วนำไปบด

1.4.2 ผสมตัวยาในข้อ 1.4.1 กับน้ำมันมะพร้าวในภาชนะปิด (ตัวยา 100 กรัมต่อน้ำมันมะพร้าว 1,000 มิลลิลิตร) จากนั้นแช่ภาชนะในน้ำที่ทำให้เดือดด้วยไฟอ่อน เป็นเวลา 1-3 ชั่วโมง แล้วทิ้งไว้ให้เย็น

1.4.3 นำมากรองเอาแต่น้ำมัน เก็บไว้ในขวดทึบแสงสำหรับบรรจุลงในขวดสำหรับหยด ต่อไป

2. ขนาดยา และการบริหารยา

- ช่วยให้นอนหลับขนาดยาเริ่มต้น รับประทานครั้งละ 3-5 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน หรือ ตามดุลพินิจของแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่สั่งใช้น้ำมันกัญชา

- การปรับขนาดยา หากอาการไม่ดีขึ้นจากการติดตามอาการและประเมินผลให้ปรับขนาดยา เพิ่มขึ้นครั้งละ 1-2 หยด ทุก 1-2 สัปดาห์

*** ขนาดสูงสุดไม่เกิน 20 หยด ต่อวัน

หากอาการดีขึ้นจากการติดตามอาการและประเมินผลให้ปรับขนาดยาลดลง ครั้งละ 1 หยดทุก 1 สัปดาห์

3. ผลข้างเคียงและวิธีการแก้ไข

3.1 ปรับลดขนาดยา เมื่อพบอาการมึนเวียนศีรษะ (Dizziness), เสียความสมดุล (Loss of co-ordination), หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) หรือความดันโลหิตผิดปกติ (Abnormal pressure)

3.2 หยุดใช้ทันที เมื่อพบอาการสับสน (Disorientation), กระวนกระวาย (Agitation), วิดกกังวล (Anxiety), ประสาทหลอน (Hallucination) หรือโรคจิต (Psychosis)

3.3 การให้ยากัญชาในครั้งแรก ควรให้ก่อนนอนและมีผู้ดูแลใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงได้

5. ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ความหมาย

Padilla and Grant [45] ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสุขภาพ โดยปราศจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

อมรรัตน์ ปะติเก [46] ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับระดับคุณภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า โดยใช้ EQ-5D เป็นเครื่องมือวัดระดับคุณภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว หากมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลตนเอง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่พึ่งพาคนอื่นในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำและใส่เสื้อผ้า เป็นต้นด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่พึ่งพาคนอื่น เช่นการทำงาน การทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัวหรือกิจกรรมยามว่าง เป็นต้น ด้านความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะต้องไม่มีปัญหาในเรื่องความเจ็บปวดหรือความไม่สบายตัว ด้านความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า จะมีชีวิตที่ดีจะต้องไม่มีปัญหาในเรื่องของความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล [47] คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุม ในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ ที่มีต่อสภาพแวดล้อม

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง ภายใต้บริบททาง วัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ซึ่งคนนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความหวัง มาตรฐาน และความหวังเฝ้ายของพวกเขา [48]

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life, HRQoL) มีลักษณะเป็น นามธรรม ไม่สามารถตรวจสอบได้จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการ มีชีวิตรอด (survival) การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการบ่งบอก ถึงสภาวะสุขภาพ หรือผลกระทบของโรคจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง นอกเหนือจากผลการรักษาหรือ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพในมุมมองของแพทย์ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized

health care) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วย โดยจะพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์ และมีความสำคัญกับชีวิตของตัวผู้ป่วยไม่ใช่เพียงมองแค่ตัวโรค (disease) [49]

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ประเภท [50, 51]

1. หากพิจารณาตามกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่

1.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic instrument) เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้โดยไม่จำกัดโรคที่เป็น เช่น short form health survey (SF-36), WHOQOL, EQ-5D ฯลฯ

ข้อดี สามารถประเมินสุขภาพได้หลายมิติด้วยเครื่องมือชนิดเดียว และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคต่างๆได้

ข้อเสีย ไม่มีความไวหรือตอบสนองที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เครื่องมือชนิดนี้จึงเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในเชิงนโยบาย การติดตาม คุณภาพชีวิตที่ไม่ต้องการรายละเอียด หรือต้องการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างโรคต่าง ๆ

1.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (specific instrument) เครื่องมือชนิดนี้จะไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ แต่อาจไม่ครอบคลุมมิติด้านอื่นๆ ของชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโรค คณะณที่ได้สามารถใช้เปรียบเทียบกันได้ก็ต่อเมื่อเป็นคะแนนจาก แบบสอบถามชนิดเดียวกันเท่านั้น ตัวอย่างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ เช่น Diabetes Quality of Life (DQOL), the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC QLQ-C30)

2. หากแบ่งประเภทของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตามลักษณะของ การรายงานคะแนน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 Profile scores เป็นการสรุปคะแนนตามมิติ (domain) ของเครื่องมือวัดแต่ไม่มีคะแนนรวมของทุกมิติที่เป็นตัวเลขเดียว เช่น SF-36 ซึ่งแบ่งเป็น 8 มิติ รายงานคะแนน 8 มิติและคะแนนสรุป 2 ด้าน คือคะแนนด้านกายภาพ และคะแนนด้านจิตใจ

2.2 Index scores เป็นการสรุปคะแนนจากแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อความหลายมิติ (multi-attribute instrument) ให้เป็นตัวเลขเดียวระหว่าง 0 –1 (0 = เสียชีวิต, 1 = ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์) โดยตัวเลขนี้มีชื่อเรียกเฉพาะว่า “อรรถประโยชน์” (utility) ซึ่งมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (health technology assessment)

แบบสอบถาม EQ-5D [52]

EQ ย่อมาจาก EuroQol group และ 5D ย่อมาจาก 5 dimensions เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วย 5 มิติหรือ 5 ข้อคำถาม EQ-5D เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ได้รับการออกแบบเพื่อให้ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. คำถามด้านสุขภาพ 5 คำถามหรือ 5 มิติ ได้แก่

- การเคลื่อนไหว (mobility)
- การดูแลตนเอง (self-care) เช่น อาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ

ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง

- อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว (pain/discomfort)
- ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (anxiety/depression)

แต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหามาก มีปัญหาที่มาก มีปัญหาที่มากที่สุดหรือไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ คำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะนำไปคำนวณ index scores หรือค่าอรรถประโยชน์

2. แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด

การแปลงสถานะสุขภาพที่ได้จาก EQ-5D-5L ให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ [53]

ค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าที่เป็นไปได้ตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่ แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่มากกว่าตาย (worse than dead) คะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์คือ 1 หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน

ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [53]

มิติทางสุขภาพ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาปานกลาง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด
	1	2	3	4	5
การเคลื่อนไหว	0	0.056	0.114	0.231	0.307
การดูแลตนเอง	0	0.033	0.108	0.225	0.254
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0	0.043	0.075	0.165	0.207
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	0	0.040	0.068	0.233	0.266
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0	0.032	0.097	0.202	0.249

ภาพที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย

ตัวอย่างการคำนวณ

$$\begin{aligned}
 \text{คะแนนอรรถประโยชน์ของสุขภาพ 21235} &= 1 - \text{ค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน} \\
 &= 1 - 0.056 - 0 - 0.043 - 0.068 - 0.249 \\
 &= 0.584
 \end{aligned}$$

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิต ณ ปัจจุบัน ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ -5D - 5L) ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ความเจ็บปวด หรืออาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญาภัค ศิลารักษ์ [54] ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ด้วยการวิจัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะนอนไม่หลับ และได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82 มีอายุเฉลี่ย 51.34 ± 3.09 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม EQ-5D-5L พบว่า ค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยก่อนเริ่มการรักษาคือ 0.80 ± 0.19 และหลังได้รับการรักษาในเดือนที่ 3 คือ 0.86 ± 0.16 โดยค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานน้ำมันกัญชาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.07 ± 1.87 คะแนน เป็น 7.35 ± 1.90 คะแนน ตามลำดับ

โชติมันต์ ชินวรารักษ์ และคณะ [55] ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, TI-PSQI) 3) แบบประเมินสุขอนามัย การนอนหลับ (sleep hygiene index) 4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai geriatric depression scale, TGDS) และ 5) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (mini-mental state examination: Thai version, MMSE-Thai 2002) พบว่า ความสุขของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเท่ากับร้อยละ 52.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ใช้จากเริ่มเข้านอนจนหลับ (sleep latency) เฉลี่ย 28.35 นาที ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) เฉลี่ยร้อยละ 84.40 ประมาณสองในสามมีการปฏิบัติสุขอนามัย การนอนหลับที่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 61.4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ความเพียงพอของรายได้ และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า และการมีโรคประจำตัวทางกาย

สนธยา มณีรัตน์ และคณะ [56] ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งเขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสำรวจวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ 3) แบบประเมินปัจจัยรบกวนการนอนหลับ และ 4) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQ: Thai Version) พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 67.8) ปัจจัยรบกวนการนอนหลับที่พบมากที่สุด ได้แก่ การตื่นเพื่อเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 76.7 การตื่นตอนดึกหรือเข้ามิดเกินไป (ร้อยละ 68.0) และการตื่นนอน หรือเข้านอนผิดเวลา (ร้อยละ 51.0) คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับปัจจัยรบกวนทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับปัจจัยรบกวนด้านสุขนิสัยในการนอน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับปัจจัยรบกวนด้านจิตใจ และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับปัจจัยด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม

ณัชชา เต็งเต็มวงศ์ [57] ได้ศึกษา ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรสมุนไพรในโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง : การศึกษาย้อนหลังเบื้องต้นในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยสืบค้นเวชระเบียนผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับเรื้อรังที่มารักษาที่คลินิก โดยผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับมากกว่า 1 เดือน ผลรวมคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality

Index: PSQI) มากกว่า 5 คะแนน และมีผลการติดตามคุณภาพการนอนหลับอย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่ามีค่าเฉลี่ยผลรวมคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ก่อนการรักษา เท่ากับ 14.76 ± 3.07 และหลังการติดตามอาการครั้งที่ 1 ถึง 6 เท่ากับ 10.56 ± 3.69 , 7.70 ± 3.54 , 9.30 ± 3.56 , 8.71 ± 4.38 , 7.20 ± 3.89 , 8.00 ± 5.29 ตามลำดับ สรุปว่า ยาตำรับสุขไสยาศน์มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วง 5 เดือนแรกของการรักษา

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ [58] ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชาคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง ทำการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชาที่มารับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-5L ในการสอบถามคุณภาพชีวิต และใช้ Pain score ในการวัดภาวะปวด เปรียบเทียบประสิทธิผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับสารสกัดกัญชาในแต่ละครั้งที่มาติดตามการรักษา พบว่า ค่ากลางของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($0.016 (-0.131, 0.279)$; $-0.283-0.960$ vs $0.132 (-0.204, 0.703)$; $-0.204-0.703$, $p < 0.001$) เช่นเดียวกับกับภาวะปวด พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของภาวะปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (8.24 ± 2.3 vs 5.00 ± 2.0 , $p < 0.001$)

ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร และคณะ [15] ได้ศึกษา ประโยชน์และความปลอดภัยของตำรับยาสุขไสยาศน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ จากการใช้ตำรับยาสุขไสยาศน์ในผู้ป่วยนอกที่มีภาวะนอนไม่หลับที่มารับบริการ ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฟื้น อจาโร ด้วยการวิจัยเชิงสังเกตแบบไปข้างหน้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.67 มีภาวะการนอนไม่หลับดีขึ้นหลังรับประทานตำรับยาสุขไสยาศน์ มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังรับประทานตำรับยาสุขไสยาศน์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.13 ± 2.29 คะแนน เป็น 6.47 ± 1.90 คะแนนตามลำดับ โดย 3 องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุดได้แก่ 1) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ และ 3) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย คะแนนคุณภาพชีวิต 5 มิติและภาวะสุขภาพเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนรับประทานตำรับยาสุขไสยาศน์ เท่ากับ 0.821 ± 0.19 และ 83.43 ± 14.07 คะแนนตามลำดับ หลังรับประทานตำรับยาสุขไสยาศน์ ครบ 4 สัปดาห์ คะแนนคุณภาพชีวิต 5 มิติและภาวะสุขภาพเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.903 ± 0.1 1 และ 89.27 ± 11.45 คะแนน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มธุรส กัลทโสภา [33] ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ จากงานวิจัยและแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย ได้ค่าขนาดอิทธิพลจำนวน 140 ค่า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ในภาพรวมสูงสุด คือ ปัจจัยด้านอื่นๆ (ความไม่สุขสบายต่างๆ การฝันร้าย กิจกรรมการรักษาพยาบาล และสิ่งรบกวนการนอนหลับโดยรวม) รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอาการแสดง ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านพฤติกรรม) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เสียง แสง อุณหภูมิ กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ และสภาพแวดล้อมโดยรวม)

ธิติมา ณรงค์ศักดิ์ [27] ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BD - II) แบบสอบถามประเมินความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่า ร้อยละ 72.2 พบความชุกคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

ยศพันธ์ นามสงค์ [28] ได้ศึกษา คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สถานะการสูบบุหรี่ อาการเหนื่อยล้ากับคุณภาพการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.9 มีคุณภาพการนอนหลับดี ความวิตกกังวล สถานะการสูบบุหรี่ อาการเหนื่อยล้า และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ ส่วนความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

อัญชลี ชุ่มบัวทอง และคณะ [59] ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า เพศและอายุไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับ คือ ความ

เจ็บปวด และความสูงอายุ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.7

วิทมา ธรรมเจริญ และคณะ [60] ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี ร้อยละ 61.10 และมีคุณภาพการนอนหลับในระดับไม่ดี ร้อยละ 39.90 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยด้านการใช้นอนหลับ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านจิตใจและอารมณ์ (ความเครียด) ด้านแหล่งที่มาของรายได้ มาจากญาติพี่น้อง การดื่มสุรา และด้านประวัติการป่วยทางจิตเวชในครอบครัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ได้ร้อยละ 23.60 (R square)

จุฑาทิพย์ ตาสूसี และคณะ [61] ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต Function Assessment of Cancer Therapy Cervical Cancer version Thai (FACT - CX) แบบสอบถามด้านความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ส่วนการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

ในงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ วิธีดำเนินงานวิจัยจะกล่าวถึงหัวข้อดังนี้

1. รูปแบบงานวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้
4. การตรวจสอบเครื่องมือ
5. วิธีการรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
7. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากใช้โปรแกรม G-Power [62] สำหรับกรณีการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัวด้วยสถิติ chi-square เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียว (univariate) ในการความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับปัจจัยต่าง ๆ การคำนวณกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งเท่ากับ 0.05 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่สองเท่ากับ 0.20 และองศาอิสระเท่ากับ 5 เนื่องจากปัจจัยที่มีกลุ่มย่อยมากที่สุด คือ อายุและอาชีพ คือ มี 6 กลุ่ม ในขณะที่

ตัวแปรตามหรือคุณภาพการนอนแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ คุณภาพดีและไม่ดี ดังนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีองศาอิสระมากที่สุด คือ 5 ซึ่งคำนวณจาก (จำนวนกลุ่มย่อยของตัวแปรอิสระ-1) คูณกับ (จำนวนกลุ่มย่อยของตัวแปรตาม-1) สำหรับขนาดอิทธิพลกำหนดที่ 0.30 ซึ่งมีขนาดปานกลาง ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำในการวิจัยที่คำนวณได้ คือ อย่างน้อย 143 คน

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยรับบริการจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย
3. ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อการรักษาอาการ

นอนไม่หลับอย่างน้อย 1 เดือน

4. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. มีความผิดปกติทางจิตที่เป็นอุปสรรคในการเก็บข้อมูลโดยพิจารณาจากการตอบคำถามว่า พุดจาสื่อสารรู้เรื่องหรือไม่ พุดจาวกวนหรือไม่

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ เวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา อายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ และการใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย วิธีการบริหารยา (หยด/วัน) และระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชา ดังแสดงในภาคผนวก ข

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดสวนปรง กรมสุขภาพจิต (Suanprung Stress Test: SPST-20) [63] จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยสอบถามถึงเหตุการณ์ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามผู้ตอบจะต้องเลือกระดับความเครียด 1 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ ดังแสดงในภาคผนวก ค

ระดับเครียดมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 5
ระดับเครียดมาก	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ระดับเครียดปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 3

ระดับเครียดเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ระดับไม่รู้สึกรุนแรง	ให้คะแนนเท่ากับ 1
สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่	
คะแนน	ระดับความเครียด
0 - 23	มีความเครียดในระดับน้อย
24 - 41	มีความเครียดในระดับปานกลาง
42 - 61	มีความเครียดในระดับสูง
62 - 100	มีความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม [4, 34, 38, 39] จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเสียง แสงสว่าง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และผู้ที่นอนร่วมห้อง ในแต่ละข้อคำถามผู้ตอบจะต้องเลือกระดับการรบกวน 1 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่รบกวน รบกวนน้อย รบกวนปานกลาง รบกวนมาก รบกวนมากที่สุดโดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ ดังแสดงในภาคผนวก ง

ระดับรบกวนมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 5
ระดับรบกวนมาก	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ระดับรบกวนปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 3
ระดับรบกวนน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ระดับไม่รบกวน	ให้คะแนนเท่ากับ 1

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคะแนนจากการกำหนดดังกล่าวมาประเมินค่า เพื่อแปลความหมายหาค่าคะแนนเฉลี่ย

$$\begin{aligned} \text{โดยใช้สูตร ความกว้างของอันตรภาคชั้น [64]} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) \div \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) \div 5 \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยการประเมินผลแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการรบกวนจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรบกวนจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
4.21 - 5.00	รบกวนระดับมากที่สุด
3.41 - 4.20	รบกวนระดับมาก
2.61 - 3.40	รบกวนระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	รบกวนระดับน้อย
1.00 - 1.80	รบกวนระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสุขนินัยเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 10 ข้อ [4, 32] ในแต่ละข้อคำถามผู้ตอบจะต้องเลือกระดับการปฏิบัติ 1 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติพอประมาณ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ ดังแสดงในภาคผนวก จ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนนเท่ากับ 5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ 4
ปฏิบัติพอประมาณ	ให้คะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนนเท่ากับ 1

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคะแนนจากการกำหนดดังกล่าวมาประเมินค่า เพื่อแปลความหมายหาค่าคะแนนเฉลี่ย

$$\begin{aligned} \text{โดยใช้สูตร ความกว้างของอันตรภาคชั้น [64]} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) \div \text{จำนวนชั้น} \\ &= (5 - 1) \div 5 \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยการประเมินผลแบบสอบถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติสุขนินัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การปฏิบัติสุขนินัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ
4.21 – 5.00	ปฏิบัติเป็นประจำ
3.41 – 4.20	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
2.61 – 3.40	ปฏิบัติพอประมาณ
1.81 – 2.60	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
1.00 – 1.80	ไม่ปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index : T - PSQI) [65] จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยใช้คำถามข้อ 6 เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคล

การแปลผล

ดีมาก

ให้คะแนนเท่ากับ

0

ค่อนข้างดี	ให้คะแนนเท่ากับ	1
ค่อนข้างแย่	ให้คะแนนเท่ากับ	2
แย่มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับใช้คำถามข้อ 2 เป็นการประเมินระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป

การแปลผล

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที	ให้คะแนนเท่ากับ	0
16 - 30 นาที	ให้คะแนนเท่ากับ	1
31 - 60 นาที	ให้คะแนนเท่ากับ	2
มากกว่า 60 นาที	ให้คะแนนเท่ากับ	3

และใช้คำถามข้อ 5.1 ประเมินปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที

การแปลผล

ไม่มีปัญหาเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	0
มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง / สัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	1
มีปัญหา 1-2 ครั้ง / สัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	2
มีปัญหา 3 ครั้ง / สัปดาห์หรือมากกว่า	ให้คะแนนเท่ากับ	3

การแปลผลรวมคะแนนข้อ 2 และ 5.1

0 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	0
1-2 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	1
3-4 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	2
5-6 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนใช้คำถามข้อ 4 เป็นการประเมินระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยที่ 1 ของ NERM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ

การแปลผล

มากกว่า 7 ชม.	ให้คะแนนเท่ากับ	0
6-7 ชม.	ให้คะแนนเท่ากับ	1
5-6 ชม.	ให้คะแนนเท่ากับ	2
น้อยกว่า 5 ชม.	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยใช้คำถามข้อ 1, 3 และ 4 เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อยลบด้วยเวลาเข้านอน

การแปลผล

มากกว่า 85 %	ให้คะแนนเท่ากับ	0
75 - 84 %	ให้คะแนนเท่ากับ	1
65 - 74 %	ให้คะแนนเท่ากับ	2
น้อยกว่า 65 %	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ ใช้คำถามข้อ 5.2 - 5.10 เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เบี่ยงเบนปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

การแปลผล

ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	ให้คะแนนเท่ากับ	0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	1
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	2
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	ให้คะแนนเท่ากับ	3

การแปลผลรวมคะแนนข้อ 5.2 ถึง 5.10

0 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	0
1-9 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	1
10-18 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	2
19-27 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 6 การไ้ชยานอนหลับใช้คำถามข้อ 7 ซึ่งการไ้ชยาดังกล่าวบ่งบอกถึง การมีปัญหาในการนอนหลับ หรือมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเกิดขึ้น

การแปลผล

ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	ให้คะแนนเท่ากับ	0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	1
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	2
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	ให้คะแนนเท่ากับ	3

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันใช้คำถามข้อ 8 และ 9 เป็นผลเกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วง นอนหรือเผลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น

การแปลผล

ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา	ให้คะแนนเท่ากับ	0
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	1
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	ให้คะแนนเท่ากับ	2
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	ให้คะแนนเท่ากับ	3

การแปลผลรวมคะแนนข้อ 8 และ 9

0 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	0
1-2 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	1
3-4 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	2
5-6 คะแนน	ให้คะแนนเท่ากับ	3

รวมจำนวนทั้งสิ้น 7 องค์ประกอบ มีคะแนนรวม ไม่เกิน 21 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพการนอนหลับในระดับดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) และในระดับไม่ดี (มากกว่า 5 คะแนน) ดังแสดงในภาคผนวก ฉ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L) [66] แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนแรก ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่

- ด้านที่ 1 การเคลื่อนไหว
- ด้านที่ 2 การดูแลตนเอง
- ด้านที่ 3 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ด้านที่ 4 ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว
- ด้านที่ 5 ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

ในแต่ละด้านผู้ตอบจะต้องเลือกระดับปัญหาที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนี้มากที่สุด 1 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีปัญหา มีปัญหาเล็กน้อย มีปัญหามาก มีปัญหาปานกลาง มีปัญหาหนัก ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	5
มีปัญหามาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4

มีปัญหาปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 3
มีปัญหาเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
ไม่มีปัญหา	ให้คะแนนเท่ากับ 1

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคะแนนจากการกำหนดดังกล่าวมาประเมินค่า โดยเลขคำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะนำไปคำนวณ index scores หรือค่าอรรถประโยชน์ ซึ่งค่าอรรถประโยชน์ (utility) เป็นค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 1 โดย 0 หมายถึงเสียชีวิต 1 หมายถึงสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด อย่างไรก็ตาม ในทางทฤษฎี ค่าอรรถประโยชน์สามารถมีค่าติดลบได้ ซึ่งหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าเสียชีวิต (worse than dead) คำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม EQ-5D-5L มีลักษณะเป็นค่าบรรยายสถานะสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งสามารถแปลงคำตอบเหล่านั้นให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ได้จาก การนำสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ซึ่งมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน โดยค่าสัมประสิทธิ์ หมายถึง ค่าอรรถประโยชน์ที่สูญเสียไปจากการมีสภาวะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นกับทัศนคติที่มีต่อสภาวะสุขภาพ โดยแปลงค่าตามงานวิจัย Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [53]

ส่วนที่สอง เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS) สำหรับให้ผู้ตอบให้คะแนนสุขภาพตนเอง โดย VAS มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุดให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง คำตอบที่ได้ในส่วนนี้จะสะท้อนถึงความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อสภาวะสุขภาพตนเอง แต่ไม่ได้นำไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และแบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item objective congruence, IOC) มีค่า IOC 0.67-1 ซึ่งแสดงว่าคำถามทั้งหมดมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่น จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคข้อคำถาม พบว่า แบบประเมินความเครียด แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แบบประเมินสุขนิสัยการนอนหลับ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.884, 0.947, 0.738, 0.752 และ 0.861 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.7 แสดงว่าแบบสอบถามข้างต้นมีความเชื่อมั่น

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนวรรณกรรม จัดทำโครงร่างการวิจัย
2. เก็บรวบรวมข้อมูล ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ขั้นตอนเตรียมการเก็บข้อมูล

2.1.1 ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยการขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม

2.1.2 เมื่อผ่านการรับรองก็ดำเนินการตามขั้นตอนเก็บข้อมูล ส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2.1.3 อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูล

2.1.4 ประสานงานกับคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยและมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลซึ่งผ่านการฝึกอบรมจากผู้วิจัย เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องได้ตามมาตรฐานทำการเก็บข้อมูล

2.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.2.1 ในการศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ โดยสุ่มจากผู้ป่วยที่มาคลินิกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงแบบสอบถามและวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลและแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง พร้อมรวบรวมแบบสอบถามคืน

2.2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามให้ครบตามจำนวน

2.2.4 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ สรุปและอภิปราย ผลการศึกษา จัดทำรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า, ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนที่ 1 คำนวณคะแนนอรรถประโยชน์เป็นคะแนนจากโปรแกรม Excel ช่วยคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ และส่วนที่ 2 คะแนน EQ-5D-5L VAS โดยใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ มัชฌิม ค่าพิสัย และค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 Binary Logistic Regression ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.2 Multiple Linear Regression ใช้เพื่อหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เลขที่ COE 65.0428-075 วันที่รับรอง 28 เมษายน 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ ดังภาคผนวก ญ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยโน้มนำ 2) ปัจจัยกระตุ้น และ 3) ปัจจัยคงอยู่ ผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยต่างๆของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยต่างๆของผู้ตอบแบบสอบถาม

ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่

ส่วนที่ 1.1 ปัจจัยโน้มนำ

จากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 279 ฉบับ โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามในส่วนของปัจจัยโน้มนำ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.8 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 50.33 ± 15.92 ปี ร้อยละ 57.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.3 มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 34.8 มีอาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง และมีมาตรฐานเวลาในการทำงาน 8.00 ชั่วโมง/วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยโน้มนำของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยโน้มนำ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	153	54.8
- หญิง	126	45.2
อายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 30	32	11.5
- 30-39	50	17.9
- 40-49	56	20.1
- 50-59	49	17.6
- 60-69	58	20.8
- 70 ขึ้นไป	34	12.2
อายุเฉลี่ย (ปี) mean±SD	50.33±15.92	
สถานภาพ		
- โสด	77	27.6
- สมรส	161	57.7
- หย่าร้าง	19	6.8
- หม้าย	22	7.9

ข้อมูลปัจจัยนำเข้า	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	5	1.8
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	10	3.6
- มัธยมศึกษาตอนต้น	27	9.7
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	30	10.8
- อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	45	16.1
- ปริญญาตรี	143	51.3
- สูงกว่าปริญญาตรี	19	6.8
อาชีพ		
- ลูกจ้าง / รับจ้าง	97	34.8
- ค้าขาย	54	19.4
- แม่บ้าน / พ่อบ้าน / เกษียณ	46	16.5
- รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	22	7.9
- ผู้ประกอบการ	19	6.8
- อื่น ๆ	41	14.6
เวลาในการทำงาน (ชั่วโมง/วัน)		
- ไม่ทำงาน	37	13.3
- ระบุเวลาแน่นอนไม่ได้	81	29.0
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8	46	16.5
- มากกว่า 8	115	41.2
มัธยฐานเวลาในการทำงาน (พิสัยของควอไทล์), (min-max)	8.00 (9.00), (0-15)	

ส่วนที่ 1.2 ปัจจัยกระตุ้น

1.2.1 ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย

จากปัจจัยกระตุ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.1 ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 93.9 ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ และร้อยละ 92.5 ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความเจ็บป่วยด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	150	53.8
- มี (ระบุได้มากกว่า 1 โรค)	129	46.2
ความดันโลหิตสูง	44	15.77
ไขมันในเลือดสูง	39	13.98
เบาหวาน	37	13.26
มะเร็ง	25	8.96
เก๊าต์	10	3.58
ภูมิแพ้	10	3.58
ต่อมลูกหมากโต	9	3.23
พาร์กินสัน	7	2.51
หอบหืด	3	1.08
โลหิตจาง	4	1.43
ไมเกรน	4	1.43
กระดูกพรุน	4	1.43
อื่น ๆ	8	2.87
จำนวนโรค		
- ไม่มี	150	53.80
- มี 1 โรค	78	27.96
- มี 2 โรค	34	12.19
- มีมากกว่า 2 โรค	17	6.09
ยาที่ใช้เป็นประจำ		
- ไม่มี	165	59.1
- มี	114	40.9
ยาที่มีฤทธิ์ทำให้วังและเสริมการนอนหลับ		
- ไม่ได้รับ	262	93.9
- ได้รับ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	17	6.1

ข้อมูลปัจจัยกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
ยากลุ่ม benzodiazepines	10	3.6
ยาระงับปวด	3	1.1
ยาแก้แพ้	3	1.1
ยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ		
- ไม่ได้รับ	258	92.5
- ได้รับ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)	21	7.5
ยากลุ่ม β -blocker	13	4.7
ยารักษาโรคพาร์กินสัน	5	1.8
ยากลุ่ม SSRIs/ SARIs	3	1.1

2.1.2 การใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย พบว่า วิธีการบริหารยา จำนวนหยดโดยเฉลี่ย 6.08 ± 3.14 หยด/วัน และระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชาเฉลี่ย 461.09 ± 248.66 วัน (ประมาณ 1 ปี 3 เดือน) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการบริหารยา (หยด/วัน)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	154	55.2
- 6-10	108	38.7
- มากกว่าหรือเท่ากับ 11	17	6.1
วิธีการบริหารยาจำนวนหยดโดยเฉลี่ย	6.08 ± 3.14	
ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชา (วัน)		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 365	108	38.7
- 366-730	135	48.4
- มากกว่าหรือเท่ากับ 731	36	12.9
ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชาเฉลี่ย	461.09 ± 248.66	

2.1.3 ความเครียด

ส่วนปัจจัยกระตุ้น ด้านความเครียดในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 31.2 มีความเครียดเล็กน้อยที่กลัวการทำงานผิดพลาด ร้อยละ 34.8 มีความเครียดเล็กน้อยในการไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ร้อยละ 43.0 มีความเครียดปานกลางกับครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน ร้อยละ 38.4 มีความเครียดเล็กน้อยกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน ร้อยละ 32.6 มีความเครียดเล็กน้อยในความรู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ ร้อยละ 43.4 มีความเครียดปานกลางกับเงินไม่พอใช้จ่าย ร้อยละ 35.5 มีความเครียดปานกลางกับกลิ่นเนื้อตึงหรือปวด ร้อยละ 28.3 มีความเครียดมากกับอาการปวดหัวจากความตึงเครียด ร้อยละ 31.5 มีความเครียดปานกลางที่รู้สึกปวดหลัง ร้อยละ 38.7 มีความเครียดเล็กน้อยในความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 39.8 มีความเครียดเล็กน้อยที่ปวดศีรษะข้างเดียว ร้อยละ 36.9 มีความเครียดเล็กน้อยที่รู้สึกวิตกกังวล ร้อยละ 47.0 มีความเครียดเล็กน้อยที่รู้สึกคับข้องใจ ร้อยละ 39.4 มีความเครียดเล็กน้อยที่รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด ร้อยละ 62.0 ไม่รู้สึกเครียดว่ารู้สึกเศร้า ร้อยละ 44.8 ไม่รู้สึกเครียดว่าความจำไม่ดี ร้อยละ 61.6 ไม่รู้สึกเครียดว่ารู้สึกสับสน ร้อยละ 50.5 ไม่รู้สึกเครียดว่าตั้งสมาธิลำบาก ร้อยละ 47.3 ไม่รู้สึกเครียดว่ารู้สึกเหนื่อยง่าย และร้อยละ 51.6 ไม่รู้สึกเครียดว่าเป็นหวัดบ่อย ๆ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด	จำนวนของระดับความเครียด (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่รู้สึกเครียด	เครียดเล็กน้อย	เครียดปานกลาง	เครียดมาก	เครียดมากที่สุด	
1. ปวดหลัง	17 (6.1)	48 (17.2)	88 (31.5)	74 (26.5)	52 (18.6)	3.34±1.15
2. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	8 (2.9)	66 (23.7)	99 (35.5)	73 (26.2)	33 (11.8)	3.20±1.02
3. ปวดหัวจากความตึงเครียด	24 (8.6)	77 (27.6)	74 (26.5)	79 (28.3)	25 (9.0)	3.01±1.13
4. เงินไม่พอใช้จ่าย	31 (11.1)	76 (27.2)	121 (43.4)	38 (13.6)	13 (4.7)	2.73±0.99

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ความเครียด	จำนวนของระดับความเครียด (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่รู้สึก เครียด	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปาน กลาง	เครียด มาก	เครียดมาก ที่สุด	
5. ครอบครัวมีความ ขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน	39 (14.0)	94 (33.7)	120 (43.0)	21 (7.5)	5 (1.8)	2.49±0.89
6. ปวดศีรษะข้างเดียว	48 (17.2)	111 (39.8)	71 (25.4)	39 (14.0)	10 (3.6)	2.47±1.04
7. รู้สึกวิตกกังวล	55 (19.7)	103 (36.9)	87 (31.2)	31 (11.1)	3 (1.1)	2.37±0.96
8. ความอยากอาหาร เปลี่ยนแปลง	64 (22.9)	108 (38.7)	73 (26.2)	25 (9.0)	9 (3.2)	2.31±1.02
9. กลัวทำงานผิดพลาด	83 (29.7)	87 (31.2)	81 (29.0)	15 (5.4)	13 (4.7)	2.24±1.08
10. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือ เปรียบเทียบ	87 (31.2)	91 (32.6)	64 (22.9)	33 (11.8)	4 (1.4)	2.20±1.05
11. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วาง ไว้	75 (26.9)	97 (34.8)	92 (33.0)	12 (4.3)	3 (1.1)	2.18±0.92
12. เป็นกังวลกับเรื่อง สารพิษหรือมลภาวะใน อากาศน้ำเสียงและดิน	89 (31.9)	107 (38.4)	66 (23.7)	17 (6.1)	0	2.04±0.89
13. รู้สึกคับข้องใจ	82 (29.4)	131 (47.0)	53 (19.0)	13 (4.7)	0	1.99±0.82
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	94 (33.7)	110 (39.4)	59 (21.1)	15 (5.4)	1 (0.4)	1.99±0.89
15. ความจำไม่ดี	125 (44.8)	92 (33.0)	48 (17.2)	9 (3.2)	5 (1.8)	1.84±0.94
16. ตั้งสมาธิลำบาก	141 (50.5)	86 (30.8)	43 (15.4)	5 (1.8)	4 (1.4)	1.73±0.88

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ความเครียด	จำนวนของระดับความเครียด (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่รู้สึก เครียด	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปาน กลาง	เครียด มาก	เครียดมาก ที่สุด	
17. รู้สึกเหนื่อยง่าย	132 (47.3)	86 (30.8)	51 (18.3)	9 (3.2)	1 (0.4)	1.78±0.88
18. เป็นหวัดบ่อย ๆ	144 (51.6)	96 (34.4)	35 (12.5)	4 (1.4)	0	1.64±0.76
19. รู้สึกสับสน	172 (61.6)	81 (29.0)	18 (6.5)	5 (1.8)	3 (1.1)	1.52±0.78
20. รู้สึกเศร้า	173 (62.0)	82 (29.4)	22 (7.9)	2 (0.7)	0	1.47±0.67

ความเครียดในภาพรวม

จากการประเมินความเครียดของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น จำแนกในระดับความเครียด ภาพรวม พบว่า ร้อยละ 33.7 มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 65.9 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.4 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับความเครียดในภาพรวมของของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนน 0-23)	94	33.7
ระดับปานกลาง (คะแนน 24-41)	184	65.9
ระดับสูง (คะแนน 42-62)	1	0.4
ระดับรุนแรง (คะแนนมากกว่า 63)	0	0
ระดับความเครียดเฉลี่ย	25.76±6.44	

2.1.4 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

จากปัจจัยกระตุ้น ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 34.8 มีการรบกวนของเสียงน้อย ร้อยละ 31.9 มีการรบกวนของแสงสว่างน้อย ร้อยละ 44.8 ไม่มีการรบกวนของอุณหภูมิ เช่น ร้อนเกินไป หนาวเกินไป ร้อยละ 52.7 ไม่มีการรบกวนลักษณะที่นอน เช่น ที่นอนแข็งเกินไป นิ่มเกินไป และร้อยละ 44.0 ไม่มีการรบกวนผู้ที่นอนร่วมห้อง เช่น นอนกรน พลิกตะแคงตัว นอนละเมอ นอนกัดฟัน นอนตื่น จากนั้นนำเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยมาประเมินผลระดับการรบกวน พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในภาพรวม มีการรบกวนในระดับน้อย ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.95 ± 0.95 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละระดับการรบกวนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	จำนวนระดับการรบกวน (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
1. เสียง	77 (27.6)	97 (34.8)	53 (19.0)	30 (10.8)	22 (7.9)	2.37±1.21
2. แสงสว่าง	89 (31.9)	89 (31.9)	48 (17.2)	32 (11.5)	21 (7.5)	2.31±1.24
3. อุณหภูมิ เช่น ร้อนเกินไป หนาวเกินไป	125 (44.8)	80 (28.7)	41 (14.7)	14 (5.0)	19 (6.8)	2.00±1.19
4. ลักษณะที่นอน เช่น ที่นอน แข็งเกินไป นิ่มเกินไป	147 (52.7)	79 (28.3)	36 (12.9)	12 (4.3)	5 (1.8)	1.74±0.96
5. ผู้ที่นอนร่วมห้อง เช่น นอน กรน พลิกตะแคงตัว นอน ละเมอ นอนกัดฟัน นอนตื่น	206 (44.0)	73.8 (15.8)	17 (6.1)	6 (2.2)	6 (2.2)	1.43±0.87
การรบกวนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในภาพรวม						1.95±0.95

ส่วนที่ 1.3 ปัจจัยคงอยู่

สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ

จากปัจจัยคงอยู่ ด้านสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 40.9 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.2 ดื่มชากาแฟพอประมาณ ร้อยละ 72.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 34.1 นาน ๆ ครั้งไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 43.0 นาน ๆ ครั้งที่เข้านอนและตื่นนอนไม่เป็นเวลา ร้อยละ 45.2 บ่อยครั้งที่ทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ เล่นโทรศัพท์ อ่านหนังสือ ร้อยละ 31.5 ไม่หลับตอนกลางวัน ร้อยละ 70.6 ไม่ใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 45.2 นาน ๆ ครั้งที่ได้รับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนนอนน้อยกว่า 2-3 ชั่วโมง และร้อยละ 39.8 ดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอนนาน ๆ ครั้ง จากนั้นนำเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยมาประเมินผล ระดับการปฏิบัติ พบว่า สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 2.29 ± 0.52 ซึ่งมีการปฏิบัติสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับนาน ๆ ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ระดับการปฏิบัติสุขนิสัยที่เกี่ยวกับการนอนหลับ

สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	จำนวนระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่	นาน ๆ ครั้ง	พอประมาณ	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ	
1. การเข้านอนและตื่นนอนไม่เป็นเวลา	15 (5.4)	120 (43.0)	88 (31.5)	40 (14.3)	16 (5.7)	2.72 ± 0.97
2. ดื่มชากาแฟ	63 (22.6)	59 (21.1)	87 (31.2)	42 (15.1)	28 (10.0)	2.69 ± 1.26
3. ไม่ออกกำลังกาย	39 (14.0)	95 (34.1)	80 (28.7)	46 (16.5)	19 (6.8)	2.68 ± 1.11
4. ทำกิจกรรมบนเตียง ได้แก่ เล่นโทรศัพท์ อ่านหนังสือ	34 (12.2)	126 (45.2)	74 (26.5)	35 (12.5)	10 (3.6)	2.50 ± 0.98
5. ดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอน	48 (17.2)	111 (39.8)	85 (30.5)	25 (9.0)	10 (3.6)	2.42 ± 0.99
6. การรับประทานอาหารมื้อเย็นก่อนนอนน้อยกว่า 2-3 ชม.	49 (17.6)	126 (45.2)	81 (29.0)	22 (7.9)	1 (0.4)	2.28 ± 0.86
7. หลับตอนกลางวัน	88 (31.5)	85 (30.5)	68 (24.4)	31 (11.1)	7 (2.5)	2.23 ± 1.09

สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอน หลับ	จำนวนระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)					เฉลี่ย
	ไม่	นาน ๆ ครั้ง	พอ ประมาณ	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ	
8. ดื่มแอลกอฮอล์	114 (40.9)	58 (20.8)	61 (21.9)	30 (10.8)	16 (5.7)	2.20±1.24
9. สูบบุหรี่	202 (72.4)	18 (6.5)	16 (5.7)	10 (3.6)	33 (11.8)	1.76±1.39
10. การใช้นอนหลับ	197 (70.6)	52 (18.6)	19 (6.8)	4 (1.4)	7 (2.5)	1.47±0.88
สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับเฉลี่ย						2.29±0.52



ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับเมื่อจำแนกโดยคุณภาพการนอนหลับตามช่วงคะแนน พบว่า ร้อยละ 53.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และร้อยละ 47.0 มีคุณภาพการนอนหลับดี ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยคุณภาพการนอนหลับตามช่วงคะแนน

ช่วงคะแนน	คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
> 5	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	148	53.0
≤ 5	คุณภาพการนอนหลับดี	131	47.0

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาจำแนกตามคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่า ร้อยละ 74.6 มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยค่อนข้างดี ร้อยละ 48.7 มีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ คะแนนรวมเท่ากับ 1-2 ซึ่งประเมินจากระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป และปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากปัญหาการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที ร้อยละ 44.8 มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน 6-7 ชม. ร้อยละ 65.9 มีประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่า 85 % ร้อยละ 67.0 มีการรบกวนการนอนหลับ คะแนนรวมเท่ากับ 1-9 ซึ่งประเมินจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NERM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ร้อยละ 76.3 ไม่เคยใช้ยานอนหลับเลย และ ร้อยละ 53.0 มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน คะแนนรวมเท่ากับ 0 ซึ่งประเมินจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอน หรือเพลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
- ดีมาก	33	11.8

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ค่อนข้างดี	208	74.6
- ค่อนข้างแย่	37	13.3
- แย่มาก	1	0.4
องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ		
- คะแนนรวมเท่ากับ 0	35	12.5
- คะแนนรวมเท่ากับ 1-2	136	48.7
- คะแนนรวมเท่ากับ 3-4	101	36.2
- คะแนนรวมเท่ากับ 5-6	7	2.5
องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน		
- มากกว่า 7 ชม.	104	37.3
- 6-7 ชม.	125	44.8
- 5-6 ชม.	37	13.3
- น้อยกว่า 5 ชม.	13	4.7
องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย		
- มากกว่า 85 %	184	65.9
- 75 - 84 %	62	22.2
- 65 - 74 %	24	8.6
- น้อยกว่า 65 %	9	3.2
องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ		
- คะแนนรวมเท่ากับ 0	2	0.7
- คะแนนรวมเท่ากับ 1-9	187	67.0
- คะแนนรวมเท่ากับ 10-18	89	31.9
- คะแนนรวมเท่ากับ 19-27	1	0.4
องค์ประกอบที่ 6 การใช้อานอนหลับ		
- ไม่เคยใช้เลย	213	76.3
- น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	41	14.7
- 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	14	5.0
- 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	11	3.9
องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน		

องค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- คะแนนรวมเท่ากับ 0	148	53.0
- คะแนนรวมเท่ากับ 1-2	90	32.3
- คะแนนรวมเท่ากับ 3-4	36	12.9
- คะแนนรวมเท่ากับ 5-6	5	1.8

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

จากการศึกษาส่วนที่ 1 มิติทางสุขภาพ 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 81.7 ไม่มีปัญหาในการเดิน ด้านการดูแลตนเอง ร้อยละ 94.6 ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 64.5 สุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ร้อยละ 49.8 ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว และด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ร้อยละ 78.9 ไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	จำนวน	ร้อยละ
1. การเคลื่อนไหว		
- ไม่มีปัญหาในการเดิน	228	81.7
- มีปัญหาในการเดินเล็กน้อย	37	13.3
- มีปัญหาในการเดินปานกลาง	6	2.2
- มีปัญหาในการเดินอย่างมาก	5	1.8
- เดินไม่ได้	3	1.1
2. การดูแลตนเอง		
- ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง	264	94.6
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย	7	2.5

คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	จำนวน	ร้อยละ
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง	2	0.7
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก	2	0.7
- อาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้	4	1.4
3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ		
- สุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	180	64.5
- สุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	73	26.2
- สุขภาพมีผลปานกลางต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	11	3.9
- สุขภาพมีผลอย่างมากต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	9	3.2
- สุขภาพมีผลทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้	6	2.2
4. ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว		
- ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว	139	49.8
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย	76	27.2
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง	42	15.1
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก	18	6.5
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด	4	1.4
5. ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า		
- ไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า	220	78.9
- รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย	42	15.1
- รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	14	5.0

คุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	จำนวน	ร้อยละ
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก	3	1.1
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด	0	0.0

จากนั้นนำคะแนนดังกล่าวข้างต้นมาประเมินค่าโดยเลขคำตอบที่ได้ ในส่วนนี้จะนำไปคำนวณค่าอรรถประโยชน์ ที่เป็นค่าแสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง ในการแปลงสถานะสุขภาพให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ คำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจะได้ค่าคะแนนอรรถประโยชน์ตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิตส่วนค่าอรรถประโยชน์ที่ติดลบหมายถึงสภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.9417 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 คะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

สถิติ	คะแนนอรรถประโยชน์
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	
- เปอร์เซ็นไทล์ 25	0.8753
- เปอร์เซ็นไทล์ 50	0.9417
- เปอร์เซ็นไทล์ 75	1.0000
มัธยฐาน	0.9417
ค่าน้อยที่สุด - ค่ามากที่สุด	(-0.2216) - 1.0000
ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.8879 \pm 0.18

จากการศึกษาส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง (visual analogue scale) ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะเป็นเส้นคล้ายไม้บรรทัด โดยมีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน EQ-5D-5L VAS เฉลี่ย 75.66 ± 9.39 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ช่วงคะแนน EQ-5D-5L VAS ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

สถิติ	คะแนน EQ-5D-5L VAS
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	
- เปอร์เซ็นไทล์ 25	70
- เปอร์เซ็นไทล์ 50	75
- เปอร์เซ็นไทล์ 75	81
มัธยฐาน	75.66
ค่าน้อยที่สุด - ค่ามากที่สุด	25 - 96
ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	75.66 \pm 9.39

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆและคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่า ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.05 คือ

ระดับการศึกษา ($=0.007$) กลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดีกว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 1.931 เท่า

อาชีพ ($= 0.002$) กลุ่มตัวอย่างอาชีพค้าขายมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดีกว่ารับราชการ / รัฐวิสาหกิจ 7.4 เท่า

เวลาในการทำงาน ($= 0.005$) กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานมากกว่า 8 ชม. และระบุเวลาแน่นอนไม่ได้มีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดีกว่าไม่ทำงาน 1.899 เท่า และ 2.010 เท่าตามลำดับ

โรคประจำตัว (<0.001) กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดีกว่าไม่มีโรคประจำตัว 2.508 เท่า

ยาที่ใช้เป็นประจำ ($= 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มียาที่ใช้เป็นประจำมีโอกาสคุณภาพ

การนอนหลับไม่เต็มมากกว่าไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ 2.275 เท่า

ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ($= 0.004$) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่เต็มมากกว่าไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ 11.471 เท่า

ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชา ($= 0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปีมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่เต็มกว่าระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี 3.640 เท่า

ความเครียด ($= 0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดปานกลาง - สูงมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่เต็มกว่ามีความเครียดเล็กน้อย 2.161 เท่า

และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (<0.001) กลุ่มตัวอย่างที่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพรบกวนมากที่สุดมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่เต็มกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่รบกวน 7.231 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยต่างๆ	คุณภาพการนอนหลับไม่ดี		คุณภาพการนอนหลับดี		P ¹	OR ²	95% CI ²
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ			
ปัจจัยโน้มนำ							
เพศ					0.969		
ชาย	81	52.9	72	47.1			
หญิง	67	53.2	59	46.8			
อายุ (ปี)					0.637		
น้อยกว่า 30	18	56.3	14	43.8			
30-39	26	52.0	24	48.0			
40-49	26	46.4	30	53.6			
50-59	31	63.3	18	36.7			
60-69	29	50.0	29	50.0			
70 ขึ้นไป	18	52.9	16	47.1			
สถานภาพ					0.245		
โสด	46	59.7	31	40.3			

ปัจจัยต่างๆ	คุณภาพการนอนหลับไม่		คุณภาพการนอนหลับ		P ¹	OR ²	95% CI ²
	ดี		ดี				
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ			
สมรส	84	52.2	77	47.8			
หย่าร้าง/หม้าย	18	43.9	23	56.1			
ระดับการศึกษา					0.007*		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	51	43.6	66	56.4		กลุ่มอ้างอิง	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	97	59.9	65	40.1		1.93	1.19-3.12
อาชีพ					0.002*		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	22.7	17	77.3		กลุ่มอ้างอิง	
ลูกจ้าง/รับจ้าง	56	57.7	41	42.3		4.64	1.58-13.61
ผู้ประกอบการ	11	57.9	8	42.1		4.67	1.21-18.04
ค้าขาย	37	68.5	17	31.5		7.40	2.34-23.38
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	24	52.2	22	47.8		3.70	1.17-11.74
อื่น ๆ	15	36.6	26	63.4		1.96	0.60-6.39
เวลาในการทำงาน					0.005*		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง	15	32.6	31	67.4		กลุ่มอ้างอิง	
ไม่ทำงาน	16	43.2	21	56.8		1.57	0.64-3.58
ระบุเวลาแน่นอนไม่ได้	49	60.5	32	39.5		3.16	1.47-6.77
มากกว่า 8 ชั่วโมง	68	59.1	47	40.9		2.99	1.45-6.14
ปัจจัยกระตุ้น							
โรคประจำตัว					<0.001*		
ไม่มี	64	42.7	86	57.3		กลุ่มอ้างอิง	
มี	84	65.1	45	34.9		2.50	1.54-4.07
ยาที่ใช้เป็นประจำ					0.001*		
ไม่มี	74	44.8	91	55.2		กลุ่มอ้างอิง	
มี	74	64.9	40	35.1		2.27	1.39-3.72
การใช้น้ำมันกัญชา							
วิธีการบริหารยา (หยด/วัน)					0.153		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	74	48.1	80	51.9			
6-10	65	60.2	43	39.8			
มากกว่าหรือเท่ากับ 11	9	52.9	8	47.1			

ปัจจัยต่างๆ	คุณภาพการนอนหลับไม่		คุณภาพการนอนหลับ		P ¹	OR ²	95% CI ²
	ดี		ดี				
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ			
ระยะเวลาในการใช้น้ำมัน กัญชา (วัน)					0.003*		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 365	45	41.7	63	58.3		กลุ่มอ้างอิง	
366-730	77	57.0	58	43.0		1.859	1.11-3.10
มากกว่าหรือเท่ากับ 731	26	72.2	10	27.8		3.640	1.59-8.29
ความเครียด					0.003*		
มีความเครียดน้อย	38	40.4	56	59.6		กลุ่มอ้างอิง	
มีความเครียดปานกลาง – สูง	110	59.5	75	40.5		2.161	1.30-3.58
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ					<0.001*		
ไม่รบกวน	65	40.9	94	59.1		กลุ่มอ้างอิง	
รบกวนน้อย-มาก	78	68.4	36	31.6		3.133	1.89-5.19
รบกวนมากที่สุด	5	83.3	1	16.7		7.231	0.82-63.34
ปัจจัยคงอยู่							
สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ					0.111		
ไม่ปฏิบัติเลย	24	39.3	37	60.7			
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	90	57.3	67	42.7			
ปฏิบัติพอประมาณ	28	54.9	23	45.1			
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	6	60.0	4	40.0			

1: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square; 2: แสดง OR (95%CI) เฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P<0.05

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

จากผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) กับคะแนนอรรถประโยชน์ มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression analysis แบบ stepwise โดยมีค่าคะแนน อรรถประโยชน์เป็นตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอน

ไม่หลัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คือ ดังแสดงในตารางที่ 14

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกรบกวนด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.079 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ถูกรบกวนด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.062 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.079 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.053 หน่วย ($p\text{-value} = 0.002$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างที่มียาที่ใช้เป็นประจำ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.021 หน่วย ($p\text{-value} = 0.016$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่า จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้น 0.020 หน่วย ($p\text{-value} = 0.011$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.018 หน่วย ($p\text{-value} = 0.031$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความเครียดเล็กน้อย

ซึ่งจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถร่วมกันทำนายคะแนนอรรถประโยชน์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = 0.524$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลรบกวน อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ มียาที่ใช้เป็นประจำ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี/สูงกว่า และมีความเครียดปานกลางถึงสูง ตามลำดับ

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b, beta) ผลการทดสอบค่า t และ p-value ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนอรรถประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
	b	beta		
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลรบกวน	-0.079	-0.468	-9.335	<0.001**
(สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่มีผลรบกวน เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	-0.062	-0.295	-6.168	<0.001**
(อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้วังและเสริมการนอนหลับ	-0.079	-0.163	-3.591	<0.001**
(การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้วังและเสริมการนอนหลับ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ	-0.053	-0.144	-3.056	0.002**
(การไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มียาที่ใช้เป็นประจำ	-0.021	-0.124	-2.437	0.016*
(ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี/สูงกว่า	0.020	0.118	2.573	0.011*
(ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มีความเครียดปานกลางถึงสูง	-0.018	-0.100	-2.163	0.031*
(มีความเครียดเล็กน้อย เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ค่าคงที่	0.985		115.203	<0.001
$R^2 = 0.524$, $SEE = 0.009$, $F = 39.627$, $Sig\ of\ F < 0.001$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$				

จากผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) กับคะแนน EQ-5D-5L VAS มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression analysis แบบ stepwise โดยมีค่าคะแนน EQ-5D-5L VAS เป็นตัวแปรตาม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คือ ดังแสดงในตารางที่ 15

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง จะมีผลทำให้คะแนน EQ-5D-5L VAS ลดลง 5.136 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความเครียดเล็กน้อย

การมีโรคประจำตัว จะมีผลทำให้คะแนน EQ-5D-5L VAS ลดลง 2.823 หน่วย (p-value = 0.004) เมื่อเทียบกับการไม่มีโรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ จะมีผลทำให้คะแนน EQ-5D-5L VAS ลดลง 4.646 หน่วย (p-value < 0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ อื่น ๆ จะมีผลทำให้คะแนน EQ-5D-5L VAS ลดลง 3.337 หน่วย (p-value = 0.015) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ซึ่งจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถร่วมกันทำนายคะแนน EQ-5D-5L VAS ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ได้ร้อยละ 17.1 ($R^2 = 0.171$) และ เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดคือ อาชีพ อื่น ๆ ระดับความเครียดปานกลางถึงสูง อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ และการมีโรคประจำตัว ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b , beta) ผลการทดสอบค่า t และ p-value ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนน EQ-5D-5L VAS ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
	b	beta		
อาชีพ อื่น ๆ	-3.337	-2.454	-2.454	0.015*
(อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ระดับความเครียดปานกลางถึงสูง	-5.136	-0.292	-5.199	<0.001**
(ระดับความเครียดเล็กน้อย เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	-4.646	-0.220	-3.629	<0.001**
(อาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
การมีโรคประจำตัว	-2.823	-0.170	-2.877	0.004**
(การไม่มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ค่าคงที่	82.078		85.442	<0.001
$R^2 = 0.171$, SEE = 0.961, F = 13.940, Sig of F <0.001, *p<0.05, ** p<0.01				

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย 279 คนที่ใช้กัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยฯ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การศึกษาวัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย ปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความเครียดที่วัดด้วยแบบประเมินความเครียดสวนปรง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 มิถุนายน 2565 ถึง 11 กันยายน 2565

สรุปผลการวิจัย

ตัวอย่างร้อยละ 53.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 47.0 มีคุณภาพการนอนหลับดี ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คือ ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($OR=1.93$, $95\%CI=1.19-3.12$ เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี) อาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง ผู้ประกอบการ ค้าขาย และแม่บ้าน/พ่อบ้าน/ผู้เกษียณจากงาน ($OR=4.64$, $95\%CI=1.58-13.61$; $OR=4.67$, $95\%CI=1.21-18.04$; $OR=7.40$, $95\%CI=2.34-23.38$; $OR=3.70$, $95\%CI=1.17-11.74$ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับข้าราชการ/ผู้ที่ทำงานในรัฐวิสาหกิจ) ผู้ที่ระบุเวลาทำงานแน่นอนไม่ได้และผู้ที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน ($OR=3.16$, $95\%CI=1.47-6.77$; $OR=2.99$, $95\%CI=1.45-6.14$ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน) ผู้ที่มีโรคประจำตัว ($OR=2.50$, $95\%CI=1.54-4.07$) ผู้ที่มียาอื่นที่ใช้ประจำ ($OR=2.27$, $95\%CI=1.39-3.72$) ผู้ที่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้วังงและเสริมการนอนหลับ ($OR=11.47$, $95\%CI=1.47-89.47$) ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชานาน 366-730 วันและมากกว่าหรือเท่ากับ 731 วัน ($OR=1.85$, $95\%CI=1.14-3.10$; $OR=3.64$, $95\%CI=1.59-8.29$ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้น้ำมันกัญชาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 365 วัน) ผู้ที่มีความเครียดปานกลางและสูง ($OR=2.16$, $95\%CI=1.30-3.58$ เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความเครียดเล็กน้อย) และผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวนน้อยถึงมาก ($OR=3.13$, $95\%CI=1.88-5.19$ เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ถูกรบกวน)

มัชฐานคะแนนอรรถประโยชน์และคะแนน EQ-5D-5L VAS ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้กัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 0.9417 และ 75.66 ตามลำดับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (อรรถประโยชน์) ของผู้ป่วยที่

ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับสามารถร่วมกันทำนายคะแนนออรรถประโยชน์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = 0.524$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลลบ อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง และเสริมการนอนหลับ การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ มียาที่ใช้เป็นประจำ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี/สูงกว่า และมีความเครียดปานกลางถึงสูง ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับคะแนน EQ-5D-5L VAS ของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับสามารถร่วมกันทำนายคะแนน EQ-5D-5L VAS ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ร้อยละ 17.1 ($R^2 = 0.171$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดคือ อาชีพ อื่น ๆ ระดับความเครียดปานกลางถึงสูง อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ และการมีโรคประจำตัว ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ผลการศึกษาคูณภาพการนอนหลับตามช่วงคะแนน พบว่า ร้อยละ 53.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการใช้น้ำมันกัญชาเพื่อช่วยเรื่องการนอนไม่หลับแต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ยังคงมีปัญหาคุณภาพการนอนหลับอยู่ ซึ่งพบทั้งผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานานตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และระยะเวลาในการนอนไม่ต่อเนื่องทำให้รบกวนการนอนหลับได้ โดยการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาภค ศิลารักษ์ [54] ที่พบว่า น้ำมันกัญชาสูตร อาจารย์เดชา ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ดีร้อยละ 81.50 อาจเป็นเพราะ การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน มีระยะเวลาการใช้ยาประมาณ 3 เดือน และวิธีการบริหารยาคงที่ คือ รับประทานครั้งละ 3 หยด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนซึ่งต่างจากการศึกษานี้ในเรื่องรูปแบบการศึกษา จำนวนหยดต่อวัน และระยะเวลาที่ใช้น้ำมันกัญชา

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย พบว่า ร้อยละ 48.7 มีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ คะแนนรวมเท่ากับ 1-2 ซึ่งประเมินจากระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป และปัญหาเกี่ยวกับการนอนเนื่องจากปัญหาการนอนไม่

หลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของโชติมันต์ ชินวรารักษ์ และคณะ [55] ที่พบว่า ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52 จำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ใช้จากเริ่มเข้านอนจนหลับเฉลี่ย 28.35 นาที และประสิทธิภาพการนอนหลับเฉลี่ยร้อยละ 84.40 ซึ่งจะเห็นได้จากระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนพบว่า ร้อยละ 44.8 มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน 6-7 ชม.

ในส่วนคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย การรบกวนการนอนหลับ การเข้านอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน พบว่า ร้อยละ 74.6 มีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยค่อนข้างดี ซึ่งเมื่อพิจารณาการรบกวนการนอนหลับพบว่า ร้อยละ 67.0 มีการรบกวนการนอนหลับ คะแนนรวมเท่ากับ 1-9 อาจเป็นเพราะการรบกวนการนอนหลับที่เกิดบ่อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ความรู้สึกปวดและเหตุผลอื่น (มีอาการรบกวนงีบหลับในตอนกลางวันและเพลียไม่สดชื่นในเวลากลางวัน) ตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ และรู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางคืนหรือตื่นก่อนเวลาที่ตั้งใจไว้ ซึ่งขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เบี่ยงเบนปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ส่งผลให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมนยามณีรัตน์และคณะ [56] ที่พบว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด และอายุที่มากขึ้น ในผู้สูงอายุจะมีการนอนหลับการเปลี่ยนแปลงชัดเจน อาจจะทำให้หลับได้ยาก หลับลึกน้อยลง มีการตื่นขึ้นง่าย และตื่นเช้ากว่าปกติ จะหลับไม่ได้รวดเดียวถึงเช้า เหมือนกับวัยหนุ่มสาว ทำให้ต้องนอนกลางวันเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมักจะตื่นเวลากลางคืน เพื่อมาถ่ายปัสสาวะทำให้รบกวนการนอนหลับ และด้านการเข้านอนหลับ พบว่า ร้อยละ 76.3 ไม่เคยเข้านอนหลับเลย อาจเป็นเพราะสารสำคัญ THC ในช่อดอกกัญชาของน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา มีผลทางเภสัชวิทยาช่วยให้นอนหลับ ผ่อนคลาย และระงับประสาท อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาอื่น ๆ ช่วยในการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญาภักดิ์ ศีลารักษ์ [54] ที่พบว่า ด้านคุณภาพการนอนหลับ จะมีภาวะการนอนไม่หลับดีขึ้นหลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชา ติดต่อกัน 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 81.50 มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชาลดลง จาก $14.07+1.87$ คะแนน เป็น $7.35+1.90$ คะแนนตามลำดับ โดย 3 องค์ประกอบที่มีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุด ได้แก่ 1) องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 2) องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ และ 3) องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิต ส่วนที่ 1 มิติทางสุขภาพ 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีปัญหาในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 81.7 ไม่มีปัญหาในการเดิน ด้านการดูแลตนเอง ร้อยละ 94.6 ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ร้อยละ 64.5 สุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว ร้อยละ 49.8 ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว และด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ร้อยละ 78.9 ไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ซึ่งเมื่อนำมาคิดคะแนนอรรถประโยชน์ พบว่า ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เปอร์เซ็นไทล์ 25 คะแนนอรรถประโยชน์ 0.8753 เปอร์เซ็นไทล์ 50 คะแนนอรรถประโยชน์ 0.9417 และเปอร์เซ็นไทล์ 75 คะแนนอรรถประโยชน์ 1.0000 และมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 0.9417 และคะแนน EQ-5D-5L VAS ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เปอร์เซ็นไทล์ 25 คะแนน EQ-5D-5L VAS 70 เปอร์เซ็นไทล์ 50 คะแนน EQ-5D-5L VAS 75 และเปอร์เซ็นไทล์ 75 คะแนน EQ-5D-5L VAS 81 และมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 75.66 คะแนนค่อนข้างสูงเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือและดูแลตนเองได้ เคลื่อนไหวสะดวก ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียาที่ใช้ประจำ ความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในภาพรวม มีการรบกวนในระดับน้อย มีสุขนิสัยที่ไม่ดีเกี่ยวกับการนอนหลับในภาพรวม นาน ๆ ครั้ง จึงอาจส่งผลให้ค่าอรรถประโยชน์และมีคะแนน EQ-5D-5L VAS สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่าง กัน เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ดังแสดงในการศึกษาปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ [58] ที่ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง ทำการเก็บข้อมูลแบบ ไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับสารสกัดกัญชาที่มารับการรักษาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาล ลำปาง พบว่า ค่ากลางของคุณภาพชีวิตในการนัดหมายครั้งที่ 1-10 อยู่ในช่วง 0.016-0.767 และการ ใช้น้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชาซึ่งมีสารสำคัญในช่อดอก ได้แก่ สารที่เอชซี (delta9-tetrahydrocannabinol, THC) มีฤทธิ์ช่วยให้นอนหลับ ผ่อนคลายและระงับประสาท ส่งผลต่อ คุณภาพนอนหลับ และอาจทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่ คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ปัจจัยด้านการใช้น้ำมันกัญชาของผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยพบว่า ร้อยละ 72.2 ของคนที่ใช้น้ำมันกัญชามากกว่า 2 ปี จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าระยะเวลาในการใช้ น้ำมันกัญชาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี 3.640 เท่า โดยมีการศึกษาของการใช้กัญชาในการรักษาโรค นอนหลับ พบว่า หากใช้น้ำมันกัญชาในระยะเวลาสั้นขึ้นอาจทำให้ 1) ลดระยะเวลาการนอนหลับ ทั้งหมดในผู้ป่วย 2) ระยะเวลาที่ใช้ไปในการเปลี่ยนสภาวะจากการตื่นเข้าสู่การหลับมากกว่า 30 นาที 3) มีประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติลดลง 4) มีการตื่นในช่วงเวลาการนอนหลับมากขึ้นและ 5)

เพิ่มระยะเวลาก่อนหลับ [44] ทั้งนี้อาจขึ้นกับวิธีบริหารยา และการตอบสนองต่อยาที่ผู้ป่วยของแต่ละคน รวมถึงระดับ endocannabinoid เดิมในร่างกาย และการตื่นยาม เมื่อใช้ไปนาน ๆ รวมถึงประสิทธิภาพ ความร่วมมือในการใช้น้ำมันกัญชา [23]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ป่วยที่ใช้กัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับได้แก่ การมีโรคประจำตัว การมียาที่ต้องใช้เป็นประจำร่วมด้วย การใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ ความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่รบกวน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Lichstein และคณะ [31] ที่กล่าวถึงทฤษฎีของ Spielman ว่า อาการนอนไม่หลับเกิดจากปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ ทั้งนี้ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่พบคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว 2.50 เท่า ซึ่งโรคประจำตัวเป็นปัจจัยกระตุ้นตามทฤษฎีของ Spielman ที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ [3, 4, 34, 35] เช่น โรคพาร์กินสัน ทำให้ตื่นบ่อยและระยะเวลาการนอนหลับลดลง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบาก โรคเบาหวาน ทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจึงรบกวนการนอนหลับ โรคความดันโลหิตสูง มักจะมีปัญหาตื่นเช้ากว่าปกติ

ส่วนยาที่ใช้เป็นประจำและยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยผู้ที่ใช้ยาเป็นประจำมีโอกาสที่คุณภาพการนอนหลับจะไม่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มียาที่ใช้เป็นประจำ 2.27 เท่า ส่วนผู้ที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับอื่นจะมีโอกาสพบคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาดังกล่าว 11.47 เท่า ยาที่ใช้ประจำบางชนิดอาจมีผลรบกวนการนอนหลับ [36] ได้แก่ ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีผลต่อระบบ hypothalamic pituitary-adrenal axis จึงส่งผลต่อการหลั่ง cytokines ที่ควบคุมการหลับและการตื่นนอน ยาปิดกั้นเบต้า (beta-blockers) ยับยั้งการหลั่ง melatonin ทำให้เริ่มการหลับยากขึ้น ยาขับปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนจึงรบกวนการนอนหลับ และยาด้านอาการซึมเศร้ายับยั้งการดูดกลับสารสื่อประสาท serotonin หรือ norepinephrine ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นสมอง ทำให้ตื่นตัวเป็นต้น ส่วนยานอนหลับที่นิยมใช้ ได้แก่ ยากลุ่ม benzodiazepine ซึ่งออกฤทธิ์โดยการเสริมฤทธิ์ของ GABA ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลางเช่น Alprazolam, Clonazepam, Diazepam, Flurazepam, Lorazepam, Midazolam, Temazepam, Triazolam เป็นต้น ยาเหล่านี้จะมีความแตกต่างกันในด้านคุณสมบัติการถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด รวมไปถึงระยะเวลาการออกฤทธิ์ และคาครึ่งชีวิต ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ การตื่นยาม อาการนอนยา และการกลับเป็นซ้ำหลังจากหยุดยา โดยการใช้ยานอนหลับติดต่อกัน 1 ปีขึ้นไป ทำให้ระยะตั้งแต่เข้านอนจนหลับนานขึ้น รวมถึงประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง [37]

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดปานกลาง - สูงมีโอกาสคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

มากกว่ามีความเครียดเล็กน้อย 2.161 เท่า ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นหนึ่งที่ไม่ว่าจะเหตุการณ์เชิงบวกหรือเหตุการณ์ในเชิงลบ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว ซึ่งอาจเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลขึ้นได้ ทำให้กระบวนการนอนหลับเป็นไปได้อย่างขึ้น โดยความเครียดและความวิตกกังวลที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ จะส่งผลต่อการมีระดับคอร์ติซอลสูง ซึ่งเกิดการรบกวนวงจรการนอนหลับในระหว่างการเข้าสู่การนอนหลับในระหว่างการเข้าสู่การนอนหลับ และเมื่อเกิดความวิตกกังวลร่างกายจะพบคลื่นสมองแบบเบต้า ทำให้เกิดการต้านการเข้าสู่วงจรการนอนหลับในระยะที่ 2 นอกจากนี้ความวิตกกังวล จะส่งผลให้เกิดการหลั่งคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไตชั้นนอก หลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตชั้นใน ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อัตราการหายใจเร็ว และกล้ามเนื้อเกิดการตึงตัว [67]

และกลุ่มตัวอย่างที่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพรบกวนมากที่สุดมีโอกาสดูคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่รบกวน 7.231 โดยเฉพาะเสียงจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ โดยทำให้นอนหลับยากและทำให้ตื่นเร็วกว่าที่ต้องการ ส่วนแสงสว่างหากมีการสัมผัสแสงตลอดเวลา จะทำให้รู้สึกไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับ อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมจะส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงจะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 ของ Non Rapid Eye Movement และการนอนหลับระยะ Rapid Eye Movement ลดลง ทำให้ตื่นบ่อยขึ้นและมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่วนอุณหภูมิห้องที่ต่ำจะทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และรบกวนการนอนหลับได้ ส่วนลักษณะที่นอนที่มีความนิ่มแข็งของที่นอนเป็นสาเหตุก่อปัญหาให้กับผู้ที่เป็นโรคข้ออักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ง่าย และการรบกวนจากพฤติกรรมกรนอนหลับของเพื่อนร่วมห้องนอน เช่น การนอนกรน การพลิกตะแคงตัว การนอนละเมอ การนอนกัดฟัน และ การนอนดื่น เป็นต้น

ร่วมกับระดับการศึกษา อาชีพ เวลาในการทำงาน ผู้ที่ระบุเวลาทำงานแน่นอนไม่ได้ และผู้ที่ทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงในหนึ่งวันมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี 3.16 และ 2.99 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงในหนึ่งวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิจวรรณ เกิดเจริญ และคณะ [68] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน ได้แก่ ตารางการปฏิบัติงาน ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับตารางการปฏิบัติงานว่าปานกลางและหนัก จะมีโอกาสที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็น 2.97 และ 14.96 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่รู้สึกว่าตารางการปฏิบัติงานไม่หนัก ซึ่งในการปฏิบัติงานเกินเวลา (มากกว่า 8 ชม.) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเพียงพอของการพักผ่อนและการนอนหลับ [69]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ สามารถร่วมกันทำนายคะแนนอรรถประโยชน์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ร้อยละ 52.4 ($R^2 = 0.524$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุดคือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีผลรบกวน อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ การได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ มียาที่ใช้เป็นประจำ ระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่า และมีความเครียดปานกลางถึงสูง ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกรบกวนด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.079 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ถูกรบกวนด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ อีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ [70] พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ สภาพแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยทางบวกต่อคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษา Ng SL และคณะ [71] พบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้อยู่อาศัย

กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.062 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ [72] พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุที่ยังคงมีการประกอบอาชีพจะมีคุณภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น เมื่อมีอายุ 60 ปีจะมีการเกษียณอายุ การทำงานมีร่างกายที่เสื่อมถอยที่มาจากการเจ็บป่วย แต่ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุบางส่วนก็ยังคงมีความสามารถในการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพหารายได้มาให้ตนเอง ซึ่งรายได้ที่ได้จากการประกอบอาชีพนั้น สามารถนำไปใช้จ่ายบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพหรือรักษาโรคที่เป็นอยู่ ทำให้มีอาการดีขึ้นได้ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ จะมีผลทำให้คะแนนอรรถประโยชน์ลดลง 0.079 หน่วย ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Taeko Sasai และคณะ [73] โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต คือ SF-8 พบว่า ยานอนหลับมีผลกับคุณภาพชีวิตทางจิตใจ อย่างไรก็ตามอาจมีผลข้างเคียงของยาร่วมด้วย และสอดคล้องกับการศึกษา สุริรัตน์ ณ วิเชียร [67] พบว่า ฤทธิ์ข้างเคียงของยานอนหลับทำให้ผู้สูงอายุง่วงซึม สับสน และไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้รบกวนการทำงานในช่วงกลางวัน การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกันเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและ

อุบัติการณ์ผลัดตกหกล้มได้ (risk of fall) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ จะมีผลทำให้คะแนนอัตราประโยชน์ลดลง 0.053 หน่วย (p-value = 0.002) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ [74] พบว่า ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุมีปัจจัยด้านการใช้ยาที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ยากลุ่ม β -blocker มีอาการข้างเคียงทำให้ฝันร้าย ยารักษาโรคพาร์กินสัน อาจทำให้รบกวนทั้งเวลาและระยะของการนอนหลับ และยากลุ่ม SSRI/SARI อาจทำให้แขนขากระตุกขยับผิดปกติในขณะที่หลับหรือโรคขากระตุกขณะหลับ รวมถึงกุดการนอนหลับระยะ REM เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างที่มียาที่ใช้เป็นประจำ จะมีผลทำให้คะแนนอัตราประโยชน์ลดลง 0.021 หน่วย (p-value = 0.016) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มียาที่ใช้เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alonso Montiel-Luque และคณะ [75] โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต คือ EuroQoL-5D พบว่า จำนวนยาที่ใช้ประจำมีผลต่อคุณภาพชีวิตทางลบ เนื่องจาก ยาที่ใช้ประจำ อาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมไปถึงข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และยาบางอย่างมีผลต่อภาวะการอยู่ร่วมกันในสังคม (social stigma)

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่า จะมีผลทำให้คะแนนอัตราประโยชน์เพิ่มขึ้น 0.020 หน่วย (p-value = 0.011) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ปริญญาตรีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลอร์ ช่างษ์ และคณะ [76] โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต คือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจาก การศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ [77] พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้น คุณภาพชีวิตก็มีแนวโน้มที่จะดีเพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางถึงสูง จะมีผลทำให้คะแนนอัตราประโยชน์ลดลง 0.018 หน่วย (p-value = 0.031) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความเครียดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ícaro J.S. Ribeiro et.al [78] พบว่า ความเครียดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางลบ โดยมีความเกี่ยวข้องทั้งสุขภาพทางกายและจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของจตุหาทิพย์ ตาสูสี และคณะ [61] โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต คือ Function Assessment of Cancer Therapy – Cervical Cancer version Thai (FACT – CX) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ยาที่ใช้เป็นประจำ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับ และความเครียด เป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิต ดังนั้นคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยจึงควรตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวโดยการประเมินระดับความเครียด สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของผู้ป่วย และข้อมูลการรักษาตัวของผู้ป่วย ได้แก่ ยาที่ใช้เป็นประจำ รวมถึงการได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอนหลับอื่นๆนอกเหนือจากน้ำมันกัญชา อย่างต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำและวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการนอนไม่หลับให้มีคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดทางการศึกษา

เป็นการศึกษาในรูปแบบ Cross-sectional ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามผลที่เกิดจากปัจจัยบางประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากการนอนไม่หลับเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เกิดได้จากหลายสาเหตุ มีลักษณะ ความถี่ ความรุนแรงและระยะเวลาที่ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานแตกต่างกัน การใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความหลากหลาย ผู้ป่วยอาจมีการปรับเปลี่ยนขนาดยา และความร่วมมือในการใช้ยาที่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้ยังไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยทางคลินิกในผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยของน้ำมันกัญชาในระยะยาว และปัจจัยทำนายประสิทธิผลของการใช้น้ำมันกัญชาในกลุ่มที่ใช้น้ำมันกัญชาแล้วได้ผลและกลุ่มที่ใช้น้ำมันกัญชาไม่ได้ผล





ภาคผนวก ก
ตัวอย่างน้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ตัวอย่าง น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย



ชื่อผลิตภัณฑ์	DTAM GANJA OIL (DEJA FORMULA) น้ำมันกัญชา (สูตรหมอเดชา)
รูปแบบยา	ยาน้ำมัน
สูตรตำรับยา	1. กัญชา 100 กรัม 2. น้ำมันมะพร้าว 1000 มิลลิลิตร
การผลิต	ผลิตในโรงงานยาสมุนไพรหรือโรงงานยาที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตขององค์การอนามัยโลก (WHO GMP) หรือมาตรฐานการผลิตอื่นที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยใช้กัญชาซึ่งผ่านการเพาะปลูกแบบอินทรีย์ปลอดสารกำจัดศัตรูพืชและดินที่เพาะปลูกไม่มีโลหะหนักหรือสารกำจัดศัตรูพืชอันตรายที่ตกค้างเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดในระดับสากล
ปริมาณสารออกฤทธิ์	ปริมาณสาร THC มีขนาดคงที่ 0.08 mg/drop
ผลิตโดย	กองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข



แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพื่อรักษา
อาการนอนไม่หลับ

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

เพศตามบัตรประชาชน 1. ชาย 2. หญิง

อายุ..... ปี

สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. หย่าร้าง 4. หม้าย

ระดับการศึกษา

- 1. ไม่ได้เรียน
- 2. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
- 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
- 5. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- 6. ปริญญาตรี
- 7. สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

- 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
- 2. ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท
- 3. ผู้ประกอบการ / เจ้าของธุรกิจ
- 4. ค้าขายรายย่อย / อาชีพอิสระ
- 5. นักเรียน / นักศึกษา
- 6. รับจ้างทั่วไป
- 7. แม่บ้าน / พ่อบ้าน
- 8. เกษียณ / ข้าราชการบำนาญ
- 9. เกษตรกร / ประมง
- 10. ว่างาน
- 11. อื่น ๆ.....

เริ่มทำงานเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

โรคประจำตัว

1. ไม่มี
2. มี (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)
- 2.1 ความดันโลหิตสูง
 - 2.2 เบาหวาน
 - 2.3 ไขมันในเลือดสูง
 - 2.4 ต่อมลูกหมากโต
 - 2.5 เก๊าต์
 - 2.6 หอบหืด
 - 2.7 โลหิตจาง
 - 2.8 มะเร็ง.....
 - 2.9 อื่น ๆ.....

ยาที่ใช้เป็นประจำ

1. ไม่มี
2. มี

ระยะเวลาในการใช้น้ำมันกัญชา..... (ปี) (เดือน) (วัน)

วิธีการบริหารยา (วิธีบริหารยา หมายถึง จำนวนหยดต่อวันและวิธีรับประทาน)

.....

.....



ภาคผนวก ค

แบบประเมินความเครียด

อ้างอิงจาก แบบประเมินความเครียดสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
(Suanprung Stress Test: SPST-20) [63]

แบบประเมินความเครียด

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาคุณรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่ / ลงในช่องระดับความเครียด จากคะแนน 1-5 ได้แก่ 1 คือไม่รู้สึกเครียด 2 คือเครียดเล็กน้อย 3 คือเครียดปานกลาง 4 คือเครียดมาก และ 5 คือเครียดมากที่สุด

ข้อที่	ในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1.	กลัวทำงานผิดพลาด					
2.	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3.	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4.	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5.	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6.	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7.	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8.	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9.	ปวดหลัง					
10.	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11.	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12.	รู้สึกวิตกกังวล					
13.	รู้สึกคับข้องใจ					
14.	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15.	รู้สึกเศร้า					
16.	ความจำไม่ดี					
17.	รู้สึกสับสน					
18.	ตั้งสมาธิลำบาก					
19.	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20.	เป็นหวัดบ่อย ๆ					
คะแนนรวม						



ภาคผนวก ง

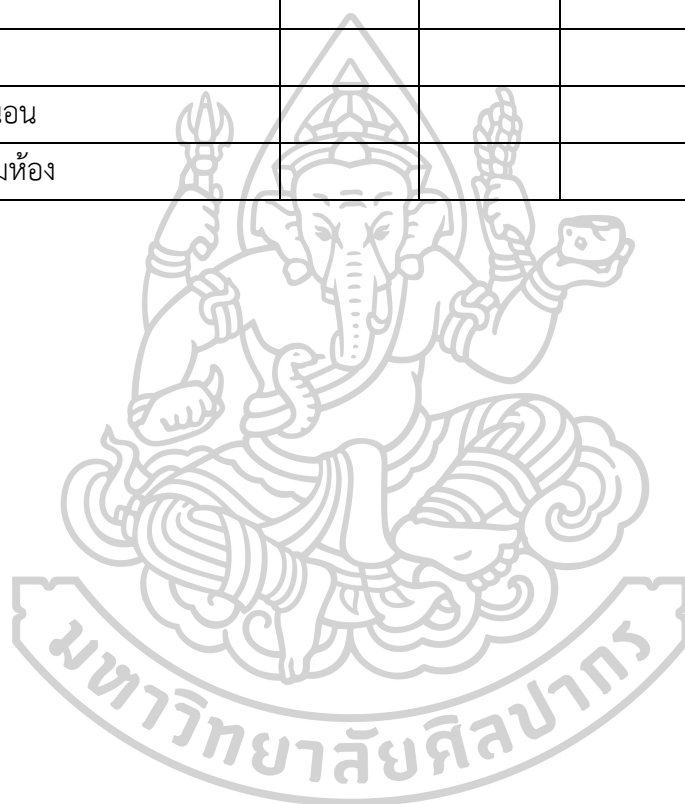
แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

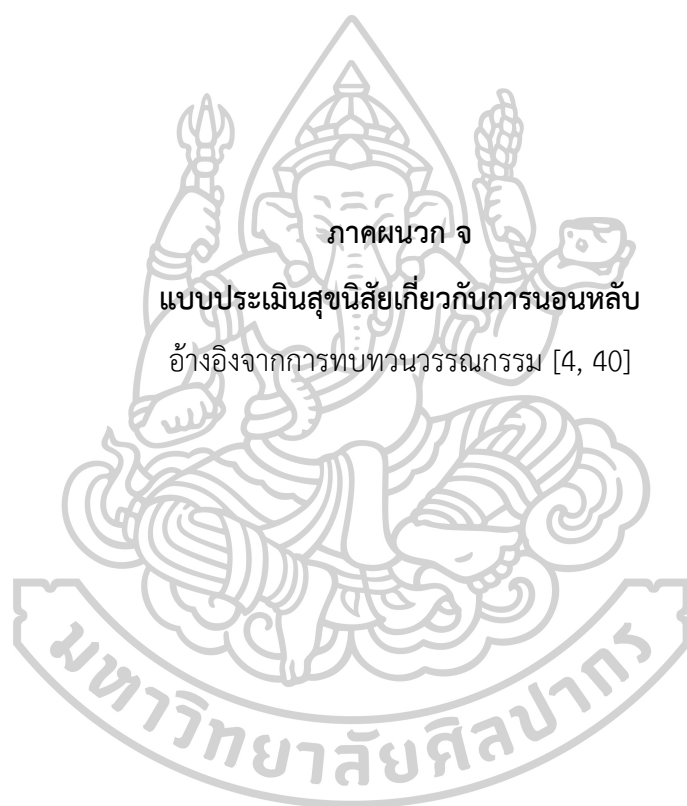
อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรม [4, 34, 38, 39]

แบบประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สิ่งแวดล้อมมีผลรบกวนท่านมากน้อยเพียงใด ในช่วงเวลาที่ท่านนอนหลับ ให้ใส่ / ลงในช่อง

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	ไม่รบกวน	รบกวน น้อย	รบกวน ปานกลาง	รบกวน มาก	รบกวน มากที่สุด
1. เสียง					
2. แสงสว่าง					
3. อุณหภูมิ					
4. ลักษณะที่นอน					
5. ผู้ที่นอนร่วมห้อง					



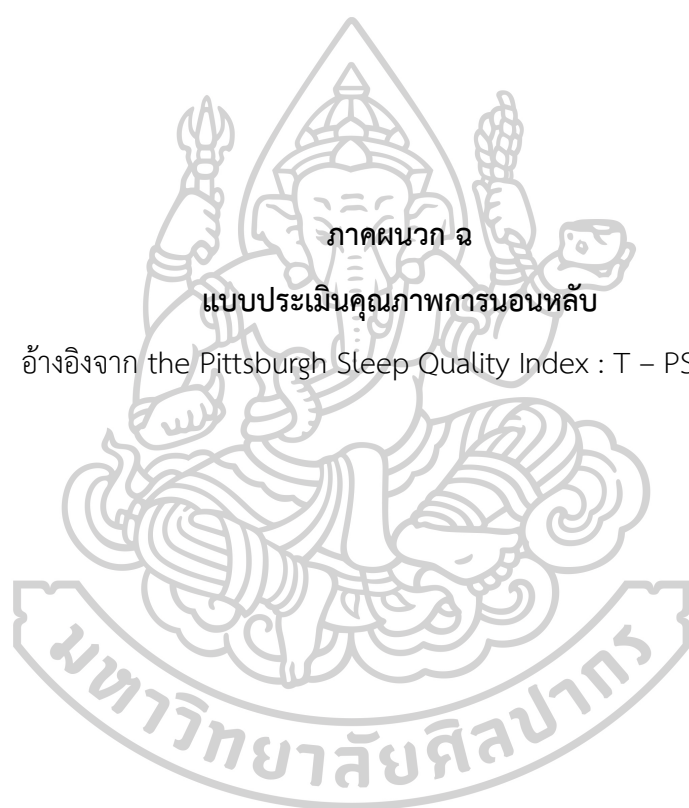


ภาคผนวก จ
แบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ
อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรม [4, 40]

แบบประเมินสุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ

ให้ใส่ / ลงในช่อง

สุขนิสัยเกี่ยวกับการนอนหลับ	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ พอประมาณ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
1. ดื่มแอลกอฮอล์					
2. ดื่มชากาแฟ					
3. สูบบุหรี่					
4. ไม่ออกกำลังกาย					
5. การเข้านอนและตื่นนอนไม่เป็น เวลา					
6. ทำกิจกรรมบนเตียงก่อนนอน ได้แก่ เล่นโทรศัพท์ อ่านหนังสือ					
7. หลับตอนกลางวัน					
8. การใช้ยานอนหลับ					
9. การรับประทานอาหารมือเย็น ก่อนนอนน้อยกว่า 2-3 ชั่วโมง					
10. ดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอน					



ภาคผนวก จ

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

อ้างอิงจาก the Pittsburgh Sleep Quality Index : T – PSQI [65]

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

เติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านเข้านอนเวลากี่โมง.....
2. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ท่านต้องใช้เวลาานานเท่าไร จึงจะนอนหลับ
.....นาที่
3. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เวลาที่ท่านนอนตอนเช้า.....
4. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ระยะเวลาการนอนหลับจริง.....ชั่วโมง / คืน

ให้ใส่ / ลงในช่อง

5. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการนอนหลับเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

รายการประเมิน	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์	1 หรือ 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	3 ครั้งต่อ สัปดาห์ ขึ้นไป
5.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
5.2 รู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางคืนหรือตื่นเกินกว่าเวลาที่ตั้งใจไว้				
5.3 ตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ				
5.4 หายใจไม่สะดวก				
5.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง				
5.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
5.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
5.8 ผื่น ร้าย ละเอียดออกทำทาง				
5.9 รู้สึกปวด				
5.10 เหตุผลอื่น ถ้ามีกรุณาระบุ* หรือ อาการเหล่านี้ เช่น กัดฟัน, หลังตื่นนอนมีอาการปากแห้งคอแห้ง, สมรรถภาพทางเพศลดลง, มีอาการร่วงงีบหลับในเวลากลางวัน, มี				

รายการประเมิน	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์	1 หรือ 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	3 ครั้งต่อ สัปดาห์ ขึ้นไป
อาการปวดหัวหลังตื่นนอน และ เพลีย/ไม่สด ชื่น ในเวลากลางวัน				

6. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
- ดีมาก ค่อนข้างดี ค่อนข้างแย่ แย่มาก
7. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด (ไม่ว่าจะตาม
ใบสั่งยาจากแพทย์หรือหาซื้อเอง)
- ไม่เคยเลย น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
8. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาห้วงนอนหรือเผลอหลับขี้นยานพาหนะ, ขณะ
รับประทานอาหาร หรือขณะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ บ่อยเพียงใด
- ไม่เคยเลย น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
9. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ
มากน้อยเพียงใด
- ไม่เคยเลย น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 1 หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป



ภาคผนวก ช

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)

อ้างอิงจาก แบบสอบถาม EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [66]

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)

ส่วนที่ 1 มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ให้ใส่ / ลงในช่อง ที่ตรงกับสุขภาพของตนเองในวันนี้มากที่สุด ในแต่ละด้าน

1. การเคลื่อนไหว

- ไม่มีปัญหาในการเดิน
- มีปัญหาในการเดินเล็กน้อย
- มีปัญหาในการเดินปานกลาง
- มีปัญหาในการเดินอย่างมาก
- เดินไม่ได้

2. การดูแลตนเอง

- ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง
- มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก
- อาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

- สุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- สุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- สุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- สุขภาพมีผลปานกลางต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- สุขภาพมีผลอย่างมากต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- สุขภาพมีผลทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

4. ความเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว

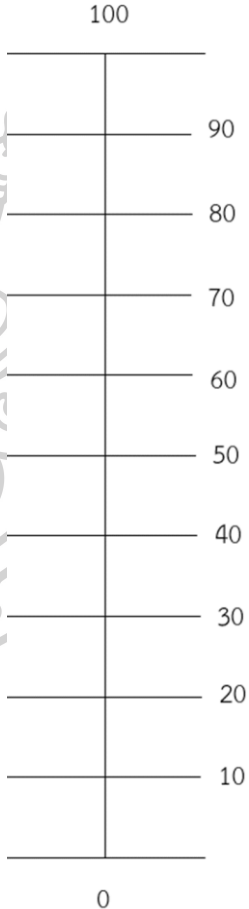
- ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก
- มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

5. ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า

- ไม่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก
- รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง visual analog scale (VAS)

- เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้
โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด
100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด
*** ทำเครื่องหมาย x บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็น
อย่างไรในวันนี้



100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0





มหาวิทยาลัยสกลนคร

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

รหัสโครงการ: REC 65.0203-022-0898

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้น้ำมันกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ): Factors related to sleep quality and quality of life in patients using cannabis oil to treat insomnia at a Thai traditional medical cannabis clinic

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวจินตจุฑา แสงกะหนีก

สังกัด: คณะเภสัชศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 02 ฉบับลงวันที่ 27 เมษายน 2565
2. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ฉบับภาษาไทย) เวอร์ชัน 02 ฉบับลงวันที่ 27 เมษายน 2565
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัย เวอร์ชัน 01 ฉบับลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสกลนคร โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ โดยขอให้รายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อโครงการเสร็จสิ้น

(ศาสตราจารย์ ดร. พงศศักดิ์ ศรีธรรมศักดิ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยสกลนคร



หมายเลขใบรับรอง COE 65.0428-075

วันที่รับรอง: 28 เมษายน พ.ศ. 2565

วันหมดอายุ: 27 เมษายน พ.ศ. 2566

สำนักงานบริหารการวิจัย นวัตกรรมและการสร้างสรรค์
6 ถนนราชพรรคาโน ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทร 0-3425-5808 โทรสาร (Fax) : 0-3425-5808
email : su.ethicshuman@gmail.com

รายการอ้างอิง

1. กิตต์กวี โพธิ์โน. คนไทย "นอนไม่หลับ" 19 ล้านคน [อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.hfocus.org/content/2019/03/16978.
2. Kathy OR. Philips global sleep survey shows we want better sleep, but only if it comes easily [Internet].2019 [cited Dec 10, 2022]. Available from: <https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2019/20190307-philips-global-sleep-survey-shows-we-want-better-sleep-but-only-if-it-comes-easily.html>.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2551.
4. สุรัตน์ ชัยอาจ, พวงพยอม ปัญญา. การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสภาการพยาบาล 2548;20(2):1-12.
5. Schwartz S, Anderson WM, Cole SR, Comoni-Huntley J, Hays JC, Blazer D. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. *Journal of psychosomatic research*, 1999. 47(4): p. 313-333.
6. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *Jama*. 1989;262(11):1479-84.
7. Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*. 2002;25(6):621-5.
8. Walsh JK, Engelhardt CL. The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. *Sleep*. 1999 May 1;22:S386-93.
9. LeBlanc M, Mérette C, Savard J, Ivers H, Baillargeon L, Morin CM. Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*. 2009 Aug 1;32(8):1027-37.
10. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Precipitating factors of insomnia. *Behavioral sleep medicine*. 2004 Feb 1;2(1):50-62.
11. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*1986;6(1):11-25.
12. Schutte RS, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine*2008;4(5):487-504.

13. Babson KA, Sottile J, Morabito D. Cannabis, cannabinoids, and sleep: a review of the literature. *Current psychiatry reports*2017;19:1-2.
14. Lotan I, Treves TA, Roditi Y, Djaldetti R. Cannabis (medical marijuana) treatment for motor and non-motor symptoms of Parkinson disease: An open-label observational study. *Clinical neuropharmacology*2014;37(2):41-4.
15. ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพร, จริญญา สีทา, พิพัฒพงศ์ ป้อมไชยา, สมฤทัย บุญญาวรรณ, กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์. ประโยชน์และความปลอดภัยของตำรับยาสุขไสยาสน์ในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*2564;19(2):317-330.
16. MacCallum CA, Russo EB. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European journal of internal medicine*2018;49:12-9.
17. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, Keurentjes JC, Lang S, Misso K, Ryder S, Schmidtkofer S. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *Jama*2015 ;313(24):2456-73.
18. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.
19. Health Administration Division. National overview report of C-MOPH program [online]. 2019 [cited Dec 9, 2021]. Available from: ccd.moph.go.th/report/web/.
20. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการใช้น้ำมันกัญชา (สูตรหอมเตชา) ที่ผลิตภายใต้ตามรูปแบบพิเศษของการเข้าถึงยา (Special Access Scheme) ในสถานบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ ธันวาคม 9 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://bit.ly/3uohifu>.
21. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Annual academic conference on Thai traditional medicine folk medicine and the 17th national alternative medicine [online]. 2020 [cited Dec 9, 2021]. Available from: www.dtam.moph.go.th/E-Book/academic-meeting-172563/index.html#p=122.
22. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ ธันวาคม 9 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://bit.ly/3jhgZnk>.
23. Kessomboon P. Appropriate dosage of cannabis for the treatment of disease [online]. 2020 [cited Dec 9, 2021]. Available from: bit.ly/3uWtKSY.
24. Announcement of the National Drug System Development Committee on national essential medicines list on herbs. 2564. Royal Gazette No. 139, Part 41 (Feb 18, 2022).

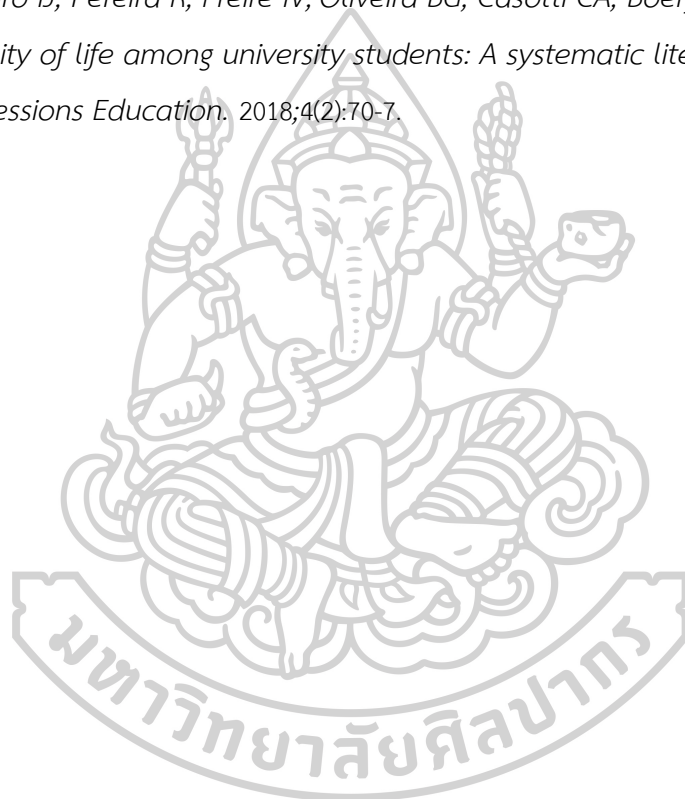
25. Krueger JM, Majde JA. Humoral links between sleep and the immune system: research issues. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;992(1):9-20.
26. Snyder HR, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in nursing & health* 1987;10(3):155-63.
27. จิตติมา ณรงค์ศักดิ์, โชติมันต์ ชินวรารักษ์, รุติมา สงวนวิชัยกุล. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *จุฬารเวชสาร* 2019;1(4):369-381.
28. ยศพันธุ์ นามสงค์, ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
29. อัญชลี ชุ่มบัวทอง. วงจรการนอนหลับ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2552;18(2):294-303.
30. *Ultracrepidate. Sleep wake cycle. [online] 2006[cited Dec 9, 2021]; Available from: URL: http://www.ultracrepidate.com/wpcontent/uploads/2007/01/sleep_cycle.jpg.*
31. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Ruitter ME. *Insomnia: Epidemiology and risk factors. In Principles and practice of sleep medicine: Fifth Edition. Elsevier Inc. 2010. p. 827-37 doi: 10.1016/B978-1-4160-6645-3.00076-1.*
32. จิตติมา ณรงค์ศักดิ์, รุติมา สงวนวิชัยกุล, วรพงศ์ ตริสีทธีวินิช. การนอนหลับและสุขอนามัยการนอนหลับ: บทความพินฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2563;14(2):69-85.
33. มธุรส กัลโสภา, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่: การวิเคราะห์ห่อภิมาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
34. Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management. Guilford press; 1993.*
35. Bollu PC, Kaur H. *Sleep medicine: insomnia and sleep. Missouri medicine* 2019;116(1):68.
36. Van Gastel A. *Drug-induced insomnia and excessive sleepiness. Sleep medicine clinics* 2018;13(2):147-59.
37. Sivertsen B, Krokstad S, Overland S, Mykletun A. *The epidemiology of insomnia: Associations with physical and mental health: The HUNT-2 study. J Psychosom Res* 2009; 67: 109-16.
38. Pollak CP. *Noise. Encyclopedia of Sleep and Dreaming. New York: Macmillan. 1993:412-3.*
39. Lindberg JB, Hunter ML, Kruszewski AZ. *Introduction to nursing: Concepts, issues,*

- and opportunities. Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
40. Morin CM. *Psychological and behavioral treatments for primary insomnia. Principles and practice of sleep medicine.* 2005:726-37.
 41. จักรกฤษณ์ สิงหบุตร, ชยันต์ พิเชียรสุนทร. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพืชกัญชา [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://164.115.41.179/tm/sites/default/files/5.2%20ความรู้พื้นฐานของพืชสมุนไพร%20กัญชา.pdf>.
 42. Aizpurua O, Soydaner U, Ozturk E, Schibano D, Simsir Y, Navarro P, Etxebarria N, Usobiaga A. Evolution of the cannabinoid and terpene content during the growth of *Cannabis sativa* plants from different chemotypes. *Journal of natural products*2016;79(2):324-31.
 43. Mechoulam R, editor. *Cannabinoids as therapeutic agents.* CRC Press; 2019 Jun 13.
 44. Kaul M, Zee PC, Sahni AS. Effects of cannabinoids on sleep and their therapeutic potential for sleep disorders. *Neurotherapeutics.* 2021; 18: 217-27.
 45. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science.* 1985 Oct.
 46. อมรรัตน์ ปะติเก, ผลการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. 2561, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม: มหาสารคาม.
 47. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2543;8(2):110-111.
 48. WHOQoL Group. *The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).* In *Quality of Life Assessment: International Perspectives: Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2-3, 1993* 1994 (pp. 41-57). Springer Berlin Heidelberg.
 49. Feeny D. *Response to Lenert and Kaplan: A Utility Approach to the Assessment of Health-Related Quality of Life.* *Medical Care.* 2000;38(9):II-151.
 50. นุจรินทร์ โพธารส. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.* 2559;10(3):36-43.
 51. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, สิริพร คงพิทยาชัย, เนติ สุขสมบูรณ์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยี

- ด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2552.
52. *Brooks RG, Kind P, Rabin R, editors. EQ-5D Concepts and Methods: A Developmental History. Springer; 2005.*
 53. *Pattanaphesaj J, Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]. 2014, Mahidol University.*
 54. กัญญาภัค ศิลารักษ์. ประสิทธิภาพของน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ต่อคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยนอก ณ คลินิกทางกระดูก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร. วารสารศุนย์อนามัยที่ 92022;16(3):1097-1108.
 55. โชติมันต์ ชินวารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, นฤศรา ดำรงค์พิวัฒน. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชาชนิเวศน์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(2): 199-210.
 56. สนธยา มณีรัตน์, สัมพันธ์ มณีรัตน์, พรรณภา เรืองกิจ, ญัฐินี ชิวชมเกต. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวน วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 2564;11:10-24.
 57. ณัชชา เต็งเต็มวงศ์. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรศุขไสยาสน์ในโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง : การศึกษาย้อนหลังเบื้องต้นในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก2564;19(2):331-343.
 58. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศิริพร ปาละวงศ์, ทศนีย์ กามล. ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชา คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก2564;19(1):19-33.
 59. อัญชลี ชุ่มบัวทอง, วิจิตร ชะโลปถัมภ์, พิษญา ทองอยู่เย็น, ศรายุทธ โชคชัยวรรณ์, กันตภณ ธรรมวัฒนา, บังอร ฉางทรัพย์, และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข2558;24(5):833-843.
 60. วิทมา ธรรมเจริญ, นิตศนีย์ เจริญงาม, ญาดาภา โชติติติก, นิตยา ทองหนูน้อย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี2566;17(2):1-18.
 61. จุฑาทิพย์ ตาสूसี, ยูวรงค์ จันทรวิจิตร, ธิดารัตน์ คำบุญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดกำแพงเพชร. พยาบาลสาร2562;46(2):13-23.
 62. *Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39: 175-91.*

63. *Suanprung Hospital. Suanprung Stress Test: SPST-20 [online]. 2019 [cited Dec 9, 2021]. Available from: e-learning.srru.ac.th/mod/resource/view.php?id=244 41.*
64. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
65. *Methipisit T, Mungthin M, Saengwanitch S, Ruangkana P, Chinwarun Y, Ruangkananasetr P, Panichkul S, Ukritchon S, Mahakit P, Sithinamsuwan P. The development of sleep questionnaires Thai version (ESS, SA-SDQ, and PSQI): linguistic validation, reliability analysis and cut-off level to determine sleep related problems in Thai population. J Med Assoc Thai. 2016;99(8):893-903.*
66. จันทนา พัฒนเกสัช มนทร์ตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. แบบสอบถาม *eo5o5o* ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hilton.net/content/uploads/2014/11/5_L_brief_Aug2017.pdf
67. สุรรัตน์ ณ วิเชียร. การนอนหลับของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(2): 18-31.
68. นิจวรรณ เกิดเจริญ, ชัยพร วิศิษฐ์พงศ์อารีย์, ชัญญวีย์ชรร ผศ.นิพนธ์มยุรี, ชิตพัทธ์ เจริญนพคุณศรี, ณัฐรุจฉลิตสิริศักดิ์, นทีธร อิมเอิบปฐม, และคณะ. ปัจจัยด้านการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563; 64(1): 41-58.
69. ทวีธาพรธ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล, ผ่องศรี เกียรติเลิศสนภา. การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. พยาบาลสาร 2557; 14: 48-58.
70. ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชน เมืองเพชรบูรณ์ อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี 2558; 9(1): 92-105.
71. *Ng SL, Zhang Y, Ng KH, Wong H, Lee JW. Living environment and quality of life in Hong Kong. Asian Geographer. 2018;35(1):35-51.*
72. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิษสุดา เตชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุขานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2560; 15(2): 16-26. .
73. *Sasai T, Inoue Y, Komada Y, Nomura T, Matsuura M, Matsushima E. Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. Sleep medicine. 2010;11(5):452-457.*
74. ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์. ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563; 43(1): 139-150.
75. *Montiel-Luque A, Núñez-Montenegro AJ, Martín-Aurioles E, Canca-Sánchez JC,*

- Toro-Toro MC, González-Correa JA, Polipresact Research Group. Medication-related factors associated with health-related quality of life in patients older than 65 years with polypharmacy. PloS one. 2017;12(2):e0171320.*
76. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรรณปัญญา, จิตาภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554;5(2):32-40.
77. *Ubonwan K. Self-Care Behavior and Quality of Life of the Elderly in Central Region of Thailand. 1997, Mahidol university.*
78. *Ribeiro IJ, Pereira R, Freire IV, Oliveira BG, Casotti CA, Boery EN. Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. Health Professions Education. 2018;4(2):70-7.*





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล จินต์จุฑา แสงกะหนีก
วุฒิการศึกษา พ.ศ. 2560 สำเร็จการศึกษาเกสัชศาสตรบัณฑิต
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน 39/1 ม. 13 ต. พลับพลา อ. เมืองจันทบุรี จ. จันทบุรี

