

คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

นางสาวสลิลลาพร กองทองมณีโรจน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

Quality of Sleep and Mental Health Status among Outpatients of Thai Traditional
Medicine and Alternative Medicine of Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital

Miss Salilaporn Kongthongmaneeroj

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย

แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

โดย

นางสาวสลิลลาพร กองทองมณีโรจน์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รัชมน กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์)

สถิลลาพร กองทองมณีโรจน์ : คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี (QUALITY OF SLEEP AND MENTAL HEALTH STATUS AMONG OUTPATIENTS OF THAI TRADITIONAL MEDICINE AND ALTERNATIVE MEDICINE OF CHAO PHYA BHAIBHUBEJHR HOSPITAL)
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร, 120 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลทางสุขภาพและการรักษา แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น จำนวน 15 ข้อ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index) แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน 30 ข้อ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window สถิติที่ใช้คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคร์-สแควร์ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัย พบว่า

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี พบร้อยละ 40.0 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.1 มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดด้าน ปัญหาการเงิน การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย รู้สึกป่วยบ่อย และมีอาการปวดบ่อย และผู้ที่มีสถานภาพมีคู่ มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต คือ อายุ พบว่าผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไปมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่า คนทั่วไป และพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย รวมถึงดูแล ช่วยเหลือ และพัฒนาให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา..2554.....

##5374813830 : MAJOR MENTAL HEALTH##5374813830 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : QUALITY OF SLEEP/ MENTAL HEALTH/ ALTERNATIVE MEDECINE

SALILAPORN KONGTHONGMANEEROJ: QUALITY OF SLEEP AND MENTAL HEALTH

STATUS AMONG OUTPATIENTS OF CHAO PHYA ABHAIBHUBEJHR HOSPITAL. ADVISOR:

ASSOC. PROF.SIRILUCK SUPPAPITIPORN, MD. 120 pp.

The purposes of this descriptive research were to study of sleep, mental health status and related factors among outpatients of Thai traditional medicine and alternative medicine at Chao Phya Abhaibhubejhr hospital. The sample was 110 outpatients of Chao Phya Abhaibhubejhr hospital. The instruments were demographic data, The Thai-mental health indicator, The Pittsburgh sleep quality index, The life stressful event questionnaires and Coping scale 36 coping behaviors. Statistic analysis was done by using SPSS for windows. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient and Logistic regression analysis.

The major findings were as followed:

Prevalence rate of poor quality of sleep in outpatients were 40.0%. The Thai-mental health indicator scores indicated that 69.1% of subjects had lower-normal mental health. The quality of sleep had not related to mental health and the factors related to quality of sleep included marital status and stressful events about change in financial state, change in living conditions, worries about child care, experienced discrimination because of illness, felt ill frequently and experienced pain frequently. The factors significantly related to mental health status were found to be age, stressful event about change in residence, confrontive coping behavior and emotive coping behavior. The results of this study could be used as guideline to manage and promoting sleep in outpatients of Thai tradition medicine and alternative medicine, including mental health promotion and coping skill for better mental health.

Department :.....Psychiatry.....Student's Signature.....

Field of Study :....Mental Health.....Advisor's Signature.....

Academic Year :..2011.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง และคุณวิสุทธิ ดิสงฆานูรัตน์ ที่ได้ให้คำชี้แนะช่วยเหลือ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณศรีสกุล ชนม์สวัสดิ์ และคุณสุภาพร พุกเจริญ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี มาโดยตลอด

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	9
ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	11
วงจรการนอนหลับ.....	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ.....	16
ประโยชน์ของการนอนหลับ.....	23
คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	28
มิติของสุขภาพจิต.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38

บทที่	หน้า
3	วิธีการดำเนินการวิจัย..... 43
	รูปแบบการวิจัย..... 43
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 43
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 44
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 50
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 51
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 53
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 90
	สรุปผลการวิจัย..... 90
	อภิปรายผลการศึกษาคั้งนี้..... 94
	ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยคั้งนี้..... 97
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยคั้งต่อไป..... 97
	รายการอ้างอิง..... 98
	ภาคผนวก..... 108
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 120

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา.....	54
2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	55
3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตาม การมีโรคประจำตัว โรคประจำตัว รูปแบบในการรักษา	56
4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตาม ประเภทการใช้บริการ วัตถุประสงค์ ส่วนของร่างกายที่มีปัญหา สาเหตุที่มาใช้บริการ ความถี่ในการมาใช้บริการ และการได้รับยาสมุนไพรหลังรับบริการ.....	57
5 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตาม ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการ จำนวนครั้งที่มารับบริการ ระยะเวลาที่มาใช้บริการ ความถี่ในการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการแต่ละครั้ง.....	58
6 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตาม การดื่มชาหรือกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	59
7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ	60
8 แสดงจำนวน ร้อยละของกรุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพจิต.....	61
9 แสดงจำนวน ร้อยละของกรุ่มตัวอย่าง แยกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 30 เหตุการณ์.....	62
10 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา.....	64
11 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์.....	65
12 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอารมณ์.....	66

ตารางที่	หน้า
13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความ เครียดและระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมในแต่ละด้านของ กลุ่มตัวอย่าง.....	67
14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพ การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test.....	68
15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test.....	72
16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test.	77
17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test	78
18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ ผ่านมากับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test.....	82
19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test.....	87
20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่ม ตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact.....	88
21 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency)	89

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

การนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของมนุษย์ คนเราใช้เวลาหนึ่งในสามของชีวิตในการนอน การนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในขณะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย [1-3] เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับ เซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน ฟันฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ระบบประสาทส่วนกลาง ยังมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย [4-9]

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นหลายอย่างในแต่ละระยะของการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่า การนอนหลับที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการนอนหลับของบุคคลนั้น แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สุขภาพ อนามัยของบุคคลนั้น ระยะเวลาการนอนหลับของแต่ละบุคคลแตกต่างกันและไม่มีการเกณฑ์ตายตัวแน่นอน ที่จะบอกได้ว่า แต่ละคนต้องการเวลานอนหลับเท่าใด และความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับหรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนและเวลาที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่าดีหรือไม่ดีนั้น สามารถบอกได้ โดยการประเมินของบุคคลนั่นเอง [10]

ปัญหาการนอนหลับมีผลต่อร่างกายได้แก่ เฉื่อยชา อ่อนเพลีย [11] ขาดความกระตือรือร้น ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ความไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง เนื่องจาก แกร์นูโลไซต์และลิมโฟไซต์ ซึ่งมีหน้าที่ในการทำลายเชื้อโรคจะทำหน้าที่ลดลง [12] เวียนศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเดิน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน [2] มือสั่น ปฏิกริยาสะท้อนลดลง (Reflex) พูดตะกุกตะกัก (Dysarthria) ความสามารถในการมองเห็นและได้ยินลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะความสามารถในการระบายอากาศของร่างกายลดลง [13] ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น ก้าวร้าว [14] แรงจูงใจลดลง ความรู้สึกไม่สบายกาย [15] ในบุคคลที่นอนไม่

หลับนานเกิน 48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดความผิดปกติของการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ และบุคคลจนอาจเกิดภาพหลอนได้ [10]

ภาวะสุขภาพจิต เป็นภาวะปกติสุขของแต่ละบุคคลในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมในสังคม และมีความพึงพอใจกับวิถีชีวิตที่เขาดำรงอยู่ มีผลทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถสร้างงานและปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข [16] โดยการมีสุขภาพจิตที่ดีนั้นประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ 1)องค์ประกอบทางด้านสภาพจิตใจ 2)สมรรถภาพทางด้านจิตใจ 3)คุณภาพจิตใจ 4)ปัจจัยสนับสนุน

ปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยได้เข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ รวมถึงยังเป็นทางเลือกในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น และจากประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เบาหวาน ความดันโลหิต มักจะมีปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย ซึ่งส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษา อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้มีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี เป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มาใช้บริการงานแพทย์แผนไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มาใช้บริการงานแพทย์แผนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลทางสุขภาพและการรักษา แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียด และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมความเครียด โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว โรคประจำตัว รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัว ประเภทการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย วัตถุประสงค์ของการรับบริการแพทย์แผนไทย สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายที่มีปัญหา ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการแพทย์แผนไทย จำนวนครั้งที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทย ระยะเวลาที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทย ความถี่ในการมารับบริการแพทย์แผนไทย ค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพรร่วมในการรักษา การดื่มเครื่องดื่มชาหรือกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคูณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตในผู้ที่มาใช้บริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มคนทั่วไป หรือกลุ่มที่รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับ (Quality of sleep) หมายถึง เป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย และเชิงอัตนัยได้ ในงานวิจัยนี้ได้ใช้แบบสัมภาษณ์และสอบถาม ดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญ์ ตันชัยสวัสดิ์ [17] ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่ปราศจากโรคจิตและโรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคมโดยไม่มีข้อขัดแย้งในใจ ตลอดจนสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น [22] (Thai Mental Health Indicator / TMHI-15) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (domain) ซึ่งคะแนน 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คะแนน 44-50 หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คะแนน 43 หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

เป็นการประเมินเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อจะตรวจสอบว่าเหตุการณ์ความเครียดตัวใดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด นักจิตวิทยาจึงพยายามที่จะวัดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดชนิดต่างๆ โดยในปี ค.ศ. 1967 Thomas Holmes และ Richard Rahe เริ่มสร้างเกณฑ์มาตรฐานในการวัดความเครียดในชีวิตคนเรา โดยมีความคิดพื้นฐานว่า การเปลี่ยนแปลงในชีวิตทุกกรณีไม่ว่าเป็นบวกหรือลบย่อมทำให้เกิดความเครียด ซึ่งทั้งสองได้ให้คนจำนวนมากประมาณค่าความเครียดในชีวิตจากเหตุการณ์ต่างๆ ในรูปของค่าเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือ Life-Change Unit หรือ LCU เป็นปริมาณการปรับตัวที่ใช้ในเหตุการณ์นั้น เช่น การหย่าร้าง การถูกไล่ออกจากงาน การเกษียณอายุ สูญเสียคนรัก ตั้งครรภ์ การแต่งงาน เป็นต้น เพื่อการกำหนดประมาณค่าเหล่านี้ Holmes และ Rahe จึงพัฒนา Social Readjustment Rating Scale หรือ SRRS ขึ้นเพื่อใช้วัดค่าความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พัฒนามาจากการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 43 เหตุการณ์ของ Holmes and Rahe [18] และรายการเหตุการณ์ 28 ข้อของ Singh N และคณะ [19] เพื่อประเมินเหตุการณ์ชีวิตของผู้มารับบริการแผนกการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือกใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ แบบประเมินมีระดับการวัดเป็น มี หรือไม่มีเหตุการณ์

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

เป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกในการที่จะบรรเทา ควบคุม หรือขจัดสิ่งที่มาคุกคามเพื่อขจัดความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์ของนางลักษณะณ์ บุญเยี่ยม[20] จากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวียค (Jalowiec coping scale, 1988) [21] ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการพยายามแก้ไขปัญหา เช่น คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อหาทางควบคุมให้ดีขึ้น เป็นต้น

2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการลดอารมณ์ตึงเครียด โดยการระบายอารมณ์หรือแสดงความรู้สึกออกมา โดยที่ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข เช่น กังวลใจ กระทบกระวาย หงุดหงิด ผันกลางวัน เหม่อลอย แยกตัวอยู่เงียบๆ คนเดียว เป็นต้น

3. ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม เป็นวิธีการเลือกรับรู้ปัญหา ซึ่งปัญหานั้นยังคงไม่ได้รับการแก้ไข โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น คิดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเอง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่ ปล่อยให้บุคคลอื่นช่วยแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์แทน เป็นต้น

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4, มากที่สุด = 5 การแปลผลคะแนนแต่ละด้านและคะแนนรวม คือ

ช่วงคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ระดับการเผชิญความเครียดน้อยที่สุด

ช่วงคะแนน 1.50-2.49 หมายถึงระดับการเผชิญความเครียดน้อย

ช่วงคะแนน 2.50-3.49 หมายถึงระดับการเผชิญความเครียดปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.50-4.49 หมายถึงระดับการเผชิญความเครียดมาก

ช่วงคะแนน 4.50-5.00 หมายถึงระดับการเผชิญความเครียดมากที่สุด

ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจ รักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

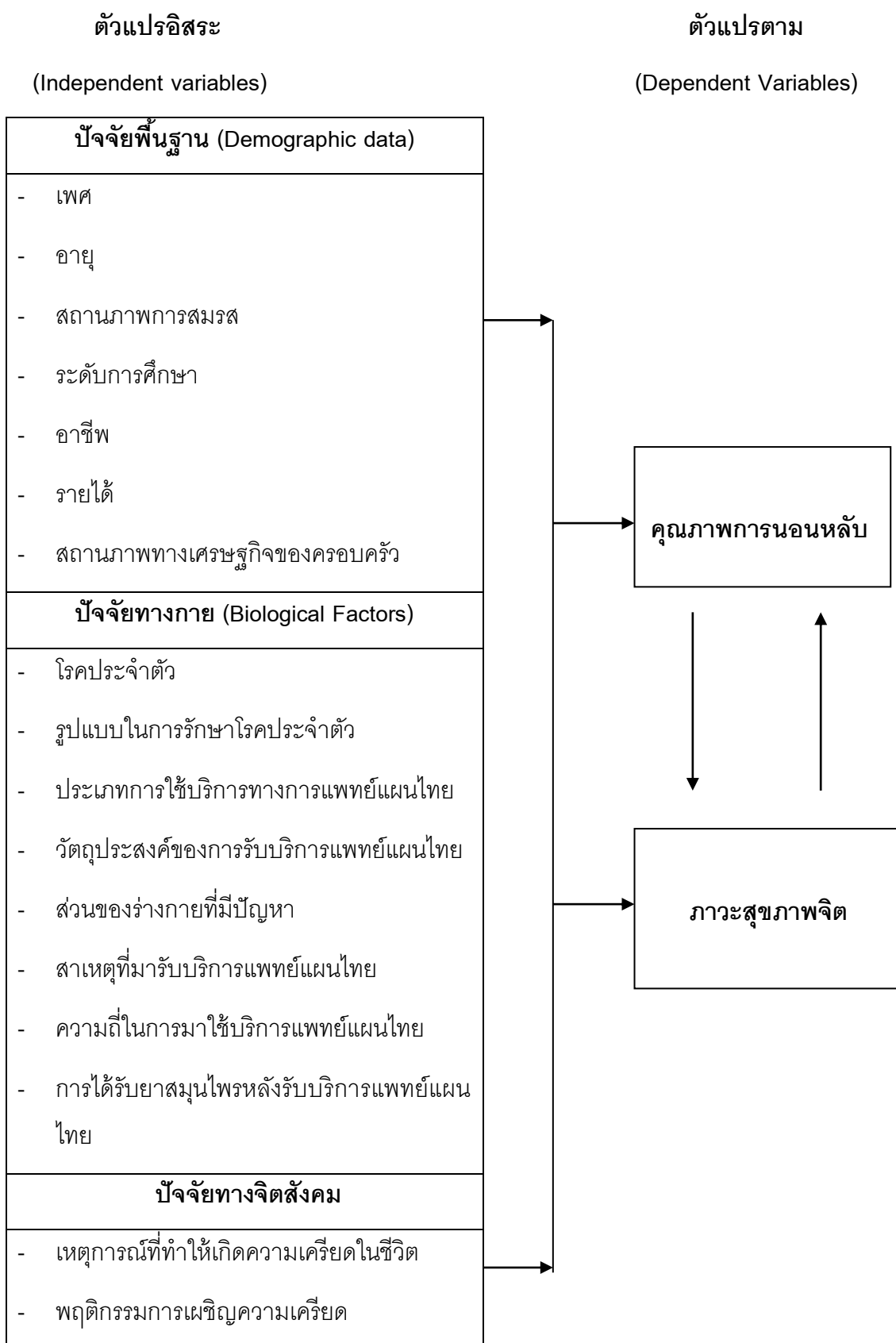
การให้บริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประกอบด้วย การนวดตัว(นวดไทย) การนวดน้ำมัน การนวดฝ่าเท้า การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การนวดหน้าคล้ายเครียด การทาบหม้อเกลือ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. นำผลการวิจัยได้มาใช้ในการวางแผนส่งเสริมและแก้ไขปัญหาในเรื่องคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
2. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นพื้นฐานในการทำวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มาใช้บริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

เกษม ตันผลาชีวะ [23] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับสติปัญญาหรือความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ ไปในลักษณะผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน เราจึงอาจกล่าวได้ว่า การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด

บุญชู อนุศาสนนันท์ [24] กล่าวว่า การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่สอดคล้องประสานกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในลักษณะผ่อนคลาย ลักษณะของการนอนหลับ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่คงที่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลยแสดงพฤติกรรม โดยนอนร่างกายลงในท่านอนสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

ดารัสณี โพธารส [25] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพจิตใจ อารมณ์และสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว ความพึงพอใจในตนเอง เป็นต้น

Bahr. [26] กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัว ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อบรรเทาความเครียดและความรำคาญใจ เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายและจิตใจที่ได้รับความเสียหายนั้นจะได้รับการสร้างเสริม และฟื้นฟูสภาพ สามารถปลุกให้ตื่นได้โดยการให้สิ่งเร้าที่เหมาะสม

Guyton [27] กล่าวว่า การนอนหลับ เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัว แต่สามารถถูกปลุกให้ตื่น ได้โดยสิ่งเร้าที่พอเพียง และยังได้อธิบายลักษณะของการนอนหลับว่า ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง

Webster & Thompson. [28] กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิตและการทำหน้าที่ของร่างกาย การนอนหลับเกิดขึ้นตามธรรมชาติและมีรูปแบบที่ซ้ำกัน

Wood. [29] กล่าวว่า การนอนหลับ เป็นสภาพที่มีลักษณะเป็นการชั่วคราวเป็นช่วงๆ ไม่ติดต่อกันและสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา ลักษณะที่เห็นได้ชัด คือ การเพิ่มระดับของ thresholds ของความไวต่อการรับรู้โดยทั่ว ๆ ไป และการแสดงอาการรำคาญมากขึ้น ลักษณะภายนอกที่เด่นชัด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เปลือกตาปิดหรือหรี่ลง มีการหยุดพักหายใจบ้าง หายใจช้าลง ดังนั้น พอจะสรุปได้ว่า การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนและสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต และความต้องการในการนอนมีทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ จะแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในทางผ่อนคลาย ลักษณะการนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือไม่มีเลย โดยพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา มีการหยุดพักหายใจบ้าง หัวใจเต้นช้าลง หายใจช้าลง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกตื่นได้ โดยการกระตุ้นสิ่งเร้าที่เหมาะสม

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับ และการตื่นเป็นปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน อันเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทชีวเคมีในสมอง ตามทฤษฎีดังกล่าวต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีผลโดยอ้อม (passive theory of sleep) ทฤษฎีกล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากสมองส่วน แอนเซนดิง เรติคูลาร์ แอคติเวติค ซิสเท็ม (ascending reticular activating system : ARAS) ซึ่งทำหน้าที่ในขณะที่ตื่นจะลดการทำงานลง ส่งผลให้การกระตุ้นสมองส่วนนอก คอร์เท็กซ์ ทำให้รู้สึกง่วงนอนและเข้าสู่วงจรการนอนหลับ แต่ในระยะต่อมาได้มีการศึกษาและทดลอง ได้ข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับแนวคิดดังนี้

2.2 ทฤษฎีผลโดยตรง (active theory of sleep) ในปัจจุบันนี้เป็นที่ยอมรับกัน คือ การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น เนื่องจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มในก้าน

สมองบริเวณใต้มิดพอนส์ (midpons) ได้แก่ เซลล์ประสาททราเพ (raphe nuclei) เซลล์ประสาทบริเวณรอสทราล โซลิตารี แทรค (rostral solitary tract) และนิวเคลียส เรติคูลาริส เวนทราลิส (nucleus reticularis ventralis) ซึ่งหลังสารสื่อประสาทชื่อ ซีโรโทนิน เมื่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกลดลงร่วมกับมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม เช่น ความอบอุ่น ความอึดหรือสิ่งเร้าที่เกิดซ้ำๆ และสม่ำเสมอ จะทำให้เซลล์ประสาทเหล่านี้ทำงานเพิ่มขึ้น และมีผลยับยั้งการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ ที่สำคัญคือส่วนเปลือกสมองคอร์เท็กซ์ (cortical cortex) โดยการขัดขวางการทำงานของส่วนเรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน (inhibit reticular formation) ผลคือ เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างช้า (non-rapid eye movement sleep : NREM) ส่วนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep : REM) ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาท โลกัส ซีรูเลียส (locus coeruleus) และใจแกนโทรเซลลูลาร์ เทกเมนทัล ฟิวลด์ (gigantocellular tegmental field : GTF) ในสมองส่วนพอนส์ ซึ่งหลังสารนอร์แอดรีนาลีนและ อะซีทิลโคลีน ตามลำดับ

2.3 ทฤษฎีสารชีวเคมี (humoral theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ช่วงเวลาที่ตื่นขณะร่างกายมีกิจกรรมจะมีการสร้างของเสีย (chemical toxin) ซึ่งมีผลให้บุคคลเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับ ระหว่างการนอนหลับร่างกายจะมีการขจัดสารที่ทำให้หลับ (hypnotic toxin) ออกจากร่างกายทำให้เราตื่นขึ้น แต่ทฤษฎีนี้ถูกโต้แย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่า แผลดสยามอิน-จัน ซึ่งมีระบบไหลเวียนร่วมกันแต่กลับนอนหลับคนละเวลา และมีแบบแผนการนอนหลับที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนักสรีรวิทยาและนักชีวเคมีค้นพบสารชีวเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเหนี่ยวนำให้ร่างกายผ่อนคลาย และนอนหลับ ได้แก่ กรดแกมมา-อะมิโนบิวไทริก (gamma-aminobutyric tyric acid : GABA) เปปไทด์ (peptides) พรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) เมลาโทนิน (melatonin) และฮอร์โมนอื่นๆ การมีสารต่างๆ ดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับเกิดกระบวนการผ่อนคลาย อาจเป็นผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับได้

2.4 ทฤษฎีสร้างทดแทน (restitution theory) ทฤษฎีนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่า การนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอหรือใช้ไปในขณะตื่น การนอนหลับระยะที่ 3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านร่างกาย ส่วนการนอนหลับแบบ REM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านจิตใจ บางคนเชื่อว่าช่วงที่ร่างกายได้นอนเต็มที่ คือ ช่วง REM โดยเฉพาะ 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ ระบบประสาทจะมีการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) เพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการนำอะมิโนแอซิดเข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิดการสังเคราะห์โปรตีน แต่อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ก็ยังมีข้อโต้แย้งว่า เซลล์ที่ได้รับ

การกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์โปรตีนนั้น จะต้องใช้อินซูลิน ร่วมด้วย แต่ในร่างกายกลับไม่พบอินซูลินในระยะแรกของการนอนหลับ

3. วงจรการนอนหลับ

ทั้งคนและสัตว์ส่วนใหญ่จะมีวงจรการหลับตื่นใน 1 วัน เรียกว่า circadian rhythm ซึ่งจะมีอยู่ตลอดถึงแม้ว่าจะให้อยู่ในที่มืดตลอดเวลา หรืออยู่ในที่สว่างตลอดเวลาก็ตาม วงจรนี้เกิดขึ้นจากการควบคุมภายในร่างกาย แต่สามารถปรับแต่งวงจรนี้ให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ จากการศึกษาพบว่า circadian rhythm นี้ถูกควบคุมโดยบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่เป็นนาฬิกาในร่างกาย (biological clock) ซึ่งได้แก่ suprachiasmatic nuclei (SCN) ของไฮโปทาลามัส ซึ่งมีการติดต่อใกล้ชิดกับจอตาทาง retinohypothalamic tract การใช้ไฟฟ้ากระตุ้น SCN ของไฮโปทาลามัส พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm นอกจากนี้ยังพบว่า SCN ยังถูกควบคุมอยู่หลายทาง เช่น ทางฮอร์โมน หรือทางวิถีประสาทที่แสดงการติดต่อของ SCN สมองบริเวณอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหลับตื่นยังไม่ทราบโดยละเอียด แต่อาจสรุปการติดต่อของ SCN กับสมองส่วนอื่นๆ ได้ คือ SCN รับข้อมูลจากจอตาทั้งทางตรงและทางอ้อม จาก SCN จะส่งเส้นประสาทส่วนใหญ่ไปยัง anterior hypothalamic area และ retrochiasmatic area และส่งเส้นประสาทส่วนใหญ่ไปยัง Lateral hypothalamic area, tubular hypothalamus, basal forebrain และ midline thalamus พบว่า มีการติดต่อกันอย่างกว้างขวาง ระหว่าง anterior hypothalamic area, retrochiasmatic area และ lateral hypothalamic area กับ ischemic reticular formation ซึ่งรวมไปถึง locus coeruleus, dorsal raphe และ lateraldorsal segmental nucleus และตามที่ทราบแล้วว่า reticular formation จะส่งกระแสประสาทไปทุกส่วนของ ซีรีบรัม คอร์เทกซ์ อาจทางตรงหรือผ่านทาง nonspecific thalamic nuclei, lateral hypothalamus หรือ nucleus basalis ดังนั้น จึงมีวิถีประสาทจำเพาะสำหรับ SCN ในการควบคุม circadian rhythm ของวงจรหลับตื่นผ่านทางวงจรประสาทดังกล่าว

ระยะของการนอนหลับ (Sleep Stage)

การนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวภาพ มีกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นระดับของพฤติกรรมที่มีจังหวะและวงจร ตลอดระยะเวลาของการนอนหลับ จะมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวเคมี แบบแผนการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่จะเริ่มต้นด้วยระยะการนอนหลับ โดยจะค่อยๆ ว่างนอน ร่างกายทุกส่วนจะคลายตัว ปกติใช้เวลาานที่สุุดประมาณ 10-30 นาที แต่ถ้าบุคคลนั้นหลับยาก อาจจะใช้เวลานานเป็นชั่วโมงหรือมากกว่าได้ [30] นักวิจัยได้แบ่งขั้นตอนการนอนหลับโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือ โพลีซอมโนกราฟี

(polysomnography) ซึ่งเป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างต่อเนื่องในขณะหลับ โดยทั่วไปจะตรวจบันทึก 3 ตัวแปร ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electro encephalogram : EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electro oculogram : EOG) และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electro myelogram : EMG) [31] โดยปกติการนอนหลับในคนปกติแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

3.1 ระยะการนอนหลับที่มีการรกลอกลูกตาช้า (NREM) เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพรียงกัน (synchronized) ภายใต้ออกตาที่ปิดอยู่ ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เริ่มลดลง คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (slow voltage and fast or high frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูงและความถี่ต่ำ (high voltage and slow wave) การนอนหลับช่วงนี้อาจมีชื่อเรียกต่างๆ กัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (Stage I Sleep) เป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากตื่นเป็นหลับหรือกำลังเคลิ้มหลับ (falling sleep) ความคิดไม่ผูกพันกับความจริง ปกติการนอนในระยะนี้จะนานเพียง 7 นาที ปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองค่อยๆ เปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (alpha wave) เป็นคลื่นเธตา (theta wave) โดยความถี่ลดลงแต่ยังเร็ว ในขณะที่ความแรงไฟฟ้า (amplitude) ยังอยู่ในระดับต่ำ ลูกตากลอกไปมาตามแนวนอนช้าๆ รู้สึกเคลิ้มๆ เลื่อนลอยและผ่อนคลาย อัตราชีพจรและการหายใจลดลง อาจพบมีกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและแขนขากระตุก (myoclonic jerks) ถูกปลุกให้ตื่นง่ายโดยเสียงเบาๆ เช่น เสียงพูด เสียงเปิดปิดประตู หรือ การสัมผัสอย่างเบาๆ ถ้าตื่นขึ้นในระยะนี้จะรู้สึกว่าตนเองยังไม่ได้นอนหลับ หรือเพียงครึ่งหลับครึ่งตื่นเท่านั้น ระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของปริมาณการนอนหลับ [32]

ระยะที่ 2 (Stage II Sleep) เป็นระยะหลับตื้น (Light Sleep) เป็นระยะที่มีการหลับอย่างแท้จริงเป็นระยะแรก ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ลักษณะคลื่นสมองเป็นคลื่นเธตาที่มีความถี่ไม่สม่ำเสมอในช่วงต้นแล้วจึงค่อยๆ ลดลง ความแรงไฟฟ้าต่ำแล้วค่อยๆ สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับ ร่วมกับปรากฏคลื่นที่มีลักษณะเฉพาะ 2 ชนิด คือ ช่วงคลื่นสปินเดิล (Spindle shape หรือ Sleep spindles) ซึ่งมีลักษณะเป็นคลื่นหัวท้ายเรียวแหลมเท่ากัน มีความถี่สูง และ เค คอมเพลกซ์ (K complex) ซึ่งมีลักษณะเป็นคลื่นเดี่ยวหัวตั้งตามด้วย หัวกลับที่มีความแรงไฟฟ้าสูงกว่าปกติ คลื่นทั้งสองชนิดนี้จะปรากฏแทรกเป็นระยะๆ โดยไม่สัมพันธ์กัน การนอนหลับระยะที่ 2 นี้มักไม่มีการรกลอกลูกตาหรือมีน้อยมาก เป็นระยะที่ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิร่างกายลดลง การหายใจสม่ำเสมอและช้าลง มีการถอนหายใจเป็นครั้งคราว เริ่มหลับลึกลงเรื่อยๆ ถ้าถูกกระตุ้นแรงๆ จะสะดุ้งตื่นได้ แต่ถ้ากระตุ้นเพียงเบาๆ จะไม่ทำให้ตื่น ระยะนี้

พบได้ประมาณร้อยละ 45-55 ของปริมาณการนอนหลับ

ระยะที่ 3 (Stage III Sleep) เป็นระยะหลับปานกลาง (Medium Sleep) หรือหลับสนิท เริ่มเข้าสู่ระยะนี้ใน 30-45 นาที หลังเริ่มต้นนอนหลับ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นเดลตา (Delta wave) ซึ่งมีความถี่คลื่นช้า และมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างมาก ยังปรากฏคลื่นเคคอมเพลกซ์ และสปินเดิล แต่ปริมาณลดลง กล้ามเนื้อคลายตัวมากขึ้น ระยะนี้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่น มีผลให้สัญญาณชีพ และอัตราการเผาผลาญอาหารลดลงอยู่ในระดับต่ำ ในระยะนี้จะถูกปลุกให้ตื่นได้ยาก ร่างกายจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง สิ่งเร้าภายนอกปกติไม่สามารถปลุกให้ตื่นในระยะนี้ พบได้ประมาณร้อยละ 3-8 ของปริมาณการนอนหลับ

ระยะที่ 4 (Stage IV Sleep) เป็นระยะหลับลึก (Deep Sleep) หรือหลับสนิทที่สุดสู่ระยะนี้หลังการหลับระยะที่ 1 ประมาณ 40 นาที ลักษณะคลื่นสมองเป็นคลื่นเดลตาแยกจากระยะที่ 3 ด้วยความถี่ต่ำ ความแรงของไฟฟ้าสูงไม่ต่ำกว่า 75 ไมโครโวลต์ และมีความสม่ำเสมอ โดยมีลักษณะเช่นนี้มากกว่าร้อยละ 50 ของคลื่นสมองที่ปรากฏแผ่นบันทึก ระยะที่ 4 นี้จะคงอยู่นานประมาณ 20-40 นาที เป็นระยะที่ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ มีความสำคัญต่อกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและการสะสมพลังงานของร่างกายระดับซีโรโทนิน (serotonin) ระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (growth Hormone) และระดับโซมาโตโทรฟิกฮอโมน (somatotrophic hormone) เพิ่มขึ้น คนที่อดนอนจะนอนหลับในระยะนี้เพิ่มขึ้นและนานขึ้น ปริมาณเวลาของการนอนหลับระยะที่ 4 จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนในครั้งนั้นๆ ระยะนี้อาจจะยังมีการกลอกลูกตาบ้างเล็กน้อย อัตราการเผาผลาญอาหารอยู่ในระดับต่ำและคงที่ กล้ามเนื้อผ่อนคลายเกือบสมบูรณ์ อัตราชีพจรและการหายใจลดลงถึงร้อยละ 20-50 เมื่อเทียบขณะตื่น ปลุกให้ตื่นได้ยาก และตื่นช้า อาจมีการละเมอ หรือฝันเปียกได้ในระยะนี้ ระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของปริมาณการนอนหลับ

การถูกปลุกให้ตื่นในการหลับชนิด NREM ไม่ว่าจะในระยะใด บุคคลจะต้องเริ่มต้นใหม่ด้วยการเริ่มต้นระยะที่ 1 เสมอ การหลับชนิด NREM ระยะที่ 3 และ 4 อาจจะเรียกรวมกันว่าการหลับระยะคลื่นช้า (slow wave sleep : SWS หรือ Delta) เนื่องจากคลื่นสมองช้า ความถี่ต่ำอย่างน้อยร้อยละ 20 เป็นช่วงที่มีระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตจะต่ำสุดในรอบ 24 ชั่วโมง แต่การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น

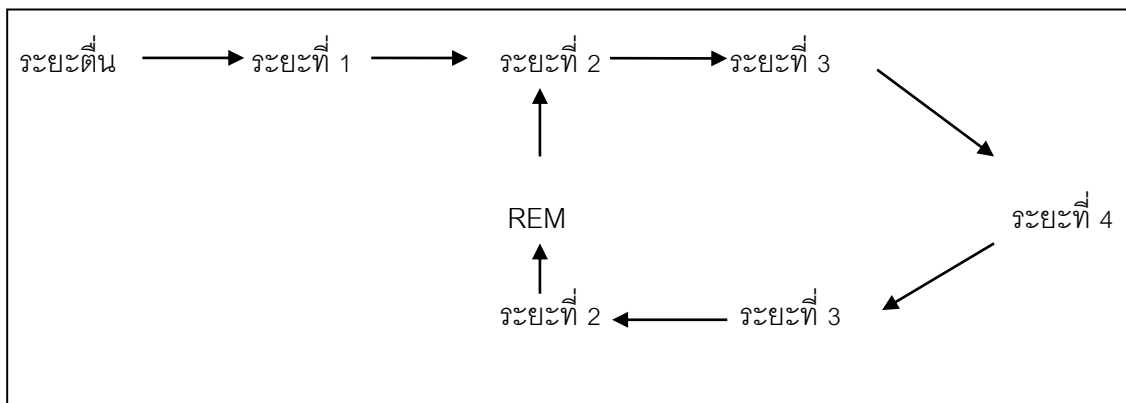
3.2 ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM)

ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวมากกว่าระยะอื่น เนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเด่นกว่าพาราซิมพาเทติก

ลักษณะคลื่นสมองการเปลี่ยนแปลงเป็นเร็วขึ้น ความแรงของไฟฟ้าต่ำเหมือนในขณะตื่นอยู่ พบคลื่นลักษณะคล้ายฟันเลื่อย (saw tooth wave) เป็นบางช่วง แต่กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีการคลายตัวมากที่สุด ยกเว้นกล้ามเนื้อตาไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยลักษณะที่เกิดร่วมกันระหว่างการตื่นและหลับสนิท จึงเรียกการหลับระยะนี้ว่า การหลับแบบพาราดอกซ์คัล (paradoxical sleep or desynchronized sleep or activity sleep) ในระยะนี้จะมีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วเป็นระยะ ๆ มีการฝันที่ชัดเจน มักเป็นเรื่องราวที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันน้อย อาจมีการแสดงออกที่ใบหน้า เช่น ยิ้ม หัวเราะ เศร้า และร้องไห้ การหลับชนิดนี้เป็นการหลับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีผลต่อการเรียนรู้ การลดความวิตกกังวลและความเครียด เชื่อว่าสารเคมีหลัก 3 ตัว คือ ซีโรโทนิน (serotonin) อะซีทิลโคลีน (acetylcholine) นอร์อีพิเนพริน (norepinephrine) ปลูกให้ตื่นได้ยาก ถ้าถูกปลูกให้ตื่นขึ้นในระยะนี้ จะรู้สึกใจหวิว เหมือนตกจากที่สูงและจำความฝันได้มาก ในระยะนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา คือ การไหลเวียนโลหิตในสมอง ความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจรและการหายใจสม่ำเสมอ และอาจจะสูงกว่าในขณะตื่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก และอาการจะหายไปเมื่อผ่านการนอนช่วงนี้

นอกจากนี้ การหลังกรดในกระเพาะอาหาร การหลังฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ อัตราการเผาผลาญอาหาร อุณหภูมิร่างกายและการใช้ออกซิเจนจะเพิ่มขึ้น ผู้ชายทุกวัยมักมีการแข็งตัวขององคชาติเกิดขึ้นในระยะนี้เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวในวงจรแรกๆ ของการนอนหลับ (ช่วงตื่น) จะมีการหลับระยะนี้สั้นคือ ประมาณ 1-5 นาที และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นในวงจรต่อไป จนกระทั่งกินเวลาประมาณ 20-40 นาที เมื่อใกล้ตื่น การหลับช่วงสุดท้ายของระยะ REM เป็นระยะเตรียมตัวตื่น (intermediate stage) มักมีการถอนหายใจนำมาก่อนแล้วเริ่มเหยียดแขนขา พลิกตัว อาจกลับนอนหลับใหม่ แต่ในช่วงนี้สามารถปลุกให้ตื่นได้ง่าย การหลับปกติจะมีการหลับชนิด REM เป็นวงจรทุก ๆ 70-100 นาที ยิ่งหลับนานเท่าใด ระยะเวลาของการหลับชนิด REM จะยิ่งนานมากขึ้น

การหลับของคนปกติจะผ่านเข้าสู่การหลับระยะ NREM ระยะที่ 1,2,3 และ 4 ก่อนเข้าสู่การหลับระยะ REM และ REM จะเกิดหมุนเวียนสลับกันเป็นวงจร โดยวงจรการนอนหลับพื้นฐาน คือ เมื่อเริ่มต้นนอนหลับ คลื่นไฟฟ้าสมองจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะที่ 1 ต่อไปเป็นระยะที่ 2,3 และ 4 หลังจากนั้นก็กลับมาเป็นระยะ 3,2 และระยะ REM ในวงจรต่อมาจะต่อเนื่องเข้าสู่ระยะที่ 2 โดยข้ามระยะที่ 1 ไป และดำเนินระยะต่างๆ โดยอาจเรียงลำดับและมีระยะเวลาของแต่ละช่วงแตกต่างกันไป ดังแสดงในรูปที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดง วงจรการนอนหลับพื้นฐาน 1 วงจร

วงจรการนอนหลับจะมีพัฒนาเป็นรูปแบบชัดเจนขึ้นเริ่มตั้งแต่อายุ 2 ปี และในแต่ละวัยจะมีรูปแบบของวงจรการนอนหลับที่แตกต่างกัน

อายุ 20 ปี รูปแบบของวงจรการนอนหลับ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโดยการนอนหลับระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น ระยะที่ 3 และ 4 ลดลง เหลือร้อยละ 15-20 ช่วง REM เริ่มลดลงเหลือร้อยละ 20 โดยจะคงที่ไปตลอดชีวิต

อายุ 40 ปี การนอนหลับระยะที่ 4 เริ่มลดลง

อายุ 50 ปี การนอนหลับระยะที่ 4 ลดลงถึงร้อยละ 50

วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพการนอนหลับมีแนวโน้มลดลง ระยะต่างๆ ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป การนอนหลับระยะที่ 1 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของปริมาณการนอนหลับทั้งหมดแต่ระยะที่ 3 และ 4 ลดลงเกือบไม่มี

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

การนอนหลับที่เพียงพอกับความต้องการของแต่ละบุคคล หมายถึง การหลับที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณ โดยส่งผลให้บุคคลนั้นๆ แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า และปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ หลังจากตื่นนอนแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

4.1 อายุ เป็นปัจจัยขั้นปฐมภูมิในการกำหนดปริมาณและลักษณะของการนอนหลับที่จะมีผลต่อรูปแบบวงจรการนอนหลับ ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยสูงอายุ โดยประสิทธิภาพของการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น บุคคลที่สูงอายุมักจะมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากหนุ่มสาว บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการนอนหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี เนื่องจากการหลับระยะคลื่นช้า จะสูงสุดช่วงวัยรุ่น จะลดลงอย่างสม่ำเสมอ โดยจะเหลือการหลับระยะคลื่นช้าประมาณร้อยละ 15-20 ของ

การหลับทั้งหมดในคนอายุ 20 ปี และจะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มีการหลับระยะคลื่นช้าเลยในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป คนหนุ่มสาวจะหลับยาก แต่ถ้าเริ่มหลับได้จะหลับตลอด ส่วนในคนสูงอายุไม่มีปัญหาตอนเข้านอน แต่จะหลับยาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทน้อยมีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ตื่นบ่อยตลอดคืน และมักตื่นเช้าตรู่พร้อมกับรู้สึกว่านอนไม่เพียงพอ [33] จากการศึกษาของแมคจี และรัสเซล [34] พบว่าในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่หลับได้น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน เหตุผลของการตื่นบ่อยครั้งมาจากความไม่สุขสบายของร่างกาย หรือจากการถ่ายปัสสาวะ

4.2 ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ จากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน อาจเป็นสิ่งรบกวน (Daily hassles) ให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล โศกเศร้า หรือแม้แต่อารมณ์ตื่นเต้นมีผลต่อการนอนหลับ ร่างกายจะมีการหลั่งนอร์แอดรีนาลีน ซึ่งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับยาก [35] หรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอ หรือในบางคนอาจจะหลับมากกว่าปกติ และปลุกตื่นได้ยากจากการเปลี่ยนระยะการนอนหลับเร็วเกินไป ทำให้นอนหลับได้ไม่ครบวงจรการนอนหลับ โดยระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง [36] ส่วนในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีระดับโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase) สูงขึ้น ซึ่งเอนไซม์นี้จะสลายนอร์ดรีนาลีน และซีโรโทนิน หรือ 5-HT (hydroxyl-tryptamine) ทำให้บุคคลเหล่านี้หลับยาก และตื่นบ่อยเมื่อหลับแล้ว ตามที่สโตนอิวส์ [36] กล่าวว่า ความเศร้าเป็นต้นเหตุของการนอนไม่หลับ ความวิตกกังวลจะทำให้นอนหลับยาก และตื่นบ่อยได้เป็นผลให้นอนหลับไม่เพียงพอจากการศึกษาของ บุญชู อนุศาสนันท์ [24] พบว่า ความกลัวและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาภรณ์ โกศล [37] ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ไม่ปกติ เนื่องจากความหลับและวิตกกังวล หรือความเครียดนั้นจะนอนหลับได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่สุขภาพจิตและอารมณ์ที่ปกติ

4.3 สภาวะทางร่างกาย คือ สภาวะของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ได้แก่

4.3.1 ความเจ็บปวด เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีผลรบกวนการนอนหลับ โดยเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ปวดจากข้ออักเสบ มะเร็ง บาดแผลที่หลังส่วนล่าง หรือมีแผลในกระเพาะอาหาร เพราะว่าความเจ็บปวดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ทำให้แคทีโคลามีน กลูคาγον คอร์ติซอล ซึ่งเป็นฮอร์โมนประเภทสเตียรอยด์ และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หงุดหงิด เป็นต้น ผลจากความเจ็บปวดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง หลับยากขึ้น ระยะหลับลึกลง และทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ในผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ หรือ

ลำไส้ จะตื่นขึ้นภายหลังจากหลับแล้ว เพราะความเจ็บปวดจากกรดที่มีการหลั่งมากขึ้น ในระยะการนอนหลับช่วง REM (ประมาณ 01.00-03.00 น.) โดยในช่วงนี้มักมีการหลั่งกรดสูงสุด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ในผู้ที่มีปัญหาในระบบหลอดเลือดและหัวใจ มักจะมีอาการกำเริบในตอนกลางคืน ในระยะ REM เพราะช่วงนี้ร่างกายต้องการออกซิเจนมาก หัวใจทำงานมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

4.3.2 การหายใจลำบาก การหายใจถือว่าเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต อาการหายใจลำบากมักจะรุนแรงขึ้นในขณะนอนหลับเนื่องจากกล้ามเนื้อฟาริงซ์ (pharyngeal muscle) คลายตัวทำให้ทางเดินหายใจมีแรงต้านมากขึ้น ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้ง และการระบายอากาศใน 1 นาที ลดลง ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการอุดตันในระบบทางเดินหายใจ มักมีปัญหการนอนหลับ โดยตื่นบ่อยครั้งร่วมกับมีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง และจะถูกรบกวนการนอนหลับได้มากขึ้นในกลุ่มที่มีความรุนแรงของระบบทางเดินหายใจมากกว่า

4.3.3 การไอ มักพบในผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ มักจะมีอาการไอร่วมด้วย เพราะการไอเป็นกลไกการป้องกันตัวของร่างกายเพื่อแสดงให้เห็นว่ามีสิ่งระคายเคืองอยู่ในระบบทางเดินหายใจ และผู้ที่แพ้ฝุ่นละออง อากาศ และสิ่งแปลกปลอมต่างๆ โดยเฉพาะเวลาที่ไอกลางคืนจะรบกวนการนอนหลับมาก นอกจากนี้การไอเป็นอาการสำคัญของภาวะหัวใจเวเนทริเคิลซ้ายวาย ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยการไอจะเกิดร่วมกับอาการเหนื่อยยิ่งทำให้รบกวนการนอนหลับมากยิ่งขึ้น

4.3.4 อาการชาตามแขนและขา อาการชาเกิดจากประสาทส่วนปลายที่รับรู้ความรู้สึกถูกทำลายหรือถูกทำให้เสียหายที่ ซึ่งมักพบร่วมกับโรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเกิดจากยา หรือสารเคมีบางอย่าง เช่น สารหนู (arsenic) หรือสารตะกั่ว หรือเกิดจากการที่ขาดสารอาหารบางชนิดเช่น พกวิตามิน B₁, B₆ และ B₁₂ เป็นต้น อาการชาทำให้รู้สึกไม่สุขสบายจึงเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ

4.3.5 อาการแน่นท้อง จากการรับประทานอาหารมากเกินไป หรือเกิดจากการที่อาหารไม่ย่อย หรือเกิดจากการมีโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคตับแข็ง ตับโต ทำให้มีอาการแน่น ท้องอืดมาก เป็นผลให้หายใจลำบาก เนื่องจากแก๊สหรือน้ำในช่องท้องไปดันกระบังลม และช่องทรวงอก ทำให้แน่นอึดอัด หายใจไม่ออก ทำให้นอนไม่หลับได้

4.3.6 การปัสสาวะบ่อย อันเนื่องมาจากการเป็นเบาหวาน เบาเจ็ด หรือจากการที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้มีการขับปัสสาวะมาก ทำให้ตื่นบ่อย นอกจากนี้ยังอาจจะเกิดจากการ

มีพยาธิสภาพที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีการอักเสบจากการเป็นนิ่ว ทำให้ปัสสาวะบ่อยจากการถูกระตุ้นของกล้ามเนื้อทริเซอร์ ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ ทำให้ส่งผลต่อการนอนหลับได้

4.3.7 อาการคัน ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุทั้งจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศหนาว ทำให้ผิวหนังแห้งและคัน ส่วนอากาศร้อนทำให้เหงื่อออกมากเกิดการอับชื้นทำให้คันได้เหมือนกัน สำหรับการติดเชื้อที่ผิวหนังก็ทำให้เกิดอาการคันได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังอาจจะเกิดจากการโดนแมลงสัตว์ กัดต่อย หรือจากการแพ้ยา เพราะว่ายบางชนิดมีฤทธิ์กระตุ้นแมสเซลล์ (mast cell) ทำให้มีการหลั่งฮีสตามีน (histamine) ออกมาทำให้เกิดอาการคัน และในบางโรคพวกดีซ่าน หรือตับอักเสบ น้ำดีไม่สามารถไหลลงถึงลำไส้เล็ก ส่วนดูโอเดนิ้มได้ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำดีในร่างกายเกิดการคันได้ เมื่อมีอาการคันจึงทำให้รบกวนการนอนหลับได้

4.3.8 ความหิว ความหิวถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปธาลามัส (lateral hypothalamus) ความหิวจะเกิดขึ้นเมื่อมีระดับกลูโคส หรือกรดอะมิโนในเลือดต่ำ โดยระดับกลูโคสจะมีผลต่อการเกิดความหิวมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรืองดน้ำ-อาหาร หรือมีพยาธิสภาพของโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ทำให้หิวบ่อย เมื่อมีอาการหิวก็จะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย จึงทำให้มีปัญหาหลับยากได้

4.3.9 อาการปวดเมื่อย หมายถึง อาการเพลียของกล้ามเนื้อ หรือเมื่อยลำแขน เนื่องมาจากการใช้กล้ามเนื้อมากเกินไป ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง ยืน เดิน เป็นเวลานานหลายชั่วโมงจนเกินไป การบรรเทาอาการสามารถทำได้โดยการนวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

4.4 วงจรชีวิตภาพในรอบวัน การนอนหลับของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับวงจรชีวิตภาพในรอบวันอย่างมาก สำหรับบุคคลทั่วไป ในเวลาเช้าตรู่จะเป็นช่วงที่ร่างกายมีระดับการทำงานที่ลดลงต่ำที่สุด แต่ในบุคคลบางกลุ่มนอนหลับในช่วงพลบค่ำ ตื่นแต่เช้าตรู่ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเช้า และขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งชอบนอนหลับตอนดึกๆ ตื่นสาย และมักทำงานได้ดีในช่วงบ่ายถึงกลางคืน ซึ่งวงจรชีวิตภาพนี้จะสอดคล้องกับอุปนิสัย บุคลิกภาพ ความสะดวกของแต่ละบุคคล และอาชีพ [38]

4.5 อาหารและเครื่องดื่ม บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักทั้งลดลงและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจะมีผลต่อการนอนหลับ โดยบุคคลที่มีอัตราการเผาผลาญต่ำ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งในระยะรุนแรง ที่มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จะทำให้หลับไม่สนิท ระยะหลับสนิทจะลดลง ส่วนบุคคลที่มีการสลายอาหารที่สะสมไว้มาก หรือการที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นจะทำให้หลับได้มากขึ้น และไม่ตื่นบ่อย โดยระยะหลับสนิทมากขึ้น[39] อาหารประเภทนม เนื้อสัตว์ ถั่ว เป็นอาหาร

ที่มีกรดอะมิโน แอล-ทริป โทแฟน (L-tryptophan) สูง จะช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้เร็วขึ้น เนื่องจากแอล-ทริปโทแฟน นี้เป็นสารตั้งต้นของซีโรโทนิน ส่วนการศึกษาของ Viteillo. [36] พบว่าอาหารที่มีไซโตเลียมตำนั้น มีผลทำให้การนอนหลับระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง

4.6 กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพ ช่วยให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวแข็งแรงและเพิ่มพลังกำลัง ช่วยให้มีพลังในการต่อต้านความเหนื่อยล้า ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความซึมเศร้า โดยการออกกำลังกายในปริมาณและเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้การนอนหลับให้นอนหลับได้เร็วขึ้น เพิ่มระยะเวลาการหลับทั้งการหลับแบบ NREM และ REM [40] แต่ถ้าออกกำลังกายช่วงก่อนนอน หรือหักโหมมากเกินไปจนเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จะทำให้นอนหลับได้ยาก [41] ซึ่งการออกกำลังกายจะเกิดประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างเต็มที่ เมื่อปฏิบัติด้วยความตั้งใจเป็นระบบที่สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ในปริมาณและวิธีที่เหมาะสมกับอายุ ภาวะสุขภาพ ความสามารถและความสนใจ จากการศึกษาของ อิดิงเจอร์และคณะ [42] พบว่า การออกกำลังกายขนาดปานกลาง ครั้งละ 15-30 นาที ติดต่อกัน อาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติต่อกันทุกวัน อาจออกกำลังกายเพียงวันเว้นวัน หรือ 3-4 วันต่อสัปดาห์ โดยสม่ำเสมอในช่วงบ่ายต่อกับเวลาเย็น จะให้ผลต่อการนอนหลับได้ดีกว่าในช่วงเวลาเช้าหรือกลางวัน [43]

4.7 สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ ในด้านอุณหภูมินั้น ทั้งอุณหภูมิร่างกายและอุณหภูมิห้องนอนมีผลต่อการนอนหลับ พบว่า บุคคลที่ไม่สวมเสื้อผ้า และไม่ห่มผ้าในการนอนเลย จะทำให้ตื่นได้ง่าย เมื่ออุณหภูมิลดต่ำลงถึง 26 องศาเซลเซียส อุณหภูมิร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับมีผลต่อการนอนหลับชนิด REM ได้นานกว่าอุณหภูมิห้องนอน โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายที่สูงจะเพิ่มระยะเวลาการหลับชนิด REM ได้นานกว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำ แต่ถึงอย่างไรก็ตามการควบคุมอุณหภูมิห้องก็ยังมีผลต่ออุณหภูมิร่างกาย และการนอนหลับ ส่วนแสงที่จ้าเกินไป จะทำให้คนส่วนใหญ่หลับตา และไม่สามารถข่มตานอนหลับได้ แต่ในบุคคลบางประเภท ขณะนอนหลับต้องเปิดไฟ เพื่อให้แสงสว่างเป็นเสมือนเพื่อนยามนอนหลับ และการที่มีเสียงดังเป็นพักๆ จะเพิ่มความบ่อยของการตื่น [11] กลิ่นอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ กลิ่นขยะ กลิ่นน้ำเสีย กลิ่นอาหาร กลิ่นอุจจาระ และกลิ่นสารเคมีต่างๆ เป็นต้น ซึ่งบุคคลจะมีการตอบสนองต่อกลิ่นที่แตกต่างกันในการรับรู้จะถูกทำโดย bipolar nerve cell ที่อยู่ในเยื่อหุ้มของโพรงจมูกและนำความรู้สึกไปยังประสาทสมอง คู่ที่ 1 คือ olfactory nerve แล้วนำไปแปลผลในสมองส่วน temporal lobe เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า กระเปาะของประสาทสมอง จะฝ่อลีบลงและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงด้วย ทำให้การทำ

หน้าที่รับกลืนลดลงไปด้วย ซึ่งกลืนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความรำคาญไม่สุขสบายรบกวนการนอนหลับได้ ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง จากการตื่นมาบ่อยครั้งถ้าได้กลืนอันไม่พึงประสงค์

4.8 การนอนหลับในคืนที่ผ่านมา บุคคลที่มีการอดนอนในคืนก่อน ๆ เมื่อมีโอกาสนอนหลับชดเชยในคืนถัดมาพบว่า มีการนอนหลับที่ลึกและนานมากขึ้น ส่วนบุคคลที่นอนหลับทั้งวันหลังจากการทำงานในช่วงเวลากลางคืน ก็จะไม่รู้สึกง่วงนอนในเวลานอนหลับตามปกติ ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่นอนหลับได้น้อยในคืนที่ผ่านมา หรือตื่นนอนแต่เช้ามืดกว่าปกติจะรู้สึกง่วงนอนก่อนถึงเวลานอนหลับตามปกติ ซึ่งการอดนอนเรื้อรัง หรือการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา นั้นมีผลให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเริ่มต้นการนอนหลับที่ไม่มีเวลาที่แน่นอน เมื่อมีการนอนหลับแล้วอาจนอนหลับได้เร็วขึ้นแต่ระยะเวลานอนสั้นลง ซึ่งมีผลกระทบต่อวงจรชีวิตภาพทั้งสิ้น ดังการศึกษาของ แคลนซี และแมควิคาร์ [44] ศึกษาถึงเวลาของการปรับตัวในวงจรการนอนหลับและการตื่น พบว่า ร้อยละ 55-66 ของกลุ่มตัวอย่างที่วงจรการนอนหลับและการตื่นได้ใหม่ เมื่อจัดเวลาการนอนหลับและการตื่นซ้ำติดต่อกัน 7 วัน

4.9 ยา และสารหลายชนิดมีผลกระทบต่อการนอนหลับทั้งโดยตรงและผลข้างเคียง ซึ่งผลกระทบจะรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีการใช้ยาหลาย ๆ ชนิดพร้อมกันทำให้เพิ่มปฏิกิริยาไวต่อยา และเกิดอาการข้างเคียงมากขึ้น เนื่องจากการใช้ยาจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดของตับ และปริมาณเลือดที่ผ่านตับลดลง การทำงานของเอ็นไซม์ตับลดลง ทำให้การเผาผลาญของยาโดยตับเปลี่ยนแปลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตลดลง อัตราการกรองที่หน่วยไตลดลงทำให้การขับถ่ายยาทางไตลดลง เป็นผลให้การออกฤทธิ์ของยายาวกว่าปกติ รวมทั้งเกิดการสะสมของยามากขึ้น

นอกจากนี้สารต่างๆ เช่น แอลกอฮอล์ นิโคติน และคาเฟอีน ที่ทำให้การนอนเปลี่ยนแปลง โดยแสดงปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล ดังนี้

4.9.1 นิโคติน พบว่าถ้ามีนิโคตินในกระแสเลือดต่ำ จะเป็นยานอนหลับอ่อน ๆ และช่วยผ่อนคลาย แต่ถ้ามีความเข้มข้นของนิโคตินสูงขึ้น จะทำให้ผลของการนอนหลับเร็วขึ้น เปลี่ยนเป็นความรู้สึกตื่นตัวและวุ่นวายเป็นผลของ cholinergic effect ที่นิโคตินเป็นตัว receptor การสูบบุหรี่ 1 มวน ใน 1 ชั่วโมงก่อนนอนจะทำให้ง่วงนอนช้ากว่าปกติและกลางคืนจะนอนไม่หลับ และผู้สูบบุหรี่มากจะบ่นว่านอนน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่มีตัวแปรอื่นที่สำคัญประกอบด้วย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วผู้สูบบุหรี่มากจะนอนได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 30 นาที จากการศึกษาของ เล็กเซน และคณะ [45] ทำการศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัย ระหว่าง กลุ่มสูบบุหรี่ 28 คน และไม่สูบบุหรี่ 30 คน โดยจับเป็นรายคู่ตาม อายุ เพศ และพื้นที่อาศัยเป็นเวลา 27 วัน เพื่อศึกษา

ปัญหาการนอนไม่หลับ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่จะมีคุณภาพและปริมาณการนอนหลับน้อยลง

4.9.2 แอลกอฮอล์ เป็นตัวทำให้สมองได้พักและส่งเสริมการนอนหลับและผลของแอลกอฮอล์จะมีการนอนหลับระยะคลื่นช้ามากขึ้น และลดจำนวนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว เพราะว่า มีกลไก เมตาบอลิซึมที่เร็ว จึงทำให้ผลการกดประสาทลดลงในเวลา กลางคืน จึงมีการย้อนกลับทำให้ตื่นเร็วขึ้น เมื่อความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดใกล้ ศูนย์ ขณะเดียวกันจะเพิ่มจำนวนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วในคืนต่อมา การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อการนอนหลับของโยเคอิ และคณะ [46] พบว่าการให้ปริมาณ แอลกอฮอล์ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จะช่วยให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพและไม่ผลเสีย ต่อการปฏิบัติงานในวันถัดไปด้วย แต่ในขณะเดียวกันผู้ดื่มแอลกอฮอล์มากจะพบว่ามีการ แปรปรวนการนอนหลับ รวมทั้งการนอนไม่หลับ ง่วงนอนตอนกลางวัน (hypersomnia) และ ชัดขวางวงจรการนอนหลับคืนกับมีการงีบหลับถี่ขึ้น

4.9.3 คาเฟอีน เป็นสาเหตุที่พบในเครื่องดื่มมาก และบางครั้งในองค์ประกอบยา และผลของกาแฟต่อการนอนหลับจะเพิ่มจำนวนของการตื่นภายหลังดื่มกาแฟ 3 ถ้วย ใกล้เคียงเวลา นอน เพราะว่า คาเฟอีนจะมีครึ่งชีวิตยาว ประมาณ 5 ชั่วโมง แต่ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าการดื่ม กาแฟในตอนเย็นมีความสำคัญ การดื่มกาแฟมากกว่า 6 ถ้วย/วัน เป็นสาเหตุให้เพิ่มจำนวนการตื่น และการนอนไม่หลับ เพราะว่ากาแฟ 2-3 ถ้วย/วัน จะลดการนอนหลับระหว่างวัน ทำให้มี การแปรปรวนการนอนหลับเล็กน้อย และเป็นเหตุให้การนอนแย่ง ซึ่งมีสาเหตุจากการดื่มคาเฟอีน มากในระหว่างวัน นอกจากนี้คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งสารที่ทำให้อัตราการเต้น ของหัวใจเพิ่มขึ้น เส้นเลือดบีบตัว ความดันโลหิตมากขึ้น มีความตื่นตัว ฤทธิ์ที่ใช้กันมากที่สุดคือ การทำให้หายง่วงนอน จากการศึกษาของ เคลลี และคณะ [47] พบว่า เมื่อได้รับคาเฟอีนปริมาณ 400 มิลลิกรัม ภายหลังจากการอดนอนจะช่วยให้มีการตื่นตัวและสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่ากลุ่ม ที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ประโยชน์ของการนอนหลับ

5.1 ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ สร้างและสะสมพลังงานใน ช่วงเวลาหลับสนิท โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ เป็นภาวะที่เหมาะสมในการ สังเคราะห์โปรตีน เนื่องจากมีการสร้างและสะสมพลังงาน (ATP) ไว้ในเซลล์เพิ่มขึ้นและจะมี ระดับสูงพอที่จะช่วยให้มีการสังเคราะห์โปรตีนมากขึ้น และเผาผลาญกรดไขมัน (ribonucleic acid : RNA) ให้เป็นพลังงาน เซลล์ของอวัยวะต่างๆ แบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยการสังเคราะห์ไซ

กระดูก และผิวหนัง และใช้เวลาอย่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของระยะเวลาการแบ่งตัวในขณะที่ตื่น [36] เนื่องจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าจะมีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งกระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone : GH) เข้าสู่กระแสโลหิตมากขึ้นในระยะหลับสนิท [48] ซึ่งแตกต่างกับในเวลากลางวันที่ร่างกายมีการเผาผลาญและใช้พลังงานมาก เนื่องจากมีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสลายอาหารในเนื้อเยื่อเป็นพลังงาน (catabolic hormones) เช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) กลูคาγον (glucagons) แคทีโคลามีน (catecholamine) เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวกดการสังเคราะห์โปรตีน ดังนั้นระยะหลับสนิท ซึ่งมีส่วนส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ซึ่งถูกกดในภาวะเครียด หรือมีระดับคอร์ติโคสเตอรอยด์สูง [36] การหลับสนิทเป็นช่วงที่ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต และอัตราการใช้ออกซิเจนในสมองเพิ่มขึ้น จึงเชื่อว่า เป็นระยะการซ่อมแซมและสะสมพลังงานของสมอง โดยผ่านกลไกการทำงานของสารแคทีโคลามีน ทั้งนี้เพื่อปรับหรือรักษาสมดุลของศูนย์ประสาทต่างๆ หลังจากการทำงานของเซลล์ประสาทบางกลุ่มในขณะที่ตื่น [31] ตามทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุง (restorative theory) ที่เชื่อว่าช่วงเวลาหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ [49]

5.2 ส่งเสริมการเรียนรู้ ความจำ และการทำงานด้านจิตใจ

ช่วงเวลาการหลับจะมีการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมและการทำงานของจิตใจยังดำเนินต่อไป การหลับที่ดีจึงมีบทบาทในการกระตุ้นสมอง ซึ่งการกระตุ้นนี้ช่วยให้เกิดการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลางเข้าสู่วุฒิภาวะ ให้มีบทบาทในการเก็บความทรงจำโดยร่วมกับเมลาโทนิ (melatonin) และโมโนเอมีน (monoamine) [27] โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในแต่ละวัน ระบบข้อมูลใหม่ รวบรวมประสบการณ์ที่สำคัญไว้ และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็น เพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อม สำหรับการเผชิญวันใหม่ [40] การนอนหลับระยะ REM จะมีการฟื้นฟู ซ่อมแซมจิตใจ มีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงาน ด้านจิตใจ รวมทั้งการปรับตัวตามระยะการเจริญเติบโต เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากในระยะนี้จะมีการไหลเวียนโลหิตในระบบประสาทเพิ่มขึ้น ช่วยให้การสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ และการบันทึกความจดจำในศูนย์ต่างๆ ในสมอง [31] ดังนั้นบุคคลในวัยทารกและวัยเด็ก จึงมีการนอนหลับระยะ REM มากกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมีอัตราการพัฒนากายทางสมองสูง [36]

ดังนั้น การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน การนอนหลับที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยรักษาสุขภาพ ให้อยู่ในสมดุลได้ โดยการ

ชุดเซยพลังงานเพื่อการทำกิจกรรมประจำวัน และการดำรงชีวิตในสังคม การนอนหลับที่มีคุณภาพดีจะสามารถช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีการทำงานเป็นผลัดตารางการปฏิบัติงานที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีการนอนหลับที่ไม่เหมือนกับบุคคลที่มีแบบแผนการนอนที่ปกติโดยทั่วไป เมื่อมีการนอนหลับที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี และสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมีมาตรฐาน

6. คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นหลายอย่างในแต่ละระยะของการนอนหลับ แสดงให้เห็นว่าการนอนหลับที่เหมาะสมจะต้องมีองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งความต้องการนอนหลับของบุคคลนั้น แตกต่างกันไปและไม่มีเกณฑ์ตายตัวที่แน่นอนที่จะบอกว่าแต่ละคนต้องการระยะเวลาในการนอนหลับเท่าใด และความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยความต้องการนอนหลับจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยคุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น

2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งคุณภาพการนอนหลับนี้เป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน และการที่จะบอกได้ว่าบุคคลนั้น ๆ มีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่นั้น สามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลคนนั้นเอง

การประเมินคุณภาพการนอนหลับในเชิงการวิจัยนั้นสามารถประเมินได้หลายอย่าง แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. Objective sleep measurement เป็นการประเมินด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่

1.1 Polysomnography เป็นการตรวจวัดการนอนด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้นตอน มีการบันทึกเป็นวงจรต่อเนื่องให้ผลที่ถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด [50] เป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyelogram : EMG)

1.2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ และต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบการประเมิน ซึ่งโดย

ปกติขณะนอนหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ในการนอนหลับช่วง REM

1.3 Night cap เป็นเครื่องมือไฟาระวังขนาดเล็กในการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ

1.4 Wrist actigraph เป็นเครื่องมือไฟาการนอนหลับติดไว้กับข้อมือของผู้รับการประเมิน วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ

1.5 Bedside monitor systems เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องไฟาระวังที่อยู่ข้างเตียง โดยแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เกิดขณะนอนหลับ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิต

2. Subjective sleep measurement เป็นการประเมินโดยการรายงานคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง วิธีนี้ได้รับความนิยมมากเนื่องจากทำได้ง่าย ไม่รบกวนต่อผู้ถูกประเมิน ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ทำได้หลายวิธี ได้แก่

2.1 การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา เป็นวิธีที่ใช้เวลาน้อย มีประสิทธิภาพ Snyder-Halpern and Vern [51] เป็นผู้สร้างมาตรวัดนี้ โดยการใช้เปรียบเทียบทางสายตา มีความละเอียดถึง 1 ใน 100 ส่วน ด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินการนอนหลับของตนเองลงบนเส้นตรงการประเมินมี 3 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพของการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา

2.2 การวัดด้วยการประเมินค่า เป็นวิธีที่ง่ายด้วยการประเมินการรับรู้ทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการนอนหลับ แสดงถึงปริมาณการนอนหลับ เป็นมาตรที่ใช้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

2.3 การใช้แบบสอบถาม โดยให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง สัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ บางคำถามให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้งการตื่นและอุปนิสัยการนอนหลับ

2.4 การสัมภาษณ์ เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บ ความสัมพันธ์การนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน พฤติกรรมประหลาดที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ

2.5 Sleep diaries เป็นการบันทึกรายงานกิจกรรมการนอนหลับและการตื่นแบบวันต่อวัน โดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละช่วง ความถี่ของการตื่นนอน เป็นต้น

2.6 การสังเกตของบุคคล เป็นวิธีที่อาศัยการสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของผู้ป่วย นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคจิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและช่วงเวลาการนอนหลับ

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพการนอนหลับมีความหลากหลายเป็นอย่างมาก การเลือกวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะในงานวิจัยนั้น ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ความสะดวกในการใช้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญคือความสามารถในการตอบปัญหาของการวิจัย สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality of Index (PQSI) ที่บัสซีและคณะสร้างขึ้น [17] ซึ่งทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน และส่วนใหญ่นิยมใช้ในการศึกษาเพื่อสำรวจเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 7 องค์ประกอบ มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถาม 5 ข้อ) ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)
2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถาม 9.1)

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อที่ 1, 3 และ 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจาก จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4) หาดด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาที่นอน (จากข้อ 3 ลบด้วยเวลาเข้านอน ข้อ 1)

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2-9.10)

องค์ประกอบที่ 6 การเข้านอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6)

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7 และ 8)

1. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามที่ 7)

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามที่ 8)

การแปลผล คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21

คะแนน

คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า Sensitivity เท่ากับ 86.9% และค่า Specificity เท่ากับ 86.5%

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นการประเมินการนอนหลับ จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลาที่นอนหลับได้น้อยได้ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวนอนจนกระทั่งหลับไป บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับไปน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ซึ่งหากใช้ระยะเวลาสั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ บุคคลสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงข้ามหากบุคคลใช้ระยะเวลา มากก็ยังไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับได้ในระยะต่างๆ ได้ทำให้การนอนหลับในระยะต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2. ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM จนกระทั่งตื่นนอนโดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ บุคคลจะมีความต้องการการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัย หรือช่วงอายุของบุคคล ทารกหลังคลอด 1 เดือน จะนอนหลับวันประมาณ 20 ชั่วโมง และจะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับ เป็น 10-12 ชั่วโมง ต่อคืน เมื่ออายุ 4 ปี ต่อมาลดลงเหลือ 9-10 ชั่วโมง เมื่ออายุประมาณ 10 ปี โดยเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมง เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นในระยะเวลาอายุ 16 ปี และลดลงมาเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมง ต่อคืน เมื่ออายุ 24-45 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงเหลือ 6.5 ชั่วโมงต่อคืน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3. ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบ

กับหนึ่งร้อย ค่าที่ได้จะเป็นจำนวนเปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินการนอนหลับ จากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ ที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั่นเอง ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้นเองว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย”

2. การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องในการนอนหลับ หรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สบาย หรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดผลในลักษณะการนอนมากหรือน้อยเกินไป บ้าจัญ หรือสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจลำบาก ไอ หรือ กรนเสียงดัง รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป ผื่นรำย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการรบกวนการนอนหลับสาเหตุจากสิ่งใดนั้น สามารถบอกได้โดยบุคคลนั่นเอง

3. การใช้อานอนหลับ การใช้อานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ โดยแพทย์สั่งและซื้อมารับประทานเอง ซึ่งการใช้อานอนหลับดังกล่าวบ่งบอกถึงการมีปัญหาในการนอนหลับ หรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้น การใช้อานอนหลับ จึงบ่งบอกการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้

4. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางคืน เป็นผลจากการนอนหลับไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี จะทำให้มีการงีบหลับในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น เคื่อยซาอ่อนเพลีย ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น

7. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)¹ ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นภาวะที่ดีของจิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลสามารถจัดการกับความกดดันต่างๆ ในชีวิต สามารถทำงาน และประสบความสำเร็จ สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมหรือชุมชนได้

Twons and Mary. [52] กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากกระบวนการของชีวิตที่ต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ฝน แสงสิงแก้ว [53] จิตแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงานและอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

ผ่องพันธ์ เกิดพิทักษ์ [54] ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสมบูรณ์ทางจิตใจของมนุษย์ ซึ่งช่วยให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปราศจากโรค โรคประสาท มีความสามารถในการปรับตัวต่อสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางจิตใจ มีสมรรถภาพในการทำงาน มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว [55] กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ สภาวะของจิตใจที่สงบและมีความสุขซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรมบางอย่างเช่น ความสุข การปรับตัวเข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตและใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตแบ่งระดับตั้งแต่สุขภาพจิตดี จนถึงด้อยที่สุด และระดับสุขภาพจิตนี้แปรเปลี่ยนได้ตามสภาวะการณ์

ฉวี ธรรมสุข [16] กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีคุณภาพที่ดี ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มองโลกและผู้ในแง่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมีสัมพันธภาพที่ดี และปรับตัวอยู่ในสังคมได้ สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อการดำรงชีวิตภายใต้สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีความสุขและความพอใจ

รวีวรรณ เผ่ากัณหา [56] กล่าวว่า เป็นคำที่ความหมายไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ปราศจากความเจ็บป่วยทางจิตเท่านั้น แต่ยังหมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถทนหรือปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

จิราวรรณ ประกอบผล [57] ให้ความหมายว่า เป็นสภาพจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง

อภิชัย มงคล และคณะ [17] ได้ทำการศึกษา เรื่องสุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทัศนะของประชาชนชาวอีสาน และเพื่อศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความหมายของสุขภาพจิตจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปจำนวน

169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับ สุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการ ดำรงชีวิต ปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว็นอบายมุข

Jahoda. [58] ได้ชี้ประเด็นในการมองสุขภาพจิตไว้ 3 ทาง คือ

1. as a relatively constant and enduring function of personality.

เป็นลักษณะการทำงานของบุคลิกภาพที่ค่อนข้างจะคงที่ และยาวนาน ถึงแม้จะมีขึ้น ๆ ลง ๆ บ้าง แต่สุขภาพจิตโดยทั่วไปค่อนข้างคงที่ และพยากรณ์ได้ (predictable) เป็นลักษณะเฉพาะ ของบุคลิกภาพ

2. a momentary function of personality and situation. เป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราว ซึ่งชั่วคราวในลักษณะบุคลิกภาพ และตามสภาพการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับ เหตุการณ์ภายนอกและปัจจัยภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดา ไม่ได้ในระยะยาว ซึ่งก็คือความรู้สึกและการแสดงออกในปัจจุบัน

3. as a group or cultural characteristics เป็นสุขภาพจิตตามลักษณะของกลุ่มหรือ วัฒนธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

8. มิติของสุขภาพจิต

ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึง มิติ องค์ประกอบหรือลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้ เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคณะ (อ้างในสุริภรณ์ สมคะเนย์) [59] ได้แบ่งเกณฑ์ในการ ประเมินผู้มีสุขภาพจิตไว้ 3 ประการ คือ

1) ความรู้สึกต่อตนเอง

1.1 ไม่เกิดอารมณ์ต่างๆ มากนัก เช่น โกรธ กลัว อิจฉา ริษยา วิดกกังวล

1.2 สามารถควบคุมความผิดหวังได้

1.3 เข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง เช่น ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง ไม่เข้าข้าง

ตนเอง หรือแก้ตัวให้กับตนเองตลอดเวลา

1.4 นับถือตนเองไม่ยอมให้บุคคลอื่นมีอิทธิพลเหนือตนเอง

1.5 แก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุแห่งปัญหา ยอมรับสถานการณ์ที่แก้ไข

ไม่ได้

1.6 รู้สึกพึงพอใจในสิ่งต่างๆ

2) ความรู้สึกต่อผู้อื่น

- 2.1 ให้ความรักแก่ผู้อื่น และยอมรับความสนใจของคนอื่น
- 2.2 คบหาสมาคมกับคนอื่นได้
- 2.3 ไว้วางใจคนอื่น ๆ ไม่หวาดระแวง
- 2.4 ยอมรับนับถือความแตกต่างหลาย ๆ อย่างที่คนอื่นมี
- 2.5 ไม่ผลักดันให้คนอื่นตามใจตนเอง และไม่ยอมให้ตนเองตามใจคนอื่นตาม

ชอบใจ

- 2.6 รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ และมีความรับผิดชอบต่อมนุษย์

โดยทั่วไป

3) ความสามารถในการดำเนินชีวิต

- 3.1 สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตได้เป็นอย่างดี
- 3.2 มีสิทธิและรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง
- 3.3 รู้จักทำสภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีที่สุด ในกรณีจำเป็นก็ปรับตัวเข้ากับ

สภาพแวดล้อมได้ดี

- 3.4 รู้จักวางแผนการดำเนินชีวิต ไม่หวาดกลัวอนาคต
- 3.5 ยอมรับประสบการณ์และความคิดใหม่ๆ
- 3.6 ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ถ้าทำอะไรอย่างเต็มความสามารถ และมีความ

พึงพอใจการกระทำนั้น

- 3.7 วางเป้าหมายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในชีวิตของตนเองได้

คณะกรรมการวิชาการของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต [60] ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่างๆ พื่อใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อุดหนุน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีการดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1 ความสามารถในการปรับตัว เพื่อตอบสนองของความต้อองการของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ เพื่อกำหนดดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหาสิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้ โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคมมีมนุษยสัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุขสงบ และมีความพอใจ

2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย ความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการเหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นการมองสุขภาพจิตในระดับสังคมมากกว่าในระดับปัจเจกบุคคล เนื่องจากกระบวนการทางสังคมมีส่วนกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

อัมพร โอตระกูล[61] กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ควรมีลักษณะดังนี้

1. มีความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง โดยคิดว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นๆ แต่ถ้าเมื่อใดเขารู้สึกเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าต่อใครเลย นั่นคือภาวะที่ผิดปกติ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคประสาทซึมเศร้า หรือโรคจิตซึมเศร้าได้

2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเชื่อมั่นในครอบครัวว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นครอบครัวจะช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ได้

3. เป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความรักให้กับเพื่อนร่วมโลกและผู้อื่น

4. เป็นคนไม่ตึงเครียดและหวั่นไหวง่าย สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันตึงเครียดได้

5. มีความยืดหยุ่นในตัวเอง เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่รุนแรง จะสามารถปรับตัวให้อยู่ได้อย่างเหมาะสม

6. มองโลกตามความเป็นจริงว่า โลกนี้มีทั้งดีและไม่ดีปะปนกัน คนเราก็มีทั้งดีและ

ไม่ดีในตัวเอง

7. ไม่ใฝ่ฝันเกินจริง โดยอาจตั้งความหวังที่สามารถทำให้สำเร็จได้ ถ้าทุกท่านสามารถเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีแล้ว ท่านก็จะอยู่ในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีความสุข

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย ของ อภิชัย มงคล ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบของผู้ที่มีสุขภาพจิตดังนี้ คือ

1. สภาพจิตใจ (mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะของสุขภาพตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยของจิต ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกในทางที่ดี (general well positive affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข ที่บุคคลรับรู้จากชีวิต เป็นอารมณ์ด้านบวกในลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว แต่เป็นการมองในภาพรวมว่าบุคคลมีความรู้สึกในทางที่ดีเพียงใด เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดี (balance) สงบมีความสุข มีความหวัง มีความบันเทิงใจ และสนุกสนานกับสิ่งดีๆ ในชีวิต มุมมองของแต่ละคน และความรู้สึกเกี่ยวกับอนาคต จะมีความสำคัญมาก

1.2 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี (general well-being negative affect)

หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่ดี ซึ่งเกิดขึ้นในบุคคลนั้น เช่น ความสลดหดหู่ ความรู้สึกผิดเศร้า อยากร้องไห้สิ้นหวังประหม่า วิดกกังวล และขาดความรู้สึกยินดีในชีวิต โดยจะรวมไปถึงว่า ความรู้สึกที่ไม่ดีเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเพียงใด และมีผลต่อการทำงานในแต่ละวันเพียงใด ทั้งยังครอบคลุมไปถึงคนที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า คลั่ง หรือ อาการวิตกกังวล

2. สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ประกอบด้วย

2.1 ความมั่นใจในการเผชิญปัญหา (confidence in coping)

หมายถึง ความมั่นใจว่าจะจัดการกับปัญหา และสถานการณ์ที่คับขันและไม่ได้คาดฝันได้อย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหามีหลายระดับ ทั้งปัญหาเฉพาะหน้าปัญหาที่รุนแรง ปัญหาการปรับตัวต่อการเป็นอยู่ใหม่ หรือสังคมใหม่ ซึ่งมองถึงความสามารถของบุคคลนั้นต่อการแก้ไขปัญหาได้ดีเพียงใด ทั้งนี้นอกจากปรับตัวได้กับสภาพนั้นๆ แล้ว ยังสามารถทำหน้าที่อย่าง

สร้างสรรค์ และเหมาะสมอีกด้วย และหาสาเหตุที่เป็นเรื่องยากที่จะแก้ไขที่ยังสามารถทำใจยอมรับได้

3. คุณภาพของจิตใจ (mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ประกอบด้วย

3.1 เมตตา กรุณาและเสียสละ (kindness and altruism)

หมายถึง ความต้องการให้ผู้อื่นมีความสุข และช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ สามารถเป็นผู้ให้ตั้งแต่การให้น้ำใจ ให้ความช่วยเหลือเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีความเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวมหรือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน

3.2 การนับถือตนเอง (self esteem)

หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อตนเอง ตั้งแต่ความรู้สึกต่อตนเองในทางบวกไปจนถึงความรู้สึกในทางลบ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นับถือตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจตนเองได้

4. การสนับสนุนจากครอบครัว (family support)

หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และมีความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

9. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร[62] ได้อ้างถึง การแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์หรือสัตว์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และให้หมายรวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ทั้งนี้ โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้ถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมา

อรุณพร อธิรัตน์ และ วีรพัฒน์ เงามธรรมทรรศน์ (2538: 109)[63] กล่าวว่า การแพทย์แผนไทยภาษาอังกฤษใช้ว่า Thai Traditional Medicine (TTM) หมายถึง ปรัชญา องค์ความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และการบำบัดโรคความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิมสอดคล้องกับ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตแบบไทย วิธีการปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยประกอบด้วยการใช้สมุนไพร (ด้วยการต้ม การอบ การประคบ การปั้นลูกกลอน เป็นต้น) หัตถบำบัดการรักษาระดุกแบบดั้งเดิม การใช้ พุทธศาสนาหรือพิธีกรรมเพื่อดูแล รักษาสุขภาพจิต การ

คลอดการดูแลสุขภาพแบบไทยเดิมและธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสะสมและถ่ายทอด ประสบการณ์อย่างเป็นระบบโดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก และการศึกษาผ่านสถาบัน การศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย แบ่งได้เป็น 4 สาขาวิชา ดังต่อไปนี้

1. เวชกรรมแผนไทย จะกล่าวถึงทฤษฎีต่างๆ ในการเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การดูแล รักษาสุขภาพ ตลอดจนวิธีการแก้ไข ซึ่งในเวชกรรมแผนไทยนี้ จะเกี่ยวข้องกับชีวิตของคนไทย ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายไป ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของคนไทย และยังมี ความสัมพันธ์ไปถึงพุทธศาสนา เนื่องจากคำสอนของศาสนาเกี่ยวข้องกับอยู่เสมอ

2. เภสัชกรรมแผนไทย เป็นการนำเอาสมุนไพร (พืชวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุ) ที่มีอยู่ใน ท้องถิ่นหรือสามารถหาได้ง่ายมารักษาโรค จะมีการศึกษาเรื่องจรรยาเภสัช หลักเภสัช สรรพคุณเภสัช รสของยา ยาที่ใช้ในการรักษาโรค จะต้องรู้จักพิถีพิถันต่าง ๆ รู้ด้านปรุงยา การเก็บและรักษาสมุนไพร เป็นต้น

3. การนวดไทย เป็นศาสตร์อย่างหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการรักษาสมบรูณ์ยิ่งขึ้น

4. ผดุงครรภ์แผนไทย เป็นศาสตร์ช่วยดูแลรักษาครรภ์ และมารดาผู้ตั้งครรภ์

ปีทมาวดี กสิกรรม (2545: 373)[64] ได้ให้ความหมายว่า การแพทย์แผนไทย หมายถึง ระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมของไทย ซึ่งมาจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการ จัดระบบองค์ความรู้แล้วกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย ซึ่งเข้ามามีอิทธิพล พร้อมๆ กับการ เผยแพร่ของศาสนา พราหมณ์ และพุทธศาสนา โดยมีตำราต่างๆ ที่สืบทอดมาเป็นเวลานานและใช้ เป็นแม่บทหลักของระบบองค์ความรู้ ซึ่งอาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุภายในร่างกาย โดยใช้ ยาตำรับซึ่งปรุงจากสมุนไพรหลายชนิด การนวด รวมไปถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับ พฤติกรรมและอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย

การรักษาสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวการแพทย์แผนไทย

สถาบันการแพทย์แผนไทย (2542) [62] ได้อธิบายว่า การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ แบบองค์รวม จึงต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไปกับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่

1. ปัจจัยซึ่งเป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนด ได้แก่ ธาตุเจ้าเรือน ฤดูกาล สุริยจักรวาล ฯลฯ มนุษย์ต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับปัจจัยหรือสมมุฐานต่างๆ ด้วยการกินอาหารสมุนไพร ยา สมุนไพรและการปรับปรุงพฤติกรรม

2. ปรับปรุงพฤติกรรมที่เป็นมูลเหตุเกิดโรคทั้ง 8 ประการ คือหลีกเลี่ยงการฝืนอิริยาบถจน

ทำให้ร่างกายเสียสมดุล เพราะจะทำให้ธาตุทั้ง 4 แปรปรวนได้ การแก้ไข คือ การออกกำลังกาย การตัดตนด้วยท่าฤๅษีดัดตน การนวดไทย และการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเน้นอย่างยิ่งโดยใช้หลักการ “ธรรมานามัย” ได้แก่

2.1 กายานามัย เป็นการออกกำลังกาย การตัดตนด้วยตนเอง การกินอาหารให้ถูกกับธาตุกินแต่พอเหมาะ มีสติในการกิน การนอน และดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท

2.2 จิตตานามัย เป็นการฝึกสมาธิให้จิตใจเข้มแข็ง จิตมีพลัง เกิดปัญญา เกิดความสุขสงบจะทำให้ความดันโลหิตขึ้น มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลสและความอยากคือตัณหา

2.3 ชีวิตตานามัย เป็นการดำรงชีวิตด้วยทางสายกลางเลี้ยงชีวิตโดยชอบ ย่อมไม่เกิดความเครียด ไม่ผิดศีล รักษาศีล 5 ให้บริสุทธิ์ รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ไร่ผลภาวะ

3. ใช้อาหารหรือยาสมุนไพร แต่แก้ไข้เพื่อปรับให้ธาตุสมดุล

4. การรักษาด้วยการนวด ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นวิธีการที่นำมาเสริมการบำบัดรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การนวดไทย เป็นวิธีการบำบัดและรักษาโรคของไทยที่มีตั้งแต่ดั้งเดิม เชื่อได้ว่าเริ่มต้นมาจากความพยายามในการบรรเทาการปวดเมื่อย ฟกช้ำ ด้วยการสัมผัสจับต้อง หรือกดบริเวณที่เจ็บเพื่อช่วยเหลือตนเอง และสะสมประสบการณ์มาเป็นกรนวด โดยเริ่มจากการนวดด้วยตนเอง มีการนำท่าฤๅษีดัดตนมาใช้ในการบริหารร่างกายและแก้ไข้อาการต่างๆ ซึ่งท่าฤๅษีดัดตนนี้ ก็มีการนวดด้วยตนเองประกอบอยู่ด้วย ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยอยู่ในตำแหน่ง ที่ไม่สะดวกต่อการนวดด้วยตนเอง จำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยนวด จึงได้พัฒนามาเป็นการนวดเพื่อช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัว และกระจายกว้างขวางออกไปในชุมชน นอกจากนี้ ในค้ายมวยซึ่งมักเกิดอุบัติเหตุในการต่อสู้ เช่น ไหล่หลุด เคล็ด ชัดยอก จึงต้องมีการบำบัดขั้นต้นด้วยการกด จับ ดัด ดึง เพื่อให้เข้าที่ ทำให้ได้เรียนรู้ สืบทอดกันมาและพัฒนาเป็นท่าต่างๆที่เหมาะสม และใช้แรงกดที่เหมาะสมในการรักษาตราบจนถึงปัจจุบัน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542)[62]

การนวดไทยโดยทั่วไปมี 2 สาย คือ

ก. การนวดสายเชลยศักดิ์ เป็นการนวดเน้นการช่วยเหลือกันเองในครอบครัวหรือในชุมชน เช่น สามีนวดให้ภรรยา ลูกนวดให้พ่อแม่ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกัน สร้างความใกล้ชิด เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน นับเป็นการพึ่งตนเองของประชาชนได้ เป็นอย่างดี การนวดสายนี้ไม่เพียงแต่ใช้มือเท่านั้น ยังใช้อวัยวะส่วนอื่นๆอีก เช่น ศอก ท่อนแขน ส้นเท้า หรือการนั่งดัดตัวผู้ป่วย

ซึ่งในการผ่อนคลายของผู้ปวด และมักใช้เวลาในการนวดมาก การนวดแบบนี้พบได้ทั่วไปในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทและได้รับความสนใจอย่างมากในสังคมไทย

ข. การนวดสายราชสำนัก เป็นการนวดไทยที่ใช้ในพระราชวัง ดังนั้น ทำต่างๆ ในการนวดจึงได้รับการพัฒนา ให้สุภาพและมักนวดด้วยนิ้วมือเท่านั้น เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักในการนวดไม่ให้มากเกินไปและมีองศามาตราส่วนในของการนวดที่ไม่ประชิดตัวมากเกินไปและจะหันหน้าตรงไป ไม่ก้มหน้าหายใจรด และไม่เงยหน้าจนเป็นการไม่เคารพ การนวดสายราชสำนักเป็นที่นิยมและยอมรับกันมากในสมัยโบราณและรุ่งเรืองมากในสมัยกรุงศรีอยุธยา โดยมีการจัดตั้งเป็นกรมหมอนวดซ้าย-ขวา การนวดไทย มีคุณค่าต่อการพึ่งตนเองเป็นอย่างมาก สามารถบรรเทาโรคและอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในความรู้สึกของผู้รับบริการ เช่น อาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อลดการติดขัดของข้อต่อ ช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการนวดที่ไม่ถูกต้อง อาจเป็นการซ้ำเติม หรือเพิ่มการบาดเจ็บได้ ฉะนั้นผู้ที่จะนำการนวดไปใช้ จึงควรมีความรู้ในการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างแท้จริง

4.2 การประคบสมุนไพร คือ การใช้สมุนไพรหลาย ๆ อย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่จะเป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย ซึ่งเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออก เช่น โพร ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ตะไคร้ มะกรูด การบูร เป็นต้น เป็นวิธีการบำบัดรักษาของการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้ควบคู่กับการนวด โดยใช้การประคบหลังการนวดแล้วประโยชน์ของการประคบสมุนไพร คือ ช่วยให้กล้ามเนื้อเยื่อพังผืดยึดตัวออกลดการติดขัดของข้อต่อบริเวณที่ประคบ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการบวมที่เกิดขึ้นจากการอักเสบของกล้ามเนื้อ หรือบริเวณข้อต่อต่างๆ และยังช่วยกระตุ้นหรือเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร คือ ห้ามใช้ถูกประคบที่ร้อนเกินไป บริเวณผิวหนังอ่อนๆ หรือบาดเจ็บ ต้องมีผ้าขนหนูรองก่อน การประคบสมุนไพรควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน อัมพาต เด็ก ผู้สูงอายุ เพราะการตอบสนองต่อความร้อนช้า ไม่ประคบในกรณีที่มีอาการอักเสบบวมในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจจะบวมมากขึ้น ควรประคบด้วยน้ำเย็นก่อนและหลังจากประคบสมุนไพร ไม่ควรอาบน้ำทันที

4.3 การอบไอน้ำสมุนไพร การอบตัวด้วยไอน้ำที่ได้จากการต้มสมุนไพรเป็นวิธีการบำบัดรักษาอย่างหนึ่งซึ่งเริ่มต้นจากประสบการณ์ การนั่งระโจมในหญิงหลังคลอด โดยใช้ผ้าทำเป็นกระโจม หรือนั่งในสุม่ไก่ที่ปิดคลุมไว้มิดชิด และมีหม้อต้มสมุนไพรซึ่งเดือดทำให้สามารถอบและสูดดมไอน้ำสมุนไพรได้ ผิวหนังได้สัมผัสไอน้ำด้วย ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่งมีน้ำมีนวล ต่อมาเป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนทั่วไป

4.3.1 การอบตัวด้วยไอน้ำมี 2 แบบ คือ

ก. การอบแห้ง หรือเรียกทับศัพท์ว่า เซาว์น่า คล้ายคลึงกับการอยู่ไฟของไทยซึ่งนิยมในต่างประเทศ โดยใช้ความร้อนจากถ่านหินบนเตาร้อน

ข. การอบเปียก เป็นวิธีที่คนไทยนิยมและแพร่หลายในปัจจุบัน โดยพัฒนาจากการอบแบบเข้ากระโจม มาเป็นห้องอบไอน้ำสมุนไพรที่ทันสมัยขึ้น ให้บริการได้คราวละหลายๆคน โดยใช้หม้อต้มสมุนไพร ที่มีท่อส่งไอน้ำเข้าไปภายในห้องอบ การอบตัวด้วยความร้อน นับเป็นวิธีที่ทางการแพทย์ในปัจจุบันยอมรับว่าสามารถช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองบริเวณผิวหนังดีขึ้น ส่วนไอน้ำของสมุนไพรจะมีสรรพคุณตามคุณสมบัติของสมุนไพรนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ช่วยให้ร่างกายเกิดความสดชื่น

4.3.2 สมุนไพรที่ใช้ในการอบนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกในการจัดหาในท้องถิ่นการนำเอาสมุนไพรสดมาใช้ในการอบ ไม่จำกัดชนิด อาจเพิ่มหรือลดชนิดของสมุนไพร ตามความต้องการของการใช้ประโยชน์และความยากง่ายในการจัดหา โดยยึดหลักสมุนไพร ในการอบ 4 กลุ่ม ดังนี้

ก. สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ในสมุนไพรเหล่านี้จะมีสารสำคัญคือ น้ำมันหอมระเหย ซึ่งให้ประโยชน์ในการรักษาโรคและอาการต่างๆ เช่น อาการ คัดจมูก ปวดเมื่อย และเวียนศีรษะ

ข. สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว เช่น ใบมะขาม ใบและฝักส้มป่อย ในสมุนไพรกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ช่วยชำระสิ่งสกปรก บำรุงผิวพรรณ เพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ผิวหนัง

ค. สมุนไพรที่เป็นสารประกอบที่ระเหิดได้เมื่อผ่านความร้อนจะมีกลิ่นหอมเช่น การบูร พิมเสน ช่วยรักษาอาการหวัด คัดจมูก

ง. สมุนไพรที่ใช้รักษาเฉพาะโรคและอาการ เช่น สมุนไพรแก้ปวด ได้แก่ เถาวัลย์เปรียง ไพล เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น โรคหรืออาการที่สามารถบำบัดรักษาด้วยการอบสมุนไพร มีตั้งแต่โรคภูมิแพ้ที่ไม่รุนแรง เป็นหวัดเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาตในระยะเริ่มแรก ปวดเมื่อยตามร่างกายต่างๆ ไป ส่วนโรคที่ไม่ควรทำการอบสมุนไพร คือโรคความดันโลหิตสูงกรณีที่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดร่วมด้วย ประโยชน์ของการอบไอน้ำสมุนไพร ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น คลายความตึงเครียด ช่วยชำระล้างและขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางผิวหนัง บำรุงผิวพรรณบรรเทาอาการคันรักษาผดผื่น ช่วยรักษาโรคผิวหนังชนิดไม่ร้ายแรงและไม่ติดเชื้อได้ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น บรรเทาอาการปวดเมื่อย อาการบวม เหน็บชา และลมพิษต่างๆ รักษาหรือบรรเทาอาการปวดประจำเดือนที่ไม่มีไข้ร่วม และหญิงหลังคลอดบุตร ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว

ขึ้น เป็นต้น ข้อห้ามสำหรับการอบสมุนไพร ห้ามอบสมุนไพรในกรณีที่มีไข้สูงมากกว่า 37 องศาหรือหลังฟื้นไข้ใหม่ๆ มีอาการอ่อนเพลีย อ่อนนอน หรืออดอาหาร มีการอักเสบจากบาดแผลต่างๆ ผู้ที่มีโรคติดต่อร้ายแรงทุกชนิด เช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว อันได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ โรคลมชัก หอบหืด โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ห้ามในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีหรือในหญิงที่ตั้งครรภ์ และห้ามอบสมุนไพรหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ ควรรับประทานอาหารก่อนอบสมุนไพรอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง การแพทย์แผนไทยเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เป็นการแพทย์แบบองค์รวม ซึ่งคนไทยในอดีตได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และถ่ายทอดมาจันนับเป็นร้อยๆ ปี เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของคนไทย จึงควรได้รับการพิจารณาให้เป็นทางเลือกหนึ่งในยุคโลกาภิวัตน์นี้

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทย ที่มีผู้ได้ศึกษาและวิจัยไว้ดังนี้

กฤษมาลย์ รามศิริ [65] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย จำนวน 336 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีและร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ปัจจัยต่างๆ ที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและเสียง การจัดการกับปัญหาการนอนหลับที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การเปลี่ยนท่านอน การทำสมาธิ และการหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสวรรค์ โจรนิกิตติ [10] ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัด จำนวน 130 ราย พบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1 วัน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รองลงมาคือคุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัด และคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ภาวะสุขภาพร่างกายและการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม

ณภัทรวรรต บัวทอง [66] ได้ศึกษา คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน 260 คน พบว่าร้อยละ 57.9 ของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยา สรรพอุดม [67] ได้ศึกษา ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 40 คน พบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกระยะวิกฤติกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการนอนหลับตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ [17] ได้ศึกษา ความชุกของปัญหาคุณภาพการนอนหลับและวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลาศรีนครินทร์ จากข้อมูลจำนวนพยาบาลประจำการจำนวน 461 คน ด้วยแบบสอบถาม The Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) ฉบับภาษาไทย ได้รับการตอบกลับมาของแบบสอบถามจำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 พบว่า ร้อยละ 73 ของพยาบาลประจำการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยพยาบาลที่ทำงานเปลี่ยนผลัดไปเรื่อยๆ มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มากกว่าพยาบาลประจำการที่ทำงานผลัดเข้าอย่างเดียว ความชุกของปัญหาได้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น โดยพบปัญหาเพียงร้อยละ 43.75 ในกลุ่มที่อายุ 40-60 ปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 77.2 ในกลุ่มอายุ 21-30 ปี นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับยังมีความสัมพันธ์กับสถานที่ทำงาน การงีบหลับและความเครียดในชีวิต และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยใช้ logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในช่วง 1 เดือนสูงสุด คือ การทำงานเป็นผลัดและความเครียดในชีวิต

ผานิต ชนะมณีและคณะ [68] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคใต้ จำนวน 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพ การนอนหลับของ Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับตามเกณฑ์ของ Pittsburgh ร้อยละ 45.3 ระบุว่ามีความสุขภาพไม่ดีในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 มีระดับความเครียดปกติ และสุขนิสัยการนอนกลุ่มตัวอย่างระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอนและความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพ การนอนหลับได้ร้อยละ 15 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ

ศิวาภรณ์ โกศล [37] ศึกษา คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพ ในมหาวิทยาลัยมหิดล จากบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี จำนวน 4,585 คน เก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วย แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตาของ เวอร์แมน และสไนเดอร์ ฮาลเพอร์น (Verman & Snyder – Halpern.) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ดีที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก ระยะเวลาปฏิบัติงาน ผลกระทบจากการเดินทางต่อการนอนหลับ การใช้จ่ายสารต่างๆ กัน มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wolfson, John Harsh, [69] ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สุขนิสัยการนอนและคุณภาพการนอนหลับของวัยรุ่นชาวอิตาลี และอเมริกัน จำนวน 1,348 คน ที่อายุระหว่าง 12-17 ปี จากโรงเรียนรัฐในกรุงโรม และรัฐมิสซิสซิปปีตอนใต้ พบว่า สุขนิสัยการนอนและคุณภาพการนอนหลับของวัยรุ่นชาวอิตาลีดีกว่าวัยรุ่นชาวอเมริกัน และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงถดถอย พบว่า สุขนิสัยการนอนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ulla M. Edell-Gustafsson. [74] ได้ศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพการนอนหลับและการตอบสนองต่อการอดนอนของผู้หญิงที่ทำงานเป็นผลัด จำนวน 150 คน พบว่า ร้อยละ 40 มีภาวะอดนอนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และมีความสัมพันธ์กับระดับของช่วงความถี่ในการทำงาน ซึ่งแสดงออกโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอและมีภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ โดยการหลับยากนั้นจะเป็นตัวทำนายภาวะอารมณ์ที่ไม่คงที่ ส่วนความผันแปรในการนอนหลับจะทำนายการอ่อนล้าทางด้านพฤติกรรมความคิด และผลกระทบเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากผู้หญิงเหล่านั้นมีปัญหาาระบบทางเดินอาหารมาก่อน และมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

Ulla M., Eivor I.K.K.ritz and I. Kritina Bogren. [70] ได้ศึกษาถึง คุณภาพการนอนหลับ ความตึงเครียดที่ได้รับและภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำงานเป็นผลัด โดยศึกษาในพยาบาล และบุคคลที่ทำงานเป็นผลัด จำนวน 156 คน ที่อายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่ามีอัตราสูงอย่างต่อเนื่องของสภาวะจิตใจและร่างกายที่เป็นผลมาจากความเครียดนี้มีความสัมพันธ์กับลักษณะของงาน ซึ่งพบว่าร้อยละ 34 ของผู้หญิงที่ทำงานเป็นผลัดมีความเครียด อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และไม่สามารถผ่อนคลายหลังจากการทำงาน เนื่องจากอยู่นอกเหนือการควบคุมทางด้านความคิดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 39.7 มีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ โดยพบว่า มีอาการหลับยากภายหลังจากอาการตื่นกลางดึก และมีอาการเหนื่อยล้า และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร และมีอาการปวดข้อ กล้ามเนื้อ และหลัง และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มที่ทำงานเป็นผลัดแล้วพบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีระดับความเครียดและใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในทีมสุขภาพ

เจริญ แจ่มแจ้ง [71] ได้ศึกษา สภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลนิติเวช จำนวน

68 คน ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 21 คน พยาบาลเทคนิคจำนวน 38 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 9 คน โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต CMI (Cornell medical index) แปลเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์ยรรยง ศุภรัตน์ และคณะ พบว่า ภาวะจิตของบุคลากรในโรงพยาบาลนิติวะ ร้อยละ 98.5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติ

มลิวัดย์ หงสนันท์ และคณะ [72] ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพจิตกับความสามารถทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 211 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้คือแบบคัดกรองสุขภาพจิต ตามกรอบแนวคิดของ Goldberge ฉบับแปลเป็นภาษาไทยชุด GHQ-26 พบว่า มีอัตราความชุกปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 13.4 และพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิต และความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปราณี ดาโรจน์ จามจุรี อุตตรสาร และเทียนทอง บังศรี [73] ได้ศึกษาความสามารถทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 98 คน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Goldberge Health Questionnaires 28 (GHQ-28) ฉบับภาษาไทยพบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุดรราชธานี อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 89.5

อมรัตน์ เบญจางคประดิษฐ์ ทวีรัตน์ ศรีวิไล รังสี กัลป์ยานวัตติ [74] ได้ศึกษาความเครียดของ พยาบาล โรงพยาบาลเบตง 121 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ และใช้เครื่องมือเป็นแบบวัดระดับความเครียดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม SCL-90 ของ เสียวนาร์ต อาร์ เดอร์โร กาลิโอ และรีนัลด์ เอส ลิฟแมน ลิโนโคโว พบว่า มีระดับความเครียดน้อยถึงน้อยที่สุด

อภิชัย มงคล และคณะ [75] ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพรรณนาความหมายสุขภาพจิตในทรรศนะของประชาชนชาวอีสาน และเพื่อศึกษากิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการศึกษาความหมายของสุขภาพจิตจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 18 คน ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป จำนวน 169 คน จากจังหวัดขอนแก่น หนองคาย และสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า คำที่มีความหมายตรงกับสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง และความผาสุก (อยู่ดีกินดี) ในการดำรงชีวิตปราศจากโรคจิต โรคประสาท และละเว้นจากอบายมุข

สกล ด่านภักดี [76] ได้ศึกษาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่าปีการศึกษา 2540 ในเขตเทศบาลเมืองนครชัยภูมิ 19,034 คน ใช้แบบสอบถามลักษณะข้อมูลประชากรทั่วไป และแบบสอบถามสุขภาพจิต SCL-90 พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชัยภูมิ มีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม ร้อยละ 15.60 ปัญหาสุขภาพจิตด้านต่างๆ อยู่ระหว่าง 14.07-17.90 โดยพบความผิดปกติด้านย่ำคิดย่ำทำมากที่สุด (ร้อยละ 17.90) ไม่พบความแตกต่างของสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศชายและเพศหญิง นักเรียนที่มีผู้ปกครองอาชีพต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความเป็นอริ และด้านหวาดระแวงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่มีผู้ปกครองรับราชการ หรือทำงานรัฐวิสาหกิจ มีสุขภาพจิตความเป็นอริและคัดค้าน หวาดระแวงสูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองมีอาชีพค้าขาย และรับจ้าง และนักเรียนที่มีผู้ปกครองมีรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกล [77] ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในบรรยากาศสอบเข้ามหาวิทยาลัย ระหว่างกุมภาพันธ์ถึงเมษายน 2544 ของนักเรียนมัธยมศึกษาของพื้นที่กรุงเทพมหานครในโรงเรียนนาร่องระบบดูแลการช่วยเหลือนักเรียน ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกรมสามัญศึกษา กับกรมสุขภาพจิต และโรงเรียนที่ไม่ได้อยู่ในโครงการนาร่อง จำนวน 910 คน โดยใช้เครื่องมือแบบสำรวจทั่วไปกับแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่า มีนักเรียนร้อยละ 26 มีภาวะเครียดร้อยละ 5 มีความคิดฆ่าตัวตาย และ 173 มีความรู้สึกหดหู่ หรือเศร้าใจเป็นบางครั้งบางคราวในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ความเครียดมีความสัมพันธ์กับเพศ และความรู้สึกหดหู่เศร้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับเพศ บรรยากาศในบ้าน ความรู้สึกหดหู่ หรือเศร้าใจ การมองทางออกของปัญหา และจำนวนปัญหาที่นักเรียนเผชิญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$)

ชนิดดา แนบเกสร สงวนธานี และสรารวลี สุนทรวิจิตร [78] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาล โดยเปรียบเทียบสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในแต่ละชั้นปี และมีความมีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาล โดยส่วนรวมและในแต่ละชั้นมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตคณะพยาบาลจากมหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2539 จำนวน 230 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม Thai GHQ-60 ที่มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.49 ผลการวิจัยพบว่า นิสิตพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนสุขภาพจิตของนิสิตพยาบาลในแต่ละชั้นปี มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาล โดยส่วนรวมและในแต่ละชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดจุดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยที่รับบริการแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) ได้แก่ ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งยินยอมและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ในประชากรตัวอย่าง ซึ่งมารับบริการในปี พ.ศ. 2554

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของตัวอย่าง (Sample Size)

$$\text{คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ} \quad n = \frac{Z^2 p (1-p)}{d^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่า = 1.96

P = สัดส่วนความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดเคยทำมาก่อน จึงกำหนดค่าความชุก = 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี = 0.1

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.1)^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 96 คน

เพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 110 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จนได้จำนวนตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามมี 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางสุขภาพและการรักษา จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัว ประเภทการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย วัตถุประสงค์ของการรับบริการแพทย์แผนไทย ส่วนของร่างกายที่มีปัญหา สาเหตุที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทย ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการแพทย์แผนไทย จำนวนครั้งที่มารับบริการแพทย์แผนไทย ระยะเวลาที่มารับบริการแพทย์แผนไทย ความถี่ในการมาใช้บริการแพทย์แผนไทย ค่าใช้จ่ายในการรับบริการแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพรร่วมในการรักษาโรค การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator / TMHI-15) พัฒนาโดย อภิชาติ มงคลและคณะ [22] ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ

1. สภาวะจิตใจ (mental state) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
 - General well-being positive affect จำนวน 2 ข้อ
 - General well-being negative affect จำนวน 3 ข้อ
2. สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
 - Confidence in coping จำนวน 3 ข้อ
3. คุณภาพของจิตใจ (mental quality) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
 - Kindness and altruism จำนวน 3 ข้อ
 - Self-esteem จำนวน 1 ข้อ
4. ปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย (sub domain)
 - Family support จำนวน 3 ข้อ

แบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงตรง โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบบประเมิน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	1 คะแนน
เล็กน้อย	=	2 คะแนน
มาก	=	3 คะแนน
มากที่สุด	=	4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย	=	4 คะแนน
เล็กน้อย	=	3 คะแนน
มาก	=	2 คะแนน
มากที่สุด	=	1 คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่แปลและดัดแปลง จาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญ์ ดันชัยสวัสดิ์[17] จากคำถามทั้งหมด 9 ข้อใหญ่ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถาม ข้อ 5) ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การแปลผลคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

ดีมาก	เท่ากับ 0	คะแนน
ดี	เท่ากับ 1	คะแนน
ไม่ค่อยดี	เท่ากับ 2	คะแนน

ไม่ได้เลย เท่ากับ 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

การแปลผล	น้อยกว่า 15 นาที	เท่ากับ 0	คะแนน
	16-30 นาที	เท่ากับ 1	คะแนน
	31-60 นาที	เท่ากับ 2	คะแนน
	มากกว่า 60 นาที	เท่ากับ 3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถาม 9.1)

การแปลผล	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ 0	คะแนน
	มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ

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

ผลรวมที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 2

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อที่ 4)

การแปลผล	มากกว่า 7 ชั่วโมง	เท่ากับ 0	คะแนน
	6-7 ชั่วโมง	เท่ากับ 1	คะแนน
	5-6 ชั่วโมง	เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 3

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย (ใช้คำถามข้อ 1, 3

และ 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติวิสัย คำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4)หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาที่นอน (จากข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ 1)

การแปลผล	มากกว่า 85%	เท่ากับ 0	คะแนน
	75-84%	เท่ากับ 1	คะแนน
	65-74%	เท่ากับ 2	คะแนน
	น้อยกว่า 65%	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 4

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 9.2-9.10)

การแปลผล	ไม่มีปัญหา	เท่ากับ 0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลรวม คะแนนข้อ 9.2-9.10 เท่ากับ

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

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นานอนหลับ (ใช้คำถามข้อ 6)

การแปลผล	ไม่เคยใช้	เท่ากับ 0	คะแนน
	ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (ใช้คำถามข้อ 7

และ 8)

1. การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามที่ 7)

การแปลผล	ไม่เคยมีอาการ	เท่ากับ 0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์	เท่ากับ 3	คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

(คำถามข้อ 8)

การแปลผล	ไม่เป็นปัญหาเลย	เท่ากับ 0	คะแนน
	มีปัญหาเล็กน้อย	เท่ากับ 1	คะแนน
	มีปัญหาพอควร	เท่ากับ 2	คะแนน
	เป็นปัญหามาก	เท่ากับ 3	คะแนน
ผลรวม	คะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ		
	0	ให้ 0	คะแนน
	1-2	ให้ 1	คะแนน
	3-4	ให้ 2	คะแนน
	5-6	ให้ 3	คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

การแปลผล คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) มีค่า sensitivity เท่ากับ 89.6% และค่า specificity เท่ากับ 86.5% ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียด

พัฒนามาจากการประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 43 เหตุการณ์ของ Holmes and Rahe[18] และรายการเหตุการณ์ 28 ข้อของ Singh N และคณะ[19] เพื่อประเมินเหตุการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ แบบประเมินมีระดับการวัดเป็น มี หรือไม่มีเหตุการณ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับบุคคลทั่วไป จำนวน 30 ราย จากนั้น นำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และเมื่อนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการศึกษาวิจัยผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 110 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของนางลักษณะณ์ บุญเยี่ยม(2537)[20] ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale, 1988)[21] ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อคำถามมีให้เลือก 5 ระดับ คือ

การใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	ค่าคะแนน
น้อยที่สุด	1
น้อย	2
ปานกลาง	3
บ่อย	4
บ่อยที่สุด	5

การกำหนดคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนน ดังนี้

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	ช่วงระดับค่าคะแนน
น้อยที่สุด	1.00-1.49
น้อย	1.50-2.49
ปานกลาง	2.50-3.49
มาก	3.50-4.49
มากที่สุด	4.50-5.00

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดนี้มีการหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย เมื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเท่ากับ 0.80) [20]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัวอย่าง พร้อมแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด และดำเนินงานเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมวิจัยในคนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
4. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเจ้าหน้าที่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกการแพทย์แผนไทย ในวันทำการเวลา 9.00-17.00 น. ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2554 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2554 จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 110 ชุด
6. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลบางตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยนำมาสอบถามเพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
7. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 17 (Statistical package for the Social Science Version 17) ในการประมวลผลข้อมูล โดยดำเนินการด้วยวิธีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงคุณภาพ โดยใช้ Chi-square และ fisher's exact. ในกรณีที่ตัวแปรเชิงกลุ่มทั้ง 2 ตัว มีค่าเพียง 2 ค่า กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient.) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่มารับบริการงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 110 คน

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสุขภาพและการรักษา

ส่วนที่ 3 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ กับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน	
	(n=110)	ร้อยละ
เพศ		
● หญิง	82	74.5
● ชาย	28	25.5
อายุ (Min = 18, Max = 82 mean = 42.92 ปี S.D.=12.50)		
● ≤ 30 ปี	24	21.8
● 31 - 40 ปี	20	18.2
● 41 - 50 ปี	35	31.8
● ≥ 51 ปี	31	28.2
สถานภาพ		
● โสด	33	30.0
● แต่งงาน	66	60.0
● หม้าย	4	3.6
● หย่าร้าง	5	4.5
● แยกกันอยู่	2	1.9

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 เพศชาย ร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 12.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 60.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ปัจจัยทางด้านบุคคล	จำนวน (n=110)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
● ประถมศึกษา	7	6.4
● มัธยมศึกษาตอนต้น	7	6.4
● มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	14.5
● อนุปริญญา	21	19.1
● ปริญญาตรี	49	44.5
● สูงกว่าปริญญาตรี	10	9.1
อาชีพ		
● ไม่ได้ทำงาน	4	3.6
● รับจ้าง	13	11.8
● ธุรกิจส่วนตัว	6	5.5
● รับราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ	64	58.2
● พนักงานบริษัท	7	6.4
● อื่น ๆ	16	14.5
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
● ≤ 15000	50	44.5
● 15001 - 25000	31	28.2
● 25001 - 35000	18	16.3
● ≥ 35001	11	10.0
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
● รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	44	40.0
● รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	44	40.0
● รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	8	7.3
● รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	14	12.7

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.5 มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 58.2 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 44.5 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 21,698.67 บาท/เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 29195.182 บาท และสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ซึ่งเท่ากับ รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 40.0

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทางสุขภาพและการรักษาผู้ป่วย แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตามการมีโรคประจำตัว โรคประจำตัว รูปแบบในการรักษา

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว (n=110)		
● มี	49	44.5
● ไม่มี	61	55.5
โรคประจำตัว (n=49)		
● โรคภูมิแพ้	15	30.6
● โรคกระดูกและข้อ	14	28.6
● โรคความดันโลหิตสูง	12	24.5
● โรคระบบหมุนเวียนทางโลหิตและหัวใจ	7	14.3
● โรคทางจิตเวช	2	4.1
● โรคอื่นๆ	16	32.7
รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัว (n=110)		
● รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	93	84.5
● รักษาด้วยแพทย์แผนไทย	4	3.6
● รักษาทั้ง 2 ทาง	13	32.7

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.5 โรคประจำตัวส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 30.6 รองลงมาโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 28.6 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.5 ตามลำดับ รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.5 รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตาม ประเภทการใช้บริการ วัตถุประสงค์ ส่วนของร่างกายที่มีปัญหา สาเหตุที่มาใช้บริการ ความถี่ในการมาใช้บริการ และการได้รับยาสมุนไพรหลังรับบริการ

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ	จำนวน (n=49)	ร้อยละ
ประเภทการใช้บริการ		
● นวดไทย	43	87.8
● นวดน้ำมัน	12	24.5
● นวดฝ่าเท้า	8	16.3
● ประคบสมุนไพร	9	18.4
● นวดหน้าคลายเครียด	5	10.2
● อบสมุนไพร	4	8.2
วัตถุประสงค์ของการรับบริการแผนการแพทย์แผนไทย		
● ผ่อนคลาย	29	59.2
● รักษาหรือกายภาพบำบัด	14	28.6
● ทั้ง 2 อย่าง	6	12.2
สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายที่มีปัญหาและทำให้เข้ามาใช้บริการแพทย์แผนไทย		
● ปวดเมื่อย	27	55.1
● ปวดหลัง	8	16.3
● ปวดขา	4	8.2
● ปวดเข่า	3	6.1
● ปวดศีรษะ	2	4.1
● ปวดศีรษะและปวดเข่า	2	4.1
● ปวดหลังและปวดเข่า	2	4.1
● ปวดคอ	1	2.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้บริการนวดไทยมากที่สุด ร้อยละ 87.8 โดยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ในการรับบริการ เพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 59.2 สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายที่มีปัญหา ส่วนใหญ่ปวดเมื่อย ร้อยละ 55.1

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพ จำแนกตามผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการ จำนวนครั้งที่มารับบริการ ระยะเวลาที่มารับบริการ ความถี่ในการมารับบริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการแต่ละครั้ง

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ	จำนวน (n=49)	ร้อยละ
ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการ		
● มาด้วยตนเอง	43	87.8
● แพทย์แนะนำหรือส่งตัว	2	4.1
● ญาติหรือคนรู้จักแนะนำให้มา	4	8.1
จำนวนครั้งที่มารับบริการ		
● ครั้งแรก	9	18.4
● 2 - 10 ครั้ง	30	61.2
● 11 - 20 ครั้ง	5	10.2
● > 20	5	10.2
ระยะเวลาที่มารับบริการ		
● < 1 เดือน	12	24.5
● 1 - 3 เดือน	18	36.7
● 3 - 6 เดือน	12	24.5
● > 6 เดือน	7	14.3
ความถี่ในการมารับบริการ		
● 1 - 2 ครั้ง/เดือน	44	89.8
● 3 - 4 ครั้ง/เดือน	4	8.2
● 5 - 6 ครั้ง/เดือน	1	2.0
ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการต่อครั้ง		
● < 200 บาท/ครั้ง	42	85.7
● \geq 200บาท/ครั้ง	7	14.3

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มารับบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 87.8 จำนวนครั้งที่มาใช้บริการส่วนใหญ่ 2-10 ครั้ง ร้อยละ 61.2 ระยะเวลาที่มารับบริการ ส่วนใหญ่ 1-3 เดือน ร้อยละ 36.7 โดยส่วนใหญ่ มีความถี่ในการมารับบริการ 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 89.8 และมีค่าใช้จ่ายในการมารับบริการต่อครั้งส่วนใหญ่ น้อยกว่า 200 บาท/ครั้ง ร้อยละ 85.7

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทางสุขภาพจำแนกตาม การใช้สมุนไพรร่วมด้วย การดื่มชาหรือกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

ปัจจัยทางด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สมุนไพรร่วมด้วย		
● ใช้	35	31.8
● ไม่ใช้	75	68.2
การดื่มชาหรือกาแฟ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n=110)		
● ไม่ดื่ม	39	35.5
● ดื่ม < 4 ครั้ง/เดือน	21	19.1
● ดื่ม > 4 ครั้ง/เดือน แต่ไม่ประจำ	8	7.3
● ดื่มประจำ 1 แก้วต่อวัน	25	22.6
● ดื่มประจำ 2 แก้วต่อวัน	16	14.5
● ดื่มประจำ 3 แก้วต่อวัน	1	1.0
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (n=110)		
● ไม่ดื่ม	87	79.1
● ดื่ม < 4 ครั้ง/เดือน	15	13.6
● ดื่ม > 4 ครั้ง/เดือน แต่ไม่ประจำ	6	5.5
● ดื่มประจำ 1 แก้วต่อวัน	2	1.8
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		
● ไม่ดื่ม	100	90.9
● ดื่ม < 4 ครั้ง/เดือน	9	8.2
● ดื่ม > 4 ครั้ง/เดือน แต่ไม่ประจำ	1	0.9

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ใช้สมุนไพรร่วมด้วย ร้อยละ 68.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ดื่มประจำ 1แก้ว/วัน ร้อยละ 22.6 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.1 รองลงมา ดื่มน้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 13.6 และพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 90.9

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (110 คน)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับดี	66	60.0
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	44	40.0

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 (Min = 0, Max = 13 Mean = 5.12 S.D. = 2.63)

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (N=110)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	4	3.6
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	30	27.3
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	76	69.1

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 76 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.1 สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และมีสุขภาพจิต ดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 (Min = 30, Max = 56, Mean = 42.02 S.D. = 4.73)

ส่วนที่ 5 ผลวิเคราะห์เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 30 เหตุการณ์ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 30 เหตุการณ์

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน	
	(n=110)	ร้อยละ
1. สูญเสียงาน	5	4.5
2. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม	7	6.4
3. ปัญหาการเงิน	31	28.2
4. ขาดสิทธิการประกันทางสุขภาพ	6	5.5
5. ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน	24	21.8
6. ย้ายที่อยู่	10	9.1
7. การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่	17	15.5
8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน	13	11.8
9. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือเด็ก	8	7.3
10. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส	5	4.5
11. กลัวว่าตนเป็นภาระแก่คู่สมรส	10	9.1
12. กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล	6	5.5
13. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย	6	5.5
14. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต	23	20.9
15. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย	23	20.9
16. พี่น้องใกล้ชิดติดเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน	7	6.4
17. สูญเสียการดูแลตนเอง	8	7.3
18. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ	7	6.4
19. ไม่รู้สึกราวมีเสน่ห์ทางร่างกาย เช่นที่เคยเป็นอีกต่อไป	6	5.5
20. ฉันทัดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต	9	8.2

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต 30 เหตุการณ์

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต	จำนวน	
	(n=110)	ร้อยละ
21. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	3	2.7
22. มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ	8	7.3
23. มีประสบการณ์ด้านลบกับแพทย์	6	5.5
24. รู้สึกป่วยบ่อย	17	15.5
25. มีอาการปวดบ่อย	39	35.5
26. เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อย	13	11.8
27. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว	8	7.3
28. คดี ปัญหาทางกฎหมาย	2	1.8
29. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้านาย	8	7.3
30. อื่น ๆ	0	0

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีเหตุการณ์ความเครียดเกี่ยวกับ การมีอาการปวดบ่อย มากที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ปัญหาการเงิน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.2 ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.8 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตและเหตุการณ์ที่เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย พบว่ามีจำนวนเท่ากันคือ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่และการรู้สึกป่วยบ่อย พบว่ามีจำนวนเท่ากันคือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 รวมถึงเหตุการณ์การเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อยพบว่ามีจำนวนเท่ากันกับเหตุการณ์การได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8

ส่วนที่ 6 ผลวิเคราะห์พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา

การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	ระดับการใช้ พฤติกรรมการ เผชิญ ความเครียด		
	Mean	S.D.	ความเครียด
1. ทำงานหรือออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายได้ออกแรง	2.96	1.07	ปานกลาง
2. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	3.31	1.02	ปานกลาง
3. พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนที่เคยมีประสบการณ์หรือตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน	3.05	1.07	ปานกลาง
4. พิจารณาปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบ	3.56	1.03	มาก
5. พยายามควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่าที่สามารถทำได้	3.52	1.03	มาก
6. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.53	1.00	มาก
7. พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น	3.32	1.05	ปานกลาง
8. แสวงหาแหล่งที่ทำให้เกิดความสะดวกสบายหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	2.39	1.08	น้อย
9. พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อหาทางควบคุมให้ดีขึ้น	3.31	0.97	ปานกลาง
10. พยายามทดลองแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆ และเลือกวิธีที่ดีที่สุด	3.47	0.98	ปานกลาง
11. พยายามนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา	3.39	1.08	ปานกลาง
12. พยายามแยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆ เพื่อจะแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น	3.51	1.06	มาก
13. ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา	3.39	1.03	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมที่ใช้คือ การทำงานหรือออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายได้ออกแรง, คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์, พยายามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนที่เคยมีประสบการณ์หรือตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน, พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น, พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อหาทางควบคุมให้ดีขึ้น, พยายามทดลองแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆ และเลือกวิธีที่ดีที่สุด, พยายามนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา และตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด			ระดับการใช้
	Mean	S.D.	พฤติกรรมการ เผชิญความเครียด
1. กังวลใจ	2.37	0.99	น้อย
2. รับประทานอาหารมากขึ้น	2.91	0.82	ปานกลาง
3. ผื่นกลางวัน เหม่อลอย	1.64	0.86	น้อย
4. เตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์เลวร้าย ที่อาจเกิดขึ้น	3.34	1.00	ปานกลาง
5. เอะอะ โวยวาย หรือโทษโชคชะตา	1.75	0.93	น้อย
6. กระทบกระวาย หงุดหงิด	2.13	0.97	น้อย
7. กล่าวโทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุ ให้เกิดปัญหาหรือสถานการณ์	1.76	0.87	น้อย
8. ระบายความเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งของ	1.91	0.96	น้อย
9. แยกตัวอยู่คนเดียวเงียบๆ	1.94	0.97	น้อย

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย โดยพฤติกรรมที่ใช้คือ กังวลใจ, ผื่นกลางวัน เหม่อลอย, เอะอะ โวยวาย หรือโทษโชคชะตา, กระทบกระวาย หงุดหงิด, กล่าวโทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาหรือสถานการณ์, ระบายความเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งของ และแยกตัวอยู่คนเดียวเงียบๆ

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียด และระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม

การเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	Mean	S.D.	ระดับการใช้
			พฤติกรรมการ เผชิญความเครียด
1. คิดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเอง	3.20	0.86	ปานกลาง
2. หัวเราะและคิดว่าสถานการณ์ต่างๆ อาจ เลวร้ายกว่านี้	2.36	1.14	น้อย
3. พยายามไม่คิดถึงสิ่งรอบกวนจิตใจ และคิดเรื่องอื่นแทน	2.97	1.05	ปานกลาง
4. ปลอบยให้บุคคลอื่นช่วยแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์แทน	1.95	0.87	น้อย
5. พยายามหาอะไรทำเพื่อไม่ให้ว่าง แม้จะไม่ช่วยแก้ไข้ปัญหา	2.75	1.17	ปานกลาง
6. ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าตนเองป่วย และต้องได้รับการรักษา	2.81	1.13	ปานกลาง
7. สวดมนต์ภาวนา หรือกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ยึดสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่ง	3.13	1.17	ปานกลาง
8. พยายามหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่	2.29	1.04	น้อย
9. เลิกคิดที่จะแก้ปัญหาเพราะรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง	1.73	0.87	น้อย
10. ไม่ทำอะไรทั้งสิ้น หวังว่าเมื่อถึงเวลา ปัญหาจะคลี่คลายไปเอง	1.95	1.05	น้อย
11. เลิกสนใจในสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น	2.51	1.02	ปานกลาง
12. เข้านอนและพยายามคิดว่าสถานการณ์ต่างๆ จะดีขึ้นในเช้าวันต่อมา	3.22	1.05	ปานกลาง
13. ปลอบใจตนเองไม่ให้งังวลกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น	3.34	1.03	ปานกลาง
14. ผ่อนปรนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	3.41	1.03	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่ใช้คือ คิดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเอง, พยายามไม่คิดถึงสิ่งรบกวนจิตใจและคิดเรื่องอื่นแทน, พยายามหาอะไรทำเพื่อไม่ให้ว่างแม้จะไม่ช่วยแก้ไขปัญหา, ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าตนเองป่วยและต้องได้รับการรักษา, สวดมนต์ภาวนา หรือกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ยึดสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่ง, เลิกสนใจในสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น, เข้านอนและพยายามคิดว่าสถานการณ์ต่างๆ จะดีขึ้นในเช้าวันต่อมา, ปล่อยให้ตนเองไม่ให้กังวลกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และผ่อนปรนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	Mean	S.D.	ระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	3.29	0.67	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	2.19	0.55	น้อย
ด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม	2.69	0.51	ปานกลาง
โดยรวม	2.83	0.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน พบว่ามีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ กับคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ						X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี			คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	จำนวน		ร้อยละ	จำนวน		ร้อยละ			
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ									
● ชาย	28	16	24.2	12	27.3	0.128	1	0.824	
● หญิง	82	50	75.8	32	72.7				
ช่วงอายุ									
● < 40 ปี	44	26	39.4	18	40.9	0.025	1	1.000	
● ≥ 40 ปี	66	40	60.6	26	59.1				
สถานภาพ									
● มีคู่	66	45	68.2	21	47.7	4.602	1	0.047*	
● ไม่มีคู่	44	21	31.8	23	52.3				
ระดับการศึกษาสูงสุด									
● ต่ำกว่าปริญญาตรี	51	31	47.0	20	45.5	0.024	1	1.000	
● ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	59	35	53.0	24	54.5				
อาชีพ									
● รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	64	41	62.1	23	52.3	1.052	1	0.330	
● พนักงานบริษัทหรือ อื่นๆ	46	25	37.8	21	47.7				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ						X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี			คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	คุณภาพ		ร้อยละ	คุณภาพ		ร้อยละ			
	N	จำนวน		จำนวน	ร้อยละ				
รายได้ (บาทต่อเดือน)									
● <25,000	81	48	72.7	33	75.0	0.070	1	0.829	
● ≥ 25,000	29	18	27.3	11	25.0				
โรคประจำตัว									
● มี	49	28	42.4	21	47.7	0.301	1	0.696	
● ไม่มี	61	38	57.6	23	52.3				
รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัวท่าน									
● รักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน	93	55	83.3	38	86.4	0.416	2	0.917 ^a	
● รักษาที่แพทย์แผนไทย	4	3	4.6	1	2.3				
● รักษาทั้ง 2 ทาง	13	8	12.1	5	11.3				
วัตถุประสงค์ของการรับบริการแผนกการแพทย์แผนไทย									
● รักษาหรือกายภาพบำบัด	14	7	25.0	7	33.3	1.297	2	0.732 ^a	
● ผ่อนคลาย	29	18	64.3	11	52.4				
● ทั้ง 2 อย่าง	6	3	10.7	3	14.3				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยด้านสุขภาพ (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ						X ²	df	P-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี		จำนวน	ร้อยละ			
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายที่มีปัญหาและทำให้เข้ามาใช้บริการแพทย์แผนไทย									
● ปวดเฉพาะที่	22	14	50.0	8	38.1	0.687	1	0.563	
● ปวดเมื่อยทั่วไป	27	14	50.0	13	61.9				
ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการแผนกการแพทย์แผนไทย									
● มาด้วยตนเอง	43	27	96.4	16	76.2	6.357	3	0.071 ^a	
● แพทย์แนะนำหรือส่งตัว	2	1	3.6	1	4.8				
● ญาติหรือคนรู้จักแนะนำ	4	0	0	4	19.0				
ครั้งที่มารับบริการ									
● < 10	39	24	85.7	15	71.4	1.508	1	0.291 ^a	
● ≥ 10	10	4	14.3	6	28.6				
ระยะเวลาที่มารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย									
● < 3 เดือน	30	20	71.4	10	47.6	2.865	1	0.139	
● ≥ 3 เดือน	19	8	28.6	11	52.4				
ความถี่ในการมาใช้บริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย									
● < 3 ครั้ง/เดือน	48	28	100.0	20	95.2	1.361	1	0.429 ^a	
● ≥ 3 ครั้ง/เดือน	1	0	0.0	1	4.8				
ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย โดยเฉลี่ยต่อครั้ง									
● ≥ 200 บาท/ครั้ง	42	25	89.3	17	80.1	4.414	2	0.107 ^a	
● 201 - 400 บาท/ครั้ง	5	1	3.6	4	19.9				
● < 400 บาท/ครั้ง	2	2	7.1	0	0				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยด้านสุขภาพ (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ						X ²	df	p-value
	คุณภาพ			คุณภาพ					
	การนอนหลับดี			การนอนหลับไม่ดี					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
การใช้ยาสมุนไพรในการรักษาาร่วมด้วย									
● ใช้	35	20	30.3	15	34.1	0.175	1	0.835	
● ไม่ใช่	75	46	69.7	29	65.9				
การดื่มชาหรือกาแฟ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา									
● ดื่ม	71	40	60.6	31	72.7	1.119	1	0.316	
● ไม่ดื่ม	39	26	39.4	13	29.3				
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา									
● ดื่ม	23	11	16.7	12	27.3	1.796	1	0.232	
● ไม่ดื่ม	87	55	83.3	32	72.7				
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา									
● ดื่ม	10	7	10.6	3	6.8	0.458	1	0.737 ^a	
● ไม่ดื่ม	100	59	89.4	41	93.2				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 14 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ						X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี			คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. สูญเสียงาน									
● มี	5	1	1.5	4	9.0	3.492	1	0.155 ^a	
● ไม่มี	105	65	98.5	40	91.0				
2. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม									
● มี	7	2	3.0	5	11.4	3.077	1	0.114 ^a	
● ไม่มี	103	64	97.0	39	88.6				
3. ปัญหาการเงิน									
● มี	31	11	16.7	20	45.5	10.810	1	0.001**	
● ไม่มี	79	55	83.3	24	54.5				
4. ขาดสิทธิการประกันทางสุขภาพ									
● มี	6	2	3.0	4	9.0	1.880	1	0.215 ^a	
● ไม่มี	104	64	97.0	40	91.0				
5. ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน									
● มี	24	10	15.2	15	31.8	4.299	1	0.058	
● ไม่มี	86	56	84.8	30	68.2				
6. ย้ายที่อยู่									
● มี	10	4	6.1	6	13.6	1.833	1	0.194 ^a	
● ไม่มี	100	62	93.9	38	86.4				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ					X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	คุณภาพ	ร้อยละ	คุณภาพ	ร้อยละ				
	N	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ				
7. การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่								
● มี	17	6	9.1	11	25.0	5.114	1	0.032*
● ไม่มี	93	60	90.9	33	75.0			
8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน								
● มี	13	8	12.1	5	11.4	0.015	1	1.000
● ไม่มี	97	58	87.9	39	88.6			
9. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือเด็ก								
● มี	8	5	7.6	3	6.8	0.022	1	1.000 ^a
● ไม่มี	102	61	92.4	41	93.2			
10. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส								
● มี	5	2	3.0	3	6.6	0.873	1	0.387 ^a
● ไม่มี	105	64	97.0	41	93.4			
11. กลัวว่าตนเป็นภาระแก่คู่สมรส								
● มี	10	3	4.5	7	15.9	4.125	1	0.086 ^a
● ไม่มี	100	63	95.5	37	84.1			
12. กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล								
● มี	6	1	1.5	5	11.4	4.965	1	0.037 ^{**a}
● ไม่มี	104	65	98.5	39	88.6			
13. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย								
● มี	6	0	0.0	6	13.6	9.519	1	0.003 ^{**a}
● ไม่มี	104	66	100.0	38	86.4			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ					X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	คุณภาพ	ร้อยละ	คุณภาพ	ร้อยละ				
	N	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ				
14. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต								
• มี	23	13	19.7	10	22.7	0.147	1	0.812
• ไม่มี	87	53	80.3	34	77.3			
15. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย								
• มี	23	13	19.7	10	22.7	0.147	1	0.812
• ไม่มี	87	53	80.3	34	77.3			
16. พี่น้องใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน								
• มี	7	3	4.5	4	9.1	0.915	1	0.434 ^a
• ไม่มี	103	63	95.5	40	90.9			
17. สูญเสียการดูแลตนเอง								
• มี	8	2	3.0	6	13.6	4.404	1	0.058 ^a
• ไม่มี	102	64	97.0	38	86.4			
18. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ								
• มี	7	2	3.0	5	11.4	3.077	1	0.114 ^a
• ไม่มี	103	64	97.0	39	88.6			
19. ไม่รู้สึกว่ามีเส้นหนทางร่างกาย เช่นที่เคยเป็นอีกต่อไป								
• มี	6	2	3.0	4	9.1	1.880	1	0.215 ^a
• ไม่มี	104	64	97.0	40	90.9			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ					X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	คุณภาพ	คุณภาพ	คุณภาพ	คุณภาพ				
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
20. จินตนาการเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต								
● มี	9	3	4.5	6	13.5	2.904	1	0.152 ^a
● ไม่มี	101	63	95.5	38	86.5			
21. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย								
● มี	3	1	1.5	2	4.5	0.914	1	0.563 ^a
● ไม่มี	107	65	98.5	42	95.5			
22. มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ								
● มี	8	4	6.1	4	9.1	0.359	1	0.711 ^a
● ไม่มี	102	62	93.9	40	90.9			
23. มีประสบการณ์ด้านลบกับแพทย์								
● มี	6	3	4.5	3	6.8	0.264	1	0.682 ^a
● ไม่มี	104	63	95.5	41	93.2			
24. รู้สึกป่วยบ่อย								
● มี	17	4	6.1	13	29.5	11.144	1	0.001 ^{**}
● ไม่มี	93	62	93.9	31	70.5			
25. มีอาการปวดบ่อย								
● มี	39	14	21.2	25	56.8	14.626	1	0.000 ^{**}
● ไม่มี	71	52	78.8	19	43.2			
26. เข้ารับการรักษาคืออยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อย								
● มี	13	5	7.6	8	18.2	2.850	1	0.131
● ไม่มี	97	61	92.4	36	81.8			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ					X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
27. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว								
• มี	8	3	4.5	5	11.4	1.820	1	0.263 ^a
• ไม่มี	102	63	95.5	39	88.6			
28. คดี ปัญหาทางกฎหมาย								
• มี	2	0	0.0	2	4.5	3.056	1	0.158 ^a
• ไม่มี	108	66	100.0	42	95.5			
29. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้านาย								
• มี	8	2	3.0	6	13.6	4.404	1	0.058 ^a
• ไม่มี	102	64	97.0	38	86.4			
30. อื่น ๆ								
• มี	0	0	0	0	0			
• ไม่มี	110	66	100.0	44	100.0			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 15 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่พบใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัญหาการเงิน รู้สึกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย รู้สึกป่วยบ่อย มีอาการปวดบ่อย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (N=110)	คุณภาพการนอนหลับ				X ²	df	p-value
	คุณภาพการนอนหลับดี		คุณภาพการนอนหลับไม่ดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวม							
● น้อยที่สุด	1	1.5	0	0	1.883	3	0.689 ^a
● น้อย	14	21.2	6	13.6			
● ปานกลาง	49	74.2	37	84.1			
● มาก	2	3.1	1	2.3			
● มากที่สุด	0	0	0	0			
ระดับการใช้พฤติกรรมด้านการเผชิญกับปัญหา							
● น้อยที่สุด	2	3.0	0	0	1.917	4	0.809 ^a
● น้อย	5	7.6	5	11.4			
● ปานกลาง	35	53.0	24	54.5			
● มาก	23	34.8	14	31.8			
● มากที่สุด	1	1.6	1	2.3			
ระดับการใช้พฤติกรรมด้านการจัดการกับอารมณ์							
● น้อยที่สุด	6	9.1	1	2.3	5.706	3	0.136 ^a
● น้อย	48	72.7	28	63.6			
● ปานกลาง	11	16.7	12	27.3			
● มาก	1	1.5	3	6.8			
● มากที่สุด	0	0	0	0			
ระดับการใช้พฤติกรรมด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม							
● น้อยที่สุด	1	1.5	1	2.3	1.397	3	0.687 ^a
● น้อย	18	27.3	8	18.2			
● ปานกลาง	44	66.7	32	72.7			
● มาก	3	4.5	3	6.8			
● มากที่สุด	0	0	0	0			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 16 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต						X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป		N	ร้อยละ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
เพศ									
● ชาย	28	19	25.0	9	26.5	0.027	1	1.000	
● หญิง	82	57	75.0	25	73.5				
ช่วงอายุ									
● < 40 ปี	44	25	32.9	19	55.9	5.172	1	0.035*	
● ≥ 40 ปี	66	51	67.1	15	44.1				
สถานภาพ									
● มีคู่	66	49	64.5	17	50.0	2.050	1	0.206	
● ไม่มีคู่	44	27	35.5	17	50.0				
ระดับการศึกษาสูงสุด									
● ต่ำกว่าปริญญาตรี	51	39	51.3	12	35.3	2.425	1	0.149	
● ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	59	37	48.7	22	64.7				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต					X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อาชีพ								
● รับราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ	64	47	61.8	17	50.0	1.354	1	0.297
● พนักงานบริษัท หรือ อื่นๆ	46	29	38.2	17	50.0			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน								
● < 25,000	81	54	71.1	27	79.4	0.846	1	0.483
● ≥ 25,000	29	22	28.9	7	20.6			
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว								
● รายได้เพียงพอ	88	57	75.0	31	91.2	3.842	1	0.070
● รายได้ไม่เพียงพอ	22	19	25.0	3	8.8			
โรคประจำตัว								
● มี	49	38	50.0	11	32.4	2.961	1	0.100
● ไม่มี	61	38	50.0	23	67.6			
รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัว								
● รักษาด้วยแพทย์ แผนปัจจุบัน	93	62	81.6	31	91.2	4.220	2	0.111
● รักษาด้วยแพทย์แผน ไทย	4	2	2.6	2	5.9			
● ทั้ง 2 อย่าง	13	12	15.8	1	2.9			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยด้านสุขภาพ (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต						X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป		N	ร้อยละ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
วัตถุประสงค์ของการรับบริการแพทย์แผนไทย									
● รักษา หรือ กายภาพบำบัด	14	10	26.3	4	36.4	3.343	3	0.381 ^a	
● ผ่อนคลาย	29	23	60.5	6	54.5				
● ทั้ง 2 อย่าง	6	5	13.2	1	9.1				
สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายที่มีปัญหาและทำให้เข้ามารับบริการแพทย์แผนไทย									
● ปวดเฉพาะที่	22	17	44.7	5	45.5	0.002	1	1.000 ^a	
● ปวดเมื่อยทั่วไป	27	21	55.3	6	54.5				
ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการแพทย์แผนไทย									
● มาด้วยตนเอง	43	33	86.8	10	90.1	3.459	3	0.351 ^a	
● แพทย์แนะนำหรือ ส่งตัว	2	2	5.3	0	0				
●ญาติหรือคนรู้จัก แนะนำให้มา	4	3	7.9	1	9.1				
ครั้งที่มารับบริการ									
● < 10	39	29	76.3	10	90.1	1.118	1	0.419 ^a	
● ≥ 10	10	9	23.7	1	9.1				
ระยะเวลาที่มารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย									
● < 3 เดือน	30	23	60.5	7	63.6	0.035	1	1.000 ^a	
● ≥ 3 เดือน	19	15	39.5	4	36.4				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ปัจจัยด้านสุขภาพ (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต					X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระยะเวลาที่มารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย								
● < 3 เดือน	48	37	77.1	11	100.0	0.296	1	1.000 ^a
● ≥ 3 เดือน	1	1	22.9	0	0.0			
ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกแพทย์แผนไทย								
● ≤ 200	42	33	86.8	9	81.8	1.489	2	0.747 ^a
● 201 - 400	5	3	7.9	2	18.2			
● > 400	2	2	5.3	0	0			
การใช้ยาสมุนไพรช่วยในการรักษา								
● ใช้	35	20	26.3	15	44.1	3.432	1	0.078
● ไม่ใช้	75	56	73.7	19	55.9			
การดื่มชาหรือกาแฟ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา								
● ดื่ม	71	48	63.2	23	67.6	0.207	1	0.674
● ไม่ดื่ม	39	28	36.8	11	32.4			
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา								
● ดื่ม	23	14	18.4	9	26.5	0.920	1	0.447
● ไม่ดื่ม	87	62	81.6	25	73.5			
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา								
● ดื่ม	10	7	9.2	3	8.8	0.004	1	1.000 ^a
● ไม่ดื่ม	100	69	90.8	31	91.2			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 17 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสุขภาพ กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสุขภาพด้านอื่น ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต						X ²	df	p-value
	สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป			สุขภาพจิตเท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไป					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
	1. สูญเสียงาน								
• มี	5	4	5.3	1	2.9	0.292	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	105	72	94.7	33	97.1				
2. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม									
• มี	7	5	6.6	2	5.9	0.019	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	103	71	93.4	32	94.1				
3. ปัญหาการเงิน									
• มี	31	23	30.3	8	23.5	0.526	1	0.502	
• ไม่มี	79	53	69.7	26	76.5				
4. ขาดสิทธิการประกันสุขภาพ									
• มี	6	4	5.3	2	5.9	0.017	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	104	72	94.7	32	94.1				
5. ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน									
• มี	24	17	22.4	7	20.6	0.044	1	1.000	
• ไม่มี	86	59	77.6	27	79.4				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต						X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ			
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน					
6. ย้ายที่อยู่ใหม่									
● มี	10	3	3.9	7	20.6	7.871	1	0.009*** ^a	
● ไม่มี	100	73	96.1	27	79.4				
7. การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่									
● มี	17	12	15.8	5	14.7	0.021	1	1.000	
● ไม่มี	93	64	84.2	29	85.3				
8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน									
● มี	13	9	11.8	4	11.8	0.000	1	1.000 ^a	
● ไม่มี	97	67	88.2	30	88.2				
9. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือเด็ก									
● มี	8	6	7.9	2	5.9	0.141	1	1.000 ^a	
● ไม่มี	102	70	92.1	32	94.1				
10. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส									
● มี	5	5	6.6	0	0	2.343	1	0.321 ^a	
● ไม่มี	105	71	93.4	34	100.0				
11. กลัวว่าตนเป็นภาระแก่คู่สมรส									
● มี	10	7	9.2	3	8.8	0.004	1	1.000 ^a	
● ไม่มี	100	69	90.8	31	91.2				
12. กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล									
● มี	6	4	5.3	2	5.9	0.017	1	1.000 ^a	
● ไม่มี	104	72	94.7	32	94.1				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต						X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป		N				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
13. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย									
• มี	6	4	5.3	2	5.9	0.017	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	104	72	94.7	32	94.1				
14. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต									
• มี	23	14	18.4	9	26.5	0.920	1	0.447	
• ไม่มี	87	62	81.6	25	73.5				
15. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย									
• มี	23	13	17.1	10	29.4	2.151	1	0.204	
• ไม่มี	87	63	82.9	24	70.6				
16. พี่น้องใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน									
• มี	7	7	9.2	0	0	3.344	1	0.097 ^a	
• ไม่มี	103	69	90.8	34	100.0				
17. สูญเสียการดูแลตนเอง									
• มี	8	6	7.9	2	5.9	0.141	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	102	70	92.1	32	94.1				
18. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ									
• มี	7	5	6.6	2	5.9	0.019	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	103	71	93.4	32	94.1				
19. ไม่รู้สึกว่ามีเสน่ห์ทางร่างกาย เช่นที่เคยเป็นอีกต่อไป									
• มี	6	4	5.3	2	5.9	0.017	1	1.000 ^a	
• ไม่มี	104	72	94.7	32	94.1				

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต				X ²	df	p-value	
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน				ร้อยละ
20. ชนคิดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต								
● มี	9	7	9.2	2	5.9	0.346	1	0.718 ^a
● ไม่มี	101	69	90.8	32	94.1			
21. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย								
● มี	3	3	3.9	0	0	1.380	1	0.551 ^a
● ไม่มี	107	73	96.1	34	100.0			
22. มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ								
● มี	8	5	6.6	3	8.8	0.175	1	0.701 ^a
● ไม่มี	102	71	93.4	31	91.2			
23. มีประสบการณ์ด้านลบกับแพทย์								
● มี	6	3	3.9	3	8.8	1.083	1	0.371 ^a
● ไม่มี	104	73	96.1	31	91.2			
24. รู้สึกป่วยบ่อย								
● มี	17	12	15.8	5	14.7	0.021	1	1.000
● ไม่มี	93	64	84.2	29	85.3			
25. มีอาการปวดบ่อย								
● มี	39	28	36.8	11	32.4	0.207	1	0.674
● ไม่มี	71	48	63.2	23	67.6			
26. เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อย								
● มี	13	10	13.2	3	8.8	0.423	1	0.751 ^a
● ไม่มี	97	66	86.8	31	91.2			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

ตารางที่ 18 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (N=110)	ภาวะสุขภาพจิต					X ²	df	p-value
	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป					
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
27. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว								
● มี	8	8	10.5	0	0	3.860	1	0.056 ^a
● ไม่มี	102	68	89.5	34	100.0			
28. คดี ปัญหาทางกฎหมาย								
● มี	2	2	2.6	0	0	0.911	1	1.000 ^a
● ไม่มี	108	74	97.4	34	100.0			
29. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้านาย								
● มี	8	6	7.9	2	5.9	0.141	1	1.000 ^a
● ไม่มี	102	70	92.1	32	94.1			
30. อื่นๆ								
● มี	0	0	0	0	0			
● ไม่มี	110	76	100.0	34	100.0			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 18 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การย้ายที่อยู่ใหม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนเหตุการณ์ด้านอื่นไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (N=110)	สุขภาพจิต ต่ำกว่าคนทั่วไป		สุขภาพจิต เท่ากับหรือดีกว่า คนทั่วไป		X ²	df	p-value	
	N	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน				ร้อยละ
พฤติกรรมการเผชิญความเครียด								
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวม								
● น้อยที่สุด	1	1	1.3	0	0	0.473	3	1.000 ^a
● น้อย	20	14	18.4	6	17.6			
● ปานกลาง	86	59	77.6	27	79.4			
● มาก	3	2	2.7	1	3.0			
● มากที่สุด	0	0	0	0	0			
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา								
● น้อยที่สุด	2	2	2.7	0	0	21.854	4	0.000 ^{**a}
● น้อย	10	8	10.5	2	5.9			
● ปานกลาง	59	49	64.5	10	29.4			
● มาก	37	15	19.7	22	64.7			
● มากที่สุด	2	2	2.6	0	0			
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์								
● น้อยที่สุด	7	2	2.6	5	14.7	8.047	3	0.038 ^a
● น้อย	76	53	69.7	23	67.6			
● ปานกลาง	23	19	25.0	4	11.8			
● มาก	4	2	2.7	2	5.9			
● มากที่สุด	0	0	0	0	0			
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม								
● น้อยที่สุด	2	2	2.7	0	0	1.934	3	0.637 ^a
● น้อย	26	18	23.7	8	23.5			
● ปานกลาง	76	53	69.7	23	67.6			
● มาก	6	3	3.9	3	8.9			
● มากที่สุด	0	0	0	0	0			

a= The fisher's exact test, *p<0.05 **p<0.01

จากตารางที่ 19 พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Chi-square Test และ The Fisher's exact test

ภาวะสุขภาพจิต (N=110)	คุณภาพ การนอนหลับดี		คุณภาพ การนอนหลับไม่ดี		X ²	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
	สุขภาพจิตเท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไป	24	36.4	10			
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	42	63.6	34	77.3			

จากตารางที่ 20 พบว่า คุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และคุณภาพการนอนหลับกับภาวะสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพจิต	
	r	P-value
อายุ	-0.135	0.160
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวม	0.107	0.267
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	0.236	0.013*
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์	-0.287	0.002**
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม	-0.050	0.603
คุณภาพการนอนหลับ	0.180	0.060

*p<0.05 ** p<0.01

จากตารางที่ 22 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับ ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับน้อย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี มีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี จำนวน 110 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 25.5 เพศหญิง ร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42.92 ปี สถานภาพมีคู่ ร้อยละ 60.0 ไม่มีคู่ ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.5 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.6 มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.6 มีรายได้ต่อเดือน 25,000 บาทหรือน้อยกว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 80.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.5 โดยมีโรคประจำตัวเป็นภูมิแพ้ ร้อยละ 30.6 รองลงมา ร้อยละ 28.6 เป็นโรคกระดูกและข้อ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.5 รักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน วัตถุประสงค์ของการรับบริการ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.4 เพื่อผ่อนคลาย สำหรับสาเหตุที่มาส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อย ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มชาหรือกาแฟ ร้อยละ 35.5 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 79.1 และไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 90.9

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 69.1 สุขภาพจิตเท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 30.9 โดยมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตเฉลี่ยเท่ากับ 42.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเท่ากับ 4.73 Min = 30, Max = 56

ส่วนที่ 4 คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 60.0 และมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 40.0 โดยมี คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ 5.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเท่ากับ 2.63 Min = 0, Max = 13

ส่วนที่ 5 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีเหตุการณ์ความเครียดเกี่ยวกับ การมีอาการปวดบอย ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ปัญหาการเงิน ร้อยละ 28.2 ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน ร้อยละ 21.8 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตและเหตุการณ์ที่เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย พบว่ามีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 20.9 เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่และการรู้สึกป่วยบ่อย พบว่ามีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 15.5 รวมถึงเหตุการณ์การเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อยพบว่ามีจำนวนเท่ากันกับเหตุการณ์การได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 11.8

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน พบว่ามีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับ และภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square test พบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตด้าน ปัญหาการเงิน รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย รู้สึกป่วยบ่อย และมีอาการปวดบ่อย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลทางสุขภาพ และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลคือ สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ด้าน ปัญหาการเงิน รู้สึกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย รู้สึกป่วยบ่อย มีอาการปวดบ่อย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ส่วนการเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่ และกลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ แม้ว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีค่าความสัมพันธ์กันแต่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย ส่วนภาวะสุขภาพจิตพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสุขภาพ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Chi-square test พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตเรื่องการย้ายที่อยู่ใหม่ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลทางสุขภาพพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต พฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ แม้ว่าปัจจัยดังกล่าว จะมีค่าความสัมพันธ์กันแต่มีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

การอภิปรายผล

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นสำคัญที่พบ มา อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ความชุกของคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน มีอายุเฉลี่ยประมาณ 43 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 และคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดีอยู่ในช่วงร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 76.3 [74, 65, 66, 17, 68] และการศึกษาปัญหาการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชน [81] พบแนวโน้มของปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีประมาณร้อยละ 30 ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามี ความชุกของคุณภาพการนอนหลับใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่น อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือในการวัดคุณภาพการนอนหลับที่แปลและดัดแปลงจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [17] ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างจากงานวิจัยอื่น และปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สถานภาพ เหตุการณ์ความเครียดเกี่ยวกับการมีอาการปวดบวม ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระหว่างบุคคลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมผ่าตัด [10] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยต่อความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ดังนั้น การให้ความสำคัญกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะช่วยเป็นแนวทางในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมคุณภาพการนอน เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับที่ดีได้

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน ร้อยละ 69.1 และสุขภาพจิตเท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไปจำนวนร้อยละ 29.9 ซึ่งจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 42.1 [86] ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 59.4 [87] ในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 29.4 [88] และ

ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 17.4 [89] และในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี พบภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 62.1 [90] อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยนี้ พบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่ำกว่าคนทั่วไปมีความชุกค่อนข้างสูง จึงควรให้ความสนใจกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และพัฒนาให้มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการใช้เครื่องมือในการวัดภาวะสุขภาพจิตที่ต่างกันกับการศึกษาในกลุ่มอื่น อีกทั้ง อาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการวัดภาวะสุขภาพจิตในการศึกษาของแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกัน [88, 89, 79]

เมื่อพิจารณา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จากการวิจัยนี้พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 77.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ [91] ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น ได้ศึกษาพบว่าหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 มีระดับภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ดี โดยในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีนั้นส่วนมากจะมีอายุอยู่ในช่วง 36-50 ปี ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญ ในการช่วยเหลือ ให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เพื่อให้มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดที่เคยประสบใน 6 เดือนที่ผ่านมาในเรื่องการย้ายที่อยู่ใหม่ มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ซึ่งขัดกับการศึกษาของ ทานิต โชครณะศิริ[92] ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้เข้ารับบริการจากหมอดู ณ สมาคมโหราแห่งประเทศไทย พบว่าระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ผู้ที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การศึกษาของ ธรณินทร์ กองสุข[93] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับตัวเองกับการเกิดโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้ทำการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม 2554 มีเหตุการณ์จากปัจจัยภายนอกที่ไม่คาดคิดและอาจมีผลกระทบ โดยเป็นช่วงเวลาหลังจากผ่านเหตุการณ์น้ำท่วม จังหวัดปราจีนบุรี 1 เดือน จึงอาจเป็นไปได้ว่าพบเหตุการณ์ความเครียดด้านการย้ายที่อยู่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้ที่มีการย้ายที่อยู่ มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีการย้ายที่อยู่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีการย้ายที่อยู่เพียงร้อยละ 9

พฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียด จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี สัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ ในขณะที่ผู้ที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูง สัมพันธ์เชิงบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร อภินันทเวช[94] ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีระดับความเครียดต่ำ ใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ส่วนพระสงฆ์ที่มีความเครียดสูงใช้วิธีการจัดการด้านอารมณ์ และการศึกษาของ สุณีย์ ละกำปັນ[95] ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและความผาสุกในครอบครัวไทยเขตเมือง พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้านการจัดการปัญหาและด้านการจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ดังนั้น วิธีหนึ่งในการช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต คือการให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา โดยมุ่งที่การมองที่ตัวปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงมากกว่าจะใช้วิธีจัดการกับอารมณ์ แต่ปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข

นอกจากนี้ ในการวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากการวิจัย ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนไม่เพียงพอในการพบความสัมพันธ์ดังกล่าว หรือผู้ที่มารักษาที่แผนกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อาจมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบความชุกของผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 40.0 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยอื่น และพบว่ามียาแก้ปวดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยคือ เหตุการณ์ความเครียดเกี่ยวกับการมีอาการปวดบ่อย ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อหาแนวทางในการดูแล และลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีต่อไป
2. จากการศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่ามีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 69.1 ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไปและมีพฤติกรรมความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์
3. ควรส่งเสริม และให้ความรู้เกี่ยวกับ วิธีการเผชิญความเครียด หากมีเหตุการณ์ความเครียดเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นในด้านทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งอาจช่วยลดภาวะในสุขภาพจิตได้ เช่น การพิจารณาปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบ คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ พุดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนที่เคยมีประสบการณ์หรือตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากจำนวนของกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ จึงอาจทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยแผนกอื่นๆ เพิ่มเติม
2. ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิต เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริม และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มผู้ป่วยแผนกอื่นๆ
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในเรื่องของแบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยศึกษาถึงค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตว่ามีค่าคะแนนเป็นอย่างไร รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต

รายการอ้างอิง

- [1] Evan, J.C., & French, D.G. Sleep and healing intensive care setting. Dimensions of Critical Care Nursing, 14,4 (1995) : 189-99.
- [2] Kalimo R., Tankanen L., Harma M., Popius E, & Heinsalmi P. Job stress and sleep disorder. Finding from The Helsinki Heart study. Stress medicine, 16 (2000) : 65-67.
- [3] Shapiro, C. and Flanigan, M. Function of sleep. Journal of Biology Medicine, 306 (1993) : 383-5.
- [4] Liu, Tanaka H, The Fukouka. Heart Study group. Overtime-work, insufficient sleep and risk of non-fetal acute myocardial infarction in Japanese men. Journal of Occupational & environment Medicine, 59 (2002) : 447-51.
- [5] ภาตตรี สุดทรวง. ประสาทวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2539
- [6] Kryger, Mier H. A woman's guide to sleep disorder. 2 nd ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- [7] Reid K. & Fawson D. Comparing performance on a simulated 12 hours shifts rotation in young and older subjects. Occupational and Environmental Medicine, 58 (2001) : 58-62
- [8] Winwood P.C.,Lishington K & Winefield A.H. Further developmental and Validation of Occupation Fatigue Exhaustion Recovery(OFER) Scale. Journal of Occupation and Environment Medicine, 58 (2006) : 381-9.
- [9] Walsleben, Joyce and Rita Baron Faust. A Woman's Guide to Sleep. Tree Rivers Press, 2000.
- [10] พรสวรรค์ โจรณกิตติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [11] Edward, G.B. & Schuring, L.M. Sleep Protocol. A Research bases practice change. Critical Care Nurse, 1993: 84-8.

- [12] McIntosh, A. Sleep deprivation in critically ill patient. Nursing, 3,45 (1989) : 44-5.
- [13] Brewer, M.J. To sleep or not to sleep: The consequence of sleep deprivation. Critical Care Nurse, 5,6 (1985) : 35-41.
- [14] Wolfson, Amy. The woman 's Book on Sleep. Nerr Harbinger Publication, 2001.
- [15] Hack, M & Mullington J. Sustained sleep restriction reduce emotion and physical well-being. Pain, 119,1-3 (2002) : 56-64
- [16] ดวี ธรรมสุข. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. มนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย, 2544.
- [17] ตะวันชัย จิระประมุข และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42,3 (2540) : 123-32.
- [18] Holmes TH, Rahe RH. The social Readjustment Ration Scale. J Psychosm Res 11 (1967) : 213-8
- [19] Singh N, Gayowski T, Wagner MM, Marino IR. Depression in patients with Cirrhosis: impact on outcome. Diges Dis and Scien 42,7 (1997) : 1427-37
- [20] นงลักษณ์บุญเยี่ยม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตรและศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2537.
- [21] Jalowiec, A. Confirmatory factor analysis of the Jalowiec coping scale. In C.F. Waltz, & O.L. Strickland (Eds.), Measurement of nursing outcomes (pp.287-307). New York: Springer, 1988.
- [22] อภิชัย มงคลและคณะ. รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนันท์ 95, 2547.
- [23] เกษม ตันผลาชีวะ. การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. ใกล้หมอ, 15,5 (2543): 81-2.

- [24] บุญชู อนุศาสนนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- [25] ดารัสนี โภธารส. ทำอย่างไรเมื่อนอนไม่หลับ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา, 4,1(2539) : 13-8.
- [26] Bahr, R. Sleep-wake pattern in the aged, Journal of Gerontological Nursing. 9 (1983) : 534-9.
- [27] Guyton, A.C. Textbook of Medical Physiology. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1991.
- [28] Webster & Thompson, R. A. and Thomson, D.R. Sleep in Hospital, Journal of Advanced Nursing. 11 (1990) : 227-36.
- [29] Wood, N.F. Patterns of sleep in post craniotomy patients. Nursing Research. 1,4 (1972) : 347-52.
- [30] ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. การนอนหลับ: แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13 (2538) : 10-8.
- [31] Fuller, J. and Schaller – Ayers, J.S. Health assessment: A nursing approach. Philadelphia: J.B. Lippicottt, 1990.
- [32] Berger, K.J. and willams, M.B. Fundamental of nursing: Collaborating for optimalhealth. Nor work: Appleton & lange, 1992.
- [33] Matteson, M.A. and McConnell, E.S. Gerontological nursing: Concepts and practice. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988.
- [34] McGhie, A. and Russell, S.M. The Subjective Assessment of normal sleep patterns. Journal of Mental Science. 108 (1962) : 642-54.
- [35] Kozier, B., Erb, G. and McBufalino, P. Introduction to Nursing. Menlo Park: Addison-Wwsley, 1989.
- [36] Closs, J. Pstient 's Sleep-wake Rhythms in Hospital part 1. Nursing Times. 84 (1988) : 48-50.

- [37] ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [38] สันต์ หัตถิรัตน์. การตรวจรักษาอาการ “หลับไม่ปกติ”. หมอชาวบ้าน, 13 (2534) : 26-8.
- [39] Patrick, M.L.; Woods, Sl., Garven, R.F., Rokovsky, J.S. and Bruno, P.M. Medical
Surgical Nursing: Pathophysiological concepts. Philadelphia: J.B.
Lipicott, 1986.
- [40] Taylor, C.; Lillis, C. and Lemone, P. Fundamental of Nursing: the art and Science
of nursing care. Philadelphia: J.B. Lipincott, 1989.
- [41] Espie, C.A. Practical management of insomnia: Behavioral cognitive techniques.
Journal of British Medical, 306 (1993) : 509-11.
- [42] Edinger, J.D.; Morey, M.C. and Sullivan, R.J. et al. Effect of aerobic fitness and
acute exercise on the sleep older man. Sleep Research, 21 (1992) : 103.
- [43] วรัญ ต้นชัยสวัสดิ์. สรีรวิทยาการนอนหลับ. ใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (บรรณารักษ).
- การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.
- [44] Clancy, J. and McVicar, A. Circadian Rhythm TT. British Journal of Nursing,
3 (1994) : 712-17.
- [45] Lexcen, F.J., Hick, R. A., Rider, S. and Sarnikonski, S. Smoking and
Self-reported Sleep problems. Sleep Research, 22 (1993) : 89.
- [46] Yokoi. M., Kawada, S. et al. Ethanol Effects on daytime sleepiness and Reaction
time. Sleep Research, 22 (1993) : 536.
- [47] Kelly, T, Gomez, S., Engelland, S. and Naitoh, P. Repeated Administration of
coffin during sleep Deprivation Dose not Affect cognitive Performance.
Sleep Research, 1991; 22: 336.
- [48] Hodgson, L.A. Why do we need sleep? : Relating theory to nursing practice.
Journal of Advanced Nursing, 16 (1991) : 1503-10.
- [49] Shapiro, C.M.; Devis, G.M.; and Hussain, M.R. Sleep problems in patients with
Medical illness. British Medical Journal, 360 (1993) : 1532-35.

- [50] Beck, S.L. Measuring sleep. In M. Frank-Stromborg (Ed.), Instrument of Clinical Nursing research. (pp.255-67). Philadelphia: F.A. Davis company, 1992.
- [51] Snyder-Halpern, R. and Verran, J.A. Instrumentation to describe subjective sleep Characteristics in healthy Subjects. Research in Nursing & Health 10 (1987) : 155-63.
- [52] Townsend, Mary C. Psychiatric/Mental Health Nursing: Concepts of Care. Philadelphia: W.B. Saunder Company, 1993.
- [53] ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2522
- [54] ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. สุขภาพเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2530.
- [55] สุวนีย์ เกียรติงแก้ว. รายงานวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2530.
- [56] รวีวรรณ ผ่ากัณหา. พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิต. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 1,2 (2544) : 26-34
- [57] จีรารวรรณ ประกอบผล. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. สงวนสิทธิ์เวชสาร, 4,4 (2531) : 181-7.
- [58] Jahoda M. Currents concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
- [59] สุธีภรณ์ สมคะเนย์. การศึกษากาละสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- [60] เครื่องข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. สรุปรายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบสุขภาพจิต. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต, 2542.
- [61] อัมพร โอตระกูล. ปัจจัยด้านระบาดวิทยาต่อการเกิดโรคทางจิตเวช. ใน เกษม ต้นติผลาชีวะ, บรรณานุกรม. ตำราจิตเวชศาสตร์, หน้า 230-236. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- [62] กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร. รายงานการวิจัย การศึกษาสภาพตำราทางการแพทย์แผนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2548

- [63] อรุณพร อธิรัตน์ และ วีรพัฒน์ เงามธรรมทรรศน์. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนปัจจุบัน สอดคล้องหรือแยกออกจากกัน. การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวง นราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบนักษัตร เรื่อง การแพทย์วัฒนธรรม และจริยธรรม. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2538.
- [64] ปัทมาวดี กสิกรรม. สุขภาพทางเลือก. 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. นนทบุรี: โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- [65] กุสุมาลย์ รามศิริ. คุณภาพการนอนหลับปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- [66] ณภัทรวรรต บัวทอง. คุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [67] กัลยา สรรพอุดม. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [68] ผานิต ชนะมณีและคณะ. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษา มหาวิทยาลัยภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24,3 (2549) : 163-73.
- [69] Wolson, Jonh Hash. Sleep Hygiene and Sleep Quality in Italian and American Adolescents. Annals of the New York Academy of Sciences, 1021,1(2004) : 352-4.
- [70] Ulla M. Edeell-Gustafsson. Eiver I.K. Kritz and I. Krisina Bogren. Self-reports sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in female. Scandinavian Journal of caring Sciences, 16,2 (2002) : 179-87.

- [71] เจริญ แจ่มแจ้ง. สุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลนิติจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 6,1 (2535) : 376-82.
- [72] มลิวัดย์ หงสนันท์ และคณะ. ความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์: คูบลราชธานี, 2541.
- [73] ปราณี่ ดาโรจน์, จามจุรี อุตสาหกรรม และเทียนทอง บังศรี. ความสามารถทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5, 2542.
- [74] อมรรัตน์ เบญจางคประดิษฐ์, ทวีรัตน์ ศรีวิไล และรังสี กัลยาณวัตติ. ความเครียดของพยาบาล โรงพยาบาลเบตง. ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7, 2542.
- [75] อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เซษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกกุล และคณะ. การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2544.
- [76] สกล ด่านภักดี. สุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาเมืองชัยภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44,3 (2544) : 313-27.
- [77] ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล. ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในบรรยากาศการสอบเข้ามหาวิทยาลัย. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544. "ความสุขที่พอเพียง" วันที่ 5-7 กันยายน 2544.
- [78] ชนิดดา แนบเกสร, สงวน ธาณี และสราวลี สุนทรวิจิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2540.
- [79] สุภารัตน์ สอนปะละ. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- [80] จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และธนา นิลชัยโกวิทย์. รายงานเบื้องต้น: ปัญหาในการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 42,2 (2540) : 66-7.

- [81] Lee, K.A. An Overview of Sleep and Common sleep problem. American Nephrology Nurses Association Journal, 24,6 (1997) : 614-24.
- [82] Buyee DJ. et al. The Pittsburgh sleep quality Index: a new instrument for Psychiatric practice and research. Psychiatry Research, 28,2 (1989) : 193-213.
- [83] สรยุทธ วาสิกนันท์. ยานอนหลับและสารช่วยการนอนหลับ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 45,1 (2543) : 87-98.
- [84] วรดี รักอิม และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 24,4 (2549) : 289-98.
- [85] วันเพ็ญ โอฟ้ารักษาติ. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- [86] ทรงลักษณ์ เกตุอังกุล. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- [87] ธนิกันต์ เชื้อนดิน. สุขภาพจิตของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- [88] จินตนา กมลพันธ์. สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [89] สุทธิพงษ์ ปิ่นแก้ว. สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. ปีที่ 33, ฉบับที่ 3, (กันยายน-ธันวาคม) 2551 : 347.
- [90] ศิริพร ทองบ่อ. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.

- [91] ทานิต โชคธนะศิริ. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้เข้ารับบริการจากหมอดู ณ สมาคมโหราแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- [92] ธรณินทร์ กองสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยปี 2549 บทคัดย่อผลงานวิชาการ ในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข 2551, ตั้งดวงแก้ว ส่องฟ้าสาธารณสุข (28-30 พ.ค. 2551) : 356.
- [93] สุพร อภินันทเวช. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการประจำปี 2549 ครั้งที่ 34 จิตเวชศาสตร์และวิกฤตทางสังคม (Psychiatry and Social Crises), ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับกรมสุขภาพจิต. (20-22 พฤศจิกายน 2549) : 30.
- [94] สุณีย์ ละกำป็น. พฤติกรรมและการเผชิญปัญหาและความผาสุกในครอบครัวไทยเขตเมือง. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, ปีที่ 12, ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2551) : 24.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรด ใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพ

โสด

สมรส (ทั้งจดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรส)

หม้าย

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ประถมศึกษา

อนุปริญญา

มัธยมศึกษาตอนต้น

ปริญญาตรี

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

ไม่ได้ทำงาน

รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

รับจ้าง

พนักงานบริษัท

ธุรกิจส่วนตัว

อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

7. สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ

รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน

รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ

รายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการรักษา

คำชี้แจง โปรด ✓ ใน หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. โรคประจำตัว

- ไม่มี (ข้ามไปทำข้อที่ 11)
- มี (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- เบาหวาน
 - ความดันโลหิตสูง
 - โรคระบบหมุนเวียนโลหิต และหัวใจ
 - โรคระบบทางเดินหายใจ
 - ภูมิแพ้
 - โรคกระดูกและข้อ
 - อัมพฤกษ์ อัมพาต
 - โรคทางจิตเวช โปรดระบุ.....
 - อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. รูปแบบในการรักษาโรคประจำตัวของท่าน (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน รักษาด้วยแพทย์แผนไทย

3. ประเภทการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- นวดตัว (นวดไทย) อบสมุนไพร
- นวดฝ่าเท้า ประคบสมุนไพร
- นวดน้ำมัน ทับหม้อเกลือ
- นวดหน้าคลายเครียด

4. วัตถุประสงค์ของการรับบริการแพทย์แผนไทย (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รักษาหรือกายภาพบำบัด
- ผ่อนคลาย
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. สาเหตุและตำแหน่งของร่างกายของท่านที่มีปัญหาและทำให้เข้ามาใช้บริการแพทย์แผนไทย โปรตระบุ

6. ผู้เกี่ยวข้องที่แนะนำมารับบริการแพทย์แผนไทย
 มาด้วยตนเอง
 แพทย์แนะนำหรือส่งตัว
 ญาติหรือคนรู้จักแนะนำให้มา
7. ท่านมารับบริการครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร
 ครั้งแรก
 2-10
 11-20
 มากกว่า 20
8. ระยะเวลาที่ท่านมารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทย
 น้อยกว่า 1 เดือน
 1-3 เดือน
 มากกว่า 3 ถึง 6 เดือน
 มากกว่า 6 เดือน
9. ความถี่ในการมาใช้บริการที่แผนกการแพทย์แผนไทยของท่าน.....ครั้ง/เดือน
10. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่แผนกการแพทย์แผนไทยของท่านโดยเฉลี่ย
 ประมาณครั้งละ.....บาท
11. ท่านได้ใช้ยาสมุนไพร ช่วยในการรักษาร่วมด้วยหรือไม่
 ไม่ใช่
 ใช้ โปรตระบุชื่อยา

12. ท่านดื่มชาหรือกาแฟหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- ไม่ดื่ม
- น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน
- มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป/เดือน แต่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำทุกวัน
- ดื่มประจำ ปริมาณ.....แก้ว/วัน

13. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- ไม่ดื่ม
- น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน
- มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป/เดือน แต่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำทุกวัน
- ดื่มประจำ ปริมาณ.....แก้ว/วัน

14. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือไม่ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

- ไม่ดื่ม
- น้อยกว่า 4 ครั้ง/เดือน
- มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป/เดือน แต่ไม่ได้ดื่มเป็นประจำทุกวัน
- ดื่มประจำ ปริมาณ.....ขวด/วัน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุดหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ กับการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ เมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว				
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกในครอบครัว มีความรักและผูกพันต่อกัน				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่วไป ของท่านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาตอบโดยใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง และขอความร่วมมือตอบทุกข้อ

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมักจะเข้าอนเวลา.....น.
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านต้องใช้เวลานานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้าอนจนหลับ
.....นาที
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านจะลุกจากที่นอนเวลา.....น.
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 - ดีมาก
 - ดี
 - ไม่ค่อยดี
 - ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยานอนหลับบ่อยเพียงใด (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง)
 - ไม่เคยใช้เลย
 - น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในระหว่าง ขับรถ กินอาหาร หรือร่วมงานสังสรรค์
 - ไม่เคยเลย
 - น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป

- ไม่เป็นปัญหาเลย
- เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
- เป็นปัญหาพอสมควร
- เป็นปัญหามาก

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด

กรุณาตอบทุกข้อ

ปัญหา	ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหา 3 ครั้งหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ใจ หรือกรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ผื่นรำย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ ถ้ามี โปรดระบุ				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับเหตุการณ์ที่คุณเคยประสบใน 6 เดือนที่ผ่านมา

เหตุการณ์	มี	ไม่มี
1. สูญเสียงาน		
2. ไม่สามารถทำงานที่เคยทำได้ในลักษณะเดิม		
3. ปัญหาการเงิน		
4. ขาดสิทธิการประกันทางสุขภาพ		
5. ปัญหาสิ่งแวดล้อมใกล้บ้าน		
6. ย้ายที่อยู่		
7. การเปลี่ยนแปลงการจัดการชีวิตความเป็นอยู่		
8. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนร่วมงาน		
9. ได้รับการปฏิเสธจากเพื่อน ญาติ หรือเด็ก		
10. ได้รับการปฏิเสธจากคู่สมรส		
11. กลัวว่าตนเป็นภาระแก่คู่สมรส		
12. กลัวว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแล		
13. รู้สึกถูกแบ่งแยกเนื่องจากการป่วย		
14. ไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต		
15. เพื่อนสนิทหรือญาติป่วย		
16. พี่น้องใกล้ชิดเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายกัน		
17. สูญเสียการดูแลตนเอง		
18. สูญเสียกิจกรรมทางเพศ		
19. ไม่รู้สึกร่างกายมีเสน่ห์ทางร่างกาย เช่นที่เคยเป็นอีกต่อไป		
20. ฉันคิดเกี่ยวกับการไม่มีอนาคต		
21. คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย		
22. มีประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ		
23. มีประสบการณ์ด้านลบกับแพทย์		
24. รู้สึกป่วยบ่อย		
25. มีอาการปวดบ่อย		

เหตุการณ์	มี	ไม่มี
26. เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือบ่อย		
27. การเสียชีวิตของคู่สมรส หรือสมาชิกในครอบครัว		
28. คดี ปัญหาทางกฎหมาย		
29. ปัญหาเกี่ยวกับเจ้านาย		
30. อื่นๆ ระบุ		

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมและการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง 1. โปรดตอบคำถามโดยครบถ้วนทุกข้อ

2. ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการ

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	บ่อยที่สุด	บ่อย	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. กังวลใจ					
2. ทำงานหรือออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายได้ออกแรง					
3. คิดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้นเอง					
4. หัวเราะและคิดว่าสถานการณ์ต่างๆ อาจเลวร้ายกว่านี้					
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
6. รับประทานอาหารมากขึ้น					
7. พยายามไม่คิดถึงสิ่งรบกวนจิตใจ และคิดเรื่องอื่นแทน					
8. ปล่อยให้บุคคลอื่นช่วยแก้ไขปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์					
9. ฝันกลางวัน เหม่อลอย					
10. พยายามหาอะไรทำเพื่อไม่ให้ว่างแม้จะไม่ช่วยแก้ไขปัญหา					
11. พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนที่เคยมีประสบการณ์หรือตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน					
12. เตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์เลวร้ายที่อาจเกิดขึ้น					
13. เอะอะ ไวววาย หรือโตะโตะตะตา					
14. ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าตนเองป่วย และต้องได้รับการรักษา					
15. พิจารณาปัญหาอย่างละเอียดรอบคอบ					
16. พยายามควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่าที่สามารถทำได้					
17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					
18. สวดมนต์ภาวนา หรือกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ยึดสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่ง					

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	บ่อย ที่สุด	บ่อย	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
19. กระทบกระวายเป็น หงุดหงิด					
20. พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่					
21. กล่าวโทษบุคคลอื่นว่าเป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาหรือสถานการณ์					
22. พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น					
23. ระบายความเครียดกับคนอื่นหรือสิ่งของ					
24. แยกตัวอยู่คนเดียวเงียบๆ					
25. เลิกคิดที่จะแก้ปัญหาเพราะรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง					
26. ไม่ทำอะไรทั้งสิ้น หวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายไปเอง					
27. แสวงหาแหล่งที่ทำให้เกิดความสะดวกสบาย หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น					
28. พยายามค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อหาทางควบคุมให้ดีขึ้น					
29. พยายามทดลองแก้ไขปัญหาด้วยวิธีต่างๆ และเลือกวิธีที่ดีที่สุด					
30. เลิกสนใจในสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น					
31. พยายามนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา					
32. พยายามแยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆ เพื่อจะแก้ไขปัญหได้ง่ายขึ้น					
33. เข้านอนและพยายามคิดว่าสถานการณ์ต่างๆ จะดีขึ้นในเช้าวันต่อมา					
34. ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา					
35. ปล่อยให้ตนเองไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น					
36. ผ่อนปรนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสลิลลาพร นามสกุล กองทองมณีโรจน์

วัน เดือน ปีเกิด 12 มิถุนายน 2520 จังหวัด กรุงเทพฯ ปัจจุบันอายุ 34 ปี

พ.ศ. 2546 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พ.ศ. 2546 ทำงานในตำแหน่ง กรรมการผู้จัดการ
สถานที่ทำงาน บริษัท กองทองสมุนไพรไทย จำกัด

ปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่ง กรรมการผู้จัดการ
สถานที่ทำงาน บริษัท กองทองสมุนไพรไทย จำกัด
และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เมื่อปีการศึกษา 2553