

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ
 - 1.2 สรีรวิทยาของวงจรการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ
 - 1.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมาย ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อุบัติการณ์และสาเหตุภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 3.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 4.1 ความหมายของความเครียด
 - 4.2 การประเมินความเครียด
5. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด เป็นกลไกที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับเซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายจะสังเคราะห์โปรตีน พื้นฟูซ่อมแซมส่วนที่เสื่อมถอย และสะสมพลังงานเพื่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในขณะตื่น นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางจะมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมี

ความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความคิด ความจำ การตัดสินใจ และการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์อีกด้วย (จิตติมา ณรงค์ศักดิ์, 2560)

Fordham (1991) ได้อธิบายการนอนหลับ คือ ภาวะที่ร่างกายลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งเป็นช่วงที่มีลักษณะเฉพาะของคลื่นไฟฟ้าสมอง และร่างกายจะมีอัตราการเผาผลาญลดลง

Guyton (1990) อธิบาย การนอนหลับเป็นสรีรวิทยาของมนุษย์ ที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัวอย่างไรก็ตามสามารถถูกปลุกให้ตื่นได้โดยสิ่งเร้าที่เพียงพอ ซึ่งการนอนหลับ ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2559: 112) อธิบาย การนอนหลับว่าเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สอดคล้องกับนาฬิกาชีวภาพ และจังหวะชีวภาพที่มีการทำงานเป็นรอบ ๆ โดยที่นาฬิกาชีวภาพเป็นเสมือนนาฬิกาของร่างกาย ที่ทำหน้าที่กำหนดจังหวะการทำงานของร่างกายในรอบ 1 วัน ส่วนจังหวะชีวภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาในร่างกายมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นเวลา เป็นรอบ ๆ ใน 1 รอบใช้เวลา 24 ชั่วโมง และมีลักษณะเป็นวงจรมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ ถ้ามีการกระตุ้นและความพร้อมที่จะตื่น

1.2 สรีรวิทยาของวงจรการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559 : 113-115)

สรีรวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมี 2 ชนิด คือการนอนหลับช่วงที่ไม่มีเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (NREM) และการนอนหลับช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว (REM) ซึ่งการนอนหลับทั้งสองอย่างนี้ เกิดขึ้นต่อเนื่องสลับกันไปตลอดคืน โดยการนอนหลับจะเริ่มต้นด้วย NREM สลับกับ REM และเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน คืนหนึ่งจะเกิดวงจรดังกล่าว 4-6 รอบ ดังนี้

1. การนอนหลับช่วงที่ไม่มีเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement: NREM) ระยะเวลาการทำงานของระบบควบคุมการตื่นรู้จะลดลง ทำให้เกิดวงจรการนอนหลับขึ้น ปกติจะใช้เวลา 90 นาทีต่อ 1 รอบ แบ่งเป็น 4 ระยะตามคลื่นไฟฟ้าสมอง ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะที่เปลี่ยนแปลงจากสภาพตื่นเต็มที่สู่การหลับ เป็นระยะที่เริ่มหลับหรือเคลิ้มๆ (falling asleep) มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ร่างกายและอารมณ์เริ่มผ่อนคลาย ตาเริ่มปิดและกลอกไปมาช้า ๆ ขณะที่เปลือกตาปิดอยู่ยังสามารถรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม ระยะที่ 2 การหลับลึกขึ้น หรือระยะคลื่นหลับ (sleep spindles) ระยะนี้ร่างกายจะผ่อนคลาย แต่ยังคงได้ยินเสียง การหายใจเริ่มสม่ำเสมอและช้าลง เริ่มหลับลึกลงเรื่อย ๆ อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง ตา 2 ข้างเคลื่อนไหวช้าลง แต่สามารถปลุกให้ตื่นง่ายได้ด้วยเสียง หรือการสัมผัสทางร่างกาย ระยะที่ 3 เริ่มเข้าสู่ระยะหลับลึก ระยะนี้ปลุกให้ตื่นได้ยากขึ้น อัตราการหายใจสม่ำเสมอ อัตราการเผาผลาญอยู่ในระดับต่ำ ความดันโลหิตต่ำ ตาไม่เคลื่อนไหว มีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (growth

hormone) และซีโรโทนิน (serotonin) นอกจากนี้ระยะนี้จะมีการฝันได้ ระยะที่ 4 เป็นระยะที่คลื่นไฟฟ้าสมองช้าลง เป็นระยะที่มีการหลับลึกที่สุด (deep sleep) และปลุกได้ยาก คนที่อดนอนจะนอนหลับในระยะนี้นานขึ้น ระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานลดลง อุดมภูมิ ซึ่พจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ การนอนในลักษณะนี้ร่างกายจะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2. การนอนหลับช่วงที่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement: REM) ระยะนี้จะเกิดขึ้นทุก ๆ 50-90 นาทีของวงจรการนอนหลับ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง อัตราการเต้นของหัวใจ และการหายใจแกว่งขึ้นลง และความดันโลหิตอาจลดลงหรือเพิ่มขึ้น ระยะนี้จะปลุกให้ตื่นยาก

การนอนหลับในแต่ละคืนของคนปกติโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 6-8 ชั่วโมง สามารถทำให้เกิดวงจรการนอนหลับชนิด REM และ NREM ประมาณ 4-6 วงจร แต่ละวงจรใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที โดยในวงจรแรกของการนอนหลับ จะมีระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ยาว ระยะ REM สั้น เมื่อหลับไปเรื่อย ๆ ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จะสั้น ระยะ REM จะยาวขึ้น ในผู้สูงอายุ พบว่าวงจรการหลับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีเวลายาวนานขึ้น ขณะที่ระยะหลับลึกคือ ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 สั้นลง ทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่าย หลับต้อยาก นอนไม่หลับต้องตื่นเช้าขึ้น หลับลึกไม่ได้ ทำให้รู้สึกว่าการนอนไม่เพียงพอ ต้องนอนกลางวันเพิ่มขึ้น

สรุป คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การหลับลึก หลับสนิท หรือความเพียงพอต่อการนอนหลับในระยะที่ 4 ของการนอนหลับช่วงที่ไม่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานลดน้อยลง สัญญาณชีพจะช้ากว่าช่วงตื่นนอน อุดมภูมิ ซึ่พจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ตื่นตอนเช้าจะรู้สึกสดชื่น ไม่ง่วงนอน หรือเพลีย

1.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ สามารถประเมินทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการประเมินเชิงคุณภาพ กระทำโดยการสัมภาษณ์ การบอกเล่าของผู้ป่วย ส่วนเชิงปริมาณ คือการใช้อุปกรณ์ริสท์แอคติกราฟ (wrist actigraphy) ติดที่ข้อมือ เพื่อตรวจวัดความแรง (intensity) และความถี่ (frequency) ของการเคลื่อนไหวของร่างกาย (accelerometer) จดบันทึกทุก 1-5 วินาที เพื่อนำมาวิเคราะห์และประเมินวงจรการหลับการตื่น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีเครื่องมือประเมินได้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการวินิจฉัยปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ส่วนการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับและความรู้สึกหลังตื่น เป็นวิธีที่สามารถคัดกรอง และวินิจฉัยปัญหาการนอนหลับขั้นต้นได้ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเองที่นิยมใช้ ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ

ของพิตซ์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ซึ่งมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และแบบวัดการนอนหลับของเวอร์แรนและสไนเดอร์ ฮาลเพิร์น (Verran&Synder Halpem, VSH Sleep Scale) เป็นแบบสอบถามการนอนหลับในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านมีข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด ผู้ประเมินต้องทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในบริเวณที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง โดยมีคำถาม 8 มิติ ได้แก่ ความรู้สึกในระหว่างนอนหลับ การเคลื่อนไหวร่างกายหรือพลิกตัวในระหว่างนอนหลับ ระยะเวลาหลับรวม การเสียเวลาในการหลับต่อเมื่อตื่นนอน การหลับลึก ความรู้สึกหลังจากตื่นนอน วิธีการที่ทำให้ตื่นและความพึงพอใจในการนอนหลับ เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่าย สะดวก รวดเร็ว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตซ์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) เนื่องจากสามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ข้อคำถามสั้น เข้าใจง่าย มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย แปลโดยตะวันชัย จิรประมุข และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540)

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมาย ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อุดบัติการณ์และสาเหตุภาวะซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน เป็นภัยเงียบด้านสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่อารมณ์เบื่อเซ็ง ท้อแท้ หดหู่ เศร้า เหงาโดยทั่วไป อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือมีอาการเศร้า ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวังอย่างรุนแรง เกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับเบื่อหน่าย หหมดความสนใจในการทำงาน หรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ หากไม่ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง จะเป็นเรื้อรัง และกลับไปเป็นซ้ำได้ หากอาการซึมเศร้ายุนแรง อาจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายได้ มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า สำหรับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น เป็นความเจ็บป่วย ไม่ใช่ความอ่อนแอทางจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินเหมือนเดิม ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักเกี่ยวข้องกับโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไตวาย ปวดเรื้อรัง และมีการสูญเสีย (คนที่รักหรือทรัพย์สินจำนวนมาก) การเผชิญกับความลำบากในชีวิต เป็นต้น (WHO, 2017)

วีโลวรรณ ทองเจริญ (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ท้อแท้ ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย

Beck, A.T. (1973) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งภาวะนี้เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็นระดับปกติ คือมีอาการเศร้า เสียใจเล็กน้อย ไปจนถึงระดับรุนแรง เช่นมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หมดหวัง เชื่องซึม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จนถึงการทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความรู้สึกไม่สบายใจ เศร้า ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคไตวาย ปวดเรื้อรัง และมีการสูญเสีย การเผชิญกับความลำบากในชีวิต เป็นต้น

2.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. ด้านร่างกาย (นฤมล อินทหมื่น, 2555)

ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic) และทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression)

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยผลการศึกษา พบว่าหากพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเป็นโรคดังกล่าวร้อยละ 27 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเป็นโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54 นอกจากนี้ถ้าลูกเป็นคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70

2) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory of Depression) มีแนวคิดว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองขาดความสมดุล (neurotransmitter) กลุ่มไบโอเจนิคเอมีนส์ (biogenic amines) ได้แก่ อินโดเลมีนส์ (indoleamines) หรือ ซีโรโทนิน (serotonin) ที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มแคทีโคลามีนส์ (catecholamines) คือนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และโดพามีน (dopamine) โดยมีความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ ทำให้สารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวมีปริมาณลดลง ผลคือทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ หดหู่ หงอยเหงา เบื่อหน่าย สิ้นหวัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ทำให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้

2. ด้านจิตใจ

ทฤษฎีที่นิยมใช้ในการอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทฤษฎีปัญญา
นิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) และทฤษฎีการสูญเสีย
และความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) มีรายละเอียดดังนี้

1) ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive Theory: CT) (Beck, 1967)

ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad)
โครงสร้างทางความคิด (Schema) และเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) มี
รายละเอียดดังนี้

ความคิดหลัก 3 ประการ (Cognitive triad) เป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง
โลก และอนาคตที่บิดเบือนไปในทางลบ ได้แก่ 1. รูปแบบความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view
of self) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองในทางลบว่า ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ ทำให้
เกิดข้อบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังมองว่าตนเองไม่เป็นที่ต้องการ ไม่มีคุณค่า
อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นเอง จึงมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์
ต่าง ๆ ขึ้นก็จะคิดว่าเป็นความผิดของตนเอง ทำให้มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะ
ซึมเศร้าตามมาได้ 2. รูปแบบความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
จะแปลการปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย รู้สึกถูกบีบบังคับ มองชีวิตเต็มไปด้วย
การระอุปรารถนา รู้สึกเจ็บปวด ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง หรือแปลสถานการณ์ต่าง ๆ
ในทางลบ ส่งผลให้เกิดความคิดด้านลบโดยอัตโนมัติและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา 3. รูปแบบความคิด
ด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าความลำบากในปัจจุบันจะ
ดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ไม่มีความหวังในอนาคต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

โครงสร้างทางความคิด (Schema) ได้แก่ การแปลความ การประเมินค่า
และการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดประเภทบิดเบือน
ไปในทางลบ

เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (Cognitive distortion) เป็นการแปลความจริง
ที่บิดเบือนไปในแง่ลบ โดยแบ่งความคิดที่บิดเบือนไปดังนี้ การเลือกสนใจเฉพาะประสบการณ์ในทางลบ
ไม่สนใจเรื่องที่ดีหรือเป็นกลาง (Selective abstraction) การด่วนสรุปโดยไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ
(Arbitrary inference) การแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง มองทุกอย่างโดยรวม เหมือนกันไป
หมดมากเกินไป (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (Magnification and
minimization) มีความคิดเอนเอียงไปกับเหตุการณ์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับตนเอง แปลพฤติกรรมหรือ
เหตุการณ์ภายนอกกว่าเป็นตัวแสดง หรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี (Personalization) มีความคิด
เฉพาะด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะมองข้อมูลทั้งหมด รับรู้เฉพาะด้านที่ลึ้มเหลว

ระบบความคิดดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้ความสามารถ ไร้ทางออก ไม่ควรมีชีวิตอยู่ต่อไป และมองสิ่งแวดล้อมบิดเบือนจากความเป็นจริง มองว่าทุกคนรอบข้างเบียดเบียน และจับผิดตนเอง ไม่มีใครต้องการ และต้องการแยกตัวจากสังคม หมกมุ่นอยู่กับตนเอง ในทางลบ และพฤติกรรมดังกล่าวจะวนเวียนซ้ำไปมาตลอด จนส่งผลให้บุคคลเกิดความผิดปกติทางจิตได้ในที่สุด

2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (Subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม (basic instinct) การแก้ไขพฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเจาะลึกถึงจิตใต้สำนึก ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ Id (สัญชาตญาณที่คอยผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความสุข และความต้องการของตนเอง), Ego (ทำหน้าที่ในการตระหนักถึงความเป็นเหตุเป็นผลตามสภาพความเป็นจริง) และ Superego (ทำหน้าที่คอยควบคุมพฤติกรรม) โดยปกติการทำงานของ 3 ส่วนจะมีความสมดุลระหว่างกัน

ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเกิดจาก 2 สาเหตุคือ 1. เกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ 2. เกิดจากการที่บุคคลไม่พัฒนา Superego มีการใช้กลไกการเก็บกด การโทษตนเอง เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล

3) ทฤษฎีการสูญเสียและความเศร้าโศก (Grief and Loss Theory) อธิบายการสูญเสีย (loss) ว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประสบกับความสูญเสียสิ่งที่มีค่า มีความหมาย และความสำคัญต่อชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต สูญเสียอวัยวะ สูญเสียทรัพย์สิน ความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต

3. ด้านสิ่งแวดล้อม/ สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น โดยทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory) โดยสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลต่อบุคคล ได้แก่ ปัญหาความรัก การปรับตัวกับเพื่อน/ ครอบครัว/ เพื่อนร่วมงาน การเงิน ความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต เมื่อหลายสถานการณ์รวมกันเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามภาวะสมดุลของบุคคล

2.1.3 ชนิด และระดับของภาวะซึมเศร้า

2.1.3.1 ชนิดและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แบ่งได้ดังนี้ (วิไลวรรณทองเจริญ , 2554)

1. Grief เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยอาการเศร้าที่เกิดขึ้นจะเหมาะสมกับสาเหตุหรือเหตุการณ์นั้น ๆ

2. Reactive depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว และเกิดซ้ำอีก ผู้ป่วยจะเศร้ามาก อาการเศร้าไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การรับรู้เบี่ยงเบน เริ่มมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจ และอาจคิดฆ่าตัวตาย

3. Endogenous depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ อย่างไรก็ตามมีอาการเช่นเดียวกับ reactive depression

4. Psychotic depression เป็นภาวะซึมเศร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย อาการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ มีอาการเศร้า สูญเสียความภาคภูมิใจ การรับรู้ผิดปกติ บกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างมาก มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และคิดฆ่าตัวตาย

2.1.3.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า (สูนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544)

1. Mild Depression ภาวะเศร้าเล็กน้อย โดยบางทีก็มีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ แต่บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย

2. Moderate Depression ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีการแสดงออกเช่นเดียวกับอาการเศร้าใน mild depression แต่จะรุนแรงกว่าจนถึงขั้นที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัว การงาน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าระดับนี้ สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมักเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะอารมณ์สูญเสีย และเหตุการณ์คับขัน ผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้านี้ จะรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ เจ็บปวดรวดร้าวในจิตใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบาก ความคิดเชิงซ้ำ บางครั้งมีความวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกโดยการย้ำคิดย้ำทำ

3. Severe Depression คือมีความเศร้านาน และลึกซึ้ง โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างชัดเจน บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวลสูง สาเหตุของความเศร้านักมาจากภายในตัวบุคคลนั้น และไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนเองได้ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน รวมถึงอาจมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากประสาทหลอน

นอกจากนี้ Beck, A.T. (1967) อธิบายว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความแปรปรวนใน 4 ด้านคือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็นความรุนแรงได้ 4 ระดับ คือ 1. ระดับปกติ (Normal range) 2. ระดับเล็กน้อย (Mild depression) 3. ระดับปานกลาง (Moderate depression) 4. ระดับรุนแรง (Severe depression)

2.1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2561)

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า อาจเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป

เป็นเดือน ๆ หรือภายใน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น มีเหตุการณ์มากระทบรุนแรง มากน้อยเพียงไร บุคลิกเดิมของเจ้าตัวเป็นอย่างไร มีการช่วยเหลือจากคนรอบข้างมากน้อยเพียงไร เป็นต้น และผู้ที่เป็นอย่างไม่มีอาการตามนี้ไปทั้งหมด แต่จะมีอาการหลัก ๆ คล้าย ๆ กัน เช่น รู้สึกเบื่อ เศร้า ท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า นอนหลับไม่ดี เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ที่พบบ่อยคือจะกลายเป็นคนเศร้า หดหู่ สะเทือนใจง่าย ร้องไห้บ่อย เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เหมือนจะอ่อนไหวไปหมด บางคนอาจไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจนแต่จะบอกว่าจิตใจหม่นหมอง ไม่แจ่มใส ไม่สดชื่นเหมือนเดิม บางคนอาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยเคยทำแล้วเพลินใจหรือสบายใจ เช่น ฟังเพลง พบปะเพื่อนฝูง เข้าวัด ก็ไม่ยอมทำหรือทำแล้วก็ไม่ทำให้สบายใจขึ้น รู้สึกเบื่อไปหมดตั้งแต่ตื่นเข้ามา บางคนอาจมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย อะไรก็ดูขวางหูขวางตาไปหมด กลายเป็นคนอารมณ์ร้าย ไม่ใจเย็นเหมือนก่อน

2. ความคิดเปลี่ยนไป มองอะไรก็รู้สึกวุ่นวายไปหมด มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตเห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง ชีวิตตอนนี้ก็รู้สึกว่าอะไร ๆ ดูแย่ไปหมด ไม่มีใครช่วยอะไรได้ ไม่เห็นทางออก มองอนาคตไม่เห็น รู้สึกท้อแท้หมดหวังกับชีวิต บางคนกลายเป็นคนไม่มั่นใจตนเองไป จะตัดสินใจอะไรลังเลไปหมด รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้คุณค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ทั้ง ๆ ที่ญาติหรือเพื่อน ๆ ยินดีช่วยเหลือ เขาไม่เป็นภาระอะไรแต่ยังคงคิดเช่นนั้นอยู่ ความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ความคับข้องใจ ทรมานจิตใจ เหล่านี้อาจทำให้เจ้าตัวคิดถึงเรื่องการตายอยู่บ่อย ๆ แรก ๆ อาจคิดเพียงแค่อยากไปให้พ้นๆ จากสภาพตอนนี้ ต่อมาเริ่มคิดอยากตายแต่ไม่ได้คิดถึงแผนการอะไรที่แน่นอน เมื่ออารมณ์เศร้าหรือความรู้สึกหมดหวังมีมากขึ้น จะเริ่มคิดเป็นเรื่องเป็นราวว่าจะทำอย่างไร ในช่วงนี้หากมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือนจิตใจก็อาจเกิดการทำร้ายตนเองขึ้นได้จากอารมณ์ชั่ววูบ

3. สมาธิความจำแย่ลง จะหลงลืมง่าย โดยเฉพาะกับเรื่องใหม่ ๆ วางของไว้ที่ไหนนึกไม่ออก จิตใจเหม่อลอยบ่อย ทำอะไรไม่ได้นานเนื่องจากสมาธิไม่มี ดูโทรทัศน์นาน ๆ จะไม่รู้เรื่อง อ่านหนังสือก็ไม่ได้ถึงหน้า ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำงานผิด ๆ ถูก ๆ

4. มีอาการทางร่างกายต่าง ๆ ร่วม ที่พบบ่อยคือจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเมื่อพบร่วมกับอารมณ์รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมทำอะไร จะทำให้คนอื่นดูว่าเป็นคนขี้เกียจ ปัญหาด้านการนอนพบบ่อยเช่นกัน มักจะหลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม หลับ ๆ ตื่น ๆ บางคนตื่นแต่เช้ามืดแล้วนอนต่อไม่ได้ ส่วนใหญ่จะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่เจริญอาหารเหมือนเดิม น้ำหนักลดลงมาก บางคนลดลงหลาย กิโลกรัมภายใน 1 เดือน นอกจากนี้ยังอาจมีอาการท้องผูก อึดแน่นท้อง ปากคอแห้ง บางคนอาจมีอาการปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคนี้นี้มักจะดูซึมลง ไม่ร่าเริงแจ่มใส เหมือนก่อน จะเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจากับใคร บางคนอาจกลายเป็นคนใจน้อย อ่อนไหว

ง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะไม่ว่าใจว่าทำไมเขาถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม

6. การงานแย่ง ความรับผิดชอบต่อการงานลดลง ถ้าเป็นแม่บ้านงานบ้านก็ไม่ได้ทำ หรือทำลวก ๆ เพียงให้ผ่าน ๆ ไป คนที่ทำงานสำนักงานจะทำงานที่ละเอียดไม่ได้เพราะสมาธิไม่มี ในช่วงแรก ๆ ผู้ที่เป็นอาจจะพอใจตัวเองให้ทำได้ แต่พอเป็นมาก ๆ ขึ้นจะหมดพลังที่จะต่อสู้ เริ่มลางานขาดงานบ่อย ๆ ซึ่งหากไม่มีผู้เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือมักจะถูกให้ออกจากงาน

7. อาการโรคจิต จะพบในรายที่เป็นรุนแรงซึ่งนอกจากผู้ที่เป็นจะมีอาการซึมเศร้ามากแล้ว จะยังพบว่ามีอาการของโรคจิตได้แก่ อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ จะเชื่อว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หรือประสงค์ร้ายต่อตนเอง อาจมีหูแว่วเสียงคนมาพูดคุยด้วย อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักจะเป็นเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อาการเศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็มักทุเลาตาม

2.1.5 อุบัติการณ์ และสาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1.5.1 อุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) พบว่าอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และมีการสูญเสียหลายด้าน รวมทั้งมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5.5 สูงกว่าผู้สูงอายุชายซึ่งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.4 นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี, อายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.2, 4.8 และ 7.0 ตามลำดับ

2.1.5.2 สาเหตุภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (อพรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553; สมภพ เรืองตระกูล, 2556)

1) พันธุกรรม (Genetic) โดยผู้ที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 2-3 เท่า

2) สารสื่อประสาท เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของหลายระบบที่ทำงานร่วมกัน โดยผู้ป่วยโรคนี้มีปริมาณ norepinephrine serotonin dopamine ลดต่ำลง และอาจพบความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง

3) ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการหลั่ง Cortisone และฮอร์โมนกระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไต (ACTH) เพิ่มขึ้น

และพบการหลั่งของ Growth Hormone น้อยกว่าปกติ รวมถึงความผิดปกติของ Somatostatin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ Growth Hormone

4) ความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormality) ซึ่งพบว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางสรีรวิทยาการนอนหลับ คือมีช่วงเวลาหลับลึกลดลง มีการเข้าสู่การนอนหลับระยะที่มีการรอกตาเร็ว (REM sleep) เร็วขึ้นหรืออาจมี REM density เพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

1) เหตุการณ์ ความเครียด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด หรือเหตุการณ์บางเหตุการณ์จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้ เช่นกรณีสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสามี หรือภรรยา ปัญหาคู่สมรส (दारवारण तेषु, 2556)

2) บุคลิกภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive personality disorder), บุคลิกภาพผิดปกติแบบพึ่งพิง (dependent personality disorder), บุคลิกภาพผิดปกติแบบเรียกร้องความสนใจ (histrionic personality disorder) และบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorder) รวมถึงผู้ที่มักมองโลกในด้านลบ จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้าด้วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

3) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ความบกพร่องในการเลี้ยงดู หรือการขาดความสัมพันธ์อันดีระหว่างมารดาและทารกในช่วงอายุ 12-18 เดือน จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคซึมเศร้า หรือความผิดหวัง หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มีความคิดในทางลบต่อตนเอง ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด การตัดสินใจ ทำให้แก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ไม่ดี และเกิดโรคซึมเศร้าได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4) ทฤษฎีด้านความคิดและการรับรู้ (Cognitive Theory) โดยผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีความคิดและมุมมองในทางลบ ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น เช่น มองว่าตนเองไร้ค่า มองว่าอนาคตมีแต่ความล้มเหลว เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

5) ความสิ้นหวัง หมดหนทาง (Learned Helplessness) ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ทางด้านลบมาก่อน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ถึงแม้พยายามแก้ไขปัญหาแล้วก็ตาม จึงปล่อยเลยตามเลย ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (นันทิรา ทรัพย์สุวรรณ, 2559)

6) การขาดแรงเสริมทางบวก การขาดแรงเสริมทางบวก คือการขาดทักษะทางสังคม จึงไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำลง รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้สิ้นหวัง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ สำหรับให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตัวเอง เป็นมาตรฐานใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอิงจากความรู้สึกส่วนใหญ่ (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) โดยมีลักษณะดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			
2.	ท่านไม่ยอมทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อย ๆ			
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ			
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			

ตารางที่ 2.1 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ต่อ)

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			
24.	ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ			
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ			
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			
28.	ท่านไม่ยอมยกพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			

รวม

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล

ผู้สูงอายุปกติ

คะแนน 0 – 12 คะแนน

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression)

คะแนน 13 – 18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression)

คะแนน 19 – 24 คะแนน

ผู้มีความเศร้าวรุนแรง (Severe depression)

คะแนน 25 – 30 คะแนน

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบได้น้อย เพราะผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางกาย และสนใจความไม่สุขสบายทางกายมากกว่าทางใจ มีการใช้ยาหลายตัวเป็นประจำ มีการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หลายอย่างในชีวิต จึงเข้าใจผิดว่าเป็นธรรมดาตามสภาพของผู้สูงอายุ การซักประวัติ ปัญหาสุขภาพจิตในอดีตไม่ได้ ประกอบกับอาการและการแสดงไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV/ICD-10 นอกจากนั้นยังแยกจากอาการสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยจะหลงลืมง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (ทีจีดีเอส-15, TGDS-15)

แบบวัดนี้สำหรับให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง เป็นแบบวัดมาตรฐานที่ใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอิงจากความรู้ส่วนใหญ่ โดยมีลักษณะดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุ (ทีจีดีเอส-15, TGDS-15)

คำถาม	คำตอบ	
1. โดยทั่วไป คุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. คุณทำกิจกรรมน้อยลงหรือสนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. คุณรู้สึกว่าคุณว่างเปล่าหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. คุณรู้สึกเบื่ออยู่บ่อย ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. ส่วนใหญ่แล้วคุณอารมณ์ดีหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. คุณกลัวว่าเรื่องราวร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกมีความสุขหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกหมดหนทางใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
9. คุณชอบอยู่บ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
10. คุณรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาความจำมากกว่าคนอื่น ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
11. คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้ช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
รวม	/15	

คำแนะนำในการทำแบบวัดอย่างมีประสิทธิภาพ

1. ผู้ทำแบบวัดควรเป็นผู้สูงอายุไทยที่เข้าใจภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด สามารถตอบคำถามได้เองโดยไม่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม กรณีที่ไม่เข้าใจคำถามอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม

2. ไม่ควรทำบ่อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

3. หากสายตาไม่ดีหรืออ่านไม่คล่อง ผู้ดูแลสามารถอ่านคำถามให้ฟังได้ โดยอ่านให้ครบทุกคำ ไม่ขาดไม่เกิน และไม่ต้องอธิบายเพิ่มเติม เพราะความหมายอาจผิดเพี้ยน ซึ่งจะทำให้การแปลผลแบบวัดผิดพลาด

4. มีคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับคำถามบางข้อ

คำถาม	คำอธิบายเพิ่มเติม
ข้อ 3 ความรู้สึกที่ว่างเปล่า	ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงว่าง เพราะไม่มีอะไรทำ แต่เป็นความรู้สึกที่ว่างเปล่า
ข้อ 10 ความรู้สึกว่ามีปัญหาความจำมากกว่าคนอื่น ๆ	รู้สึกว่าตนเองมีปัญหาความจำมากกว่าคนอื่น ๆ โดยเฉพาะคนที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน
ข้อ 11 ความรู้สึกที่ช่างแสนวิเศษ	รู้สึกว่าชีวิตของตนยอดเยี่ยมดีแล้ว
ข้อ 13 ความรู้สึกมีกำลัง	รู้สึกมีกำลังวังชาหรือมีเรี่ยวแรงซึ่งอาจไม่เกี่ยวข้องกับความพิการ

การคิดคะแนน

ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อต่อไปนี้

2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15

ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อต่อไปนี้

1, 5, 7, 11, 13

จากนั้นรวมคะแนน

การแปลผล

คะแนน 0 – 4 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

คะแนน 5 – 10 เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11 – 15 เริ่มเป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (ทีจีดีเอส-15, TGDS-15) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สะดวกต่อการนำไปใช้ และเข้าใจง่าย โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอิงจากความรู้สึกส่วนใหญ่

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

3.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Speak et al. (1989: 93-100) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การประเมินตนเองเกี่ยวกับร่างกาย หรือความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วยการเรียนรู้สุขภาพในอดีต รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคล เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ เป็นต้น

Pender (1987: 64) อธิบายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจและความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และประเมินระดับภาวะสุขภาพของพวกเขาที่มีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง

Orem (1991: 151-153) กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ว่ามีผลทำให้บุคคลคิดและเข้าใจ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต และนำบุคคลไปสู่ความกังวล หรือหวั่งใยในสิ่งที่เขาสังเกตเห็น

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการด้าน ความคิด ความเข้าใจ โดยการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ทั้งในอดีต และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่าน เข้ามาในชีวิต

3.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) มีประเด็นการวัด 6 ด้านคือ (Brook et al, 1979)

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละคน ซึ่งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน และประสบการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลรับรู้ประมวผลและประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนจากความเป็นจริงได้

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current Health) การที่แต่ละบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพนั้น ขึ้นอยู่กับสุขภาพ โดยถ้าภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพของเขาน้อย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความประทับใจในอดีต และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย จะเกิดการรับรู้ถึงความหวังหรือหมดหวัง ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง จะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้จะได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

4. ความหวั่งกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นการตระหนักหรือสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

5. การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ

6. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Sickness Orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจ และสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น ต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น

สรุป การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้นั้น มีประเด็นที่ใช้ในการวัดหลาย

ด้าน เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต หรือการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพอนาคต การตระหนักในภาวะสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยผ่านการประเมินภาวะสุขภาพ

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

4.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นการตอบสนองด้านอารมณ์หรือความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่ถูกคุกคาม หรือถูกกดดัน โดยถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ความวิตกกังวล จนทำให้เกิดความเครียดขึ้น เมื่อเกิดความเครียดสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และสาเหตุส่วนใหญ่ของความเครียดมาจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และทัศนคติด้านความคิดทางบวกหรือทางลบที่มีต่อปัญหานั้น ๆ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2556)

พนม เกตุมาน (2550) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จากการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งสิ้น โดยความเครียดของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ

กรมสุขภาพจิต (2552) ได้ให้ความหมายของ ความเครียดว่า ภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตว่าคุกคามทางจิตใจ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต (2541: 12) แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ 1) ความเครียดในระดับต่ำ (Mild stress) หมายถึง ความเครียดระดับน้อย เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีการปรับตัวอัตโนมัติด้วยความเคยชิน 2) ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวันเช่นกัน แต่จะแสดงออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าเป็นความเครียดที่ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เป็นความเครียดที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้น 3) ความเครียดในระดับสูง (High stress) เป็นการที่บุคคลได้รับความเครียดสูงเป็นเวลานาน และต้องใช้เวลาในการปรับตัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์อันตราย และทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ 4) ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe stress) เป็นการได้รับความเครียดในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดโรคต่าง ๆ และเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ควบคุมตนเองไม่ได้ร่วมด้วย

มุกดา ศรียงค์ และคณะ (2553) อธิบายว่าความเครียด เป็นภาวะทางร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย โดยสิ่งเร้าที่เข้ามาจะมีลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมได้

วรรณภา สีสอัมพรสิน (2554) อธิบายว่า ความเครียดเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก เป็นการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลนั้นเกิดการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลทางร่างกาย

สรุป ความเครียด หมายถึง ภาวะทางร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาคุกคาม โดยสิ่งคุกคามนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้บุคคลต้องปรับตัวจากสิ่งกระตุ้น ซึ่งการปรับตัวของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์และความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล

4.2 การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดมีหลายแบบ เช่น

4.2.1 แบบประเมินความเครียด (ST5) พัฒนาโดยอรรวรรณ ศิลปกิจ (2551) เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ < 4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีมีความเครียด < 4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5 - 7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด ≥ 8 คะแนน

รายละเอียดของแบบประเมินความเครียด (ST5) มีดังนี้
ตารางที่ 2.3 แบบประเมินความเครียด (ST5)

อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	ระดับความรู้สึก			
	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2. มีสมาธิน้อยลง				
3. หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ				
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				

หมายเหตุ

ระดับอาการแทบไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง	ให้ 0 คะแนน
ระดับอาการเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย	ให้ 1 คะแนน
ระดับอาการบ่อยครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	ให้ 2 คะแนน
ระดับอาการเป็นประจำ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน	ให้ 3 คะแนน

การแปลผล

0 – 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

5 – 7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หรือมีเรื่องไม่สบายใจและยังไม่ได้คลี่คลาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา ควรให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียด หรือคลี่คลายที่มาของปัญหาและอาจใช้การหายใจเข้าออกหลายครั้ง (ประมาณ 5 – 10 ครั้ง) หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล

8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่นปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

4.2.2 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20)

แบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นแบบวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด โดยเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบได้ด้วยตนเอง ตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ

รายละเอียดแบบวัดความเครียดสวนปรุง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น

- | | | |
|---|---------|-----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่รู้สึกเครียด |
| 2 | หมายถึง | รู้สึกเครียดเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | รู้สึกเครียดปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | รู้สึกเครียดมาก |
| 5 | หมายถึง | รู้สึกเครียดมากที่สุด |

ตารางที่ 2.4 แบบวัดความเครียดสวนปรุง

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

หมายเหตุ

ไม่รู้สึกเครียด	ให้ 1 คะแนน
เครียดน้อย	ให้ 2 คะแนน
เครียดปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เครียดมาก	ให้ 4 คะแนน
เครียดมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มีคะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 23	เครียดน้อย
คะแนน 24 – 41	เครียดปานกลาง
คะแนน 42 – 61	เครียดสูง
คะแนน 62 ขึ้นไป	เครียดรุนแรง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

คะแนน 0 – 23 เครียดน้อย และหายไปได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ความเครียดในระดับนี้ถือว่าไม่ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

คะแนน 24 – 41 เครียดปานกลาง เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ

คะแนน 42 – 61 เครียดสูง เป็นระดับที่ท่านได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์รอบตัว ทำให้วิตกกังวล กลัว รู้สึกขัดแย้งหรืออยู่ในสถานการณ์ที่แก้ไข จัดการปัญหานั้นไม่ได้ ปรับความรู้สึกด้วยความลำบากจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการเจ็บป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ฯลฯ

คะแนน 62 ขึ้นไป เครียดรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงที่เกิดต่อเนื่อง หรือท่านกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต เช่น เจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง มีความพิการ สูญเสียคนรัก ทรัพย์สิน หรือสิ่งที่รัก ความเครียดระดับนี้ส่งผลทำให้เจ็บป่วยทางกาย และสุขภาพจิต ชีวิตไม่มีความสุข ความคิดฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี ยิ่งยั้งอารมณ์ไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) เนื่องจากเป็นแบบวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย จากแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม

5. ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

Morin (1993) ได้อธิบายกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ คือ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับอาการนอนไม่หลับมาจากแนวคิดการรู้จักคิดของวงจรร

นอนไม่หลับ โดยเชื่อว่าสาเหตุของการนอนไม่หลับ เกิดจากความบกพร่องทางการรู้คิด ส่งผลให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางการรู้คิดเกิดความวิตกกังวล และนำไปสู่อาการนอนไม่หลับตามมา ดังนี้

ลักษณะที่ 1 คือ การรับรู้ที่ไม่สามารถควบคุมการนอนหลับได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และส่งผลต่อการนอนหลับมากขึ้น

ลักษณะที่ 2 คือ มีแนวคิดว่าการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน จะส่งผลกระทบต่อร่างกายในเวลากลางวัน ซึ่งในความเป็นจริงการที่มีอาการอ่อนเพลีย หรือทำงานไม่มีประสิทธิภาพอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ และเมื่อตนเองมีการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้เกิดความเครียด กระตุ้นความคิดซ้ำ ๆ และรบกวนการนอนหลับได้

ลักษณะที่ 3 คือ ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่จริงของตนเอง เช่น ต้องนอนหลับ 8 ชั่วโมง เพราะเชื่อว่าจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งในความเป็นจริง ความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน และเมื่อไม่สามารถทำตามที่คาดหวังได้ จะเกิดความกังวล ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น นอนกลางวันชดเชยในตอนกลางคืน ส่งผลให้ตอนกลางคืนนอนไม่หลับ

นอกจากนี้การสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป จะทำให้เกิดความกังวล เมื่อวิตกกังวลมากจะทำให้บุคคลนั้นนอนไม่หลับ และอาจเกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ไม่ถูกต้องและทำให้นอนไม่หลับรุนแรงขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อการนอนหลับเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยใช้ตัวแปรความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunction belief and attitude scale, DBAS-16) ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย โดยเลือกใช้แบบประเมินของ Morin และคณะ ซึ่งพัฒนาฉบับภาษาไทยโดย จรรยา ฉิมหลวง (2554) ซึ่งเหมาะสมในงานวิจัยนี้

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ที่เป็นสาเหตุของปัญหาการนอนหลับ ได้แก่ ปัจจัยหลัก ดังนี้ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559 : 117-121)

6.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1. อายุ ปัญหาการนอนหลับจะขึ้นอยู่กับอายุ โดยผู้สูงอายุจะหลับลึกได้น้อยลง ตื่นบ่อยเมื่อตื่นแล้วใช้เวลาานกว่าจะหลับต่อได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับลดลง
2. เพศ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ซึ่งเป็นสาเหตุในการรบกวนการนอนหลับของผู้หญิงในวัยนี้ โดยผู้หญิงที่อยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือนมีปัญหาการนอนหลับน้อยกว่าผู้หญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Cohen, L Soares, C.N. and Joffe H., 2005)
3. ความเจ็บป่วย โรคประจำตัว หรือประสบการณ์การเข้ารับการรักษา การเข้า

รักษาที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และเกิดปัญหาการนอนหลับ โดยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ ได้แก่ โรคอ้วน ข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน โรคปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกพรุน ซึ่งโรคเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุหายใจไม่สะดวก นอนกรน และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย และมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 56 (Sok, R.S., 2007) นอกจากนี้โรคที่เกิดจากความเจ็บปวด เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหืดหอบ และข้ออักเสบ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความพยายามที่จะนอน (Subramanian, S., 2007)

4. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ งานประจำ สุขนิสัย การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การได้ยานอนหลับทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับได้ โดยคาเฟอีนทำให้วงจรการนอน ระยะที่ 2 และระยะที่ 4 ของระยะ NREM ลดลง และทำให้ตื่นบ่อย ส่วนแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาททำให้ระดับของแคทีโคลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้นและรบกวนการนอนหลับ โดยทำให้ตื่นบ่อยระหว่างคืน มีเหงื่อออกมาก ส่วนการสูบบุหรี่มีฤทธิ์ในการกระตุ้นทำให้ตื่นตัว นอกจากนี้การใช้นอนหลับต่อเนื่อง จะทำให้ดื้อยา และติดยานอนหลับได้

6.2 ปัจจัยด้านสุขภาพทางกาย จิตใจและอารมณ์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

คุณภาพการนอน

1. ปัจจัยด้านสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับอายุรกรรม ได้แก่ การหายใจผิดปกติเรื้อรัง หรือผู้ที่มีปัญหาหัวใจล้มเหลวชนิดเลือดคั่ง จะทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงถึง 60% เนื่องจากจะเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับถึง 50% (Maulik, P., Joseph, C.C., Brian, W.C., and Daniel, S., 2008) และภาวะติดเชื้อมีผลต่อการนอนหลับเช่นกัน นอกจากนี้สาเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นอาการที่ไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ และไปกระตุ้นระบบประสาทส่งผลให้นอนไม่หลับ ผู้ที่ปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน เช่น เป็นโรคเบาหวาน ภาวะปัสสาวะอักเสบ ต่อมลูกหมากโต ผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคไต เมื่อไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยเฉพาะในเรื่องของการขับถ่ายของเสียจากร่างกาย ทำให้มีปัญหาการสะสมของของเสียในกระแสเลือด ส่งผลให้นอนไม่หลับหรืออาการขาอยู่ไม่สุข (restless legs syndrome) รวมถึงโรคไขข้อที่ต้องเจ็บปวดในกระดูก หรือผู้ที่เป็นไมเกรน ซึ่งทำให้เส้นเลือดขยายออก ส่งผลให้ปวดตื้อ ๆ รู้สึกไม่สบายตา เป็นต้น (วรรณวิพุธ สรรพสิทธิ์วงศ์, 2561)

2. ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ปัจจัยด้านจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล ความกลัว ทำให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ถูกกระตุ้นตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้นอนไม่หลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพาวดี ชันทบัลลัง (2561) พบว่าความเครียดและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งในที่นี้ปัจจัยด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้วิจัยใช้ความเครียดในการศึกษา เนื่องจากความเครียด คือส่วนหนึ่งของอารมณ์ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2562) ที่กล่าวว่าความเครียด โกรธ หรือกังวล ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มความตื่นตัวของสมอง

ทำให้นอนไม่หลับ และจากงานวิจัยของสหรัฐอเมริกาในปี 2013 พบว่า 37% รู้สึกเหนื่อยล้าเนื่องจากความเครียด 43% ความเครียดส่งผลให้เขาตื่นกลางดึก นอกจากนี้งานวิจัยของจันทงค์ อินทร์สุข (2550) ซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัว คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยร่วมทำนายบทบาทของผู้ที่ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการรักษาพยาบาล

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียง แสง อุณหภูมิ ลักษณะของที่นอน หรือการมีบุคคลรบกวนเตียงหรือร่วมห้อง เช่น แสงจ้าเกินไป ความไม่สุขสบาย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ร่างกายเกิดภาวะเครียด และหลังคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไต ทำให้สมองตื่นตัวและนอนหลับได้ยาก รวมถึงการดื่มคาเฟอีน ดื่มแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ก็มีผลต่อการนอนหลับเช่นกัน (Guimaraes, L.C., Carvalho, L. B., Yanaguibashi, G., & Prado, G.F., 2008) และผู้ที่ใช้นอนหลับเป็นประจำ ติดต่อกัน 1 ปีขึ้นไป จะทำให้ระยะตั้งแต่เข้านอนจนหลับนานขึ้น และประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง (Sivertsen, B, Krokstad, S., Overland, S. And Mykletun, A., 2009)

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (อิติมา ณรงค์ศักดิ์, 2560) จากงานวิจัยของผาณิตา ชนะมณี (2548) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ดี ความเครียดสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอน และความเครียดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 27 (ผาณิตา ชนะมณี สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และถนอมศรี อินทนนท์, 2549) และจากงานวิจัยของจันทงค์ อินทร์สุข (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้กิจกรรมทางสังคมอาจทำให้เกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ และส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับได้ (มูฮำหมัดนาเซอร์ ดอเลาะ, 2560) สอดคล้องกับงานวิจัยของวรวรรณ สวนศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับ และคะแนนความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (วราภา แหลมเพ็ชร, 2544) จากทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (นฤมล อินทหมื่น, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรดังกล่าวในงานวิจัยด้วย

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสรุปเป็น 7 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การสูบบุหรี่ ลักษณะครอบครัว และการดื่มสุรา นอกจากนี้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลต่อการนอนหลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดิมา ฌรงค์ศักดิ์ (2560) ที่พบว่า การมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ และจากทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic Transmission) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (นฤมล อินทหมื่น, 2555) ประวัติการป่วยโรคทางจิตเวชจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ดังนั้นทางผู้วิจัยจะศึกษาตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ในการศึกษาด้วย

2) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) ด้านสุขภาพทางกาย และวิถีชีวิต ได้แก่ โรคประจำตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ การออกกำลังกาย การเข้านอนหลับนานกว่า 1 ปี และการงีบหลับตอนกลางวัน เป็นต้น

4) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของผาณิตา ชนะมณี, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์ และถนอมศรี อินทนนท์ (2549) ที่พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน 5) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งที่มารบกวนการนอนหลับ 6) ด้านความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ 7) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพของคนในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

7. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ใช้ภาษาอังกฤษว่า Elderly person คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทั้งร่างกาย และจิตใจ เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทวัยสูงอายุได้ดี

ผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทางจิตใจ และอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม โดยมีการแบ่งผู้สูงอายุ ตามอายุ และสภาวะสุขภาพเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1) อายุ 60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The Young old) เป็นกลุ่มที่มีสภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ 2) อายุ 71-80 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The Middle old) เป็นกลุ่มที่สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง 3) อายุ 81 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The Old-old) (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) เป็นกลุ่มที่สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลง

ไปเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ส่วนคนที่ช่วยเหลือตนเองได้มีเพียงเล็กน้อย

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุไว้ว่า คือบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2546) ซึ่งให้ความหมายเช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 1989) ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์อายุเป็นตัวกำหนด นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาจากเกณฑ์การเปลี่ยนแปลง สถานภาพ และความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมตามบทบาท และมีการอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือศาสตร์ชีวภาพ (Biological view) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological view) และศาสตร์ด้านสังคม (Sociological view) (ประนอม โอทกานนท์, 2554)

7.1 ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View)

ศาสตร์ด้านชีวภาพอธิบายกระบวนการสูงอายุเป็นทฤษฎี 3 ระดับคือ ทฤษฎีทางพันธุกรรม เป็นการอธิบายถึงการสูงอายุขึ้น การถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ ซึ่งการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติของ DNA ทฤษฎีอวัยวะอธิบายสิ่งมีชีวิตที่มีอายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายถูกใช้งานมากขึ้น จึงเกิดการเสื่อมถอย และส่งผลต่อหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ ทฤษฎีสรีรวิทยา ได้แก่ การปรับตัวของร่างกายเมื่ออยู่ในภาวะต่าง ๆ เช่น เครียด และเมื่อร่างกายถูกใช้งานมากและนาน ร่างกายจะสะสมของเสียทำให้เซลล์เสื่อม เป็นต้น

7.2 ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological View) เป็นการอธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัย โดยทฤษฎีด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบายกระบวนการสูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2554 : 20-21)

7.3 ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา (Sociological View)

ประนอม โอทกานนท์ (2554 : 22-24) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุในศาสตร์ด้านสังคมวิทยา เช่นอธิบายการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคคลโดยเน้นกระบวนการปรับตัว ซึ่งสามารถอธิบายโดยทฤษฎีดังนี้

1) ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงตามวัยที่สูงขึ้น

2) ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบทบาทของคนจะลดลงและปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ คือจะปรับตัวค่อยๆถอยห่างจากสังคม มีการสนใจตนเองมากขึ้น

3) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัว และต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเอง

มีคุณค่า ตนเองยังเป็นประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ ทั้ง ๆ ที่ภาวะร่างกายทำให้มีการถอยห่างออกจากสังคม

4) ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุยังต้องการแสดงบทบาทในสังคม แม้ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไป

5) ทฤษฎีต่างยุค (Age-Stratification Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงผู้มีวัยในยุคนั้นต่างกันย่อมมีประสบการณ์ต่างกัน ทฤษฎีช่วยให้เข้าใจและนิยามการสูงอายุในบริบทของสังคม วัฒนธรรม เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุค รวมทั้งความแตกต่างกันในภาคส่วนต่าง ๆ ของโลก

6) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานมาจากการพิจารณา Cost-Benefit Model ของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและยังมีพื้นฐานมาจากการแลกเปลี่ยนในลักษณะสมดุลในคุณค่าและประโยชน์ของการแลกเปลี่ยน ผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าให้ผลตอบแทนน้อย ไม่คุ้มค่า อย่างไรก็ตาม คุณค่าของการแลกเปลี่ยนจะบอกสถานภาพทางสังคมของผู้แลกเปลี่ยน บทบาทและทักษะของบุคคลอาจใช้เป็นตัวแลกเปลี่ยนในสถานการณ์ที่สังคมนั้นมีความต้องการ เช่น พ่อแม่มีคุณค่าทำหน้าที่เลี้ยงดูหลานเพื่อตอบแทนให้คนหนุ่มสาวสามารถประกอบภารกิจในชีวิตการงานได้ เป็นต้น

7) ทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากเทคโนโลยีที่ทันสมัย สังคมและบทบาทของคนมีการเปลี่ยนแปลงทันสมัยขึ้น ผู้สูงอายุอาจก้าวไม่ทันและถูกมองว่าไม่มีคุณค่า อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อสังเกตในทฤษฎีนี้ว่าในบางสังคม เช่น ประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีความเจริญมากยังคงมีการยกย่องนับถือผู้สูงอายุอย่างในอดีต

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (สุทธิพงษ์ บัญญัติ, 2554 : 10-12)

จากกระบวนการสูงอายุ ได้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของทุกระบบในร่างกายตามธรรมชาติ โดยมีใช้จากการเป็นโรค การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางด้านพันธุกรรม โภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการไปในทางเสื่อมมากกว่าในด้านการเสริมสร้าง การเปลี่ยนแปลงนี้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบการหายใจ และระบบทางเดินอาหาร

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ส่วนใหญ่จะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสังคมด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาการออกจากงาน สูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ และถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดความเครียด เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงไป

เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หลงลืม และวัยนี้อาจจะต้องพบกับ การสูญเสีย เช่น การขาดคู่ชีวิต ทำให้ภาวะจิตใจได้รับการกระทบกระเทือน จิตใจหดหู่ เพื่อนฝูงในวัย เดียวกันก็เสียชีวิต และขาดการติดต่อกับเพื่อน เนื่องจากร่างกาย สุขภาพ ไม่เอื้ออำนวย การ เปลี่ยนแปลงนี้ผู้สูงอายุจะท้อแท้ สิ้นหวัง โกรธง่าย และอาจทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของ ร่างกายมีปัญหาได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ผู้สูงอายุเป็นวัยเกษียณอายุ ทำให้สูญเสียอำนาจ บทบาทหน้าที่ที่ไม่สามารถ แสดงบทบาททางสังคมได้ดั้งเดิม ถอยห่างจากสังคม ทำให้รู้สึกว่าตนเองขาดคุณค่า ขาดความ ภาคภูมิใจในตนเอง และจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง อุปนิสัย และอารมณ์ที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

3.1 ใจน้อย ทิฐิ มีความรู้สึกไวต่อคำพูด

3.2 สนใจตนเองมากเป็นพิเศษ

3.3 ต้องเอาใจตนเอง

3.4 มักคิดถึงเหตุการณ์ในอดีต และชอบเปรียบเทียบ

3.5 มีความวิตกกังวล ห่วงใยบุตรหลานและครอบครัวมาก

3.6 กลัวถูกทอดทิ้ง ว่าเหว่

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โชติมันต์ ชินวรารักษ์, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชยา และนัญศรา ดำรงค์พิวัฒน์ (2561) ได้ทำ วิจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชาณีเวศน์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัย เชิงพรรณนา เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในหมู่บ้านประชาณีเวศน์ 2 ระยะ 3 ระหว่างช่วงเดือนกันยายน ถึงตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Thai version of the Pittsburgh sleep quality index, T-PSQI) 3) แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ (sleep hygiene index) 4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai geriatric depression scale, TGDS) และ 5) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (mini-mental state examination: Thai version, MMSE-Thai 2002) นำเสนอข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติ Chi-square test วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอน หลับ โดยใช้สถิติ logistic regression ผลการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 254 คน อายุเฉลี่ย 77.11 ± 7.29 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 66.5 พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเท่ากับร้อยละ

52.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงการนอนเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ใช้จนเริ่มเข้าอนจนหลับ (sleep latency) เฉลี่ย 28.35 นาที ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) เฉลี่ยร้อยละ 84.40 ประมาณสองในสามมีการปฏิบัติสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 61.40) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัวทางกาย ความเพียงพอของรายได้ และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า ($p < 0.01$) และการมีโรคประจำตัวทางกาย ($p < 0.05$) สรุปคือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านประชานิเวศน์ มีความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเท่ากับร้อยละ 52.0 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้า และการมีโรคประจำตัวทางกาย การประเมินคุณภาพการนอนหลับอาจช่วยในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพทางกายได้

ยุพาวดี ชันทบัลลัง (2561) ได้ทำวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ตัวอย่าง 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดคุณภาพการนอนหลับซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ 2) แบบวัดระดับความเครียด โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องภายในรายข้อระหว่าง 0.60-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยซ์ไบซีเรียล ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.10 มีคุณภาพการนอนหลับดี และร้อยละ 44.90 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.20 มีความเครียด แต่ไม่แน่ใจในคำตอบ ร้อยละ 38.90 มีระดับความเครียดในระดับปกติหรือไม่เครียดเลย ร้อยละ 10.30 มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 3.80 มีระดับความเครียดปานกลาง และระดับความเครียดมาก ร้อยละ 6.80 ตามลำดับ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.250, p < 0.05$)

ลิขิตีมา ณรงค์ศักดิ์ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา จำนวน 187 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบสอบถามประเมินอาการซึมเศร้า Beck

Depression Inventory II (BDI-II) แบบสอบถามประเมินความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่าตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.09 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.2 พบความชุกคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 74.3 ประมาณหนึ่งในสามมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 37.4 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับต่ำ ร้อยละ 39.6 มีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับระดับสูง ร้อยละ 66.8 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวนยาต้านเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ระดับปานกลางหรือรุนแรง แสงสว่างในห้อง ความเชื่อทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่ระดับสูง การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ

ดาร์สนี โปธารส (2560) ได้ทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างเป็น นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2554 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนนิสิตในแต่ละชั้นปี จำนวน 255 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพการนอนหลับ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI], 2013) ระดับความเครียด ระดับความวิตกกังวล และแบบแผนการดำเนินชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี (≤ 5 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 57.53 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.29 ± 1.80 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาลมากที่สุด คือ ระดับความเครียด รองลงมา คือ ระดับความวิตกกังวล แบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ได้แก่ ระดับความเครียด ($r = .28, p .00$) ระดับความวิตกกังวล ($r = .27, p .00$) แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยรวม ($r = .12, p .01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ดี ได้แก่ การนอนหลับในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกหรือห้องที่มีอากาศเย็นสบาย ($r = -.11, p .02$) และการนอนหลับในห้องที่เงียบสงบ ปราศจากเสียงรบกวน

($r = -.09, p .05$) จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะให้อาจารย์พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดและ ความวิตกกังวลของนิสิตพยาบาล โดยทำการประเมินระดับความเครียดและระดับความวิตกกังวลของนิสิตพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือแก่นิสิตพยาบาลเพื่อบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล หรือสนับสนุนให้ นิสิตพยาบาลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพการนอนหลับที่ดี

อัญชลี ชุ่มบัวทอง และคณะ (2558) ได้ทำวิจัยเรื่อง คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง อำเภอบางละมุง ชลบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 72 คน ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2556 และใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.7 มีคุณภาพการนอนหลับดี และร้อยละ 57.1 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี เพศ และอายุไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ความเจ็บปวด และความสูงอายุ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 23.7 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 29.87 ± 4.2 ซึ่งเป็นคะแนนในระดับที่ค่อนข้างสูง เพศ ระดับอายุ และระดับการศึกษาไม่ได้ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปวางแผนการปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ จัดการกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และส่งเสริมให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ

อังสนา เบญจมินทร์ (2553) ได้ทำวิจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดเรื้อรัง อายุระหว่าง 10 – 15 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน ตุลาคม 2552 – ตุลาคม 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลครอบครัว แบบประเมินความปวดอาการปวดในเด็กโดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด มหาวิทยาลัยขอนแก่น (KKU Pain Assessment Tool) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) และ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบ

สัมพัทธ์ที่แปลและดัดแปลงจาก (The Pittsburg Sleep Quality Index: PSQI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for window สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะข้อมูล ใช้สถิติ Simple- Linear Regression และ One-way ANOVA ทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และ ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficiency) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีความปวดเรื้อรังมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 77.80 มีแบบแผนการนอนหลับแบบตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง ร้อยละ 41.70 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความปวดเรื้อรัง คุณภาพการนอนหลับและภาวะซึมเศร้า พบว่าคุณภาพการนอนหลับกับความปวดมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความปวดมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผาณิตา ชนมะณี, สุนุตตรา ตะบุนพงค์ และถนอมศรี อินทนนท์ (2549) ได้ทำวิจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ จำนวน 300 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอนหลับ แบบวัดความเครียดของสวนปรุง และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ Pittsburgh ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีตามเกณฑ์ของ Pittsburgh ร้อยละ 45.3 รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 มีความเครียดระดับปกติ และสุขนิสัยการนอนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอน และความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ร้อยละ 27 โดยสุขนิสัยการนอนสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ ร้อยละ 15 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักให้กับนักศึกษาถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับ โดยการปรับสุขนิสัยการนอนหลับ การลดความเครียด และการสร้างสุขภาพ

ปองขวัญ พิรพัฒน์โกศล (2549) ได้ทำวิจัยเรื่องปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก

ของปัญหาการนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีการสุ่มหลายลำดับขั้นจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 396 ราย ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2548 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ (ปัจจัยทางสุขภาพ ปัจจัยทางสุขภาพจิต ปัจจัยทางวิถีชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติไคสแคว สถิติ t-test และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก ผลการศึกษา พบว่าความชุกของปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 โดยมีปัญหาหลักยากร้อยละ 40.6 ตื่นเช้าเกินไปร้อยละ 37.9 ตื่นบ่อย ร้อยละ 25.3 ง่วงนอนมากในระหว่างวัน ร้อยละ 12.4 และมีการใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 20.2 มีแบบแผนในการนอนหลับคือเข้านอนเวลาประมาณ 22.00 น. ตื่นนอนเวลา 5.30 น. มีจำนวนชั่วโมงในการนอนกลางคืนเฉลี่ย 5 ชั่วโมง 39 นาที โดยเพศชายมีจำนวนชั่วโมงในการนอนกลางคืนมากกว่าเพศหญิง และมีช่วงเวลาในการเข้านอน จนกระทั่งหลับเฉลี่ย 45.34 นาที โดยเพศหญิงมีจำนวนชั่วโมงในการเข้านอนจนกระทั่งหลับมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีการงีบหลับในระหว่างวันเฉลี่ย 50.49 นาที เมื่อวิเคราะห์ด้วยตัวแปรเชิงซ้อน โดยควบคุมด้วยอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คือ ความมีอายุ ความเจ็บปวด การมีเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดและการใช้ยานอนหลับ ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักในการส่งเสริมการนอนหลับ โดยเน้นให้มีการคัดกรองปัญหาการนอนหลับของกลุ่มผู้สูงอายุและค้นหาสาเหตุของปัญหา โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางกายที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับจากนั้นจึงให้คำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

พรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) ได้ทำวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน และเพื่อศึกษาถึงความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด โดยปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสามัญทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หญิง และศัลยกรรมชาย หญิง ออร์โธปิดิกส์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 130 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วย และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินทั้งสามชุดได้

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบวัดคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ .92, .80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ค่าความเบ้ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบทุกกรณี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมก่อนจำหน่าย 1 วันมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด รองลงมาคือคุณภาพการนอนหลับหลังผ่าตัด และคุณภาพการนอนหลับก่อนผ่าตัด (34.71, 45.77 และ 57.38 ตามลำดับ) 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรม คือ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ($r=.494$) ภาวะสุขภาพร่างกาย ($r=-.219$) และการรับรู้การรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ($r=.184$) 3. ปัจจัยที่สามารถใช้พยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดโดยสามารถพยากรณ์คุณภาพการนอนหลับได้ 24.4%



ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี