

กรณีศึกษา : ผลของการนวดกดจุดไปหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา : ผลของการนวดกดจุดไปหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

บุญสม หงษ์โต

นางบุญสม หงษ์โต

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สดาวัลย์ นิษโรจน์,
DNS.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,
M.Ed.(Nursing Adm.)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,พ.บ.,

วว.ออร์โธปิดิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

กรณีศึกษา : ผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

บุณสม หงษ์โต

นางบุณสม หงษ์โต

ผู้ศึกษา

สาวตรี เทียนชัย

นางสาว สาวตรี เทียนชัย,

นักวิชาการสาธารณสุข 8

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พรณวดี พุทธรักษา

รองศาสตราจารย์ พรณวดี พุทธรักษา,

วท.ด. (โภชนศาสตร์)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ประคอง อินทรสมบัติ

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ,

M.Ed. (Nursing Adm.)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ลดาวัลย์ นิษโรจน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลดาวัลย์ นิษโรจน์,

DNS.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.

ว.ออร์โธปิดิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานิตยพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จาก คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงรายละเอียดให้ได้ผลการทดลองอย่างถูกต้อง เพื่อประโยชน์ในการศึกษาที่เกิดประสิทธิภาพที่ดีที่สุด ซึ่งผู้ศึกษาได้รับการเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่งจาก ผศ. ดร. ลดาวัลย์ นิษโรจน์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์ รศ.ประคอง อินทรสมบัติ ที่ปรึกษาร่วม ทำให้ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้ง ภาคภูมิใจที่มีอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างสารนิพนธ์ ดร.พรณวดี พุทธิวัฒนะ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดร.สาวิตรี เทียนชัย ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ได้กรุณาสับสนุนอุปกรณ์และอำนวยความสะดวกในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลอุ้มทอง และเจ้าหน้าที่ ที่อำนวยความสะดวกในการดูแลสถานที่ การเก็บข้อมูล รวมถึงชมรมผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และเพื่อนๆ ที่แสดงความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

บุญสม หงษ์โต

กรณีศึกษา : ผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

CASE STUDY: EFFECTS OF ACUPOINT FACIAL MASSAGE ON QUALITY OF SLEEP IN OLDER PERSONS

บุญสม หงษ์โต 4937558 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ลดาวัลย์ นิธิโรจน์, D.N.S., ประครอง อินทรสมบัติ, M.ed. (Nursing ADM.)

บทคัดย่อ

การนอนไม่หลับ มีแนวทางเพื่อบำบัดอาการหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยา และไม่ใช้ยา การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง 5 ราย ศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลมี แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการนอนหลับใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุของ วราภา แหลมเพ็ชร ซึ่งเป็นแบบสอบถาม การนอนหลับที่ประกอบด้วย แบบสอบถาม การหลับ เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการหลับในระยะก่อน หลังและขณะนวดกดจุดใบหน้าของกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 นั้นมาเพื่อตอบแบบสอบถามและนัดมา ครั้งที่ 2 เมื่อได้รับการนวดครบสามวัน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามและจากการสังเกตคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ และความผ่อนคลาย ความสุขสบายขณะนวดกดจุดใบหน้า ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุหลังได้รับการนวดกดจุดใบหน้าดีกว่าก่อนได้รับการนวดกดจุดใบหน้า ซึ่งสรุปผลการศึกษาครั้งนี้คือหลังการนวดกดจุดใบหน้าครบ 3 วัน กลุ่มตัวอย่าง เข้านอนใช้เวลา ก่อนหลับจาก 40-60 นาที ลดลงเหลือ 20-30 นาทีจึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับจาก 3 - 4 ครั้ง ลดลงเป็น 2-3 ครั้ง ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนจากเดิม 5 ชั่วโมงนอนได้นานขึ้นเป็น 6-7 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ทั้งหมดจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับรู้สึกนอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ จากเดิม 5 คะแนน เป็น 8-9 คะแนน มีจำนวนผู้สูงอายุที่จับหลับกลางวันน้อยลง ในขณะที่ นวด รู้สึกว่าเบาสบายขึ้น ด้านจิตใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอย่างสูงเมื่อได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้า และมั่นใจว่าสามารถช่วยให้หลับได้ดีขึ้น ด้านร่างกายได้รับความสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด ทางด้านอารมณ์ลดความตึงเครียดวิตกกังวล ด้านสังคมพบว่าหลังได้รับการนวดกดจุดใบหน้าผู้สูงอายุสามารถร่วม กิจกรรมกับครอบครัว หรือกิจกรรมในชุมชนได้มากขึ้น และทำให้รู้สึกที่ตนเองเริ่มมีคุณค่ามากขึ้นถูกหาลานใส่ใจมากขึ้น แสดงถึงผลของการนวดกดจุดใบหน้าที่จะช่วยให้คุณภาพการนอนของผู้สูงอายุดีขึ้น และเกิดความสุข สบายทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข สบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมากขึ้น

คำสำคัญ : การนวดกดจุดใบหน้า / คุณภาพการนอนหลับ

CASE STUDY: EFFECTS OF ACUPOINT FACIAL MASSAGE ON QUALITY OF SLEEP IN OLDER PERSONS**BUNSOM HONGTO 4937558 RACN/M****M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: LADAVOL NICHAROJANA, D.N.S., PRAKONG INTARASOMBAT., M.ed. (NURSING ADM.)****ABSTRACT**

There are many methods of therapy for insomnia, namely medication and non-medication. The objective of this study was to explore the effects of acupoint facial massage on quality of sleep in older persons. Five elderly persons were specifically randomized to participate in the study and observed, to measure the effects of acupoint facial massage on quality of sleep. The tools applied for data collection were a personal information record, a sleep evaluation applied sleep measurement tool and sleep questionnaires developed by Warapa Laempetch for exploring factors disturbing sleep among older persons. These questionnaires included a sleep questionnaire for evaluating participants' behaviors before, during and after acupoint facial massage. The participants filled out two questionnaires. The first questionnaire was done prior to acupoint facial massage and the second questionnaire was done after three days of acupoint facial massage. Participants' personal information was analyzed by a descriptive statistic method. Information gathered from questionnaires, observations of sleep quality of older persons, and their relaxation and happiness during acupoint facial massage were analyzed by content analysis method.

According to the research findings, it was found that sleep quality of older persons improves after completing three days of acupoint facial massage. Participants' time to fall asleep was reduced from 40-60 minutes to 20-30 minutes. Their times of awakening per night were reduced from 3-4 times to 2-3 times a night. Sleeping time per night was increased from 5 hours to 6-7 hours a night. Most participants got deeper sleep. They felt as if they had gotten a sufficient amount of sleep. Their sleep satisfaction improved from 5 points to 8-9 points. The number of naps during the day time was decreased. They experienced comfort during acupoint facial massages. It was found that participants experienced mental satisfaction after acupoint facial massages, and they felt sure that they would have improved sleep quality. Beyond the physical aspects, they reported comfort, relaxation and a feeling of stress release. For mental aspects, they reported a release of stress and anxiety. Finally, for social aspects they reported better and more frequent participation in family and social activities. They had better self-esteem and were treated better by their relatives. These findings show the improved mental, physical and social effects of acupoint facial massage on sleep quality among older persons.

KEY WORDS : ACUPOINT FACIAL MASSAGE / SLEEP QUALITY

137 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการศึกษา	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของการนอนหลับ	7
การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับตามวัยในผู้สูงอายุ	13
แนวทางการรักษาอาการนอนไม่หลับ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	
กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือก	39
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	40
การดำเนินการศึกษา	42
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษา	
ผลการศึกษา	45
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	
ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	68
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	74
ข้อเสนอแนะ	78
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	95
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	120
ประวัติผู้ศึกษา	137

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา	46
2	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนของกรณีศึกษาก่อนการรับการนวดกดจุดไปหน้า	47
3	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 1	50
4	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 2	53
5	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 3	57
6	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 4	60
7	ข้อมูลแสดงคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน กรณีศึกษารายที่ 5	63
8	ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับก่อนและหลังการนวดกดจุดไปหน้า ของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย	65

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด	5
2	ลักษณะการนอนหลับของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	13
3	ที่ตั้งต่อมไพเนียล	26
4	จุดที่เป็นตัวแทนของอวัยวะในร่างกาย	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (WHO, 1998) คุณภาพการนอนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดี เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ขณะนอนหลับ จะมีการสังเคราะห์โปรตีน สังเคราะห์กรดไขมันนิวคลีอิก ทำให้กรดอะมิโนเข้าสู่เซลล์ต่างๆในร่างกาย เซลล์เกิดการแบ่งตัว ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย (Evasser, 1999) การนอนในเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแตกต่างกันทั้งปริมาณและคุณภาพ

ผู้สูงอายุโดยทั่วไปมีคุณภาพการนอนหลับน้อยลงจึงพบว่ามีปัญหา การนอนไม่หลับมากขึ้น ความชุกของการนอนไม่หลับพบได้ถึง 1 ใน 3 ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี หรือมากกว่า (Ohayon, 1996) ในประเทศไทยจากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 พบปัญหาการนอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุอยู่ในอันดับ 4 ใน 5 อันดับแรกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยพบร้อยละ 38.7 เพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชายพบ ร้อยละ 42.9 ยิ่งอายุมากขึ้นการนอนไม่หลับจะเพิ่มขึ้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550; วันดี โภคกุล, 2548) นอกจากนั้นพบว่าผู้ใหญ่วัย 90 ขึ้นไปเขยนอนไม่หลับอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต และร้อยละ 10 เขยนอนไม่หลับอย่างรุนแรง (นงนภัส สัทธิกนกกุล, 2548) สาเหตุการนอนไม่หลับอย่างหนึ่ง คือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความสูงวัย โดยมี การหลั่งของคอร์ติซอล(cortisol) เพิ่มขึ้น (Ancoli-Israel, 2001) เป็นเพราะผู้สูงอายุมี pinealocytes or neuronal degeneration of the suprachiasmatic nucleus การทำงานของระบบประสาทเสื่อมถอยลงเป็นผลให้เกิดภาวะไม่สมดุลในรอบการนอน ภาวะขาดมิลาโดนิน โดยอายุที่มากขึ้นทำให้ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับวัยอื่น (Hater, 1980) ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยทาง ด้านจิตใจ และอารมณ์โดยเฉพาะความวิตกกังวล ความเศร้า ความเครียด มีผลทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ไม่ดี ผลกระทบการนอนไม่หลับ จะมีผลในผู้สูงอายุ คือ มีการเผาผลาญโปรตีนไม่ดี ลดภูมิคุ้มกัน การรับรู้ลดลง ความเสื่อมของสมองมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Joseph H. Flaherty, 2008) ทำให้มีอาการง่วงนอนมากผิดปกติในช่วงเวลากลางวัน สมาธิ ความตั้งใจ ความจำลดลง (Banno &

Kryger, 2007) หงุดหงิด อ่อนล้า มีความผิดปกติของการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล สับสนและประสาทหลอน (Evan & French, 1995) ด้านจิตใจ ด้านสังคม เช่น อารมณ์แปรปรวน รบกวนการทำงาน กิจกรรมประจำวัน (Hoffman, 2003) ความทุกข์ทรมานจากการนอนไม่หลับ มักถูกแก้ปัญหาด้วยการไปซื้อยานอนหลับมารับประทานเองซึ่งยานอนหลับอาจก่อปัญหาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น

แนวทางการจัดการอาการนอนไม่หลับ คือตามแผนการรักษาของแพทย์และการไม่ใช้ยา คือให้ยาที่ทำให้ผ่อนคลาย ยานำบดอาการกังวล และสารมีลาโดนิน ส่วนการรักษาที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การบำบัดโดยการปรับเวลานอน พฤติกรรมบำบัด การบำบัดโดยใช้แสง การบำบัดทางกายภาพ แต่มีข้อจำกัดหลายด้าน ต้องเน้นที่ความรู้ความเข้าใจและการปรับพฤติกรรม ซึ่งต้องใช้เวลาสำหรับการเรียนรู้และปรับความเชื่อและทัศนคติ เพื่อการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะด้านการรักษาด้วยยานอนหลับอาจมีผลข้างเคียงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ สารเคมีอาจทำให้เกิดอาการเป็นพิษโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการขจัดฤทธิ์ของยานอนหลับออกจากร่างกายช้าลง (นงนภัส ลิทธิชนกกุล, 2548) ดังนั้นการจัดการปัญหาการนอนไม่หลับจึงต้องใช้ ธีการไม่ใช้ยาเป็นอันดับแรกและใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น

ปัจจุบันแนวคิดและมิติทางวัฒนธรรมด้านสุขภาพของคนไทยเปิดกว้างขึ้น ประชาชนหรือผู้ป่วยหลายรายที่แสวงหาแนวทางการรักษาโดยไม่ใช้ยา เพื่อเติมเต็มความต้องการทางการรักษาให้ครอบคลุมทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนไทยและการดูแลสุขภาพทางเลือก ซึ่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมที่ประชาชนมีความคุ้นเคย และพึ่งตนเองได้ องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนการรักษาโดยใช้การแพทย์ทางเลือก และการรักษาแบบผสมผสานมากขึ้น (ประเวศ วะสี, 2542) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยไม่มีการสอดใส่เครื่องมือใดๆ เข้าสู่ร่างกาย เน้นการใช้หลักความเชื่อ ความศรัทธา และศาสนา เพื่อดำรงชีวิตอยู่อย่างสมดุล โดยเปลี่ยนวิธีการรักษาที่มุ่งเน้นที่ตัวโรคมารักษาคน และมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน (อภิรดี สุขศักดิ์, อุไร หัตถกิจ, พเยาว์ เกษตรสมบูรณ์, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การนวดกดจุดใบหน้า ซึ่งถือเป็นการดูแลสุขภาพทางเลือกชนิดหนึ่งเข้ามาผสมผสานเข้ากับการดูแลสุขภาพตามปกติ ที่พยาบาลสามารถนำมาผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อทำให้ผ่อนคลายและบรรเทาอาการนอนไม่หลับ การนวดและการกดลงในจุดที่สัมพันธ์กับจุดที่ช่วยให้ผู้สูงอายุพักผ่อนได้ โดยการกระตุ้นจุดต่างๆบนใบหน้าที่เป็นตัวแทนของอวัยวะต่างๆในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นตัวแทนของต่อมไพเนียลที่สร้างมีลาโดนิน การกระตุ้นสมองจากจุดพิเศษ รวมทั้งการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี การสัมผัสเหมาะสม และใส่ใจจากการนวดและการกดจุด ส่งผลโดยตรงต่อการสร้างเซโรโตนิน (serotonin) ในร่างกาย ทำให้เกิดความสุข

สบาย ช่วยบรรเทาอาการปวดในระยะยาวและทำให้มีคุณภาพการนอนดีขึ้น ช่วยให้การนอนหลับมีคุณภาพ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550) ผู้ศึกษาจึงสนใจทดสอบวิธีการนวดกดจุดใบหน้าเป็นกรณีศึกษาเพื่อให้มีหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้ว่า สามารถช่วยได้หรือไม่ โดยการนวดกดจุดที่สัมพันธ์กับจุดที่ช่วยให้ผู้สูงอายุหลับได้ สร้างสุขสัมผัสเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและความสุขสบายของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการศึกษา

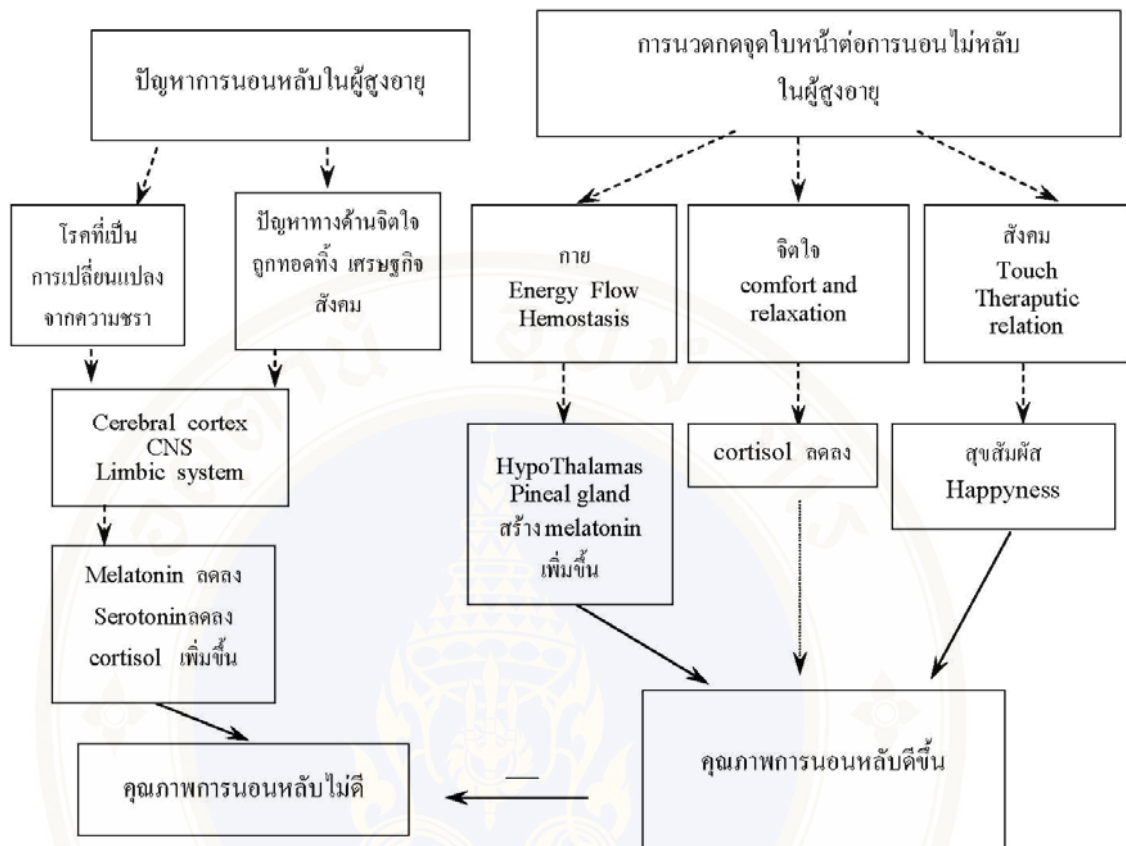
การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการอธิบายคุณภาพการนอนหลับ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งเชื่อว่าระบบการทำงานจะประสานกันอย่างสมดุล โดยเมื่อส่วนหนึ่งถูกระงับอีกส่วนหนึ่งจะยับยั้งโดยจะเป็นผลต่อเนื่องมาจากการรับกระแสประสาทจาก 3 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งจากส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ได้แก่ ความคิดต่างๆ เป็นการประมวลวิเคราะห์ และตีความข้อมูล จากการรับรู้ประสาทส่วนปลายได้แก่ เสียงและสัมผัส ส่วนที่สองจากระบบลิมบิก (limbic system) ได้แก่ความรู้สึก อารมณ์ (วรภา แหลมเพชร, 2544) ระบบลิมบิกมีหน้าที่ประสานการทำงานระหว่างสมองบริเวณ ซีรีบริคคอร์เท็กซ์ ไฮโปทาลามัส และศูนย์สั่งการในก้านสมอง ส่วนที่สามเป็นแหล่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจากอารมณ์ (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้ Reticular Activating System (RAS) ทำงานเด่น ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะตื่น แต่เมื่อมีสิ่งเร้าลดลงได้แก่ความเงียบ ความมืด จะทำให้การกระตุ้นระบบ RAS ลดลง บุคคลเริ่มผ่อนคลายเข้าสู่การนอนหลับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยมักจะอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวลทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ ระบบประสาทจะมีการตอบสนองต่อร่างกายจิตใจ และอารมณ์โดยผ่านสมองส่วน ไฮโปทาลามัส และระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ระบบลิมบิก วงจรการนอนหลับและการตื่น ถูกควบคุมโดยการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง บริเวณสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ร่วมกับการทำงานของสารประสาทที่สำคัญ ที่มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ซีโรโทนิน (serotonin) พบว่าในระยะของการหลับสนิท มีการลดการทำงานของซีโรโทนิน และเมื่อซีโรโทนินกลับมาเพิ่มการทำงานมากขึ้นจะมีผลทำให้ยับยั้งการหลับอีก (ราตรี สุธทรวง และวีระชัย สิงหนิยม, 2545) การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวลสมองในส่วนไฮโปทาลามัสจะถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งคอร์ติซอลซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (ดาร์สนี โปธารส, 2538) ระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยระบบ

ประสาทซิมพาเทติกจะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นให้คอร์ติซอลมีการหลั่งที่เพิ่มขึ้น (วัฒนา วัฒนาภา, สุภัตรา โล่ศิริวัฒน์, และ สุพรพิมพ์ เกียสกุล, 2551) นอกจากนั้นการสร้างมีลาโด닌จากต่อมไพเนียล (pineal gland) ซึ่งมีเซลล์ pinealocyte ทำหน้าที่สังเคราะห์ ซีโรโทนิน (serotonin 5-HT) ซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นมีลาโด닌ในเวลากลางคืน ส่วนในเวลากลางวันแสงจะผ่านเข้าทางจอตาทำให้เกิดสัญญาณตาม retinopothalamic tract ไปสู่ไฮโปทาลามัสบริเวณ suprachiasmatic nucleus ซึ่งควบคุมจังหวะการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไพเนียล โดยผ่านทางประสาทซิมพาเทติก แสงสว่างจะยับยั้งประสาทซิมพาเทติกที่ยังต่อมไพเนียล ทำให้มีลาโด닌หลั่งน้อยลง (กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย, และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) การนอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า เกิดจากสารสมองที่ควบคุมการนอนหลับ คือมีลาโด닌และสารสมองที่ทำให้อารมณ์มีความสุขคือซีโรโทนิน (serotonin) มีไม่พอ(สุจินดา จารุพัฒน์, 2548)ระดับมีลาโด닌 จะมีมากในเด็กและลดลงในผู้ใหญ่ และในผู้สูงอายุ(สุรพงษ์ อำพันวงษ์, 2548)

ผู้ศึกษาได้นำการนวดกดจุดใบหน้า ซึ่งเป็นแนวคิด การแพทย์แผนตะวันออกเข้ามาผสมผสานในการจัดการอาการนอนไม่หลับเพื่อให้คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุดีขึ้นโดยการกดนวด กระตุ้นตามตำแหน่งพื้นที่สะท้อน ซึ่งการแพทย์แผนตะวันออกเชื่อว่า บริเวณใบหน้ามีจุดที่เป็นตัวแทนของอวัยวะในร่างกาย การกดจุด ถือเป็นการกระตุ้นให้พลังเดินสะดวกทำให้ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆดีขึ้นให้มีผลต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายปรับตัวให้เกิดความสมดุลของพลัง (Energy Flow) แก้ไขภาวะความไม่สมดุลเพื่อทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ ช่วยให้ระบบการไหลเวียนโลหิตภายหลังการนวดกดจุดใบหน้าจะดีขึ้น (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550)

การนวดกดจุดบริเวณใบหน้าเป็นการกดไปบน ตำแหน่งของตัวแทนของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญคือต่อมไพเนียล ที่อยู่ระหว่างคิ้วเพื่อกระตุ้นการหลั่งมีลาโด닌ช่วยให้หลับสบาย (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550) และการกระตุ้นไปที่ไฮโปทาลามัสและต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ทำให้รับรู้ถึงความสงบและผ่อนคลายจึงเข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย มีอารมณ์เป็นสุข (Dougans, 1996)แม้จะไม่พบรายงานการวัดปริมาณสารมีลาโด닌หรือการกระตุ้นระบบประสาทต่างๆ ในเวลาเดียวกันกระบวนการนวดเป็นการสร้างสุขสัมผัสทำให้ผู้ถูกนวดเพลิดเพลินผ่อนคลายส่งผลต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้รับการนวดรู้สึกสุขสบายระดับคอติซอลจึงลดลงและยังเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เกิดจากการรับรู้จากการสัมผัส (proprioceptive sensory) ในเชิงบำบัดทางการพยาบาลเป็นผลให้ผู้ป่วยนอนหลับที่ดีขึ้น ดังรูปภาพ 1



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิด ในการนวดกดจุดบำบัดเพื่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
ประยุกต์จากแนวคิด (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2550)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่ได้รับการนวดกดจุดบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสบายของผู้สูงอายุระหว่างการนวดกดจุดบำบัด

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 60 ปี มีปัญหานอนไม่หลับเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในอำเภออุทงจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ 2553 ถึงเดือน มีนาคม 2553 จำนวน 5 คน

คำจำกัดความที่ใช้

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการหลับของผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งครอบคลุม ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างการหลับ ระยะเวลาที่หลับได้ทั้งหมดในเวลากลางคืน ความสามารถในการหลับสนิท ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นและความรู้สึกเพียงพอในการหลับ รวมถึงจำนวนครั้งการงีบหลับกลางวัน

ความสุขสบาย หมายถึง การตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุลกัน ชีวิตของบุคคลจะเป็นชีวิตที่มีค่าก็ต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุลย์ ไม่ละเลยด้านใด ด้านหนึ่งไป (สุริยัญ ชูช่วย, 2545)

การนอนไม่หลับ คือ การที่ผู้สูงอายุตอบว่ามีประสบการณ์ของการนอนหลับไม่เพียงพอได้แก่ ระยะเวลาที่นอนหลับได้ทั้งหมดน้อยกว่า 6 ชั่วโมง หรือเมื่อเริ่มต้นเข้านอนใช้เวลามากกว่า 30 นาที โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และเป็นมาอย่างน้อย 1 เดือน

การนวดกดจุดใบหน้า หมายถึง การนวดเป็นการกดจุดที่เป็นตัวแทนของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายโดยใช้หลักการปรับสมดุลของพลัง โดยการสร้างสัมผัสและปรับสมดุล การไหลเวียนของโลหิตและระบบน้ำเหลืองบนบริเวณใบหน้า และเน้นไปยังจุดที่เสริมการนอนหลับ คือต่อมไพเนียล ในการเสริมสร้างเมลาโตนิน(Melatonin) และกระตุ้นที่ขมับซึ่งเป็นที่อยู่ของไฮโปทาลามัส(Hypothalamus) ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการสร้างเอนดอร์ฟิน(Endorphine) ทำให้ผู้ป่วยหลับได้ โดยใช้วิธีของผศ.ดร.ลดาวัดย์ อุ้นประเสริฐพงศ์(2550)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อรับรู้และเข้าใจผลของการนวดกดจุดบนใบหน้า
2. เพื่อทราบแนวโน้มในผลของการนวดกดจุดใบหน้า ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ
3. นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบของกิจกรรมทางการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับให้ได้รับความสุขสบาย ซึ่งนำมาเป็นทางเลือกเสริมในการบำบัดอาการนอนไม่หลับ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาผลของการนวดกดจุดบริเวณหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ความหมายของการนอนหลับ

การเปลี่ยนแปลง การนอนหลับตามวัย ในผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

แนวทางการรักษา แบบไม่ใช้ยา และ แบบใช้ยา

การนวด และการนวดกดจุด

ความสุขสบาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นความจำเป็นในการมีชีวิตดำรงอยู่ของมนุษย์ซึ่งมีกลไกของการทำงานของร่างกายเพื่อการซ่อมแซมฟื้นฟูสภาพและรักษาลำงานให้ร่างกายเกิดความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและอารมณ์ (Forman & Wykle, 2549) ซึ่งมีการให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้

การนอนหลับเป็นภาวะที่ตรงข้ามกับการตื่นเป็นภาวะที่มีการระงับตัวและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกลดลง (Shneerson, 2001)

การนอนหลับเป็นการเปลี่ยนจากภาวะมีสติรู้สึกตัวเป็นภาวะไม่มีสติรู้สึกตัว มีพฤติกรรมต่างจากการตื่นคือสูญเสียการโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงจากตื่นเป็นการหลับ เป็นภาวะที่เปลี่ยนกลับไปกลับมาด้วยตนเองได้ เป็นการเปลี่ยนจากรู้สึกตัวเป็นไม่รู้รู้สึกตัว ต่างจากสลบ หรือโคม่า ที่เป็นภาวะที่ไม่รู้รู้สึกตัวที่เปลี่ยนกลับเองไม่ได้ (กนกวรรณ ทิลกสกุลชัย, และ ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551)

การนอนหลับเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการรู้สติไปชั่วคราวและกลับคืนสู่ปกติเมื่อตื่นขึ้นถือว่าเป็นการนอนหลับเป็นภาวะหมดสติทางสรีรวิทยาและพร้อมจะกลับคืนสู่การรู้สติอย่างเดิม ถ้ามีการกระตุ้นที่เหมาะสม (ราตรี สุตทรวง, และวีระชัย สิงหนิยม, 2545)

การนอนหลับหมายถึงช่วงเวลาที่คุณหลับสนิทแต่สามารถกลับคืนมาได้เมื่อถูกปลุกด้วยการกระตุ้นที่เหมาะสม (Guyton, 2001)

การนอนหลับเป็นกระบวนการสรีรวิทยาพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในทางผ่อนคลาย ลักษณะการนอนหลับคือมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่คงที่ มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า และมีความเครียดของร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมในลักษณะนิ่ง และหลับตาเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเมื่อถูกให้ตื่น โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม (พวงพะยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาสุขะ, และศิริพร เปลี่ยนผดุง, 2549)

ดังนั้นจึงเห็นว่าการนอนหลับ เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการรู้สติไปชั่วคราวและกลับคืนสู่การรู้สติอย่างเดิมเป็นภาวะที่เปลี่ยนกลับไปกลับมาด้วยตนเองโดยมีระยะต่างๆ ของการหลับซึ่งการนอนหลับอย่างมีคุณภาพเป็นความจำเป็นของร่างกาย ขณะหลับร่างกายใช้พลังงานน้อยลงมีการสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ในระดับสูงในรูปของ ATP (Adenosine Tri Phosphate) ในการนอนหลับในระยะเวลาที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วต่อมาได้สมองส่วนหน้าจะหลั่งสารฮอร์โมนที่มีผลกระตุ้นการเจริญเติบโตออกมา (Closs, 1988) นอกจากนั้นการนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid eye movement) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่ม เป็น 2 เท่าจากปกติ มีผลทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ระดับความดันโลหิตและอุณหภูมิสูงขึ้น (Evan & French, 1995) เพื่อการซ่อมแซมฟื้นฟูสภาพและรักษาพลังงานให้ร่างกายเกิดความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ หากผู้สูงอายุมีคุณภาพการหลับที่ดีคือมีทั้งปริมาณและคุณภาพด้านปริมาณการนอนหลับ พบว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นอนหลับในเวลา กลางคืนได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (กุศลมาส รามศิริ, 2543) ด้านคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นผลรวมของความลึกในการนอนหลับ ความรู้สึกหลังตื่นนอนตอนเช้าและความเพียงพอในการนอน ถ้าหลับลึกจะใช้พลังงานลดลง ทำให้เกิดการสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ รวมทั้งเป็นระยะที่มีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (Growth hormone) ในระดับสูงทำให้ร่างกายได้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น (Closs, 1999; Hodgson, 1991) ด้านการจับหลับกลางวัน การศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้สูงอายุมักจับหลับกลางวัน (Floyd, 1995; Hayter, 1999) เนื่องจากผู้สูงอายุนอนหลับในเวลา กลางคืนได้ลดลงจากวัยหนุ่มสาว แต่ความต้องการปริมาณการนอนหลับในแต่ละวันยังคงเดิมทำให้มีการกระจายการนอนหลับใน 24 ชั่วโมง โดยจับหลับกลางวันทดแทน

(Nofzinger & Reynolds, 1997) และอีกเหตุผลหนึ่งคือ ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานจึงมีเวลาว่างเพื่อพักผ่อนเวลากลางวันมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Floyd , 1995) บางคนอาจจะหลับยากใช้เวลา มากกว่า 30 นาที ยังไม่หลับ บางคนตื่นบ่อยหลังจากตื่นแล้วหลับยาก บางคนตื่นเช้าเกินไปทำให้ตื่นแล้วไม่สดชื่น ง่วงเมื่อเวลาทำงาน อาการนอนไม่หลับมักจะเป็นชั่วคราว หากมีอาการเกิน 1 เดือน แสดงว่ามีอาการเรื้อรังแพทย์จะค้นหาว่าอาการนอนไม่หลับนั้นเกิดจากโรค ยา หรือจิตใจ (สมพร บุษราทิ, อรพรรณ ทองแดง, กอบหทัย คุณารักษ์, 2549)

อาการนอนไม่หลับ หมายถึงการมีประสบการณ์ ของการนอนหลับไม่เพียงพอ คุณภาพการนอนหลับลดลงโดยมีอาการหนึ่งอย่างหรือมากกว่าหนึ่งอาการต่อไปนี้ คืออาการหลับยากไม่สามารถนอนหลับได้นานเพียงพอพอได้ ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นมาแล้วไม่รู้สึกรู้สึกสดชื่นส่งผลให้ในช่วงกลางวันจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดพลังงาน ขาดความสนใจ และไม่มีสมาธิ (Goldstien et al, 1987) จากการที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาหลับยาก (Floyd , Medler Ager & Janiss, 2000) ด้านจำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างการนอนหลับพบว่า การนอนหลับไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาการนอนหลับที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุชายตื่นเฉลี่ย 1.2 ครั้งต่อคืน และผู้สูงอายุหญิงตื่นเฉลี่ย 0.8 ครั้งต่อคืน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องตื่นในเวลากลางคืนบ่อยครั้งได้แก่ ความเจ็บปวดจาก ปวดข้อ ปวดเอว การถ่ายปัสสาวะบ่อย และอาการไม่สุขสบายจากโรคต่างๆ ที่พบมากขึ้นในวัยสูงอายุ (Miller, 1999) และมักพบปัญหาสุขภาพจากความเครียดคือ มีการนอนไม่หลับ รวมอยู่ด้วย (วันดี โภคกุล, 2548) การนอนไม่หลับที่มีการให้ความหมายไว้แตกต่างกัน เช่น

การนอนไม่หลับเป็นอาการที่ผู้นอนรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ หรืออาจเป็นประสบการณ์ที่หลับยาก (กว่าจะหลับใช้เวลานาน) หรือตื่นแล้วหลับยาก (Walsh, et. al, 1994)

คุณภาพการนอนที่ไม่ดี นอนหลับไม่พอทำให้ตื่นเช้าขึ้นมาแล้วไม่สดชื่นพลังงานต่ำตลอดทั้งวัน การนอนไม่หลับหรือหลับไม่พอไม่ร้ายแรงและไม่เกิดตลอดไป (Morin, et. al., 1999)

การนอนไม่หลับไม่ใช่โรคแต่เป็นกลุ่มอาการเช่นเดียวกับการมีไข้ เจ็บหน้าอก จึงต้องระมัดระวังในการวินิจฉัย ในความเป็นจริงผู้เชี่ยวชาญกล่าวถึงการนอนไม่หลับเพราะมีปัญหาคือผู้นอนจะมีประสบการณ์อ่อนเพลียในตอนกลางวัน ตื่นเช้าเกินไปแล้วไม่สามารถนอนหลับได้อีก (Hohagen, et. al., 1994)

อีกนัยหนึ่งกล่าวว่าช่วงเวลาก่อนนอนไม่หลับมักจะเป็นความไม่สอดคล้องเพราะใช้ครอบคลุมหลากหลายปัญหา การนอนไม่หลับ รวมถึงการนอนหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ หลับไม่เพียงพอหรือการตื่นเช้าเกินไปแล้วไม่สามารถหลับได้อีก (Bonnet and Arand, 1996) และสุดท้ายแล้วอาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ (insomnia) หมายถึง ความไม่เพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและ

เชิงคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีสาเหตุจากการนอนหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง หรือนอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (Lee, 1997; Reimer, 2000)

ส่วนปัญหาหลับยากตามเกณฑ์ของแบบสอบถามนิสัยการนอนหลับของมอนโรว์ (General Sleep Habit Questionnaire) (Monroe, 1967) ที่ระบุว่า การนอนหลับไม่ดีประการหนึ่งคือมีระยะเวลาก่อนหลับมากกว่า 30 นาที

การมีประสบการณ์ของการนอนหลับไม่เพียงพอคือคุณภาพการนอนหลับลดลงโดยมีหนึ่งหรือมากกว่าอาการที่จะกล่าวต่อไป ได้แก่ อาการหลับยาก ไม่สามารถคงการหลับให้นานพอได้ ตื่นเร็วกว่าปกติ ตื่นมาแล้วไม่รู้สึกลึกลับสดชื่นส่งผลให้ในช่วงกลางวันจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดพลังงาน ขาดความสนใจ ไม่มีสมาธิ (Goldstien et al, 1987)

ในผู้สูงอายุจะมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงจากวัยหนุ่มสาว โดยมีระยะหลับตื่นเพิ่มขึ้นและระยะหลับลึกลดลงทำให้ถูกปลุกตื่นได้ง่าย (Potter & Perry, 1995) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องตื่นในเวลากลางคืนบ่อยครั้งได้แก่ ความเจ็บปวดจาก ปวดข้อ ปวดเอว การถ่ายปัสสาวะบ่อย และอาการไม่สุขสบายจากโรคต่างๆ ที่พบมากขึ้นในวัยสูงอายุ (Miller, 1999) และมักพบปัญหาสุขภาพจากความเครียดคือ มีการนอนไม่หลับ รวมอยู่ด้วย (วันดี โภคกุล, 2548) การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายจากการที่ถูกใช้งานมานาน เกิดจากการเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงโรคต่างๆ ได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่าย เกิดความเครียดสะสมในระยะยาว (WHO, 1998)

กลไกการนอนหลับ เมื่อแสงสว่างลดเข้าสู่ช่วงกลางคืนเซลล์ที่จอภาพ (retina) จะส่งข้อมูลไปยังเซลล์ประสาทที่อยู่ใน ไฮโปทาลามัส ซึ่งจะเป็นที่สร้างสารมีลาโตนินจากต่อมไพเนียล สารที่สร้างจาก tryptophan ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลงและเกิดอาการง่วงนอน การนอนของคนปกติ ของจังหวะชีวภาพ(circadian rhythm) ของร่างกายมนุษย์เกิดหมุนเวียนในรอบ 24 ชั่วโมง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความมืด ความสว่าง และอุณหภูมิของร่างกายที่ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทซูปราไคแอสมาติก(supra chiasmatic) ในบริเวณ ไฮโปทาลามัส ซึ่งมีศูนย์กระตุ้นการนอนหลับและตื่นคือ ระบบเรติคูลาร์แอคทิเวติง(Reticular Activating System RAS) มีความสัมพันธ์กับระดับสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย ระยะต่างๆ ของการนอนหลับ มีการคงไว้ซึ่งความสมดุลของระดับสารเคมีต่างๆ ในร่างกาย [กล่าวคือ การนอนหลับระยะ ที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว(Non Rapid Eye Movement, NREM) จะมีความเข้มข้นของ ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) อะซิติลโคลีน (acetylcholine) เพิ่มขึ้น ส่วนการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement) REM จะมีการเพิ่มขึ้นของอะซิติลโคลีน แต่ซีโรโทนิน และนอร์อีพิเนฟรินจะเพิ่มขึ้นจนถึงสิ้นสุดระยะ REM (Blackman, 2000)]

การจำแนก ระยะ ของการนอนหลับ

การจำแนกระยะของการนอนหลับ จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง (electroencephalogram หรือ EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram หรือ EMG) การเคลื่อนไหวของลูกตา (electrooculogram หรือ EOG) การแลกเปลี่ยนของระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิกาย ความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเรียกรวมกันว่า การบันทึกโพลีซอมโนกราฟฟิค (polysomnographic record) (ราตรี สุคตทรง, 2539)

การนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามการเคลื่อนไหวของลูกตา ได้แก่

1. ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement หรือ (NREM) หรืออาจเรียกชื่อต่างๆ ได้แก่ slow wave sleep หรือ SWS หรือ orthodox sleep หรือ synchronized sleep หรือ S-sleep ซึ่งในการนอนหลับชนิดนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 (stage 1 NREM หรือ light sleep) ระยะนี้การนอนหลับจะเป็นหลับตื้นๆ แบบเคลิ้มหลับ กล้ามเนื้อเริ่มผ่อนคลาย อัตราการหายใจเริ่มช้าลง บางครั้งพบว่า มีการหายใจไม่สม่ำเสมอ ถูกปลุกให้ตื่นได้ง่าย ถ้าตื่นในระยะนี้จะรู้สึกง่วงเหมือนนอนไม่หลับ คลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (alpha wave) เป็นคลื่นเบตา (beta wave) และคลื่นเธตา (theta wave) ความเร็วของคลื่นสมองประมาณ 1-6 รอบต่อวินาที ความถี่ต่ำ (low amplitude) ความถี่เป็นคลื่นผสม (mixed frequency) (Beck, 1992) ปกติการนอนหลับระยะนี้นาน 1-7 นาที (Morton, 1993) ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 5-15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Lee, 1997) ในผู้สูงอายุพบว่าเวลาการนอนในระยะนี้จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8-15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Becker & Jamieson, 1992) ความทนต่อการกระตุ้นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกสิ่งเร้าต่างๆ ปลุกให้ตื่นได้ง่ายทำให้ตื่นบ่อยในตอนกลางคืนและเมื่อตื่นขึ้นจะรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับ ไม่สดชื่น

ระยะที่ 2 (stage 2 NREM) ระยะนี้ร่างกายจะผ่อนคลายมากขึ้น ในช่วงต้นของระยะการนอนหลับ ลักษณะของคลื่นสมองเป็นคลื่นเธตา (theta wave) และมีคลื่นสองชนิดคือคลื่นสปินเดิล (spindle) ซึ่งเป็นคลื่นที่มีความถี่ประมาณ 12 - 14 รอบต่อวินาที และคลื่น เค-คอมเพล็กซ์ (K-complex) ซึ่งคลื่นทั้งสองชนิดนี้ บ่งบอกว่ามีการนอนหลับจริง แสดงถึงเข้าสู่การนอนหลับ ระยะที่ 2 ของ NREM (Lee, 1997) การนอนหลับมักไม่มีการกลอกตาหรือน้อยมาก อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง และจะสะดุ้งตื่นได้ถ้าถูกกระตุ้นอย่างแรง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที หรือประมาณร้อยละ 50-55 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Littrell & Schumman, 1990) ในผู้สูงอายุการนอนหลับระยะนี้ไม่เปลี่ยนแปลง (Fordham, 1991) แต่บางการศึกษาพบว่า การนอนระยะนี้เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของระยะการนอนหลับทั้งหมด (Hoch & Reynold, 1986)

ระยะที่ 3 (stage 3 NREM) เป็นระยะเริ่มหลับสนิท เกิดหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับ ประมาณ 30-45 นาที (Morton, 1993) ปลุกตื่นได้ยาก คลื่นสมองช้าลงและมีขนาดใหญ่ คลื่นที่พบเป็นคลื่นเดลต้า (delta wave หรือ slow wave sleep) ซึ่งเป็นคลื่นที่มีความสั้นสะเทือนสูง (high amplitude) มีความเร็วประมาณ 1-4 รอบต่อวินาที ซึ่งพบได้ร้อยละ 20-50 ของคลื่นสมองที่เกิดขึ้นใน ระยะนี้ (Beck, 1992) การนอนหลับระยะที่ 3 ของ NREM พบว่า กล้ามเนื้อคลายตัวมากขึ้น ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะทำให้อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิต ลดลงอัตราการเผาผลาญอยู่ในระดับต่ำ พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด(Morton, 1993)

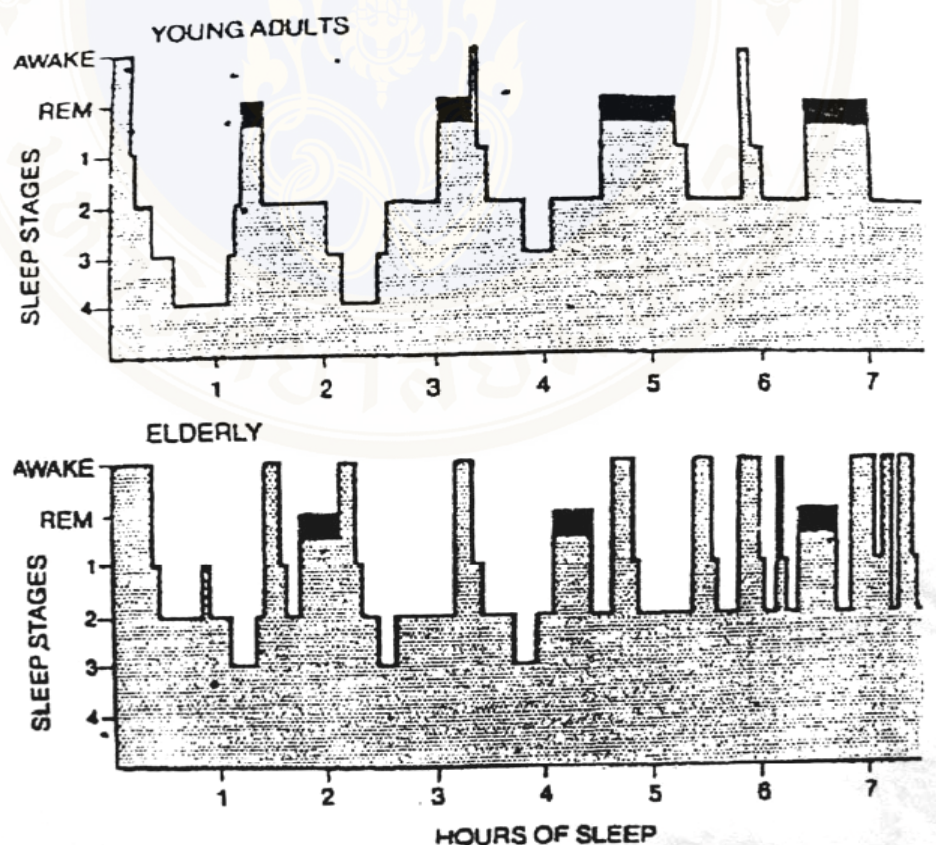
ระยะที่ 4 (stage 4 NREM) ระยะนี้หลับสนิทที่สุด เกิดหลังการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM ประมาณ 40 นาที พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Morton, 1993) คลื่นสมองมากกว่าร้อยละ 50 เป็นคลื่นเดลต้า ความแรงไฟฟ้าไม่ต่ำกว่า 75 ไมโครโวลต์ ความถี่ประมาณ 0.5 - 2 รอบต่อวินาที (Lee, 1997) อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลงร้อยละ 20-50 จากขณะตื่น ระยะนี้มีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโตและฮอร์โมนอื่นๆ ซึ่งกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีน ไบโตน คาร์โบไฮเดรต ส่งเสริมการเจริญเติบโต ของกล้ามเนื้อและกระดูก ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย มีการเพิ่มขนาดของเซลล์และสะสมพลังงาน (Ebersole & Hess, 1998) อาจพบปัสสาวะรดที่นอน การกรน การฝันเปียกร่วมด้วยและเมื่อตื่นสามารถจำความฝันได้ร้อยละ 20 การนอนหลับในระยะนี้จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับในคืนนั้น ซึ่งในผู้สูงอายุพบว่า การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM จะลดลงร้อยละ 15-20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Fordham, 1991)

2. การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement หรือ REM) หรือ desynchronized sleep หรือ D-sleep) หรือเรียกการนอนหลับในระยะนี้ว่า การนอนหลับพาราโดกซิคอล (paradoxical sleep) เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในบางส่วน แต่บางส่วนถูกยับยั้งไว้ในขณะที่ร่างกายนอนหลับสนิท (Fontaine, 1993) เกิดหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับ ประมาณ 90-100 นาที สามารถปลุกตื่นได้ยากกว่าระยะอื่นๆ คลื่นไฟฟ้าในสมองเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น ความแรงไฟฟ้าต่ำ และมีลักษณะคล้ายตอนตื่น (Black & Jacobs, 1993) กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเต็มที่ และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ยกเว้นกล้ามเนื้อตา พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากปกติ ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น มีการหลั่งเหงื่อและมีการกลอกตาเป็นระยะ ฝันเป็นเรื่องราวชัดเจนและเมื่อตื่นนอนสามารถจำความฝันได้ร้อยละ 80 อาจมีการ

แสดงออกทางใบหน้า เช่น หัวเราะ ร้องไห้ เป็นต้น การนอนหลับในระยะนี้ มีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำ และการรับรู้ (Hodgson, 1991) ในผู้สูงอายุ การนอนหลับในระยะนี้จะลดลงร้อยละ 20-25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Black & Jacobs, 1993)

การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มักมีปัญหาการนอนหลับ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณ และคุณภาพการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุนั้น การนอนหลับในระยะที่ 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8-15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Becker & Jamieson, 1992) ส่วนในระยะที่ 2 ไม่เปลี่ยนแปลง (Fordhan, 1991) แต่บางการศึกษาพบว่า การนอนหลับในระยะนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Hoch & Reynold, 1986) ระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM จะลดลงร้อยละ 20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (Fordhan, 1991) ส่วนในระยะ REM จะลดลงประมาณร้อยละ 20-25 (Black & Jacobs, 1993) ดังแสดงในรูปภาพ 2



รูปภาพ 2 แสดงลักษณะการนอนหลับของวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ

ที่มา: (Calos A. Vaz Fragoso, and Thomas M. Gill, 2007)

จากรูปภาพแสดงลักษณะการนอนหลับของวัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุจะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว(REM) และไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว(NREM) ของวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว(REM) คือพื้นที่ในส่วนที่เห็นเป็นแถบสีดำในผู้สูงอายุจะลดลงจึงแสดงว่าการหลับ ที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำ และการรับรู้ ส่วนNREM(ในภาพคือ Sleep Stage 1 ถึง 4) ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ในผู้สูงอายุจะน้อยลงหมายความว่าคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุในระยะที่หลับสนิทลดลง ซึ่งสาเหตุของการนอนไม่หลับอาจเกิดจากหลายประการ

สาเหตุของการนอนไม่หลับ แบ่งได้เป็นเหตุใหญ่ๆ ดังนี้

1. เป็นสาเหตุทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจำนวนมากเกิดจากทางด้านจิตใจ เช่น เครียด ซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 70 จะมีอาการนอนไม่หลับ เป็นอาการสำคัญ

2. มีปัจจัยกระตุ้นให้นอนไม่หลับ มักจะเป็นชั่วคราว เป็นภาวะนอนไม่หลับที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่เพิ่งเกิด เช่น ผลจากความเครียด จากการเจ็บป่วย ผ่าตัด การสูญเสียของรัก งาน เมื่อปัจจัยการกระตุ้นหายอาการนอนไม่หลับจะกลับสู่ปกติ ผู้ที่เดินทางข้ามเขตเวลา ทำให้เปลี่ยนเวลานอนร่างกายปรับตัวไม่ทัน จะทำให้นอนยาก คนที่เข้าเวรเป็นกะๆ ทำให้นาฬิกาชีวิตเสียไปจากนอนไม่เป็นเวลาข้ามทวีปทางเครื่องบิน นอนไม่หลับจากยา เช่น กาแฟ ยาลดน้ำหนัก นอนไม่หลับจากการเจ็บป่วย เช่น โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ ที่ต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะบ่อยๆตอนกลางคืน ก็จะมีผลต่อการนอนด้วย ผู้ที่เป็นเบาหวาน จะทำให้ปัสสาวะบ่อยและปริมาณปัสสาวะมาก ต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุชาย โรคไตวายเรื้อรัง หรือแม้แต่การใช้ยาขับปัสสาวะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หรือภาวะหัวใจวาย ก็ทำให้มีปัสสาวะตอนกลางคืนได้บ่อยซึ่งรบกวนการนอนหลับนอกจากนี้ จะมีผลทางอ้อมต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุเสมอ ที่พบบ่อยมักเกิดจาก โรคของกระดูกและข้อเสื่อม ที่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเรื้อรังได้ เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกคอเสื่อม เป็นต้น นอกจากนั้นอาการเจ็บปวดอาจเกิดจากอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ท้องผูก แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย เป็นต้น สำหรับโรคสมองเสื่อมและภาวะจิตผิดปกติในระยะแรกจะมีอาการนอนไม่หลับ เริ่มจากอาการจี๋หลังขี้ลืม หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการนอนหลับยากในผู้สูงอายุได้ อาจเข้านอนได้ตามปกติแต่ตื่นขึ้นกลางดึก แล้วไม่สามารถนอนต่อได้อีก ผู้สูงอายุบางราย ขณะนอนหลับสนิท สมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการกระตุ้นการหายใจ จะทำงานลดลง อาจหยุดหายใจได้ชั่วขณะ จากนั้นสมองจะถูกกระตุ้นอีกครั้งอย่างรุนแรงเพื่อให้หายใจ จึงตื่นขึ้นมาทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง หรือบางรายเวลาหลับสนิท ลื่นจะตกย้อนไปข้างหลังและอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้เกิดเสียงกรนได้ และถ้าอุด

กันมากขึ้นถึงกับอากาศไม่สามารถผ่านเข้าหลอดลม และปอด สมองก็จะถูกกระตุ้นอย่างรุนแรง เพื่อให้ร่างกายพยายามหายใจก็ทำให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นได้อีกเช่นกัน

โรคบางโรคขณะเกิดอาการจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ เช่น หอบหืด หัวใจวาย ภูมิแพ้ สมองเสื่อม คอพอกเป็นพิษ ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมน ฮอร์โมน progesterone จะทำให้ช่วงนอนช่วงไขตก เป็นต้น

ปัจจัยส่งเสริมการนอนไม่หลับ มีหลายประการทั้งปัจจัยทางร่างกายและจิตใจอาการนอนไม่หลับอาจ เกิดจากเข้านอนก่อนเวลานอนแล้วนอนไม่หลับ เรียก Advanced sleep phase Syndrome ทำให้คนผู้นั้นพยายามที่จะนอน กระสับกระส่ายพลิกตัวไปมา ไม่ผ่อนคลายจนกลายเป็นความเครียด กลุ่มนี้จะมีลักษณะชีพจรเร็ว ตื่นง่าย อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ นอกจากนี้การดื่มกาแฟ สุรา ตอนกลางวันถึงหรือช่วงบ่ายเป็นต้นไป อาจจะทำให้นอนไม่หลับในเวลากลางคืน แม้ การดื่มสุราเล็กน้อยก่อนนอนจะช่วยลดความเครียดทำให้หลับดีขึ้น แต่ถ้าหากดื่มมากจะทำให้หลับได้ไม่นานและตื่นง่าย สำหรับผู้ติดสุราเมื่ออดสุราก็จะมีปัญหาหลับยาก ผู้ที่ติดบุหรี่อาจจะนอน 3-4 ชั่วโมงแล้วตื่น เนื่องจากระดับนิโคตินลดลง

จากแสงจะกระตุ้นให้ตื่น แม้ว่าหรีแสงแล้วก็ตามส่วนการออกกำลังกายตอนใกล้เข้านอน การทำงานที่เครียดก่อนนอน การนอนและตื่นไม่เป็นเวลา สิ่งแวดล้อมในห้องนอนไม่ดี เช่น ร้อน หนาว แสงจ้าไป เสียงดังไป รวมทั้งลักษณะการนอนของคนใกล้ชิด เช่น นอนดิ้น นอนกรน เป็นต้น (สุรพงศ์ อำพันวงษ์, 2548) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมก็เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับมีสำคัญการประเมินปัจจัยรอบด้านเป็นอีกทางหนึ่งในการช่วยเหลือแก้ไขได้เหมาะสม

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ หลับมีอยู่ 2 วิธีคือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการใช้เครื่องวัดเชิงปรนัย (objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่าเชิงอัตนัย (subjective sleep quality) ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย การประเมินคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ (Hilton, 1976) ซึ่งประเมินได้จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา การเปลี่ยนแปลงทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิต ด้วยวิธีการใช้โพลีซอมโนกราฟี (polysomnography) ซึ่งเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การวัดคุณภาพการนอนหลับ วิธีนี้ให้ผล

ถูกต้อง และเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992) การประเมินจะทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพง และวิธีใช้ค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการใช้และการแปลผล วิธีนี้โดยทั่วไปการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยนี้ จะมีประโยชน์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษา (Beck, 1992)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่าเชิงอัตนัยเป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย ใช้การสอบถามหรือสัมภาษณ์การรับรู้ ซึ่งสามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ (Closs, 1988) การประเมินคุณภาพการนอนหลับอาจทำได้หลายวิธี เช่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ และระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่นอนเตียง (Johns, 1975) หรือประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ เป็นการประมาณค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ของการนอนหลับวัดเป็น 2 มิติคือ มิติประสิทธิผลการนอนหลับ ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในทางบวก เกี่ยวกับความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ วิธีตื่นนอน ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกออกจากเตียง ความพอใจต่อจำนวนเวลาที่ได้นอนหลับ และใช้เวลาในการงีบหลับ และมิติความแปรปรวนของการนอนหลับ (sleep disturbance) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางลบเกี่ยวกับการใช้เวลาในการเริ่มต้นหลับ การพลิกตัวหรือการเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ การถูกรบกวนการนอนหลับ (Synder-Halpern & Verren, 1987) หรือประเมินคุณภาพอาการนอนไม่หลับโดยใช้ เครื่องมือ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) สอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับการรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่า ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้นานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (Buysse et al., 1989) จากผลการศึกษาการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยและจากการบอกเล่าพบว่า ผลการประเมินมีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่าทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน จึงนิยมนำมาใช้ในการศึกษาเชิงสำรวจ เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ (Ellis, Johns, Lancaster, Raptopoulos, Angelopoulos, & Priest, 1981) การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ที่บัสชีและคณะ (Buysse et al., 1989) สร้างขึ้นมี 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ และเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ รวมเป็น 7 องค์ประกอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ

คือประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป (Buysse et al., 1989) ในบุคคลที่การนอนหลับปกติ ใช้เวลาประมาณ 1- 7 นาที (Morton, 1993) ระยะเวลาไม่ควรเกิน 20 นาที ถ้ามากกว่า 20 นาที แสดงถึง มีการนอนไม่หลับเกิดขึ้น (Lee, 1997) บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที (Buysse et al., 1989) ซึ่งหากใช้ระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ บุคคลสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลใช้ระยะเวลามากก็ยังไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่างๆ ได้ ทำให้การนอนหลับในระยะต่างๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับใน ระยะที่ 1 ของ ระยะ NREM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ (Buysse et al., 1989) บุคคลจะมีความต้องการการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัย หรือช่วงอายุของบุคคล ทารกหลังคลอดถึงหนึ่งเดือนจะนอนหลับวันละประมาณ 20 ชั่วโมง และจะค่อยๆ ลดลงตามลำดับเป็น 10 - 12 ชั่วโมง เมื่ออายุ 4 ปี ต่อมาจะลดลงเหลือ 9 - 10 ชั่วโมงต่อคืน เมื่ออายุ 10 ปี เหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมง เมื่อเข้าวัยรุ่นในระยะเวลาอายุ 16 ปี และลดลงมาเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 25 - 45 ปี หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงเหลือ 6.5 ชั่วโมงต่อคืน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Morton, 1993) บางการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการนอนในแต่ละคืนของบุคคลวัยผู้ใหญ่ และ วัยสูงอายุไม่แตกต่างกัน (Richards, 1996) ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Buysse et al., 1989)

ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย เป็นค่าร้อยละอัตราส่วนระหว่าง จำนวน ชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนต่อ จำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย (Buysse et al., 1989) ในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าประสิทธิภาพการนอนหลับ 80-95 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย มากกว่าร้อยละ 85 (Buysse et al., 1989)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพเป็นการประเมินการนอนหลับถึงคุณภาพและสิ่งรบกวนการนอนหลับ ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับจากการบอกเล่า เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม และเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้นเองว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย” (Buysse et al., 1989)

2. การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดผลในลักษณะ การนอนมากหรือน้อยเกินไป ป้างัยหรือสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจลำบาก ไอหรือกรนเสียงดัง รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป ฝันร้าย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการรบกวนการนอนหลับมีสาเหตุจากสิ่งใดนั้นสามารถบอกได้โดยบุคคลคนนั้นเอง (Buysse et al., 1989) สรุปโดยรวมแล้ว คุณภาพการนอนหลับ เป็นลักษณะการนอนหลับของบุคคลหรือเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยได้ ซึ่งการจะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมกับสถานการณ์

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการประเมินการนอนหลับสามารถทำได้หลายวิธี แต่สามารถแบ่งออกเป็น 3 วิธีการใหญ่ๆ คือ การบันทึกด้วยเครื่องมือวัดการนอนหลับ (polysomnography) การประเมินการนอนหลับด้วยตนเอง (self-report) และการสังเกต (observations) (สรยุทธ, 2549; Beck, 1992; Richardson, 1997) เครื่องมือวัดการนอนหลับที่สำคัญมีดังนี้

1. Polysomnography (PSG) เป็นการตรวจด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์มีห้องปฏิบัติการการนอนหลับ (sleep laboratory) เป็นวิธีการประเมินสภาพการนอนหลับดีที่สุดในปัจจุบัน เพราะสามารถตรวจทั้งคุณภาพการนอน และระยะเวลาการนอนที่แท้จริงโดยสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (EMG) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา (EOG) รวมไปถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย และระดับความดันโลหิต วิธีการนี้จะสามารถแยกแยะการนอนระยะ NREM และ REM ได้ รวมทั้งระยะเวลาการนอนที่แท้จริง ความก้าวน้ำ และความลึกของการนอน (ชนกพร, 2543) ผลที่ได้มีความถูกต้อง แม่นยำ แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงวิธีการทำซับซ้อนต้องอาศัยความรู้ความชำนาญของผู้ประเมิน การเลือกใช้จึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสม (สรยุทธ, 2549; Snyder – Halpern & Verran, 1987) มักใช้เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษา การแปลผลการตรวจด้วยวิธีนี้อาจมีข้อผิดพลาดถ้าผู้ถูกประเมินได้รับยาบางชนิด เช่น อโทรปีนซัลเฟต (atropine sulfate) และไฮออสไซยามีนซัลเฟต (hyoscyamine sulphate) ซึ่งจะทำให้ลักษณะ EEG เป็นลักษณะคลื่นสลับถึงแม้ว่าผู้ถูกประเมินยังตื่นอยู่ (Closs, 1998)

2. Night cap เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับ ที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ใช้วัดการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลูกตาและศีรษะ การวัดวิธีนี้ไม่สามารถจะแยกแยะระยะการนอนหลับ NREM 1 ใน 4 ได้แต่สามารถจะบอกถึงภาวะตื่น ระยะ NREM และ REM ได้ เมื่อนำผลการวัดด้วยวิธีนี้เปรียบเทียบกับ การวัดแบบ polysomnography การใช้เครื่องมือชนิดนี้เหมาะกับผู้ป่วยหนักมากกว่าการใช้ polysomnography เพราะมีขนาดเล็ก เคลื่อนย้ายได้ และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่าแต่ไม่ใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดดมยาสลบ

3. Wrist actigraph เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ใช้สวมข้อมือคล้ายนาฬิกาใช้วัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แปลผลจากความถี่ของคลื่นไฟฟ้า สามารถวัดปริมาณ การนอนหลับและการตื่นได้ดี เครื่องมือชนิดนี้สามารถใช้ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ สะดวก ไม่รบกวนผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

4. การสังเกต (Observations) เป็นการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของผู้ถูกวัด โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะการนอนหลับและความต่อเนื่องจากต้องมีผู้สังเกตมากกว่า 1 คน และต้องเฝ้าดูพฤติกรรมนอนอย่าง ต่อเนื่องตลอดเวลาของการวัด

5. การประเมินการนอนหลับที่รายงานด้วยตนเอง (self-reports) สามารถประเมินการนอนหลับได้ทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ข้อมูลอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากความลำเอียงของผู้ถูกวัด แต่วิธีการนี้เป็นที่นิยมใช้มากที่สุดเนื่องจากสะดวกง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ และความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอนได้ ในขณะที่การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สามารถประเมินได้ (Richardson, 1997) การประเมินการนอนหลับด้วยตนเอง เป็นวิธีที่สามารถคัดกรองและวินิจฉัยปัญหาการนอนหลับในขั้นต้นได้ว่า แบบสอบถามชนิดนี้สามารถให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงหรือเหมือนกัน ถึงแม้จะถามในเวลาต่างกัน รวมทั้งสามารถใช้ได้ทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงและกลุ่มผู้ป่วย เครื่องมือประเมินการนอนหลับที่รายงานด้วยตนเองที่ใช้กันมากมีดังนี้คือ

5.1 แบบวัดการนอนหลับของเวอร์แรนและสไนเดอร์ ฮาลเพิน (Verran & Snyder Halpem, VAH Sleep Scale) เป็นมาตรวัดการนอนหลับโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านมีข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัดซึ่งจะมีความหมายตรงข้ามกัน ผู้ประเมินต้องทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงในบริเวณที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วิธีนี้สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เหมาะกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องสามารถมองเห็น อ่าน และทำเครื่องหมายในแบบประเมินได้ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม

5.2 บันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep diaries) เป็นการบันทึกเกี่ยวกับการหลับ ตื่นในแต่ละวัน (Rogers, 1997) ผู้ป่วยสามารถบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างช่วงเวลาหลับ การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยา คาเฟอีน แอลกอฮอล์ รวมทั้งกิจกรรมที่นอน การตื่นในช่วงเวลาการนอนหลับการเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ ส่วนด้านประสิทธิภาพการนอนหลับจะถามเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับทำในเวลากลางวัน การประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด แต่มีข้อจำกัด คือต้องใช้กับผู้ป่วยที่สามารถอ่านและเขียนได้ซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยหนักเพราะบางครั้งผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือความบกพร่องด้านกระบวนการคิด ทำให้ไม่สามารถบันทึกได้

5.3 การประเมินการนอนหลับของเบค (Beck, 1992) ประเมินเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาที่ตื่นระหว่างเวลาหลับจำนวนครั้งของการตื่นที่มีระยะเวลา 15 วินาทีขึ้นไป จำนวนครั้งของระยะการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละคืน จำนวนร้อยละของระยะเวลาการนอนหลับและจำนวนครั้งการตื่นในเวลากลางคืนจากการถูกรบกวนหรือการตื่นเอง

5.4 แบบสอบถามนิสัยการนอนหลับโดยทั่วไป (General Sleep Habits Questionnaire) ซึ่งสร้างโดยมอนโรว์ (Monroe, 1967) ประเมินการนอนหลับเป็น 2 ลักษณะ คือนอนหลับดีและนอนหลับไม่ดี โดยประเมินจากความยากง่ายในการนอนหลับและความต่อเนื่องในการนอนหลับผู้ที่นอนหลับได้ดี โดยประเมินจากความยากง่ายในการนอนหลับและความต่อเนื่องในการนอนหลับผู้ที่นอนหลับได้ดี ต้องใช้ระยะเวลาก่อนหลับน้อย คือ ภายใน 15 นาที หรือไม่เกิน 30 นาที และไมตื่นในระหว่างช่วงเวลาการนอนหลับ ส่วนผู้ที่นอนหลับไม่ดีจะมีระยะเวลาก่อนหลับมากกว่า 30 นาที และตื่นในช่วงเวลาการนอนหลับอย่างน้อย 1 ครั้ง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุของวราภา แหลมเพชรโดยใช้เพียง 2 ใน 4 ส่วน ซึ่งเป็นแบบ สัมภาษณ์การนอนหลับที่ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ขณะนอนหลับที่บ้านซึ่งได้พัฒนามาจากเครื่องมือประเมินการนอนหลับของเบค (beck, 1992) มาตรวัดการนอนหลับของเวอร์แรนและสไนเดอร์ ฮาลเพิน (VSH Sleep Scale) (Synder Halpern & Verren, 1987 อ้างในวราภา แหลมเพชร, 2544) เนื่องจากสามารถประเมินการนอนหลับได้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือ ระยะเวลาที่ใช้ก่อนหลับ ความต่อเนื่องในการนอนหลับ ปริมาณการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ จำนวนครั้งของการจับหลับกลางวันและปริมาณการจับหลับ

กลางวันรวมทั้งยังมีแบบสัมผัสภาพความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับอีกด้วยซึ่งลักษณะคำถามเข้าใจง่ายเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และหาแนวทางการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

แนวทางการรักษาอาการนอนไม่หลับ

แนวทางการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยไม่ใช้ยามีหลายวิธี คือ

1. การรักษาโดยการควบคุมสิ่งเร้า(Stimulus control therapy: SCT) วัตถุประสงค์ของการรักษา คือ เป็นการฝึกผู้ป่วยที่นอนไม่หลับให้สร้างสัมพันธ์ระหว่างเวลาการนอนกับห้องนอนเสียใหม่เพื่อให้หลับเร็วขึ้นโดยกำจัดกิจกรรมที่ทำให้นอนไม่หลับไป เพื่อปรับวงจรการนอนหลับ-ตื่น ด้วยการบังคับตนเองให้นอนและตื่นตามตารางการนอนอย่างสม่ำเสมอ (Ancoli-Israel, & Liu, 2006)

2. การรักษาด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Relaxation) มีหลักการว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้แล้ว จะทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น วิธีที่ใช้คือ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation : PMR) ซึ่งเป็นเทคนิคการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละมัดจนทั่วร่างกาย เพื่อลดแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยการฝึกเทคนิคในระยะแรก ภายใต้อำเนานำของผู้เชี่ยวชาญและต้องฝึกปฏิบัติทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยวิธีการผ่อนคลายอื่นๆ เช่น การหายใจด้วยกล้ามเนื้อหน้าท้อง การทำสมาธิ การสะกดจิต การใช้ดนตรี บำบัด เป็นต้น

3. การรักษาเพื่อให้เกิดความคิดและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน (Cognitive therapy) เป้าหมายเพื่อเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติที่ผิดๆ เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน การสร้างเป้าหมายเกี่ยวกับการนอนเสียใหม่ และการเปลี่ยนการรับรู้ใหม่เกี่ยวกับสาเหตุของการนอนไม่หลับ เป็นต้น

4. การจงใจทำในทางตรงข้าม (Paradoxical intention) เป้าหมายเพื่อเปลี่ยนการมองปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยมักวิตกกังวลว่าตนเองจะนอนไม่หลับและได้พยายามอย่างมากที่จะหลับแต่ก็นอนไม่หลับ ดังนั้นเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการพยายามที่จะหลับจึงให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ตรงกันข้ามแทนด้วยการให้ผู้ป่วยพยายามตื่นให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เมื่อผู้ป่วยหยุดความพยายามที่จะหลับและคงการตื่นเอาไว้พบว่าความวิตกกังวลก็จะลดลงและผู้ป่วยกลับนอนหลับได้ง่ายขึ้นในที่สุด

5. การจำกัดการนอนหลับ (Sleep restriction) อาศัยหลักที่ว่าบุคคลทั่วไปเมื่อนอนไม่หลับ นานๆ จะหลับได้ไว หลับได้ลึกและได้นานและมักพบว่า ในผู้ป่วยที่นอนไม่หลับส่วนมากจะเป็นการนอนที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การนอนหลับได้น้อยกว่าร้อยละ 85 ของเวลาที่ใช้นอนที่

นอน เป็นต้น วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาบนที่นอนได้พอเหมาะกับผู้ป่วยต้องการนอนจริงๆ ทำให้การนอนมีประสิทธิภาพ โดยในระยะแรกจะให้ผู้ปวายนอนน้อยลง จากนั้นจะค่อยๆ เพิ่มเวลาการนอนโดยที่คงประสิทธิภาพของการนอน เอาไว้เท่าเดิม ซึ่งประสิทธิภาพของการนอนคือ อัตราส่วนของเวลานอนหลับทั้งหมดหารด้วยเวลาที่ไ้บนที่นอน คูณด้วย 100 ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ป่วยรายงานว่านอนได้ประมาณคืนละ 5 ชั่วโมง จากจำนวน 8 ชั่วโมง ที่นอนอยู่บนเตียง ดังนั้นเงื่อนไขเบื้องต้นของการจัดการนอนก็คือเวลาเริ่มนอนถึงเวลาที่ตื่นขึ้นควรเท่ากับ 5 ชั่วโมง

6. การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยที่ดีเพื่อการนอนหลับ (Sleep hygiene) เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการนอน ซึ่งประกอบด้วยตื่นนอนให้เป็นเวลาทุกวัน การตื่นเป็นเวลจะเป็นการปรับนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย (biological clock) ให้คงที่ เมื่อตื่นเป็นเวลา ร่างกายจะปรับให้วงจรนอนเป็นเวลาด้วย เข้านอนเมื่อง่วง อย่าเข้านอนเพราะรู้สึกถึงเวลานอน โดยที่ร่างกายยังตื่นตัวอยู่ จะทำให้นอนไม่หลับและต้องพยายามนอนหลับ ซึ่งเป็นความเครียดที่จะยิ่งทำให้หลับยากขึ้น ถ้าไม่ง่วงนอนหรือนอนไม่หลับหลังเข้านอนไปแล้วประมาณ 20 นาที ให้ลุกออกมาจากที่นอนและหาอะไรทำเบาๆ เงียบๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังดนตรีประเภทที่ไม่กระตุ้นหรือปลุกเร้าอารมณ์ เป็นต้น ควรกลับเข้านอนเมื่อรู้สึกง่วงเท่านั้น หากหลังเข้านอนไปแล้วอีก 20 นาที ก็ยังไม่หลับให้ปฏิบัติเช่นเดิมไปจนกว่าจะหลับ จัดให้ห้องนอนเป็นห้องที่ใช้สำหรับนอนหลับเท่านั้น ไม่ควรมีโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์อยู่ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการนอนหลับหรือมีการจัดการนอนกลางวันน้อยกว่า 30 นาทีในช่วงบ่าย หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟและแอลกอฮอล์ในช่วงบ่าย จำกัดเครื่องดื่มที่เป็นน้ำในช่วงก่อนนอน โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาการถ่ายปัสสาวะบ่อย รับแสงแดดบ้างเพราะแสงแดดจะช่วยปรับวงจรการนอนหลับ-ตื่นให้สมดุล ควรพิจารณาเรื่องผลข้างเคียงในการใช้ยานอนหลับ (Ancoli-Israel, & Liu, 2006) จากข้อมูลที่ได้มีหลายแนวทางจึงต้องเลือกให้เหมาะสมแต่บุคลากรจำนวนไม่น้อย ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการนอนไม่หลับและให้การบำบัดที่ไม่เหมาะสม การที่จะให้การบำบัดรักษาอาการดังกล่าวนี้จะต้องให้การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรคเช่นเดียวกับโรคอื่นๆ โดยทั่วไป เพราะการนอนไม่หลับอาจมีปัจจัยหลายๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้องและแนวทางในการดูแลการนอนไม่หลับยังมีหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบอาจจำเป็น และมีข้อจำกัด ที่แตกต่างกันไป ทั้งการจัดปัจจัยสาเหตุ การประเมินความรุนแรง ส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยการนอนตามสุขบัญญัติการนอนหลับ การรักษาเฉพาะโรค การใช้ยาช่วยการนอนหลับอย่างเหมาะสมเพราะ เมื่อปฏิบัติตัวตามคำแนะนำดังกล่าวข้างต้น อาการนอนไม่หลับยังไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุก็อาจต้องรับยานอนหลับและสารช่วยการนอนมีหลายชนิดแต่การใช้ยากับผู้สูงอายุก็มีข้อกัดย่อมมาก ดังจะกล่าวต่อไปจากประการแรก คือ

การรักษาการนอนไม่หลับโดยใช้ยา (Pharmacological)

แนวทางการรักษามีอยู่หลายชนิดการใช้ยาในผู้สูงอายุมักจะพบอาการที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้กล่าวคือยานอนหลับกลุ่ม benzodiazepine มีการใช้อย่างกว้างขวาง ในการรักษาอาการนอนไม่หลับ ผู้ที่ได้รับยานี้ มักไม่ต้องการที่จะหยุดยานอนหลับเพราะกลัวว่าอาการจะมากขึ้นซึ่งก็มีส่วนจริงจากผลของการหยุดยา benzodiazepine withdrawal ที่ทำให้มีความง่วงมากเกินไปจนรบกวนการทำงาน การคือยานอนหลับต้องเพิ่มขนาดยา แพทย์ควรใช้ยาในเวลาอันสั้นที่สุด (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548)

ยาสงบประสาท/ยานอนหลับ (sedative/ hypnotics) ยาในกลุ่มนี้ใช้ในการรักษาระยะสั้นๆ ไม่เกิน 2-3 สัปดาห์ ซึ่งอาจใช้ร่วมกับการปรับพฤติกรรมในการบำบัดรักษา ยาที่นิยมใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ แบ่งเป็น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีน ซึ่งจะช่วยให้ลดระยะ REM sleep ลดระยะเวลาในการเข้าอนถึงหลับจริง ลดการตื่นนอนในช่วงกลางคืน ได้แก่ เทมาซีแพม (temazepam) ซึ่งเป็นยาที่ถูกเลือกใช้บ่อย (Kamel & Gammack, 2006) การใช้ยาในเบนโซไดอะซีน นี้มักจะทำให้เกิดการมีอาการนอนไม่หลับกลับมาอีก (rebound insomnia) ดิทยา หรือคือต่อการใช้ยา และยานี้ยังมีผลต่อการง่วงในเวลากลางวันสูง และกล้ามเนื้ออ่อนล้า (Fatigue) และยังมีเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุได้ และยากลุ่มที่ไม่ใช่ยาเบนโซไดอะซีน ยาในกลุ่มนี้มีการใช้มากขึ้น มีผลในการรักษาระยะสั้นๆ มีการรบกวนการนอนหลับปกติน้อยกว่ายากลุ่มเบนโซไดอะซีน ซึ่งประกอบด้วย โซลพิเดม (Zolpidem) ซาเลบรอน (Zaleplon) โซพิโคลน (Zopiclone) และเอสโซพิโคลน (Eszopiclone) (Wolkove, Elkholy, Baltzan., & Palayew, 2007)

ยากลุ่มแอนติฮิสตามีน (antihistamine) ทำให้ง่วงนอน หลับง่ายขึ้น มีข้อแนะนำว่า อาจจะเป็นสาเหตุเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุได้และควรระวังหกล้ม (Wolkove, et al, 2007)

ยาต้านการซึมเศร้า (Antidepressants) ได้แก่ ยาอะมิทริปไทลีน (amitriptyline) ทรามิพรามีน (trimipramine) ทราโซโดน (trazodone) เป็นต้น ในผู้สูงอายุ การใช้ยากลุ่มนี้ผู้สูงอายุจะไวต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งได้แก่หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) มีการคั่งของปัสสาวะ (urinary retention) ง่วง และมีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการใช้ข้อแนะนำควรหลีกเลี่ยง (Wolkove, et al., 2007)

เมลาโตนิน (Melatonin) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า 5-Methoxy N-acetyl tryptamine เป็นฮอร์โมนหลักที่ผลิตมาจากต่อมไพเนียล เริ่มผลิตในช่วงเวลาใกล้ค่ำและจะผลิตมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีระดับเมลาโตนินสูงสุดประมาณ 60 – 70 พิโกกรัม/มิลลิลิตร ของพลาสมาในเวลา 02.00 – 03.00 น. จากนั้นระดับเมลาโตนิน จะลดลง จนกระทั่งเวลา 07.00 – 09.00 น. จึงหยุดสร้างปริมาณต่ำสุด คือ ต่ำกว่า 10 พิโกกรัม/1 มิลลิลิตรของพลาสมา พบว่าวัยเด็กอายุ 5 – 6 ขวบ จะมีระดับเมลาโตนินสูงมากที่สุด จะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในช่วงปี ค.ศ.1980 เมลาโตนิน ได้ถูก

นำมาใช้โดยแพทย์ในสหรัฐอเมริกาในการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการนอนหลับ และต่อจากนั้นมาก็ได้มีการกล่าวถึงคุณสมบัติอื่นของมิลาโดนินในการลดอาการการเดินทางข้ามเวลาเพิ่มภูมิคุ้มกัน ด้านเนื้อร้ายของโรคมะเร็ง และทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น เป็นต้น ทำให้ผลิตภัณฑ์นี้มียอดขายที่สูงมากในร้านจำหน่ายอาหารเสริมสุขภาพทั้งในสหรัฐอเมริกาและแม้กระทั่งในทวีปเอเชีย เป็นฮอร์โมนธรรมชาติชนิดหนึ่งซึ่งถูกสร้างโดย ต่อมไพเนียลที่สมอง การหลั่งของมิลาโดนินถูกกระตุ้นโดยความมืดและถูกยับยั้งโดยแสง เมื่อการหลั่งของ มิลาโดนินเพิ่มขึ้นคนเราจะมีความรู้สึกตื่นตัวลดลง หรือเฉื่อยชาลงนั่นเอง รวมถึงอุณหภูมิของร่างกายก็เริ่มลดต่ำลง ทำให้เหมาะสำหรับการนอนมากขึ้นและระดับมิลาโดนินจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงเช้ามืดของวันใหม่ ส่วนในระหว่างวันต่ำมาก จนกระทั่งนักวิทยาศาสตร์ไม่สามารถตรวจวัดได้ ด้วยเหตุที่ระดับของมิลาโดนินขึ้นลงตามวงจรความมืด-ความสว่าง ทำให้ทั้งมนุษย์หรือแม้กระทั่งพืช ซึ่งก็มีฮอร์โมนนี้เช่นกัน มีความตื่นตัวในระหว่างวันโดยที่ระดับของ มิลาโดนิน จะเพิ่มสูงสุดเมื่อเวลา 2.00 น. ในเด็กมีสุขภาพดีทั่วไปและจะเพิ่มสูงขึ้นที่สุดเมื่อเวลา 3.00 น. (อมรรัตน์ นรานันทรัตน์, 2551)

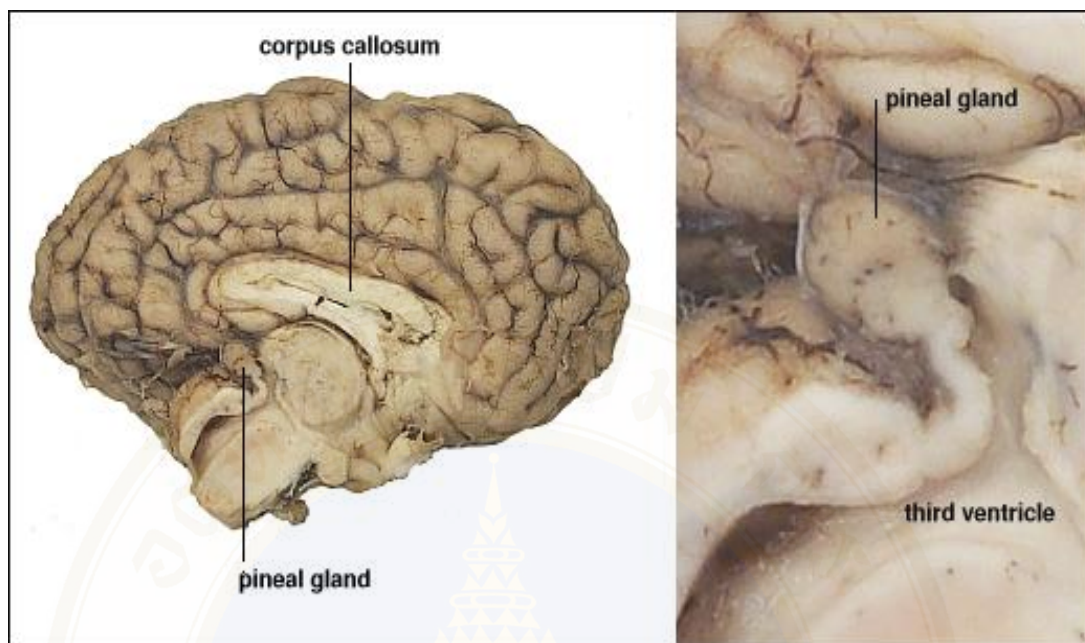
นอกจากนี้แล้วปริมาณการผลิต มิลาโดนินโดยร่างกายยังลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งก็เป็นอีกคำตอบหนึ่งที่นักวิทยาศาสตร์เชื่อกันว่าเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาในการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่อายุน้อย การรับประทานต้องเหมาะสมจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากความแตกต่างอัตราการดูดซึมและเมตาบอลิซึม ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของมิลาโดนิน ผู้ใช้ มิลาโดนินบางคนจะเริ่มต้นจากการรับประทานในขนาด 3 มิลลิกรัมก่อนนอนในครั้งแรกและปรับขนาดยา โดยถ้าพบว่าเมื่อรับประทานแล้วการหลับเป็นไปได้ดีแต่มีอาการง่วง หรือมึนงงในตอนเช้าก็จะลดขนาดลงหรือครึ่งหนึ่งในวันถัดไป ในทางตรงกันข้ามถ้าพบว่า เมื่อรับประทานยังคงมีอาการนอนไม่หลับอยู่บ้าง หรือนอนไม่หลับเลยก็จะเพิ่มขนาดยาขึ้นไป คั่นละ 3 มิลลิกรัมจนกระทั่งได้ผลที่พึงพอใจ โดยมากแล้วขนาดที่ผู้ใช้พบว่าได้ผลที่ดีจะอยู่ในช่วงระหว่าง 3-10 มิลลิกรัมแต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปถึงขนาดในการใช้ที่แน่นอน และมีข้อแนะนำในการรับประทานติดต่อกันเพียงระยะสั้นคือไม่เกิน 2 สัปดาห์ และควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่าได้รับประทานมิลาโดนิน ด้วยเช่นเดียวกับยาและอาหารเสริมอื่นๆเนื่องจากมิลาโดนินพบได้ตามธรรมชาติในอาหารบางชนิด จึงถูกจัดเป็นอาหารเสริมในสหรัฐอเมริกา แต่ไม่สามารถจดทะเบียนเป็นอาหารเสริมได้ในประเทศไทย

ผู้ที่ควรหลีกเลี่ยงการรับประทาน มิลาโดนินคือเด็ก สตรีตั้งครรภ์ และมารดาที่ให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีโรคภูมิแพ้ที่รุนแรง ผู้หญิงที่มีความประสงค์จะตั้งครรภ์ เนื่องจากการใช้ มิลาโดนินในปริมาณสูงอาจทำให้เกิดผลในการยับยั้งการตกไข่ได้ ผู้ที่ทำงานกับเครื่องจักรกลที่มีความอันตรายเนื่องจากการใช้ มิลาโดนิน อาจทำให้เกิดการง่วงซึมได้ทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืน ผู้ป่วยลมชัก

ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปและมีการใช้ยานอนหลับ หรือสมุนไพรในการรักษาอาการนอนไม่หลับ แต่อาจมีผลข้างเคียงที่อาจพบได้ เช่น รู้สึกไม่สบายท้อง ง่วงซึมหรือมีอาการมึนศีรษะในเวลา กลางวัน ปวดศีรษะ เกิดภาวะหลงลืม ยับยั้งการปฏิสนธิ จำนวนอสุจิลดลง ความรุนแรงของการชัก เพิ่มขึ้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากขนาดในการรับประทาน และเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญ มีความซับซ้อนในการใช้มีลาโดนิน(อมรรัตน์ นรนนทรรัตน์, 2551)

การนอนไม่หลับ เครียด และซึมเศร้า เกิดจากสารสมองที่ควบคุมการนอนหลับ คือ มีลาโดนินและสารสมองที่ทำให้อารมณ์มีความสุข คือ ซีโรโทนิน (serotonin) มีไม่พอ (สุจินดา จารุพัฒน์, 2548) สมองที่ควบคุมการนอนหลับ และ มีลาโดนิน ฮอร์โมนจากต่อมไพเนียลต่อม (Pineal Gland) เป็นต่อมไร้ท่อ ขนาดเล็ก น้ำหนักเพียง 100 – 150 มิลลิกรัม อยู่ที่บริเวณด้านบนสุดของสมองส่วนกลาง ประกอบด้วยเซลล์ Pinealocytes ประมาณ ร้อยละ 90 ซึ่งต่อมนี้จะมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงวัยรุ่นก็จะเริ่มเสื่อมสภาพไป มีหน้าที่สำคัญมาก ในการควบคุมความสมดุลในการทำงานของต่อมไร้ท่อ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และการควบคุมจังหวะวันเวลา (Circadian rhythm) และความสมดุลของเมตาบอลิซึมของร่างกายทั้งกลางวันและกลางคืน (<http://www.dreamdoctor.com/better/insomnia/12.shtml>)

สารตั้งต้นของการสังเคราะห์คือ กรดทรีปโตเฟน Tryptophan เมื่อเข้าสู่ Pinealocyte จะถูกเปลี่ยนเป็น 5-hydroxytryptophan โดยเอนไซม์ Tryptophan hydroxylase เป็นการเติม-OH ที่ตำแหน่งที่ 5 แล้วถูกเปลี่ยนเป็น 5-hydroxytryptamine Serotonin จากนั้นถูกเปลี่ยนเป็น N-acetyltransferase (NAT) จากการดึง CO₂ โดยเอนไซม์ L-aromatic amino acid decarboxylase แล้วจะถูกเปลี่ยนเป็น 5-methoxy-N-acetyltryptamine หรือ มีลาโดนินโดยเอนไซม์ Hydroxyindole-o-Methyltransferase (HIOMT) โดยการเติมกลุ่ม -CH₃ ที่ ตำแหน่งที่ 5 หลังจากนั้นฮอร์โมน มีลาโดนิน จะเข้าสู่กระแสเลือด การหลั่งของฮอร์โมนเป็นจังหวะวันเวลาหรือ Circadian rhythm ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก แสงสว่างๆ หรือความมืด (Dim Light) กระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งนอร์อีพิเนฟรินที่ปลายประสาท แล้วไปกระตุ้น b-adrenergic receptor ที่บนผิวของเซลล์ ทำให้ระดับ c-Amp เพิ่มขึ้น ซึ่งไปกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนมีลาโดนินโดยเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ HIOMT แสงสว่างจากดวงอาทิตย์ มีส่วนสัมพันธ์การผลิตมีลาโดนิน เมื่อแสงผ่านรูม่านตา มากระทบกับเรตินา มีการเปลี่ยนเป็นรูปกระแสประสาท วิ่งตามตาม Light Pathway เข้าสู่ต่อมไพเนียล โดยผ่าน superior cervical ganglion ซึ่งจะลดการทำงานของเอนไซม์ Hydroxyindole-o-Methyltransferase (HIOMT) (สุจินดา จารุพัฒน์, 2546)



รูปภาพ 3 ที่ตั้งต่อมไพเนียลในสมอง

ที่มา: (<http://users.rcn.com/jkimball.ma.ultranet/BiologyPages/E/Endocrines.glf>, 2551)

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่ใช้ยามากที่สุดและได้รับผลข้างเคียงจากยามากที่สุด จึงควรมีแนวทางที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวน้อยลง หรือแก้อาการดังกล่าว โดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ สารกล่อมประสาท ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งแนวทางใหม่ที่จะพัฒนามาใช้ ต้องเป็นแนวทางที่เชื่อถือได้ ทดสอบได้ในทางวิทยาศาสตร์การรวบรวมผลงานวิจัยที่มีการออกแบบทดลองที่ครอบคลุมจึงมีความสำคัญในการนำผลงานมาใช้อ้างอิง ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบันประสบความสำเร็จในการป้องกันและรักษาโรคร้ายไข้เจ็บของมนุษย์ทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังไร้เชื้อ แต่ก็ยังมีข้อจำกัด มีช่องว่าง รวมทั้งค่าบริการที่แพง การบริการไม่ทั่วถึงประชาชน และมีโรคที่แพทย์แผนปัจจุบันยังแก้ปัญหาไม่ได้ นอกจากนี้การใช้ยาในผู้สูงอายุก็มีผลเสีย ค่าครองชีพหรือการสูญเสียของยาที่ยาวนาน อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และบางครั้ง ผู้สูงอายุสาวยตาไม่ดี อาจเกิดข้อผิดพลาด ในการหยิบยารับประทานได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจการรักษาการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา การนวดกดจุดใบหน้า เป็นแพทย์ทางเลือกแขนงหนึ่งนำเข้ามาใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ให้น้อยลงไป และเพื่อช่วยผสมผสานให้การรักษารักษาของแพทย์ปัจจุบันหายเร็วขึ้น อีกทั้งช่วยให้การดูแลครอบครัวรวมถึงขึ้น เช่น การกดจุดเป็นต้น

การกดจุด

การกดจุดเป็นการนวดกดจุดต่างๆบนร่างกายโดยใช้นิ้วมือ แต่ปัจจุบันได้มีผู้คิดค้นเครื่องมือมาช่วย โดยมีการฝังเข็มปักลงเป็นจุดต่างๆ ซึ่งประโยชน์ของการกดจุด ได้แก่ ลดความรู้สึกไม่สบายทั้งหลายที่เกิดขึ้นจากอวัยวะภายใน ลดความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างรอรับการรักษจากแพทย์ ป้องกันการกำเริบของโรคที่เคยเป็นอยู่ก่อน เสริมวิธีการรักษาของแพทย์ให้อาการต่างๆหายเร็วขึ้น ทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉงขึ้น

วิวัฒนาการของการกดจุด

หลายศตวรรษก่อนชาวจีนรู้จักกระตุ้นด้วยการฝังเข็ม มีการค้นคว้าพบว่า ความเจ็บปวดหรือความเจ็บป่วยทั้งหลายสามารถบรรเทาได้ ถ้ามีการนวดหรือใช้เข็มแทงลงไปบนร่างกาย จากนั้นชาวจีนเริ่มรักษาอาการเจ็บไข้ต่างๆ ด้วยการนวดหรือเคาะตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดบนร่างกายที่เป็นจุดเฉพาะโดยใช้หินที่ทำเป็นแท่งเล็ก ๆ เหมือนเข็ม เรียกว่า “เข็มหิน” พัฒนารเรื่อยมาจนถึงการฝังเข็ม การกดจุดได้ถูกรวบรวมเป็นหนังสือทางการแพทย์ของจีนครั้งแรก ในสมัยราชวงศ์จิ้น ประมาณ พ.ศ. 243 ซึ่งเป็นวิธีกดจุดสำหรับภาวะฉุกเฉินของระบบไหลเวียนโลหิต การกดจุด เป็นวิธีการบำบัดรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยภายในร่างกาย เป็นสิ่งที่นิยมเชื่อถือและปฏิบัติกันมาหลายพันปี และมีการแพร่หลายไปทั่วโลกทั้งยุโรปและสหรัฐอเมริกา การกดจุดมีวิธีการที่ง่าย ๆ คือนวดกดจุดต่าง ๆ บนร่างกายโดยใช้นิ้วมือ แต่ปัจจุบันได้มีคนคิดค้นเครื่องมือมาช่วยในการนวด กดจุด ต่อมา มีการฝังเข็มปักลงจุดต่าง ๆ เรียกว่า การฝังเข็ม นอกจากนี้มีการใช้ความร้อนคลื่นของอัลตราโซนิก และเลเซอร์ด้วย

การนวดกดจุด เป็นเทคนิคของชาวจีนโบราณโดยอาศัยหลักการฝังเข็ม เป็นวิธีการรักษาด้วยการใช้นิ้วกดไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นวิธีการเข้าถึงจุดที่สำคัญที่ถูกสกัดกั้นหรือศูนย์กลางพลังงานเกิดอุดตันในร่างกาย วัฒนธรรมชาวจีนเชื่อว่าจุดต่างๆ ในร่างกายเชื่อมต่อกับจุดเมริเดียนซึ่งเป็นเส้นทางลำเลียงพลังงานในร่างกายหรือพลังชี นักวิทยาศาสตร์ชาวตะวันตกได้สร้างแผนผังและพิสูจน์ว่าจุดเหล่านี้มีจริงด้วยการใช้คลื่นไฟฟ้า การนวดกดจุดเพื่อบำบัด เป็นการกระตุ้นและยกระดับพลังงานในร่างกายเพื่อต่อสู้กับโรคภัยและปรับสมดุลให้ร่างกายทำงานสอดคล้องกัน จุดที่กดบางจุดบนร่างกายมีความสำคัญเพราะมันเชื่อมต่อกับส่วนสำคัญของร่างกายและส่งผลไปถึงส่วนอื่นๆ การรักษาโรคต่างๆ เช่น อาการเครียด ปวดเมื่อย ไขข้ออักเสบ หรือปวดประจำเดือนสามารถบรรเทาได้ อีกทั้งยังใช้วิธีการนี้เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้ด้วย (www.Thailabonline- Healthsite Site)

การนวดกดจุดเป็นการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน เนื่องด้วยการนวดกดจุดสามารถกระทำได้ทันทีที่เกิดการเจ็บปวดขึ้น การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันช่วยประหยัดเวลา เงินทอง และความรู้สึกท้อแท้ การนวดกดจุดช่วยเพิ่มการหมุนเวียนของโลหิต เนื่องจากเลือดนำพาสารอาหารจำเป็นไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย และลำเลียงของเสียหรือสารพิษออกจากอวัยวะ อวัยวะอันเป็นผลมาจากความตึงเครียดก็เพราะเลือดหมุนเวียนไม่ดี เมื่อการหมุนเวียนโลหิตปรับปรุงดีขึ้นแล้ว ร่างกายก็จะได้รับสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วนและไม่มีสารพิษหรือของเสียคั่งค้าง

(www.Thailabonline.com and Health Site)

มีการให้ความหมายการนวดกดจุดไว้หลายประเด็น เช่น อย่างแรก A-Q-Pressor ที่มีกำเนิดจากประเทศรัสเซียสัมพันธ์กับกระแสพลังชีวภาพต่อเนื่อง หรือพลังชีวิตที่เรียกกันว่าพลังชีพกติกแล้วกระแสพลังนี้อยู่ในภาวะสมดุลระหว่างตัวมันเองกับสภาพแวดล้อมภายนอก แต่หากสมดุลนี้ถูกรบกวน ร่างกายก็จะเจ็บป่วย เมริเดียนเป็นกลุ่มปลายเส้นประสาทควบคุมหรือ acupoints ซึ่งเป็นเหมือนวาล์วเปิดปิดพลังชีพ การกระตุ้นที่จุดเหล่านี้ หากกระทำอย่างถูกต้องแล้ว ก็จะช่วยฟื้นฟูสมดุลให้กับสภาพแวดล้อมภายในร่างกาย ในประเพณีชาวจีน นิยามความหมายของการนวดกดจุดเป็นที่เข้าใจกันทั่วไปว่า การนวดกดจุดช่วยเพิ่มความงามของผิวหนังการนวดกดจุดไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ เพราะไม่ได้ใช้เข็มที่แทงบนผิวหนัง ร่างกายไม่ต้องดูดซึมสารเคมี เพราะการนวดกดจุดเป็นเข้าใจกันทั่วไป การนวดกดจุดเป็นการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา คนไข้ดูแลจัดการได้ด้วยตนเอง เพราะการนวดกดจุดช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว คนไข้สามารถใช้การนวดกดจุดได้เองเมื่อบาดเจ็บจากการทำงาน เล่นกีฬา หรือเดินทางการนวดกดจุดช่วยบรรเทาความตึงเครียด เนื่องด้วย ร้อยละ 75 ของโรคภัยต่างๆ เกิดจากความเครียด การลดความเครียดจึงเป็นมาตรการป้องกันโรคที่ดีที่สุด ([http://.Search.Thailabonline.com.Health Site](http://.Search.Thailabonline.com.HealthSite))

ส่วนความหมายของ การนวดกดจุดของประเทศออสเตรเลีย หมายถึง การรักษาอาการเจ็บป่วยในร่างกายทั้งหมดของชาวจีนโบราณ ด้วยการกระตุ้นด้วยการกด เพื่อกระตุ้นกระแสพลังในร่างกายและการหมุนเวียนภายในร่างกาย

มีลักษณะเช่นเดียวกับ Shiatsu ของชาวญี่ปุ่น ที่เป็นการรักษาอาการเจ็บป่วย โดยไม่ใช้เข็ม แต่ใช้นิ้วหัวแม่มือ ฝ่ามือ มือและข้อศอกในการกดไปตามจุดต่างๆ ของร่างกาย หากกดด้วยน้ำหนักที่เหมาะสมไปตามจุดสำคัญบนร่างกายก็จะช่วยรักษาบรรเทาอาการป่วยต่างๆ นอกจากการนวดกดจุดแล้วยังใช้ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อยืดหรือปรับเปลี่ยนกล้ามเนื้อและอวัยวะด้วย

([http://.Search.Thailabonline.com. Health Site.](http://.Search.Thailabonline.com.HealthSite))

วิธีการกดจุด

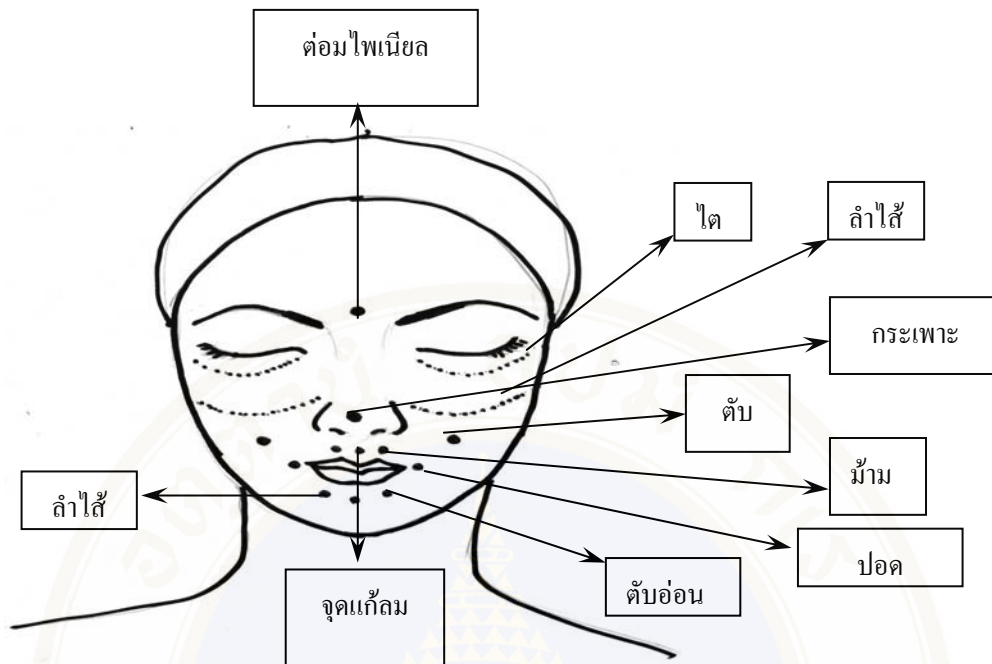
การกดจุดนั้น ตำแหน่งที่แน่นอนและรู้ลำดับของการเลือกตำแหน่ง ซึ่งทำให้การนวดยึดแน่นยำ และได้ผลการจัดท่านวดในท่านั่งหรือท่านอนบนที่นอนแข็งๆ หรือพรมนุ่มๆ ที่ถูกต้องคือ นอนกับพื้นหรือในห้องที่มีอากาศเย็นสบายดี ในท่านั่งให้นั่งลำตัวตรง ถ้าจุดที่จะกดออกแรงหนักๆ ไปตามร่างกายจนพบบริเวณที่กดแล้วเจ็บ แสดงว่าอวัยวะส่วนที่สัมพันธ์กับจุดที่ถูกกดนั้นทำงานไม่ดี เริ่มนวดบริเวณที่เจ็บโดยใช้หัวแม่มือหรือนิ้วมือ ให้กดนวดเร็วๆ ประมาณ 50-100 ครั้งต่อนาที กดเว็มน้ำมันหรือครีมนวด การนวดจุดในแต่ละจุดใช้เวลานานประมาณ 5-15 นาที การกดนวด 2-3 ครั้งทุกชั่วโมง สามารถช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลันได้ อาการที่เป็นมานานแล้วอาจต้องนวดถึง 10-20 ครั้งต่อชั่วโมง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (วันดี โภกกุล, 2548)

ส่วนการนวดกดจุดที่หุพบว่าบริเวณนั้นเป็นส่วนแคบ สามารถใช้ปลายนิ้วก้อย ปลายคินสอหรือปากกาที่มีปลายมนๆ นวดที่โอบได้ การกดจุดบนร่างกายหรือโอบหุ ควรจะนวดให้แรง แต่ไม่ควรแรงเกินไปจนทำให้บริเวณนั้นแดงหรือเขียวซ้ำ เมื่อนวดเสร็จแล้วผิวหนังที่นวดจะแดง แต่ไม่มีอันตรายใดๆ วิธีการบำบัดอาการนอนไม่หลับด้วยการกดจุดนั้น ให้นวดดวงตาที่ 3 ซึ่งอยู่ระหว่างคิ้วทั้ง 2 ข้าง (หมิงคุณ ดันสุภวัฒน์, 2549)

นวดทฤษฎา รักษาอาการนอนไม่หลับ ที่มีผลมาจากหลายประการเช่น การป่วยเรื้อรังมาจากการทำงานมากไป ใช้สมองมาก เสียใจ โกรธ จะกระทบกระเทือนกับการทำงานของอวัยวะภายใน ทำให้อวัยวะขาดดุล หรือเสียสมดุลไปทำให้เกิดความร้อนที่แปลกลอดขึ้นภายในร่างกาย หลักการนวดทฤษฎารักษาอาการนอนไม่หลับ คือการปรับดุลยภาพระหว่างหยินหยาง ซึ่งเป็นปรัชญาพื้นฐานของการแพทย์จีน เนื่องเพราะการนอนไม่หลับ ส่งผลทำให้ดุลยภาพระหว่างหยินกับหยางเสียสมดุล จึงต้องปรับสมดุลให้อยู่สภาพเดิม (หมอลิน ดัน เฉียน, 2549)

การนวดหน้าต้องมีโลชั่นที่เหมาะสม นำมาทาให้ทั่วใบหน้า โดยแต้มบริเวณแก้มทั้งสองข้าง กึ่งกลางของหน้าผาก คาง และจมูก จากนั้นเริ่มเกลี่ยโลชั่นให้ทั่ว โดยใช้ฝ่ามือไล่ โดยเริ่มไล่จากบริเวณกึ่งกลางหน้าผากออกไปยังบริเวณขมับ จากบริเวณแก้มไปยังบริเวณโหนกแก้ม แล้วได้กลับลงไปทาคาง จากนั้นลูบมือเบาๆ ขึ้นไปหาโหนกแก้ม และคลึงเบาๆ วงกลับลงมาหาคางอีกครั้ง แต่ในการนวดหน้าสามารถการนวดกดจุดเสริมลงไปด้วย (พิมพ์พร, 2545)

ส่วนการนวดกดจุดบนใบหน้าในผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นขั้นตอนและวิธีการนวดประยุกต์จากวิธีดีการนวดกดจุดบนใบหน้า ของ ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ ซึ่งกล่าวว่าจุดต่างๆ บนใบหน้า มีจุดที่เป็นตัวแทนของอวัยวะในร่างกาย เช่น บริเวณระหว่างคิ้วเป็นที่อยู่ของต่อมไพเนียล (pineal gland) ต่อมพิทูอิตารี (pituitary) นอกจากนี้บริเวณใต้ตายังเป็นตัวแทนของไต ดังรูปภาพ 4



รูปภาพ 4 จุดต่างๆ บนใบหน้ามีจุดที่เป็นตัวแทนของอวัยวะในร่างกาย

ที่มา: คู่มือการนวดกดจุดใบหน้าเชิงปฏิบัติการ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550)

สำหรับขั้นตอนในการนวดหน้านั้น จะเริ่มจากบริเวณแรกนวดหน้าผากก่อนด้วย นิ้วหัวแม่มือนวดวน แล้วลากเป็นแนวยาวไปจรดที่ขมับทั้งสองข้างซึ่ง มีเส้นเลือดแดงใหญ่เป็นการ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตบริเวณใบหน้า นวดบริเวณท่อน้ำตาและบริเวณปีกจมูกลากเป็นแนว ยาวไปจรดขมับทั้งสองข้าง นวดบริเวณแก้มแล้วลากยกขึ้นไปยังบริเวณขมับ ได้จมูกหรือเหนือริม ฝีปากด้วยนิ้วก้อย นวดได้คาง โดยใช้หัวแม่มือและทั้งสี่นิ้วบีบเข้าหากัน ใช้มือทั้งสองลูบโกยคางขึ้น ใช้ทั้งสี่นิ้วกดนวดขากรรไกร ทั้งสองข้างเมื่อครบรอบจึงเริ่มนวดกดคลึงดวงตาที่ สาม กือบริเวณ ระหว่างคิ้วจุด Pineal gland กระตุ้นการหลั่ง Melatonin สุดท้ายกดนวดต่อน้ำเหลืองหลังหู หน้าหู และดั้งหูใบหู การกดจุดบนร่างกายหรือใบหู ควรจะนวดให้แรงพอที่จะสามารถกระตุ้นจุดนั้นได้ แต่ ไม่ควรแรงเกินไปจนทำให้บริเวณนั้นแดงหรือเขียวซ้ำ เมื่อนวดเสร็จแล้วผิวหนังที่นวดจะแดง แต่ไม่ มีอันตรายใดๆ ข้อควรระวังในการนวดคือไม่แยงนิ้วไปในรูหู

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนวดกดจุดใบหน้าทำให้เกิดความสุขสบาย ซึ่งมีผู้ให้ความหมาย ความสุขสบายไว้ ดังนี้

ความหมายของคำว่าสุขสบาย สุนนิยมของอาริสติปปุส คิดว่า ความสุข คือ ความสุข สบายทางกายหรือทางประสาทสัมผัสที่เข้มข้นที่สุด และเป็นความสุขเฉพาะหน้า ดังนั้น ชีวิตของ

บุคคลจะเป็นชีวิตที่มีค่าก็ต่อเมื่อ บุคคลผู้นั้นมีความสุขสบายทางกายเฉพาะหน้าที่เข้มข้นที่สุด หรือมีความสุขสนุกสนาน

สุนิยมของเอพิคคิวรัส คิดว่า ความสุข คือ ความสุขสบายทางกายและทางใจ มุ่งเน้นให้แสวงหาความสุขสบายระยะยาว หรือความสุขสบายที่จะไม่นำมาซึ่งความทุกข์ภายหลัง ซึ่งต้องอาศัยความรอบคอบและการมองการณ์ไกล ดังนั้น ชีวิตของบุคคลจะเป็นชีวิตที่มีค่า ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความสุขสบายระยะยาว(www.duangden.com)

ความสุขสบาย คือ การตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุลย์กัน ชีวิตของบุคคลจะเป็นชีวิตที่มีค่า ก็ต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างสมดุลย์ ไม่ละเลยด้านใด ด้านหนึ่งไป (สุริยัญ ชูช่วย, 2545)

การนวดกดจุดทำให้เกิดความสบาย ความผ่อนคลายนอกจากนี้ยังกระตุ้นต่อมเหนือสมอง (Pineal Gland) หลังฮอร์โมนซีโรโตนินในเวลากลางวัน ส่วนฮอร์โมนเมลาโตนินในเวลากลางคืน (บรรจบ ชุณหสวัสติกุล, 2551) ช่วยเพิ่มความงามของผิวหนังการนวดกดจุดไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ เพราะไม่ได้ใช้เข็มที่แทงบนผิวหนัง ร่างกายไม่ต้องดูดซึมสารเคมี เพราะการนวดกดจุดเป็นการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา จึงควรได้นำไปใช้ เพื่อลดการใช้ยา การนวดกดจุดช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด บรรเทาความตึงเครียด และช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น เป็นการดูแลสุขภาพในเชิงส่งเสริมกับการแพทย์แผนปัจจุบันการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ช่วยประหยัดเวลา เงินทอง ปลอดภัย และช่วยลดพิษอันไม่พึงประสงค์จากยาลง แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดมีไม่มากซึ่งทำในต่างประเทศสำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่พบการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้จึงขอเสนอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมขณะนี้ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนวดกับการบรรเทาอาการและการนอนหลับ เริ่มมีมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ในประเทศไทยยังพบน้อยและยังไม่ใช้การนวดกดจุดบนใบหน้าโดยตรง ดังเช่น

งานวิจัยของจริยา เอี้ยวผึ้ง (2553) เป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยการสุ่มเข้ากลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับโดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำการศึกษา ณ ห้องตรวจการนอนหลับโครงการวินิจฉัยโรคและปัญหาเรื่องการนอนหลับและกรน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 40 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้า จำนวน 20 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจการนอนหลับด้วยเครื่องตรวจการนอนหลับ

โพลีซอมโนกราฟฟีในหนึ่งคืนของการทดลองโดยแบ่งการวัดการตรวจเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะ 3 ชั่วโมงแรกและในระยะ 6 ชั่วโมงของการนอนหลับ

ผลการศึกษาพบว่า การนวดกดจุดฝ่าเท้าในกลุ่มทดลองช่วง 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาของการนอนหลับในระยะที่ 2 ใช้เวลาในการเข้าสู่ระยะการนอนหลับลึก น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระยะเวลาการนอนหลับ REM คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จะมีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานที่สามารถนำมายืนยันว่าการนวดกดจุดฝ่าเท้าซึ่งเป็นกิจกรรมการนวดกดจุดอย่างหนึ่ง ในการดูแลแบบผสมผสานแบบองค์รวมช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น จึงทำให้พยาบาลได้ข้อมูลสนับสนุนในการนำการนวดกดจุดฝ่าเท้ามาใช้ในการส่งเสริมการนอนหลับแบบผสมผสานเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศอีก เช่น โชว แลวน เซ (Shiow Luan, Tsay) (2003) การศึกษานี้เป็นการทดสอบควบคุมแบบสุ่มใช้การนวดกดจุด เพื่อปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย จุดประสงค์ คือ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการนวดกดจุดกับคนไข้ไตวายระยะสุดท้ายซึ่งมีอาการนอนไม่หลับทำให้คุณภาพชีวิตลดน้อยลง ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 98 ราย ถูกสุ่มจับกลุ่มที่ 1 กลุ่ม รับประทานด้วยนวดกดจุด กลุ่มที่ 2 กลุ่มนวดหลอก และกลุ่มที่ 3 กลุ่มควบคุม คนไข้กลุ่มที่ 1 และ 2 จะได้รับการนวดกดจุด นวดหลอก หรือไม่ได้รับการนวดกดจุดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระหว่างการฟอกเลือด นาน 4 สัปดาห์ ใช้เครื่องมือการวัด แบบพิทส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index) ผลการศึกษา คุณภาพการนอนหลับ การนอน ประสิทธิภาพความเคยชินในการนอน ความเพียงพอในการนอน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการกดจุดรู้สึกตัวตื่นเวลากลางคืนน้อยลงและมีคุณภาพการนอนดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม ผลลัพธ์แสดงว่าการนวดกดจุด อาจจะมีบทบาทสำคัญแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเหตุผลที่เป็นไปได้คือการกระตุ้นด้วยการกดจุดอาจไปกระตุ้นการหลั่งสารมิลาโทนิน ซึ่งช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย ทำให้คนไข้หลับได้ดีขึ้น

เช่นเดียวกันการทดลองของมาเลนและคณะ (Malaine and et.) (1999) ศึกษาประโยชน์ของการนวดบำบัดสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีการประเมินเชิงบรรยายและคุณภาพใช้การประเมินเชิงคุณภาพและเชิงบรรยาย โดยทำการสำรวจและรายงานข้อมูลพื้นฐานซึ่งได้จากตัวอย่างผู้ป่วย 70 ราย ผู้ให้บริการสุขภาพ 14 ราย นักนวดบำบัด 4 ราย ในโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ ตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ เป็นผู้ป่วย 113 ราย ที่ได้รับการนวด 1-4 ครั้ง ระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับ การนวดบำบัด การวัดผล โดยใช้ข้อมูลเชิงบรรยาย ทางด้าน ความเจ็บปวด การนอน ความตึงเครียดและกังวล ความรู้ตัวทางกาย การทำงานของร่างกาย การขยายผลการรักษา ผลลัพธ์ที่กล่าวถึงบ่อยที่สุด คือ รู้สึกผ่อนคลายร้อยละ 98 มีความสุขร้อยละ 93 อารมณ์ดีขึ้นร้อยละ

88 และกว่า 2/3 ของตัวอย่างมีการเคลื่อนไหวดีขึ้น มีกำลังมากขึ้น ให้ความร่วมมือกับการรักษา มากขึ้นและฟื้นตัวเร็วขึ้นจากการนัดบำบัดร้อยละ 35 กล่าวว่าได้รับประโยชน์จากการนัดบำบัด นานกว่า 1 วัน และ 1/3 ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบอกว่าการนัดมีประโยชน์ การศึกษาครั้งนี้เป็น หลักฐานที่ช่วยสนับสนุนคุณค่าโปรแกรมการนัดบำบัดในโรงพยาบาลประโยชน์ที่ได้จากการนัด บำบัด

เซลลาร์ โรเจอร์ ฮิสแมน (Cuellar, Rogers, Hisghman) (2007) ได้ศึกษาหลักฐาน เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนฯ เปิดเผย หลักฐานการแพทย์ทางเลือก เพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้สูงอายุ จุดประสงค์ คือรายงาน การตรวจสอบเบื้องต้นการแพทย์ทางเลือกที่ใช้กับผู้สูงอายุ งานวิจัยจากหลักฐานเกี่ยวกับการแพทย์ ทางเลือก เพื่อบำบัดอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้สูงอายุและการอภิปรายประเด็นที่เกี่ยวกับการ แพทย์ทางเลือก พร้อมทั้งอธิบายความหมายสำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์พบว่า มีผู้สูงอายุ ใช้การแพทย์ทางเลือก เพื่อรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ มากขึ้น แต่ก็มีข้อมูลเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับความ ปลอดภัยและประสิทธิภาพของการแพทย์ทางเลือกเพื่อรักษาปัญหาการนอนหลับ และในการศึกษา ครั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 42 ของประชากรสหรัฐใช้การแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้สูงอายุใช้การแพทย์ ทางเลือกถึงร้อยละ 88 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 58 ไม่ได้ปรึกษาการใช้ การแพทย์ทางเลือกกับแพทย์ประจำตัว มีร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุในท้องถิ่นที่ใช้การแพทย์ทางเลือก

ใช้สมุนไพร เทคนิคการผ่อนคลาย การใช้วิตามินรวมและจิตบำบัดหรือศาสนบำบัด เป็นวิธีการรักษาทางเลือกที่ถูกรายงานมากที่สุด ผู้สูงอายุมักจะใช้การแพทย์ทางเลือกที่มีหลากหลาย ผสมผสานกับการรักษาด้วยยา เพื่อเพิ่มผลการรักษา ใช้การแพทย์ทางเลือกไม่ใช่เพียงเพราะไม่พอใจ วิธีการรักษาด้วยยา แต่เป็นเพราะเชื่อว่าการแพทย์ทางเลือกสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อ ทางด้านสุขภาพและการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าอีกด้วย

มีการใช้การฝังเข็มซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในการรักษาโรคนอนไม่หลับ เชื่อกันว่าการ ฝังเข็มมีผลต่อความตึงเครียดในร่างกายและช่วยปรับการทำงานของระบบเส้นประสาทและบรรเทา อาการตึงเครียดของระบบเส้นประสาท เช่น ระบบการหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน เซโรโตนิน, norepinephrine และ aminobutyric acid พบว่าการฝังเข็มช่วยเพิ่มระยะการนอน NREM ทำให้ คุณภาพและปริมาณการนอนดีขึ้น

การศึกษาของเซ โชว เซน (Tray, ChO, Chen) (2004) ศึกษาเชิงทดลอง แบบ RCT ใน การใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาทผ่านผิวหนัง (TEAS) Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation ในการส่งเสริม อาการอ่อนล้า คุณภาพการนอนหลับ และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไต การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการนวดกดจุดและการใช้ (TEAS) ผ่านผิวหนังต่ออาการ

อ่อนเพลีย คุณภาพการนอนหลับ และซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกโลหิตล้างไตจำนวน 106 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมเข้ารับการนัดตรวจและเข้ารับการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นเส้นประสาท กลุ่มละ 15 นาที 3 ครั้ง แต่ละสัปดาห์ ใน 1 เดือน เครื่องมือ เป็น Piper Fatigue Scale (PFS) และ Pittsburgh sleep Quality Index และ Beck Depression ผลการทดลองพบว่าประสิทธิภาพการนอนหลับไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกันระหว่างการกดจุดและ (TENS) ที่ $p > 0.05$

งานวิจัยที่น่าสนใจอีกคือของเดน แฮสสันและคณะ (Den Hasson et al.)(2004) ทำการทดสอบทางคลินิกแบบสุ่ม เพื่อศึกษาผลการรักษาด้วยการนวดเปรียบเทียบกับ การฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายจิตใจ เพื่อบรรเทาความปวดในระยะยาวตัวอย่าง 129 ราย ที่มีอาการเจ็บที่กระดูกและกล้ามเนื้อมาเป็นเวลานาน ปัจจุบันรับการรักษาทางการแพทย์ ถูกสุ่มเลือกให้เข้ากลุ่มรับการนวดบำบัดหรือกลุ่มผ่อนคลายจิตใจ ผู้เข้ารับการทดสอบต้องรับการประเมินทั้งก่อน ระหว่างและภายหลังการทดสอบ พบว่าไม่มีอาการทรุดหนักเกิดขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการนวด ที่ $p < 0.05$

ส่วนการศึกษาของ (Field, Hernandez-Relf, Diego, Schanbrg, KuHn) (2005) งานวิจัยนี้ตรวจสอบการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการปวด ระบบภูมิคุ้มกัน การลดความเครียดจากการทำงาน ความเครียดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นและการตั้งครรภ์ จากการตรวจสอบจากน้ำลายและปัสสาวะพบว่า มีผลลัพท์ในทางบวกทางเคมีชีววิทยามี Cortisol ลดลงและ Serotonin & Dopamine เพิ่มขึ้นภายหลังรับการนวดบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉลี่ยลดลงร้อยละ 30) และจากการศึกษาการส่งสัญญาณเส้นประสาท โดยตรวจสอบจากปัสสาวะพบว่า Cortisol โดยเฉลี่ยร้อยละ 30 Serotonin & Dopamine เพิ่มขึ้นภายหลังรับการนวดบำบัดโดยเฉลี่ย 28 และร้อยละ 31 ตามลำดับ การศึกษาเหล่านี้ แสดงผลการบรรเทาความเครียด (Cortisol ลดลง) และ ผลทำให้กระชุ่มกระชวยมากขึ้น (Serotonin & Dopamine เพิ่มขึ้น) จากการนวดบำบัด

และจากการศึกษาของริชาร์ดและคณะ(Richards et al)(2006) การศึกษาเกี่ยวกับผลของการรักษาทางเลือกและการรักษาเสริมต่อการนอนหลับศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรบกวนการนอนในกลุ่มคนไข้ผู้ป่วยในตึกไอซียูในโรงพยาบาลและจัดกระทำเพื่อส่งเสริมการนอน เนื่องจากความเจ็บป่วย การรักษาทางการแพทย์ สภาพแวดล้อม และความกังวล เป็นปัจจัยที่มีผลรบกวนการนอนในกลุ่มคนไข้ป่วยหนัก วิธีการรักษาทางเลือกเป็นวิธีที่พยาบาลใช้ เพื่อส่งเสริมให้คนไข้ป่วยหนักหลับได้ดีขึ้น คือการนวด ดนตรีบำบัด เทคนิคการผ่อนคลาย การบำบัดด้วยกลิ่น สัมผัสบำบัด การจัดการสภาพแวดล้อม และการใช้ยานอนหลับ ผลวิธีการรักษาทางเลือกหรือเสริมแสดงว่าเป็นการวิธีที่ใช้ในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้คนไข้ป่วยหนักหลับได้ดีขึ้น คือการนวด ดนตรีบำบัด เทคนิคการผ่อนคลาย ส่วนการบำบัดด้วยกลิ่น สัมผัสบำบัด การจัดการสภาพแวดล้อมเฉพาะการนวด

วิเคราะห์กับทหารผ่านศึกที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในห้องไอซียูชายจำนวน 69 คน อายุเฉลี่ย 65.8 ปีคนที่ได้รับการนัดหลังนาน 7 นาที นวดแบบคลายกล้ามเนื้อ 7.5 นาที และได้รับการพยาบาลตามปกติ มีดัชนีการนอนเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนัด นอนได้นานกว่ากลุ่มควบคุม 1 ชั่วโมง ส่วนประสิทธิภาพของการนอนเพิ่มขึ้น คือการนอนในระยะที่มีการกลอกตา(REM Sleep) กลุ่มที่ได้รับการนัดใช้เวลาอนหลับได้นานถึง 35 นาที ขณะที่กลุ่มควบคุม การนอนแบบ (REM Sleep) ใช้เวลาในการหลับได้เพียง 25 นาที เท่านั้น การศึกษาทดลองครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุถูกสุ่มเข้ากลุ่ม จึงจัดเป็นหลักฐาน ระดับ A ได้ จึงสามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับได้อีกงานวิจัยหนึ่ง

ชิน ลิน วู (Chen, Lin, Wu, Lin) (2006) ศึกษาประสิทธิผลของการนวดกดจุด เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ (PSQI) Pittsburgh sleep Quality Index สอบถามและคัดกรอง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมี 28 คน คือการนวดกดจุดและกลุ่มนวดกดจุดแบบหลอก และกลุ่มควบคุมใช้เพียงการพูดคุย พบว่า ประสิทธิภาพของการนวดกดจุด ช่วยลดการตื่นในขณะนอนหลับในเวลากลางคืน การศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันได้ว่า ประสิทธิภาพของการนวดกดจุดส่งเสริมคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุ และเสนอการดูแลผู้สูงอายุแบบไม่ใช้ยาในการรักษาอาการนอนไม่หลับให้กับผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาของแอนนา อินจินดู (Anna Ejindu)(2007) การศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดบนใบหน้า และนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อการนอนหลับและสัญญาณชีพในผู้ใหญ่เพศหญิง ที่มีสุขภาพดีจำนวน 5 ราย โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มแบบ cross over design ที่ได้รับทั้งการนวดกดจุดฝ่าเท้าและการนวดหน้า ครั้งละ 20 นาที วัดสัญญาณชีพด้วยDinamap monitor ผลการศึกษาพบว่าความดันซิสโตลิกลดลง 8.5 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการนวดหน้าทันที เมื่อเปรียบเทียบกับ การนวดกดจุดฝ่าเท้าความดันโลหิตลดลงเพียง 1 มิลลิเมตรปรอท และภายหลังได้รับการนวดทั้งสองแบบ พบว่าการนวดหน้าช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่า

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องที่ กลุ่มตัวอย่างมีน้อย ไม่ได้ระบุอายุของกลุ่มตัวอย่างไว้ จึงควรมีการศึกษาให้ลึกซึ้ง ต่อไป

อีกงานวิจัยที่ผลการวิจัยสามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันได้ของการนวดกดจุดและการฝังเข็ม โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มแบบ cross over design ในกลุ่มตัวอย่างสุขภาพแข็งแรง เพื่อประเมินความกังวลจากการศึกษาการหลังระดับคอติซอลในน้ำลาย salivary cortisol และ มีลาโดนิน ของ (Vicar, Greenwood, Fewell, Chandrasekharan, Alldridge) (2007) ผลลัพธ์ภายหลังการกดจุด มีความกังวลภายหลังการกดจุด ต่ำกว่าวันที่ไม่มีการนวดกดจุด

($p < 0.001$) การศึกษานำร่องครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างยังน้อย ต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มให้มีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

การศึกษาที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับ การรักษาการนอนไม่หลับที่น่าสนใจคือ การศึกษาเพื่อตรวจสอบ ระยะเวลาและผลการออกฤทธิ์การฝังเข็มในโรคนอนไม่หลับของ (Kwuy bun kim, Sohyner Siok)(2006) การศึกษานี้ตรวจสอบระยะเวลาและผลการออกฤทธิ์รักษาโรคนอนไม่หลับก่อนและหลังการรักษาด้วยการฝังเข็มหูในกลุ่มคนไข้ผู้สูงอายุชาวเกาหลี 28 ราย อายุ 65 ปีขึ้นไป ในสถานพักฟื้นคนชราในเมืองโซลหรือเคซู ประเทศเกาหลี การฝังเข็มหูถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นจุดต่างๆ ที่หูฝังเข็มด้วยเข็มเล็ก ๆ และติดเทปเพื่อสร้างแรงกด ผลลัพธ์ การรักษาทดสอบประกอบด้วย การฝังเข็มหู ทั้งสองข้างของตัวอย่างทุกๆ 3 วัน เป็นจำนวน 5 ครั้ง แบบสอบถามเครื่องมือ sleep state tool และ sleep satisfaction tool ใน 1, 2 และ 3 สัปดาห์หลังการรับการรักษาเสร็จสิ้น รวบรวมข้อมูลระหว่าง มีนาคม 2005 ถึง กุมภาพันธ์ 2006 พบว่าผลการรักษามากที่สุดหลังรับการรักษาครั้งที่ห้า ระยะเวลาออกฤทธิ์ของวิธีการรักษานี้ยาวนานต่อไปอีก 2 สัปดาห์หลังเสร็จสิ้นการรักษา การฝังเข็มหูนี้มีผลเทียบเท่ากับการใช้ยากล่อมประสาทและยาระงับประสาท การฝังเข็มหูช่วยควบคุมการนอน ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง ไม่ทำให้คนไข้คิดยาหรือมีนิสัยเปลี่ยนแปลงไป การฝังเข็มหูเป็นที่พอใจของคนไข้ที่รู้สึกว่าการรักษาที่ต้องใช้เข็มฉีดยาขนาดใหญ่หรือเป็นคนไข้ที่ไม่ต้องการกินยา

การวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยของเมธารัตน์ เยาวะ (2551) เกี่ยวกับการจัดการปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่ายาที่ใช้คือ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepine) การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยไม่ใช้ยา คือ การใช้ดนตรี การให้สัมผัสแสง การฝังเข็ม และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการสร้างมโนภาพ การฝังเข็ม และการจัดการปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโดยวิธีการใช้หลายวิธีร่วมกัน ในส่วนการฝังเข็มช่วยให้เกิดความสมดุลของการไหลเวียนภายในร่างกาย พบว่าการฝังเข็มช่วยทำให้คุณภาพในการนอนหลับดีขึ้น แต่ผู้ทำการบำบัดจะต้องได้รับการฝึกฝนจนชำนาญก่อน

การนวดกดจุดเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ที่สามารถนำมาดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับได้เนื่องจากการนวดกดจุดใบหน้าเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพมาตั้งแต่โบราณ โดยใช้เพียงสองมือกับหนึ่งใจที่ปรารถนาดี โดยการสัมผัสกายด้วยสมาธิประกอบด้วย การลูบ คลึง ครูด กด อย่างมีระบบเป็นพื้นฐาน สืบถึงความอบอุ่นเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลผู้ถูกนวด ทำให้เกิดการผ่อนคลาย บรรเทาความเครียด ปวดตึงของกล้ามเนื้อบำบัดและ

บรรเทาสภาพจิตใจจากความตึงเครียด โดยอธิบายเรื่องของการกระตุ้นจุดบนร่างกาย เพื่อให้เกิดความสมดุลในการไหลเวียนของพลังในร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น สุขภาพผู้ป่วยนอนไม่หลับโดยรวมก็จะดีขึ้น สามารถช่วยบรรเทาความเครียดได้ทั้งนี้เมื่อความเครียดลดลง จะส่งผลต่อเนื่องไปถึงการนอนที่มีคุณภาพ

ฉะนั้นการนวดกดจุดจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งในการบำบัดทางการพยาบาลแบบผสมผสาน เพื่อเติมเต็มความสมบูรณ์ของการพยาบาลแบบองค์รวม และจากข้อมูลที่ได้จะพบว่าการกดจุดและการนวดมีผลกระตุ้นต่อมไพเนียลให้หลั่งสาร melatonin มากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถหลับได้ดีขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยงในการใช้ยาลงด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าในผู้สูงอายุแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาไม่มากและทำในต่างประเทศส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงได้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุขึ้น โดยประยุกต์ใช้ใช้แบบประเมินการนอนไม่หลับ คุณภาพการนอนหลับของวราภา แหลมเพชร ที่ทำไว้เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และการจัดการการนอนหลับในผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการนวดกดจุดใบหน้าตามวิธีการของ ผ.ศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ ใช้แนวคิดว่าจุดต่างๆ บนบริเวณใบหน้าที่เป็นตัวแทนของร่างกาย โดยในศาสตร์การแพทย์แผนจีน มองว่าบนใบหน้ามนุษย์เรานั้น มีจุดที่เป็นตัวแทนอวัยวะในร่างกายคือ จุดตรงกลางระหว่างคิ้ว เป็นตัวแทนของต่อมไพเนียล (Pineal Gland) ตรงบริเวณขมับ คือจุดที่เป็นตัวแทนของต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) นอกจากนี้บริเวณใต้ตาทั้งสองข้างยังเป็นตัวแทนของไตและลำไส้ใหญ่ บริเวณปลายจมูกคือจุดกระเพาะอาหาร ตับจะเป็นพื้นที่ของโหนดแก้ม มุมปากคือตัวแทนของปอด และบริเวณใต้คางคือลำไส้เล็กและตับอ่อน (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ : 2550) การนวดชนิดนี้จึงเป็นการนวดที่เริ่มด้วยการสร้างสัมผัสและเป็นการปรับสมดุล การไหลเวียนของโลหิตและระบบน้ำเหลืองบนบริเวณใบหน้าและเป็นการเน้นไปยังจุดที่เสริมการนอนหลับ เช่น จุดบริเวณระหว่างคิ้ว ขมับ ซึ่งคือต่อมไพเนียล ในการเสริมสร้างเมลาโตนิน และกระตุ้นไปที่ขมับ ซึ่งเป็นที่อยู่ของไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการสร้าง Endorphine ทำให้ผู้ป่วยหลับได้ ในเวลาเดียวกันนั้น การนวดกดมาที่หน้าหู จะช่วยให้ระบบทางเดินน้ำเหลืองระบายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหน้าหู ช่วยให้การไหลเวียน ทั้งเลือดและน้ำเหลืองเป็นไปได้ดีมีส่วนช่วยให้ผิวพรรณ ผู้ป่วยสดชื่น นอกจากนั้น การกระตุ้นบริเวณใต้คางซึ่งเป็นจุดลำไส้ นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายท้อง ไม่แน่นท้อง หลับสบาย (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ : 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจพิจารณาการนวดกดจุด
โขน้าเป็นกรณีศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในผลของการนวดกดจุดโขน้าต่อการนอนหลับใน
ผู้สูงอายุและการรับรู้ถึงผลของการนวดขณะทำการนวดว่าเป็นอย่างไร



บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการนวดกดจุดใบหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุ้มทองจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 5 คนให้ได้รับการนวดกดจุดใบหน้าจำนวนรายละ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ประเมินผลของการนวดกดจุดใบหน้าขณะนอนและเมื่อนวดใบหน้าครบ 3 วัน โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินการนอนไม่หลับ คุณภาพการนอนหลับของวราภา แหลมเพ็ชร โดยจะทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงเดือน มีนาคม 2553

กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือก

กลุ่มเป้าหมายเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุ้มทอง อำเภ่อู้มทองจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ของการนอนไม่หลับ ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้คือ ระยะเวลาที่นอนหลับได้ทั้งหมดน้อยกว่า 6 ชั่วโมง หรือหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนใช้เวลามากกว่า 30 นาที หรือนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกไม่สดชื่นโดยมีอาการเป็นมาอย่างน้อย 1 เดือน
3. มีการรับรู้ปกติ
4. สามารถพูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร
5. สนใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการนวดกดจุดใบหน้า

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอด การนวดทั้ง 3 ครั้ง
2. มีไข้ มีแผลติดเชื้อที่มีการอักเสบ พุพองหรือถุงน้ำบริเวณใบหน้า
3. มีอาการแพ้ ครีมนที่ใช้ในการนวด

สถานที่ศึกษา

ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุทองจังหวัดสุพรรณบุรี ให้ได้รับการนัดจดดูใบหน้ารายละเอียด 3 ครั้ง ติดต่อกัน ติดตามประเมินผลของการนัดจดดูใบหน้าขณะนัดและเมื่อนัดดูใบหน้าครบ 3 วัน ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ณ ห้องประชุมย่อยของโรงพยาบาลอุทอง ในเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2553

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้ารับวิจัยครั้งนี้ ให้เซ็นชื่อยินยอมอธิบายให้เข้าใจว่า จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการนอนไม่หลับ การรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง สิทธิการรักษา ผู้ดูแล โรคประจำตัว ยาที่ใช้ สารเสพติด และเครื่องძ็ที่ผู้สูงอายุบริโภค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพและการนอนหลับผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับของแบบวัดการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์ ฮาลเพิน (Verran & Snyder Halpem, VAH Sleep Scale) โดยใช้เพียง 2 ใน 4 ส่วน ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์การนอนหลับที่ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ขณะนอนหลับที่บ้าน เนื่องจากสามารถประเมินการนอนหลับได้ครอบคลุม คือ การหลับของผู้สูงอายุขณะอยู่ที่บ้านประกอบด้วย เวลาที่เข้านอน ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างการหลับ ระยะเวลาที่หลับได้ทั้งหมดในเวลากลางคืน เวลาตื่นนอนในตอนเช้า ความสามารถในการหลับสนิท ความรู้สึกสดชื่นหลังตื่น ความรู้สึกเพียงพอในการหลับ ความพึงพอใจในการหลับ จำนวนครั้งการจับหลับกลางวัน

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรม ของผู้ถูกนวดในระหว่างการนวด เป็นแบบสังเกตปฏิกิริยา ท่าทาง การพูด การสังเกตท่าทาง การผ่อนคลาย การหาวนอน ผู้ศึกษาใช้วิธีการสังเกต

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1. คู่มือการนวดกดจุดใบหน้า
2. ตัวผู้วิจัยก่อนที่จะทำการศึกษา ผู้ศึกษาได้รับการอบรม การนวดกดจุดใบหน้าจำนวน 32 ชั่วโมง ฝึกนวดกับอาสาสมัครขณะรับการอบรม จำนวน 4 คน กับผศ. ดร. ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์ และผู้ที่สมัครใจในชุมชนอีก 10 ราย
3. อุปกรณ์ในการกดจุดใบหน้า
ผ้าขนหนู 2 ผืนขนาด 15 x 30 นิ้ว
ผ้าขนหนูผืนเล็กเพื่อใช้ทำความสะอาดผิวหนัง
ครีมเพื่อใช้กันการระคายเคืองและความไม่สบาย
กาละมังใส่น้ำเพื่อทำความสะอาด 1 ใบ
หน้ากากเพื่อป้องกันการหายใจของผู้รับการนวด
สบู่อ่อนเหลวเพื่อทำความสะอาด
นาฬิกา จับเวลาในการนวด
ป้ายห้ามรบกวนขณะนวดกดจุดใบหน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาทำการนวดกดจุดใบหน้า รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เมื่อผู้ศึกษานำหลักฐานการขออนุมัติ จากคณะกรรมการการทำวิจัยในมนุษย์ถึง นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุ้มทอง เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่เพื่อรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้ผู้สูงอายุที่สมัครใจเซ็นชื่อในใบแสดงความยินยอม
3. นัดวันและเวลาที่จะทำการนวดกดจุดใบหน้าให้ผู้สูงอายุ และวันเวลาที่จะติดตามประเมินผลเมื่อนวดกดจุดใบหน้าครบ 3 ครั้ง
4. จัดเตรียมสถานที่ซึ่งใช้ ห้องประชุมย่อยของโรงพยาบาล อุ้มทอง
5. ทุกครั้งที่ทำการนวดกดจุดใบหน้าให้ผู้สูงอายุทุกราย ปรับอุณหภูมิให้เท่ากันไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไปโดยปรับเครื่องปรับอากาศให้อุณหภูมิอยู่ที่ 26 องศาเซลเซียส จัดให้มีแสงสว่างที่เท่าเดิม โดยปิดม่านทุกครั้งในขณะนวดกดจุดใบหน้าให้ผู้สูงอายุทุกราย

6. กิจกรรมในช่วงเวลา 17.00 น.-18.00 น. เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีความสงบ ไม่มีเสียงรบกวนขณะกดจุดใบหน้าโดยปิดป้ายห้ามรบกวน
7. เพื่อความปลอดภัยจัดรถส่งถึงบ้านเมื่อเสร็จกิจกรรม
8. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ เป็นรายกรณีและจำนวนนับ

การเตรียมการศึกษา

1. **ขั้นเตรียมผู้ศึกษา** ผู้ศึกษามีการเตรียมความพร้อมของตนเองโดยการศึกษาเพิ่มเติมจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องการนวดกดจุดใบหน้า การฝึกนวดกดจุดใบหน้าก่อนที่จะทำการศึกษา ผู้ศึกษาได้รับการอบรมการนวดกดจุดใบหน้าจำนวน 32 ชั่วโมง ฝึกนวด จำนวน 4 คน กับผศ. ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์ และผู้ที่สนใจในชุมชนอีก 10 ราย ก่อนลงมือทำการศึกษาจริง
2. **เตรียมผู้เข้าร่วมศึกษา** โดยการคัดเลือกผู้เข้าร่วมศึกษาตามเกณฑ์ที่วางสำหรับผู้สูงอายุไว้จำนวน 5 ราย ผู้ศึกษา อธิบายขั้นตอนของการศึกษา และระยะเวลาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ และการกลับมาประเมินผลตอบแบบสอบถามหลังได้รับการนวดหน้าครบ 3 วันที่ห้องประชุมย่อยของโรงพยาบาลอุ้มทอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยคือแบบประเมินปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นของวราภา แหลมเพชร ซึ่งถูกคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98-1.00

การดำเนินการศึกษา

ช่วงที่ 1 ประเมินคัดกรองผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่ครั้งแรก ชักประวัติ ประเมินการสื่อสารขณะซักถามพูดคุย จากการสังเกต โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้เข้าร่วมโปรแกรมกรอกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คัดเลือกผู้เข้าร่วมโปรแกรมตามเกณฑ์ 5 คน ในวันที่นัดผู้สูงอายุครั้งแรก ไม่มีการนวดกดจุดใบหน้า

ช่วงที่ 2 จัดกิจกรรมโปรแกรมการนวดกดจุดใบหน้า การส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ศึกษาทำการนวดกดจุดใบหน้าให้กับกรณีศึกษาทุกคนด้วยตนเอง วันก่อนเข้าโครงการศึกษา ไม่นวด ทำการคัดกรองผู้สูงอายุ ประเมินก่อนนวด

- | | | |
|----------|---------------|---|
| วันที่ 1 | นวดครั้งที่ 1 | ประเมินผลหลังนวด 24 ชั่วโมงและประเมินขณะนวด |
| วันที่ 2 | นวดครั้งที่ 2 | ประเมินผลหลังนวด 24 ชั่วโมงและประเมินขณะนวด |
| วันที่ 3 | นวดครั้งที่ 3 | ประเมินผลหลังนวด 24 ชั่วโมงและประเมินขณะนวด |

วันที่ 4 ไม่นวด ประเมินผล

ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมาร่วมกิจกรรมการประชุมรับประทานอาหาร ซึ่งนำหน้าวัดความดันเป็นประจำทุกวันอังคารที่ สามของเดือน และตามที่คุณศึกษานัดไว้สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามลักษณะการนอนหลับ ผู้ศึกษา อธิบายขั้นตอนของการศึกษา และระยะเวลาที่ทำการศึกษาในครั้งนี้จะได้รับการนัดจดจุดใบหน้า 3 วัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ และการกลับมาประเมินผลตอบแบบสอบถามหลังได้รับการนัดหน้าครบ 3 วัน ที่ห้องประชุมย่อยของโรงพยาบาลอุทอง

แผนภูมิดำเนินการศึกษา

วันก่อนนัด	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4
สอบถาม คุณภาพการ นอนหลับ Pre-test	นัดจดจุดใบหน้า สังเกตคุณภาพการหลับขณะนัด			ไม่นวดจดจุดใบหน้า สอบถามคุณภาพการหลับ Post-test

ขั้นตอนการนัดใบหน้า (ภาพการนัดจดจุดใบหน้าในภาคผนวก)

การนัดจดจุดบนใบหน้าในผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นขั้นตอนและวิธีการนัดประยุกต์จากวิธีจัดการนัดจดจุดบนใบหน้า ของ ผศ.ดร.ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์ การนัดเริ่มจากบริเวณหน้าผากแล้วจึงนัดถึงคาง บริเวณแรกบนหน้าผากก่อนด้วยนิ้วหัวแม่มือ นวดวน แล้วลากเป็นแนวยาวไปจรดที่ขมับทั้งสองข้างซึ่ง มีเส้นเลือดแดงใหญ่เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตบริเวณใบหน้า นวดบริเวณที่ต่อมน้ำตาและบริเวณปีกจมูกลากเป็นแนวยาวไปจรดยังขมับทั้งสองข้าง นวดบริเวณแก้มแล้วลากยกขึ้นไปยังบริเวณขมับ ได้จมูกหรือเหนือริมฝีปากด้วย นิ้วก้อย นวดได้คาง โดยใช้หัวแม่มือและทั้งสี่นิ้วบีบเข้าหากัน ใช้มือทั้งสองถูบโกยคางขึ้น ใช้ทั้งสี่นิ้วกดนวดขากรรไกร ทั้งสองข้างเมื่อครบรอบจึงเริ่มนวดกดคลึงดวงตาที่ สาม คือบริเวณระหว่างคิ้วจุด Pineal gland กระตุ้นการหลั่ง Melatonin สุดท้ายกดนวดต่อมน้ำเหลืองหลังหู หน้าหูและดั้งหูใบหู ไม่แยงนิ้วไปในรูหู เพราะการนวดที่ในรูหูจะทำให้ผู้ถูกนวดจิกจี้ ในขณะที่นัดหน้าให้สอดแทรกการกดจุดในตำแหน่งที่ตอบสนองเป็นพิเศษคือบริเวณโหนดแก้มเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด การ

ทำงานของลำไส้ลดอาการอึดแน่นท้อง กดบริเวณหัวตาช่วยลดปัญหา โพรงอากาศอักเสบ กดบริเวณหางตาเพื่อช่วยลดปัญหาอ่อนล้า บริเวณตาที่สาม หน้าผากกลางหว่างคิ้ว หรือที่เรียกว่า ดวงตาที่สาม เพื่อเดินพลังในร่างกาย และเป็นการกระตุ้นจุดที่เป็นตัวแทนของสมองส่วนต่อมไพเนียลเพื่อกระตุ้นให้มีการหลั่งมีลาโทนิน เพื่อให้ผู้สูงอายุหลับสบาย เพื่อให้มีประสิทธิภาพ โดยกดนานจุดละ 5 วินาที (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550)

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา

โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายกรณีและจำนวน นับกล่าวคือ นำข้อมูลที่ได้จากการสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความสุขสบายของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายหลังได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้า ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลด้านบุคคลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ การรับรู้ผลที่ได้รับจากการนวดกดจุดบนใบหน้า นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลที่สังเกตได้การบันทึก รวมทั้งผลของการนวดกดจุดบนใบหน้า ผู้ศึกษาจะนำมาประกอบการนำเสนอผลการศึกษา และอภิปรายผล ซึ่งจะจัดทำเป็นรายกรณีเปรียบเทียบระหว่างกรณีศึกษา อภิปรายจากแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับ รวมถึงพฤติกรรมด้านต่างๆ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ

ข้อพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษายึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ซึ่งการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นไปโดยสมัครใจ และเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ หลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือแล้ว ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของกรณีศึกษา ซึ่งกรณีศึกษาจะปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรณีศึกษาไม่ว่าจะเป็นในด้านใดๆ ก็ตาม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุ้มทอง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 5 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2553 ผลการศึกษานี้ นำเสนอเป็นรายกรณี โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคล
- ข้อมูลการนอนหลับก่อนรับการนวดกดจุดบนใบหน้า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับ

- คุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดบนใบหน้าครบสามวัน เปรียบเทียบกับคุณภาพการนอนหลับก่อนรับการนวดกดจุดบนใบหน้า
- ผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อความสบายในด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม แจกแจงเป็นรายบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา ในวันที่มารับการรักษาวันแรก (ไม่มีการนัด)

ข้อมูล	กรณีศึกษา				
	1	2	3	4	5
อายุ	81	80	77	79	70
ศาสนา	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ
สถานภาพสมรส	หม้าย	หม้าย	หม้าย	หม้าย	โสด
ระดับการศึกษา	ป.ตรี	ป.4	ป.4	ป.4	ป.4
อาชีพ	ข้าราชการ บ้านาญ	เกษตรกร	แม่บ้าน	แม่บ้าน	ค้าขาย
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)	15,000	5,000	3,000	3,000	8,000
แหล่งรายได้	บ้านาญ	ลูกชาย	ลูกชาย	ลูกชาย	อาชีพ
โรคประจำตัว	เบาหวาน	เบาหวาน	ไม่มี	เบาหวาน	เบาหวาน
การใช้ยานอนหลับ	ไม่มี	ไดอะซีแพม	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
การดื่มแอลกอฮอล์และใช้ยาสูบ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำ	นมรสจืด	นมรสจืด	นมรสจืด	นมรสจืด	โอวัลติน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ระหว่าง 70 – 81 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส โสด 1 ราย สถานภาพหม้าย 4 ราย ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี 1 ราย จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 ราย เป็นข้าราชการบ้านาญ 1 ราย เกษตรกร 1 ราย และเป็นแม่บ้าน 2 ราย ค้าขาย 1 ราย รายได้ 3,000 - 5,000 บาท/เดือน จำนวน 4 ราย อีก 1 ราย 15,000 บาท/เดือน แหล่งรายได้จากเงินบ้านาญ 1 ราย จากบุตร 3 ราย และประกอบอาชีพค้าขาย 1 ราย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาเพียง 1 ราย ใช้ยาแก้ปวดประสาทไดอะซีแพม ทั้ง 5 ราย ไม่ใช้ยาสูบหรือดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเครื่องดื่มประเภทนม 4 ราย และเครื่องดื่มโอวัลติน 1 ราย มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 1 ราย

ตาราง 2 คุณภาพการนอนหลับของกรณีศึกษาก่อนรับการนัดตรวจดูใบหน้า

ข้อมูลการนอนหลับ	กรณีศึกษา จำนวน 5 ราย				
	1	2	3	4	5
1. ระยะเวลาที่เข้านอน	23.00น.	23.00น.	22.00น.	24.00น.	23.00น.
2. ระยะเวลาก่อนหลับ(นาทิจึงหลับได้)	45	45	60	40	45
3. จำนวนครั้งของการตื่น	4	3	2	4	4
4. ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนโดยเฉลี่ย	5	5	5	5	5
5. เวลาตื่นนอนโดยประมาณ	4.00	4.00น.	3.00น.	5.00น.	4.00น.
6. ความรู้สึกหลังตื่นนอน	ง่วงไม่สดชื่น	ง่วงไม่สดชื่น	ง่วงไม่สดชื่น	ง่วงไม่สดชื่น	ง่วงไม่สดชื่น
7. คุณภาพการหลับ	หลับไม่สนิท	หลับไม่สนิท	หลับไม่สนิท	หลับไม่สนิท	หลับไม่สนิท
8. ความเพียงพอ ในการหลับ	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
9. ระดับคะแนนความพึงพอใจในการหลับ	5	5	5	5	5
10. จำนวนการจับหลับตอนกลางวัน	1	0	1	1	0

จากตาราง 2 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย วันแรกได้รับเข้าร่วมโครงการมีการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาดังนี้

ส่วนใหญ่เข้านอนเวลา 23.00 นาฬิกา มีจำนวน 3 ราย เข้านอนเวลา 22.00 นาฬิกาจำนวน 1 ราย เข้านอนเวลา 24.00 นาฬิกา จำนวน 1 ราย ส่วนใหญ่ระยะเวลาก่อนหลับใช้เวลา 45 นาที จึงหลับได้ จำนวน 3 ราย ระยะเวลาก่อนหลับใช้เวลา 60 นาที จึงหลับได้ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาก่อนหลับใช้เวลา 40 นาทีจึงหลับได้ จำนวน 1 ราย ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับโดยส่วนใหญ่มีการตื่นคืนละ 4 ครั้ง จำนวน 3 ราย ตื่นในระหว่างการนอนหลับ 3 ครั้ง จำนวน 1 ราย และตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง จำนวน 1 ราย โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ จำนวน 4 ราย จากอาการปวด จำนวน 1 ราย ระยะเวลากการนอนหลับเป็นนับเป็นจำนวน

ชั่วโมงแต่ละคืนส่วนใหญ่ใช้เวลา 5 ชั่วโมง ทั้งหมด จำนวน 5 ราย เวลาตื่นนอนส่วนใหญ่ตื่นนอนเวลา 4.00 นาฬิกา จำนวน 3 ราย ตื่นนอนเวลา 3.00 นาฬิกา จำนวน 1 ราย ตื่นนอนเวลา 5.00 นาฬิกา จำนวน 1 ราย ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท จำนวน 5 ราย และส่วนใหญ่รู้สึกง่วงไม่สดชื่นทั้งหมด จำนวน 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับ ส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ จำนวน 5 ราย คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ ส่วนใหญ่มีคะแนนความพึงพอใจ 5 คะแนน จำนวน 5 ราย การจับหลับในเวลากลางวันส่วนใหญ่จะมีการจับหลับในเวลากลางวัน 1 ครั้ง จำนวน 3 ราย ไม่มีการจับหลับตอนกลางวัน จำนวน 2 ราย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดง ถึงคุณภาพการนอนหลับ

- คุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบสามวัน
เปรียบเทียบกับคุณภาพการนอนหลับก่อนรับการนวดกดจุดไปหน้า
- ศึกษาผลของการนวดกดจุดไปหน้าต่อความสุขสบายในด้านการ ร่างกาย จิตใจ
และสังคมแจกแจงเป็นรายบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศหญิง อายุ 81 ปี นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส หม้าย อาศัยอยู่กับบุตรสาว รายได้เพียงพอ ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาจากข้าราชการบำนาญ หน่วยงานกระทรวงศึกษาธิการ อาการนอนไม่หลับเคยมีอาการเป็นๆ หายๆ ประมาณ 1 เดือนที่ผ่านมาเริ่มมีอาการอีก

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

2.1 ด้านการบริโภคอาหารและการใช้ยา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะ เน้นการรับประทานผัก และผลไม้ รับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการ ส่วนใหญ่มักเป็นช่วงก่อนนอน บางคืนต้องตื่นมากลางดึกเพื่อปัสสาวะคืนละ 3-4 ครั้ง เครื่องดื่มที่ดื่มคือนมจืด เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานได้รับคำแนะนำสม่ำเสมอไม่ให้ดื่มนมหวานและไขมันสูง

2.2 ด้านการออกกำลังกาย ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน โดยการเดินเร็ว และฝึกไท้เก๊กตอนเช้ามีดร่วมกับเพื่อนๆ สูงอายุที่เห็นว่าอาการอาเจียร บางครั้งใช้เครื่องออกกำลังกายที่มีในสนาม

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับ ใช้อ่านหนังสือสวดมนต์ และการรับประทานยาที่ไปขอจากหมอมาเก็บเพื่อไว้ ไม่ได้กินทุกวัน ไม่ได้ดื่มนม ชา กาแฟ ดื่มนมที่มีไขมันต่ำตามที่เจ้าหน้าที่เคยแนะนำไว้ ใช้การอาบน้ำอุ่นเช่นผู้สูงอายุพูดว่า “บางทีก็อาบ

น้ำอุ่น” ใช้ยาแก้ปวด เช่น ผู้สูงอายุพูดว่า “อากาศเย็นๆ มันปวดขา ก่อนนอนบางที่ต้องกินยาแก้ปวด ไม่งั้นมันนอนไม่ลงเลยนะ”

3. การรับรู้ผลของการนวดกดจุดใบหน้า

3.1 ด้านร่างกาย แม้จะนวดได้เพียงครั้งแรก รู้สึกสบาย ผู้สูงอายุบอกว่า “ดีเหมือนกัน มันเพลินๆ แล้วก็เพลินกลับไปเหมือนกันนะ” “ดีเหมือนกันเดี๋ยว ปวดหัวขึ้นจนถูกจำไม่ได้” “โอ้โฮ เพลินดีจัง อย่างนี้ต้องนวดต่ออีกครั้งชั่วโมง”

3.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้สูงอายุ มีความสุขและชอบใจที่ได้รับการนวดกดจุดใบหน้า ผู้สูงอายุจะยิ้มและ กล่าวว่า “ป้าไม่เคยนวดหน้ามาก่อนนะหมอ พอป้าคิดใจจะนวดอีกจะทำยังไงละทีนี้” และ “โอ้โฮ เพลินดีจังอย่างนี้ต้องนวดต่ออีก ครึ่งชั่วโมง”

3.3 ด้านสังคมผู้สูงอายุจะได้อยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานและกล่าวว่า “ไม่เคยไปนวดหน้าที่ไหน นี่หมอยะทำให้เองเลยให้ลูกพามาส่ง”

ข้อมูลจากการสังเกต ได้ในขณะนวดกดจุดบนใบหน้า

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนวดในระยะแรกจะนอนให้นวดนิ่งๆ ยังมีการตอบสนองต่อการนวด กระปริบตาหากมีเนื้อครีมที่อาจเข้าใกล้ดวงตา ยังพูดคุยซักถามถึงเรื่องที่สนใจ 1 - 2 ประโยค เฉพาะแรกๆ นำมือประสานไว้ที่หน้าท้อง ปลายเท้าจะชิดกันดูระมัดระวังตัว มีเสียงสิ่งของหรือมีการขยับตัวของผู้นวดผู้สูงอายุจะยังแสดงอาการคล้ายจะหันตาม ขยับมือบ้างเล็กน้อย เมื่อได้รับการนวดได้ประมาณ 20 นาที ผู้สูงอายุจะนิ่งมากขึ้นแต่มีอาการตอบสนองต่างๆ น้อยลงไม่เกร็ง หายใจจะสม่ำเสมอและช้ากว่าเริ่มนวด หน้าท้องขยับขึ้นลงตามการหายใจ การหายใจลึก และยาวกว่าเดิม มีเสียงคล้ายละเมออืออ่า เป่าปาก บางครั้งมือกระตุก คล้ายจะตื่นแล้วหลับต่อ พร้อมๆ กับมือที่ประสานกันไว้จะเลื่อนหล่นออกจากกัน ปลายเท้าแยกออกจากกัน เมื่อผู้นวดลุกและเดินออกจากโซฟาที่นวดได้ประมาณ 10 นาที ผู้ป่วยตื่นขึ้นเอง

ตาราง 3 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วันของกรณีศึกษารายที่ 1

การนอน	วัน ก่อนนวด	วันหลังนวด ครบ 3 วัน
ระยะเวลาที่เข้านอน	23.00 น.	22.00 น.
ระยะเวลาก่อนหลับ	45	30
จำนวนครั้งของการตื่น	4	2
ระยะเวลาการนอน	5	7
แต่ละคืน(ชม.)		
เวลาดึ้นนอนโดยประมาณ	4.00 น.	5.00 น.
ความรู้สึกหลังตื่นนอน	ง่วง	ไม่ง่วงสดชื่น
คุณภาพ	หลับ แต่ไม่สนิท	หลับสนิท
การหลับ		
ความเพียงพอ	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
ในการหลับ		
ระดับคะแนนความ	5	8
พึงพอใจในการหลับ		
จำนวนการจับ	1	1
หลับตอนกลางวัน		

หมายเหตุ D₀ หมายถึง วันที่คัดเลือกเข้ากลุ่ม ก่อนรับการรักษา

D₄ หมายถึง วันที่หลังได้รับการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 ครั้ง

จากตาราง 3 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 แรกเริ่มเข้าร่วมโครงการ ไม่เคยนอนกดจุด ไบหน้มาก่อน ก่อนได้รับการนวดกดจุดไบหน้าวันที่ (D_0) เวลาที่เข้านอนเวลา 23.00 นาฬิกา ใช้เวลานาน 45 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับยังไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน การงีบหลับในเวลา กลางวันจำนวน 1 ครั้ง หลังอาหารกลางวัน

กรณีศึกษาที่ 1 หลังการนวดกดจุดไบหน้าครบ 3 วัน (D_4)

เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00 นาฬิกา หลัง การนวดกดจุดไบหน้าครบ 3 วัน เข้านอนใช้เวลานาน 30 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 7 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณเวลา 5.00 นาฬิกา การนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8 คะแนน ยังมี การงีบหลับในเวลากลางวันจำนวน 1 ครั้ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 2

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัว

กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 80 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้าย สามีเสียชีวิตประมาณ 8 ปีก่อน ปัจจุบันอยู่กับบุตรสาว และหลานสาว วัยรุ่น 1 คน รายได้เพียงพอ อยู่บ้านดูแลลูกทำนา ทำสวน ใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัด จ่ายตรงจากลูกชายที่เป็นข้าราชการ นอนไม่หลับเนื่องจากช่วงนี้มีปัญหาเรื่องการฟ้องร้องเรื่องที่ดินกับญาติๆ พี่น้อง ผอมลงมีโรคประจำตัวเป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

- 2.1 สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน
- 2.2 ด้านการออกกำลังกาย “ป่าไม่ชอบออกกำลังกาย แข่งขาก็ไม่ดี ไม่มีจิตใจจะไปออกกำลังกายหรอก”
- 2.3 “ป่ากินยานอนหลับที่หมอให้มา ตอนไปเฝ้าย่าเบาหวานกินก่อนนอน บอกหมอมว่านอนไม่หลับหมอก็ให้มาด้วย”
- 2.4 “ป่าไม่กินน้ำชากาแฟก่อนนอน หมอเคยบอกว่า ‘ไม่ดี’”

3. การรับรู้ผลของการนัดตรวจใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับ

ด้านร่างกายไม่เคยมีประสบการณ์การนัดตรวจใบหน้ามาก่อนรู้สึกว่าการนัดตรวจดีขึ้น ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ไม่เคยนัดหน้าเลยอายุ เพราะชาวบ้านจะว่าแก่แล้วอยากสวย คราวนี้เป็นครั้งแรก นัดแล้วดีเลย มันหายมันหัว เหมือนเลือดมันวิ่งขึ้นดี ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้ละ” “นี่ดิฉัน รู้สึกว่าหน้าดูผ่องๆ สะอาด กว่าเดิม”

“สบายดีจัง ตอนแรกก็คิดว่าไม่หลับนะแต่หลับไปตอนไหนก็ไม่รู้ มันคอยจะมันหัวปวดหัว มันผ่อนไปเลยนะ”

ด้านจิตใจผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายใจโดยกล่าวว่า “นี่ดิฉัน รู้สึกว่าหน้าดูผ่องๆ สะอาด กว่าเดิมสบาย เลยกหลับไปเลย”

ด้านสังคม ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองมากขึ้นโดยกล่าวว่า “พอหมอให้มานวดแล้วป่าก็ดีใจนะที่หมอมเลือกป่ามานวด คนแก่ๆ ได้นวดหน้า เพลินดีเหมือนกัน ลูกสาวยังอยากนวดด้วย” “ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้ละ”

ข้อมูลจากการสังเกตได้ในขณะนัดตรวจฉบับใบหน้า

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนัดในระยะแรกจะนอนให้นวดนึ่งๆ ยังมีการตอบสนองต่อการนัด เช่น นอนหลับตา ไม่ได้หลับ มองเห็นว่ายังมีการกลอกตา หากการนัดมาเข้าใกล้บริเวณตานำมือประสานไว้ที่หน้าท้อง ปลายเท้าจะไขว้กัน มีเสียงผิดปกติเบาๆ ยังรับรู้ ขยับมือบ้างเล็กน้อย

เมื่อได้รับการนวดประมาณ 15 นาที ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาจะนั่งมากขึ้นแต่มีอาการตอบสนองต่างๆ น้อยลงไม่เกรง หายใจจะสม่ำเสมอและช้ากว่าตอนเริ่มนวด หน้าท้องขยับขึ้นลงตามการหายใจอย่างชัดเจน การหายใจจะยาวกว่าเดิม พร้อมๆ กับ มือที่ประสานกันไว้จะเลื่อนหล่นออกจากกัน ทั้งร่างกายผ่อนคลายนอนหลับต่อไปอีกประมาณ 10 นาที ดิ้นเองไม่ต้องปลุก

ตาราง 4 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดบริเวณหน้าของกรณีศึกษารายที่ 2

การนอน	D0	D4
ระยะเวลาที่เข้านอน	23.00 น.	22.00 น.
ระยะเวลาก่อนหลับ (นาที)	45	30
จำนวนครั้งของการตื่น	3	2
ระยะเวลาการนอน แต่ละคืน(ชม)	5	7
เวลาดึ้นนอน	4.00 น.	5.00 น.
ความรู้สึกหลังตื่นนอน	ง่วงไม่สดชื่น	ไม่ง่วงสดชื่น
คุณภาพการหลับ	หลับ แต่ไม่สนิท	หลับสนิท
ความเพียงพอ ในการหลับ	เพียงพอ	เพียงพอ
ระดับคะแนนความพึงพอใจ ในการหลับ	5	8
จำนวนการเจ็บ หลับตอนกลางวัน	0	0
หมายเหตุ	D ₀ หมายถึง วันที่คัดเลือกเข้ากลุ่ม ก่อนรับการรักษา D ₄ หมายถึง วันที่หลังได้รับการนวดกดจุดบริเวณหน้า ครบ 3 วัน	

จากตาราง 4 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 ก่อนการนวดกดจุดไปหน้าที่ (D_0) เวลาที่เข้านอน 23.00 นาฬิกา เข้านอนแล้วใช้เวลานาน 45 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 3 ครั้ง โดยสาเหตุจากการถูกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน ไม่จับหลับเวลากลางวัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน ที่ (D_4) เวลาที่เข้านอนเวลา 22 นาฬิกา เมื่อเข้านอนใช้เวลานาน 30 นาทีจึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการถูกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 7 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8 คะแนน ไม่ต้องจับหลับในเวลากลางวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 3

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัว

กรณีศึกษารายที่ 3 อายุ 77 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย สามีเสียชีวิตประมาณ 2 ปีก่อน ปัจจุบันอยู่กับบุตรสาวอีก 2 คน หลานชายเล็กๆ 1 คน รายได้เพียงพอ ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาจากหน่วยงานราชการ เนื่องจากบุตรชายเป็นลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลของรัฐ นอนไม่ค่อยหลับหลังจากสามีเสียชีวิตเป็นบ่อ ปีที่ผ่านมา และเริ่มนอนดึกตื่นเช้าต้องเตรียมหุงหาอาหารให้ลูกหลาน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงเวลา เนื่องจากขายของ บางครั้งไม่มีเวลาหยุดรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานข้าว ทำเอง

2.2 ด้านการออกกำลังกายผู้สูงอายุไม่ค่อยให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายมากนัก โดยผู้สูงอายุกล่าวว่า “ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะทุกวันต้องออกไปถางหญ้า คายหญ้า ขุดดิน (มีต้นไม้ รอบๆ บริเวณบ้าน) ไม่ได้ไปออกกำลังกายที่ไหน”

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับโดยการบีบนิ้วโดยผู้สูงอายุกล่าวว่า “บางครั้งคิดอะไรุ่นวายแล้วนอนไม่หลับปวดเมื่อยแขนขาด้วย ไปกินใหญ่เลยซื้อยามากินบ้าง ให้ลูกหลานบีบๆ นวดๆ ให้บ้าง”

2.4 ใช้เสียงดนตรีในการช่วยให้ผ่อนคลาย “ฟังเพลงเก่าๆที่เปิดตอนดึกๆ บางช่วงจะมีพระเทศก์ ฟังหมด ชอบเพราะเราแก่แล้ว”

3. การรับรู้ผลของการนวด

3.1 ด้านร่างกายผู้สูงอายุชื่นชอบการนวดเป็นทุนเดิมอยู่ก่อนและรู้สึกได้ว่าร่างกายดีขึ้น เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ปกติเป็นคนชอบนวด เคยนวดเท้า เหมือนกันแต่นานๆทีตั้งแต่เป็นสาวไม่เคยนวดหน้า” “จริงๆนะ ดูเหมือนหน้ามันตึงขึ้นเหมือนกันเดี๋ยวลูกตกใจ ว่าแม่ไปทำอะไรมา”

3.2 ด้านจิตใจได้รับความสุขสบายหลังการนวดกดจุดใบหน้า เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ชอบมากเลยเวลารู้สึกเบาล่อง แล้วสบายใจ นอนหลับทั้งคืนไม่ต้องตื่นมากินยากลางดึก”

3.3 ด้านสังคมผู้สูงอายุรู้จักใช้ประโยชน์จากชุมชน “ปกติแล้วไม่ค่อยได้ไปไหนหรอกเพราะต้องอยู่บ้าน เว้นแต่ไปประชุมกับชมรม ออกมาหาหมอก็ดีเพื่อมีอะไรจะได้ปรึกษาไปพร้อมๆ เลย”

ข้อมูลจากการสังเกต ได้ในขณะนวดกดจุดบนใบหน้ากรณีศึกษาครั้งที่ 3

ในระยะแรกจะนอนให้นวดนิ่งๆ เพื่อให้ความร่วมมือในการนวดยังมีการตอบสนองต่อการนวด เช่น นอนหลับตา ขยับตัวบางครั้ง เพื่อให้ให้นอนได้สบายขึ้นกระพริบตา ขณะได้รับการนวดรอบๆ ดวงตา ยังพุดคุยซักถามถึงเรื่องที่สนใจบางครั้ง หมอไปเรียนนวดมาจากไหน หรือหมอนั่งนวดนัดใหม่ นำมือประสานไว้ที่หน้าท้อง เขยิบขาตรง ปลายเท้าแยกเล็กน้อย มีเสียงผิปกติเบาๆ ยังรับรู้ ริมฝีปาก เม้มสนิท ขยับมือบ้างเล็กน้อย เมื่อได้รับการนวดได้ประมาณ 15 นาที ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา จะนิ่งมากขึ้นแต่มีอาการตอบสนองต่างๆ น้อยลงไม่เกร็ง หายใจจะสม่ำเสมอใจและช้ากว่าตอนเริ่มนวด หน้าท้องขยับขึ้นลงตามการหายใจอย่างชัดเจน การหายใจจะยาวกว่าเดิม หลังการนวดอีกประมาณ 10 นาที ริมฝีปากเผยอ มีน้ำลายมาก น้ำลายไหล หายใจดัง พร้อมๆ กับมือที่ประสานกันไว้จะเลื่อนหล่นออกจากกัน ปลายเท้าและขาเบนออกกว่าตอนแรกๆ เวลาตื่น ตื่นเองไม่ต้องปลุก

ตาราง 5 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับหลังการนวดกดจุดบริเวณหน้าอก 3 วันของกรณีศึกษาครั้งที่ 3

ลักษณะการนอน	D0	D4
ระยะเวลาที่เข้านอน	222.00	21.00
ระยะเวลาก่อนหลับ (นาทีก)	60	30
จำนวนครั้งของการตื่น	2	2
ระยะเวลาการนอน แต่ละคืน(ชม.)	5	7
เวลาดึ้นนอน โดยประมาณ	3.00น.	4.00น.
ความรู้สึกหลังตื่นนอน	ง่วงไม่สดชื่น	ไม่ง่วงสดชื่น
คุณภาพ การหลับ	หลับแต่ไม่สนิท	หลับสนิท
ความเพียงพอ ในการหลับ	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
ระดับคะแนนความพึง พอใจในการหลับ	5	9
จำนวนการจิบ หลับตอนกลางวัน	1	0

หมายเหตุ D₀ หมายถึง วันที่คัดเลือกเข้ากลุ่ม ก่อนรับการรักษา

D₄ หมายถึง วันที่หลังได้รับการนวดกดจุดบริเวณหน้าอก 3 ครั้ง

จากตาราง 5 พบว่า กรณีศึกษาครั้งที่ 3 แกร็บเข้าร่วมโครงการ ก่อนการนวดกดจุด ไบหน้าที่ (D₀) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลานาน 60 นาทีจึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 3.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับ แต่ไม่สนิท ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน การงีบหลับในเวลากลางวัน จำนวน 1 ครั้ง กรณีศึกษาครั้งที่ 3 หลังการนวดกดจุดไบหน้าครบ 3 วัน ที่ (D₄) เวลาที่เข้านอนเวลา 21 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลานาน 30 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 7 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 9 คะแนน ไม่ต้องงีบหลับในเวลากลางวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 4

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กรณีศึกษารายที่ 4 อายุ 79 ปี นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ หม้าย สามีเสียชีวิตประมาณ 15 ปี ก่อน ปัจจุบันอยู่กับบุตรสาว มีบุตรชายคนเล็ก บุตรเขยและหลานสาว 1 คน หลานชายเล็กๆ อีก 2 รวม 7 คน รายได้เพียงพอ ลูกสาวขายหัวหมูพะโล้ให้เงินใช้ไม่เป็นรายเดือนแล้วแต่กำไรที่ลูกสาวมี ใช้สิทธิบัตรผู้สูงอายุ โรคประจำตัวเป็นเบาหวานนอนไม่หลับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นประจำ เนื่องจากคนเล็กติดยาเสพติดเดินหนีหายออกจากบ้านบ่อยๆ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อตรงตามเวลา ยาโรคเบาหวานกินตามที่แพทย์สั่งให้กิน

2.2 ด้านการออกกำลังกายเล็กน้อย คิดว่าการออกกำลังกายจะทำให้สุขภาพแย่ลงจึงไม่ได้ออกกำลังกายโดยผู้สูงอายุกล่าวว่า “เดินช้าๆ แกว่งแขนขาบ้างนิดๆ หน่อยๆ วนๆ รอบบ้านมันเปลี่ยไม่มีแรง เคี้ยวหน้ามีด ลูกมันก็ห้ามอย่าเที่ยวเดินไปน้ก”

2.3 ด้านการจัดการกับอาการนอนไม่หลับใช้การฟังเสียงดนตรีที่ชอบ เช่น ผู้สูงอายุกล่าวว่า “ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง”

3. การรับรู้ผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับ

3.1 ด้านร่างกายทำให้เย็นสบาย ภาพลักษณ์ดีขึ้นและทำให้สุขภาพดีขึ้น “นวดแล้วดีนะ เย็นสบายหน้าดีจัง” “ตอนแรกคิดว่าจะมีนหัวนะ ตอนจะลุก ขึ้นมา กลับหายปวดหัวอีกต่างหาก” “ดูหน้ามันชุ่มชื้นดีขึ้น ไม่ต้องทาแป้งกลับก็ได้ ก่อนมาก็ทามาหน่อยหนึ่ง”

3.2 ด้านจิตใจ ด้านสังคมทำให้บุตรหลานหันมาเอาใจใส่และดูแล ผู้สูงอายุมากขึ้น “นวด สองสามวันนี่ป้าชอบนะลูกชายมันพานั่งรถออกมานอกบ้านด้วยกัน ทุกทีมันหายไปไหนต่อไหนของมันก็ไม่รู้”

ข้อมูลจากการสังเกต ได้ในขณะนวดกดจุดบนใบหน้า 4

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนวดในระยะแรกจะนอนให้นวดนิ่งๆ ยังมีอาการไม่ผ่อนคลายมือยังจับเสื้อผ้าให้เรียบร้อย ไม่ได้หลับแต่นอนหลับตา เพื่อไม่ให้เนื้อครีมเข้าตา ขยับตัวบางครั้งเพื่อให้ให้นอนได้สบายขึ้น กระพริบตาเมื่อมือของผู้นวดนวดรอบๆ ดวงตา บางครั้งเอามือมาเกาบริเวณที่มีอาการคัน ส่วนใหญ่มือจะประสานไว้ที่หน้าท้อง หรือจับข้อมือ นอนงอเข้าสองข้าง และปลายเท้าจะไม่ห่างกัน มีเสียงผิปกติเบาๆ ยังรับรู้ ริมฝีปาก ปิดสนิท ขยับมือบ้างเล็กน้อย เมื่อได้รับการนวดได้ประมาณ 15 นาที ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาจะนิ่งมากขึ้นแต่มีอาการตอบสนองต่างๆ น้อยลงไม่เกร็ง หายใจจะสม่ำเสมอและช้ากว่าตอนเริ่มนวด หน้าท้องขยับขึ้นลงตามการหายใจอย่าง

ชัดเจน การหายใจจะยาวกว่าเดิม มีกรนเบาๆ ริมฝีปากเขียว หายใจดัง พร้อมกับมือที่วางบนหน้าท้องไว้จะเลื่อนหล่นออกจากบนลำตัว ไม่มีแขนขากระตุก ขาและเข้าที่ชันไว้โยกเยก และเอนคิพพื้น ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาจะสะดุ้งล้มตัวเอง จากการที่ขาหล่นลงมา

ตาราง 6 เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพการนอนหลับในรอบ 3 วันของกรณีศึกษารายที่ 4

ลักษณะการนอน	D0	D4
ระยะเวลาที่เข้านอน	24.00 น.	23.00 น.
ระยะเวลาก่อนหลับ (นาทีก)	40	20
จำนวนครั้งของการตื่น	4	2
ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน (เป็นชม.)	5	6
เวลาดึ้นนอนโดยประมาณ	5.00 น.	5.00 น.
ความรู้สึกหลังตื่นนอน	ง่วงไม่สดชื่น	ไม่ง่วงสดชื่น
คุณภาพการหลับ	หลับ แต่ไม่สนิท	หลับสนิท
ความเพียงพอในการหลับ	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
ระดับคะแนนความพึงพอใจในการหลับ	5	8
จำนวนการจับ	1	0
หลับตอนกลางวัน		

หมายเหตุ D₀ หมายถึง วันที่คัดเลือกเข้ากลุ่ม ก่อนรับการรักษา

D₄ หมายถึง วันที่ได้รับการนวดกดจุดใบหน้า ครบ 3 วัน

จากตาราง 6 พบว่า กรณีศึกษาครั้งที่ 4 ก่อนการนัดกดจุดไปหน้าที่ (D_0) เวลาที่เข้านอนเวลา 24.00 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลา นาน 40 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน การงีบหลับในเวลากลางวัน จำนวน 1 ครั้ง

กรณีศึกษาที่ 4 หลังการนัดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน ที่ (D_4) เวลาที่เข้านอนเวลา 23 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลาเฉลี่ยนาน 20 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 6 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8 คะแนน ไม่ต้องงีบหลับในเวลากลางวัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 5

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัว

กรณีศึกษารายที่ 5 อายุ 70 ปี นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ โสด ปัจจุบันอยู่กับหลานสาวในตลาด ค้าขายของชำและก้วยเตี๋ย เป็นโรคเบาหวาน

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา ผู้ป่วยทำงานบ้านเอง รับประทานอาหารมักตรงเวลาส่วนใหญ่ เพราะต้องกินยาเบาหวานให้ตรงเวลา มีบางทีขายของดีมากจะกินยาไม่ตรงเวลา

2.2 ด้านการออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ “แต่ทำงานบ้าน จนเหงื่อออก ช่วยหลานสาวเขางานยุ่งๆ เราก็ช่วยเขาบ้าง”

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับ ซื่อyarับประทานเอง ผู้สูงอายุกล่าวว่า “อากาศเย็นๆมันปวดขา กลางวันเดินขายของมากต้องกินยาไม่กินมันนอนไม่ลงเลยนะ”

3. การรับรู้ผลของการนัดกดจุดใบหน้า

3.1 ด้านร่างกาย หลังได้รับการนัดอาการตึงเครียดลดลง “หมอบไปฝึกมา จากไหนถึงได้รู้ว่าลงน้ำหนักเท่าไหนถึงจะพอดี”

3.2 ด้านจิตใจ อาการตึงเครียดลดลง ชอบการนัด “เบาสบายดี ที่มันตึงๆ ขมับมันก็ เบาๆ ลงเหมือนกัน” “หมอมะนัดให้มานวดอีกเมื่อไหร่”

3.3 ด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนสนับสนุนให้เข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอโดยกล่าวว่า “ป้าว่านวดหน้ามันก็ดีนะวันหลังจะได้ขอให้หมอสอน ให้ผู้สูงอายุชมรมเรา หัดนวดมั้ง” “ต้องนวดอีกเรื่อยๆ นะหมอบ เอาจี๊ ถ้าใครมาประชุมก่อน 5 คน แรก หมอบให้รางวัลเป็น นวดหน้าให้ ละกัน”

ข้อมูลจากการสังเกต ได้ในขณะที่นัดกดจุดบนใบหน้า

เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนัดในระยะแรกจะนอนนิ่งๆ ให้ความร่วมมือในการนวดพยายามนอนนิ่งๆ ยังไม่ผ่อนคลายมากนัก ยังขยับแขนขาให้นอนได้ในท่าที่สบาย มือยังจับเสื้อผ้าให้เรียบร้อย ขาเหยียดยาวไม่ไขว้ ขาซ้ายงอ ขาขวาเหยียดตรง ไม่ได้หลับแต่นอนหลับตา กระพริบตา ยังกลอกไปมาให้เห็นเมื่อมือของผู้นวดนวดรอบๆ ดวงตา มือจะประสานไว้ที่หน้าท้อง หรือบางครั้งจับข้อมือ มีเสียงผิดปกติเบาๆ ยังรับรู้ ริมฝีปาก ปิดสนิท ขยับมือบ้างเล็กน้อย เมื่อได้รับการนัดได้ประมาณ 15 นาที ผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาจะนิ่งมากขึ้นแต่มีอาการตอบสนองต่างๆ น้อยลง ไม่เกร็ง หายใจจะสม่ำเสมอและช้ากว่าตอนเริ่มนวด หน้าท้องขยับขึ้นลงตามการหายใจอย่างชัดเจน

การหายใจจะยาว มีกรนเบาๆ ริมฝีปากเขียว หายใจดัง พร้อมๆ กับมือที่วางบนหน้าท้องไว้จะเลื่อน
หล่นออกจากบนลำตัว ขาปล่อยตามสบาย แต่อยู่ในท่าเดิม

ตาราง 7 เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพการนอนหลับนวดครบ 3 วัน ของกรณีศึกษาครั้งที่ 5

การนอน	D0	D4
ระยะเวลาที่เข้านอน	23.00	22.00
ระยะเวลาก่อนหลับ (นาที)	45	30
จำนวนครั้งของการตื่น	4	2
ระยะเวลาการนอน แต่ละคืน(ชม.)	5	6
เวลาดึ้นนอน โดยประมาณ	4.00น.	4.00น.
ความรู้สึก หลังตื่นนอน	ง่วง	ไม่ง่วงสดชื่น
คุณภาพ การหลับ	หลับ แต่ไม่สนิท	หลับสนิท
ความเพียงพอ ในการหลับ	ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
ระดับคะแนนความพึง พอใจในการหลับ	5	8
จำนวนการจับ หลับตอนกลางวัน	0	0

หมายเหตุ D₀ หมายถึง วันที่คัดเลือกเข้ากลุ่ม ก่อนรับการรักษา

D₄ หมายถึง วันที่ได้รับการนวดกดจุดไปหน้า ครบ 3 ครั้ง

จากตาราง 7 พบว่า กรณีศึกษาครั้งที่ 5 ก่อนการนวดกดจุดไปหน้าที่ (D_0) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลานาน 45 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับ แต่ไม่สนิท ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน ไม่มีเวลางีบหลับกลางวัน

กรณีศึกษาครั้งที่ 5 หลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน ที่ (D_4) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00 นาฬิกาหลัง เข้านอนโดยปกติใช้เวลานาน 30 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 6 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8 คะแนน ไม่ต้องงีบหลับในเวลากลางวัน

ตาราง 8 การแสดงการนอนหลับก่อนและหลังการวาดกอดูบนใบหน้ากรณีศึกษาทั้ง 5 ราย

กรณีศึกษา	ช่วงเวลาที่เข้านอน (นาฬิกา)	ระยะเวลาก่อนหลับ (นาที)	จำนวนครั้งของการตื่น (ครั้ง)	ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน (ชั่วโมง/คืน)	เวลาตื่นนอน (นาฬิกา)	ความรู้สึกหลังตื่น	คุณภาพการหลับ	ความเพียงพอในการหลับ	ระดับคะแนนความพึงพอใจ	จำนวนการงีบหลับตอนกลางวัน							
	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4							
รายที่ 1	23	22	45	30	4	2	5	7	4.00	5.00	ว่าง	ไม่เมื่อย	เพียงพอ	5	8	1	1
รายที่ 2	22	22	45	30	3	2	5	7	4.00	5.00	ว่าง	ไม่เมื่อย	เพียงพอ	5	8	0	0
รายที่ 3	22	21	60	30	2	2	5	7	3.00	4.00	ว่าง	สดชื่น	เพียงพอ	5	9	1	0
รายที่ 4	24	23	40	20	4	2	5	6	5.00	5.00	ว่าง	ไม่เมื่อย	เพียงพอ	5	8	1	0
รายที่ 5	23	22	45	30	4	2	5	6	4.00	4.00	ว่าง	ไม่เมื่อย	เพียงพอ	5	8	0	0

สรุปผลการศึกษาคุณภาพการนอนของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย

แรกเข้าร่วมโครงการ ก่อนการนวดกดจุดไปหน้าที (D₀) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00-24.00 นาฬิกา เข้านอนใช้เวลานาน 40-60 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับ 2 - 4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 3.00 - 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับทั้งหมดคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน การจับหลับในเวลากลางวันจำนวน 1 ครั้ง 3 ราย

หลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน ในวันที่ 4 พบว่าเวลาที่เข้านอนเร็วขึ้น เวลา 22.00 นาฬิกา 3 ราย เข้านอน 21.00 นาฬิกา 1 ราย เข้านอน 23.00 นาฬิกา 1 ราย หลังการนวดกดจุดไปหน้าครบ 3 วัน ใช้เวลาก่อนหลับลดลง เป็น 30 นาที 4 ราย ใช้เวลาก่อนหลับ 20 นาที 1 ราย ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับลดลง 2 ครั้ง 5 ราย โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนนานขึ้น เป็น 7 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ตื่นนอนเวลาประมาณ 5.00 นาฬิกา 3 ราย ตื่นนอนเวลา 4.00 นาฬิกา 2 ราย ส่วนใหญ่นอนหลับสนิทขึ้น 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ 5 ราย คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8 คะแนน 4 ราย 9 คะแนน 1 ราย จับหลับในเวลากลางวัน 1 ครั้ง ลดลงเหลือ 1 ราย

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย สรุปข้อมูลได้ดังนี้

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะประกอบ เน้นการรับประทานผัก และผลไม้ รับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการ ส่วนใหญ่มักเป็นช่วงก่อนนอน มี 1 ราย ไม่ใช้สัระตุ้นหรือสารเสพติด ดื่มเครื่องดื่มประเภทนม 4 ราย และเครื่องดื่มโอวัลติน 1 ราย ทุกคนไม่มีใครเคยสูบบุหรี่

รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทั้ง 5 ราย ตรงตามเวลาเพราะต้องรับประทานยา รักษาโรคเบาหวานกินตามที่แพทย์สั่ง แต่ 1 ราย รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงเวลา เนื่องจากขายของ บางครั้งไม่มีเวลาหยุดรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานข้าว ทำเอง 1 ราย

2.2 ด้านการออกกำลังกาย มี 1 ราย ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กับสถานที่ราชการจัดไว้ เช่น ฝึกไท้เก๊กตอนเช้ามีร่วมกับเพื่อนๆ สูงอายุ ที่เห็นว่าทำท่าออกกำลังกาย บางครั้งใช้เครื่องออกกำลังกายที่มีในสนาม โดยประมาณ ส่วนอีก 3 ราย ใช้การเดินในสวนหรือทำงานบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะสภาพอายุที่ค่อนข้างมากและไม่ชอบ และไม่ค่อยแข็งแรงกาย “ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะทุกวันต้องออกไปตักหญ้า คายหญ้า ขุดดินก็เหนื่อยพอแล้วเลยไม่ได้ไปออกกำลังกายไหน” “แต่ทำงานบ้าน ก็ได้เหงื่อแล้ว ช่วยหลานสาวเขางาน

ยุ่งๆ เราก็ช่วยเขาบ้าง” “เดินช้าๆ แกว่งแขนขาบ้างนิดๆ หน่อยๆ วนๆ รอบบ้านมันเปลี่ยไม่มีแรง เดี่ยวหน้ามืด ลูกมันก็ห้ามอย่าเที่ยวเดินไปน้ก”และมี 1 รายที่ไม่ชอบออกกำลังกาย “ป้าไม่ชอบออกกำลังกาย แข็งขาก็ไม่ดี ไม่มีกะจิตกะใจ

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับ

ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับใช้ อ่านหนังสือสวดมนต์ สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน รับประทานยานอนหลับเมื่อจำเป็น “กินยาที่ไปขอจากหมอมาเก็บเพื่อไว้ ไม่ได้กินทุกวัน” “ไม่ดื่มของมึนเมา ชา กาแฟ อาบน้ำอุ่น รับประทานยาที่ช่วยระงับอาการจากโรคที่เป็น “อากาศเย็นๆ มันปวดขา ก่อนนอนบางที่ต้องกินยาแก้ปวด ไม่กินมันนอนไม่ลงเลยนะ” บางครั้งคิดอะไรุ่นวาย แล้วนอนไม่หลับปวดเมื่อยแข็งขาค้างๆ ไปก้นใหญ่เลยซื้อยามากินให้หลับบ้าง ให้ลูกหลานบีบๆ นวดๆ ให้บ้าง” “ฟังเพลงเก่าๆ ที่เปิดตอนเด็กๆ บางช่วงจะมีพระเทศก์ ฟังหมด ชอบเพราะเราแก่แล้ว” “ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง” “ป้ากินยานอนหลับที่หมอให้มา ตอนไปเอายาเบาหวานกิน ก่อนนอน บอกหมอฟานอนไม่หลับหมอก็ให้มาด้วย” “ไม่ดื่มของมึนเมา ชา กาแฟ อาบน้ำอุ่น “ป้าไม่กินน้ำชากาแฟก่อนนอน” ฟังรายการวิทยุที่สนใจ “ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง”

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ จัดทำเป็นกรณีศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 5 ราย และทำการศึกษาสภาวะองค์รวมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ภายหลังได้รับการนวดกดจุดใบหน้า โดยอภิปรายผลการศึกษา เป็นรายกรณีได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 5 ราย มีอายุระหว่าง 79-81 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการหลับของผู้สูงอายุ (Williams & Berger, 1992) โดยอายุที่มากขึ้นทำให้ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง การรับและการส่งกระแสประสาทช้าลง เกิดข้อจำกัดในการตอบสนองต่อสัญญาณเวลาภายนอกทำให้จังหวะชีวภาพของร่างกายทำงานไม่ประสานกัน (Colling, 1983) ร่วมกับการหลั่งสารสื่อประสาทมีลาโตนิน (melatonin) ซึ่งเป็นสารช่วยส่งเสริมการนอนหลับลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาามากกว่าวัยอื่น (Hater, 1980) กรณีศึกษาทุกคนเป็นเพศหญิงมีคุณภาพการนอนหลับต่ำกล่าวคือมีระยะเวลาก่อนหลับ เข้านอนโดยปกติใช้เวลานาน 40-60 นาที จึงหลับได้ จำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างหลับ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับโดย คนละ 2-4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ และการใช้ยานอนหลับในการศึกษานี้จะไม่ใช้เป็นประจำ เวลาที่เข้านอนโดยประมาณ 22.00-24.00 นาฬิกา เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 3.00 - 5.00 นาฬิกา ทำให้ในแต่ละคืนมีระยะเวลาปริมาณการนอนเพียง 5 ชั่วโมง ซึ่งการมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงซึ่งจัดว่าเป็นคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นอนหลับในเวลากลางคืนได้น้อยกว่า 6 ชั่วโมง (กุสมาลส์, 2543; McGhic & Russell, 1962 cited by Vitiello & Prinz, 1990) ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิททั้ง 5 ราย ซึ่งตรงกับ (สมพร บุญราที, อรพรรณ ทองแดง, กอบหทัย คุณา

รักษ์, 2549) ที่ว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเป็นชั่วคราว หากมีอาการเกิน 1 เดือน แสดงว่ามีอาการเรื้อรัง ความเพียงพอของการนอนหลับส่วนใหญ่จะคิดว่าการนอนหลับ ไม่เพียงพอทั้ง 5 ราย คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน 3 ราย 6 คะแนน 2 ราย การงีบหลับในเวลากลางวันจำนวน 1 ครั้ง 3 ราย กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพ หม้าย 4 ราย ในด้านการศึกษาพบว่า 4 ราย จบระดับประถมศึกษา อาชีพ ทำสวน ทำนา 1 ราย และทำงานบ้าน 3 ราย อาชีพค้าขาย 1 ราย และจบระดับปริญญาตรี มีอาชีพรับราชการบำนาญ (ครู) 1 ราย ซึ่งรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 3,000 – 15,000 บาท/เดือน การเข้ารับการรักษากลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะใช้ยานอนหลับ เมื่อจำเป็น อาการนอนไม่หลับทุกรายเกิน 1 เดือน แสดงว่ามีอาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง (สมพร บุษราทิจ, อรพรรณ ทองแดง, กอบหทัย คุณารักษ์, 2549) ด้านจำนวนครั้งที่ตื่นระหว่างการนอนหลับพบว่าในกรณีศึกษาทุกรายตื่นระหว่างการนอนหลับ 2-4 ครั้ง คล้ายกับการศึกษาของ (Miller, 1999) ที่พบว่าการนอนหลับไม่ต่อเนื่องเป็นปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุชายตื่นเฉลี่ย 1.2 ครั้งต่อคืน และผู้สูงอายุหญิงตื่นเฉลี่ย 0.8 ครั้งต่อคืน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องตื่นในเวลากลางคืนบ่อยครั้งได้แก่ ความเจ็บปวดจาก ปวดข้อ ปวดเอว การถ่ายปัสสาวะบ่อย และอาการไม่สุขสบายจากโรคต่างๆ ที่พบบ่อยขึ้นในวัยสูงอายุ ระยะเวลาการนอนในแต่ละคืนของบุคคลวัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุไม่แตกต่างกัน (Richards, 1996) ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Buysse et al., 1989) จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มกรณีศึกษาครั้งนี้ มีการนอนหลับไม่เพียงพอคุณภาพการนอนหลับลดลงโดยมีหนึ่งหรือมากกว่า อาการ คือ ประการแรกหลับยาก ไม่สามารถคงการหลับให้นานพอได้ นอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นมาแล้วไม่รู้สึกสดชื่นส่งผลให้ในช่วงกลางวันจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้า (Goldstien et al, 1987; Espie, 199)

ส่วนการจัดการกับปัญหาการนอนหลับด้านจิตใจและอารมณ์ อาจใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การนวดตามร่างกาย ศีรษะ ศอก ทำสมาธิ อ่านหนังสือ เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดก่อนนอน ฟังเพลงก่อนนอน ทำให้การนอนหลับดีขึ้น นอนหลับได้เร็ว และเมื่อตื่นขึ้นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืนสามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องจนถึงเช้า ซึ่งสอดคล้องกับ (Mornhinweg & Voignier, 1995) นอกจากนั้นยังใช้วิธี อาบน้ำอุ่นก่อนนอน 20-30 นาที เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและหลับได้ ซึ่ง (Home & Reid cited in Miller, 1999) ได้เคยกล่าวไว้ การอาบน้ำช่วยให้คลายเครียดและจะลดการเร้าทางอารมณ์ต่อประสาทสมอง ทำให้มีการหลั่งซีโรโทนินเพิ่มขึ้น มีผลยับยั้งการตื่นตัวในเรตติคูลาฟอร์มชัน ทำให้เข้าสู่การนอนหลับง่าย (Johnson, 1991)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

ภายหลังได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนไม่หลับมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้า จากผลการศึกษาพบว่า สมมุติฐานของการศึกษาข้อนี้ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ก่อนได้รับการนวดได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าจะแนหลังการนวดกดจุดบนใบหน้าครบ 3 วัน ก่อนการนวดกดจุดบนใบหน้าวันที่ (D_0) เวลาที่เข้านอน เวลา 22.00-24.00 นาฬิกา วันที่ (D_4) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00-23.00 นาฬิกา ก่อนการนวดกดจุดบนใบหน้าวันที่ (D_0) ใช้เวลานาน 40-60 นาที จึงหลับได้ วันที่ (D_4) ใช้เวลานาน 20 -30 นาทีจึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับวันที่ (D_0) 2- 4 ครั้ง ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับวันที่ (D_4) 2-3 ครั้ง ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนวันที่ (D_0) 5 ชั่วโมง ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนวันที่ (D_4) มากขึ้นเป็น 6 - 7 ชั่วโมง ตื่นนอนโดยประมาณวันที่ (D_0) 3.00 - 5.00 นาฬิกา เวลาตื่นนอนโดยประมาณวันที่ (D_4) 4.00 - 5.00 นาฬิกา นอนหลับไม่สนิทวันที่ (D_0) 5 ราย นอนหลับสนิทขึ้นวันที่ (D_4) 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับวันที่ (D_0) คิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับวันที่ (D_4) คิดว่านอนหลับเพียงพอ 5 ราย คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับวันที่ (D_0) 5 คะแนน คะแนนของความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับ วันที่ (D_4) 8-9 คะแนน ต้องงีบหลับในเวลากลางวัน วันที่ (D_0) 3 ราย ต้องงีบหลับในเวลากลางวัน วันที่ (D_4) เพียง 1 ราย

จากผลของกรณีศึกษาดังกล่าว ซึ่งสามารถยืนยันได้ถึงผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าตามขั้นตอนของ ผศ.ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชิโรจน์ ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้กรณีศึกษาคิดพิจารณาประเมินผลที่ได้รับจากการนวดกดจุดบนใบหน้า และตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องของคุณภาพการนอนที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ จากการนวดกดจุดบนใบหน้ามีหลายประการ ดังนี้

ประการแรก เนื่องจากการกดนวดกดจุดบนใบหน้า ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด ซึ่งเชื่อว่าระบบการทำงานจะประสานกันอย่างสมดุลโดยจะเป็นผลต่อเนื่องมาจากการรับกระแสประสาท จาก 3 ส่วนคือ จากส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ได้แก่ ความคิดต่างๆ เป็นการประมวลวิเคราะห์และตีความข้อมูล จากการรับรู้ประสาทส่วนปลาย ได้แก่ เสียงและสัมผัส ซึ่งในที่นี้คือการรับรู้ถึงกดนวด กดจุด การสัมผัสบนใบหน้า จากระบบลิมบิก (limbic system) ได้แก่ ความรู้สึก อารมณ์ (วราภา แผลมเพชร, 2544) ระบบลิมบิก มีหน้าที่ ประสานการทำงานระหว่างสมองบริเวณ ซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ ไฮโปทาลามัส และศูนย์สั่งการในก้านสมอง ซึ่งเป็นแหล่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจากอารมณ์ (กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย, และชัยเลิศ พิฆิตพรชัย, 2551) ซึ่งการรับรู้กดนวด กดจุด การสัมผัสบนใบหน้าเหล่านี้จะทำให้ reticular activating system (RAS) ทำงานเด่น ทำให้บุคคลอยู่ใน

ภาวะตื่น แต่เมื่อมีสิ่งเร้าลดลง ทำให้การกระตุ้นระบบ RAS ลดลง บุคคลเริ่มผ่อนคลายเข้าสู่การนอนหลับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจะอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวลทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ คุณภาพและปริมาณการนอนหลับของผู้ป่วยลดลงรวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ ระบบประสาทจะมีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์โดยผ่านสมองส่วนไฮโปทาลามัส และระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ระบบลิมบิกวงจรการนอนหลับและการตื่นถูกควบคุมโดยการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางบริเวณสมองส่วนทาลามัส (Thalamus) ร่วมกับการทำงานของสารประสาทที่สำคัญที่มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับ ซีโรโทนิน (serotonin) พบว่าในระยะของ การหลับสนิท มีการลดการทำงานของซีโรโทนิน และเมื่อซีโรโทนิน กลับมาเพิ่มการทำงานมากขึ้นจะมีผลทำให้ยับยั้งการหลับอีก (ราตรี สุดทรวงม และวีระชัย สิงหนิยม, 2545)

การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวลสนองในส่วนของไฮโปทาลามัสจะถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Iachman, 1983: 9-11 อ้างในคารัสนี โพธารส, 2538) ระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นให้คอร์ติซอลมีการหลั่งที่เพิ่มขึ้น (วัฒนา วัฒนาภา, สุภัตรา โล่ห์ศิริวัฒน์, และสุพรพิมพ์ เกียสกุล, 2551)

อีกประการหนึ่ง ผู้ศึกษาได้นำการนวดกดจุดใบหน้าเป็นวิธีการการกด นวด กระตุ้นตามตำแหน่งพื้นที่สะท้อนซึ่งเป็นตัวแทนอวัยวะในร่างกายเพื่อให้เกิดผลแก่ส่วนต่างของร่างกายปรับร่างกายให้เกิดความสมดุล แก้ไขภาวะความไม่สมดุลเพื่อทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ ช่วยให้ระบบการไหลเวียนโลหิตภายหลังการนวดกดจุดใบหน้าจะดีขึ้น ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายความตึงเครียดและการเกร็งตัวของระบบกล้ามเนื้อ การนวดกดจุดบริเวณใบหน้าซึ่งเป็นตำแหน่งของตัวแทนของอวัยวะ ต่อมต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญคือต่อมไพเนียล เมื่ออวัยวะต่างๆ เกิดการตอบสนองปรับการทำงานของ ไฮโปทาลามัส และ ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ทำให้รับรู้ถึงความสงบและผ่อนคลายทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย มีอารมณ์เป็นสุข (Dougans, 1996) และจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองหรือมีการเสื่อมหน้าที่ของระบบส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของจังหวะในรอบวันของการนอนหลับ (Kamel, & Gammack, 2006) ในระยะ NREM 4 และ REM ลดลง NREM 1 และ 2 เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงการหลั่งของฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับมีระดับที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุนอนหลับยากขึ้น การนวดกดจุดใบหน้าจากการกดจุดสะท้อนอวัยวะที่บริเวณ ต่อมไพเนียลที่หน้าผากจะช่วยปรับความสมดุลของร่างกาย ช่วยกระตุ้นปรับการทำงานของฮอร์โมนต่างๆ ที่

เกี่ยวกับการนอนหลับและปรับการทำงานของฮอร์โมนที่สำคัญ คือ เมลาโทนิ (melatonin) ซึ่งจะสร้างในเวลากลางคืน (ลดวอล์ย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550) จะทำให้การนอนหลับดีขึ้นและ ทางด้านจิตใจผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบายทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ทางด้านสังคม การนวดกดจุดบนใบหน้ายังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อันเกิดจากการรับรู้จากการสัมผัส (proprioceptive sensory) เข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นผลให้ผู้ป่วยที่นอนไม่หลับมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงด้านของความคุ้มค่า และผลที่ได้รับนั้น จากการศึกษาพบว่าการนวดกดจุดบนใบหน้าใช้งบประมาณที่ไม่มากแต่ก็จะใช้ในแง่ของความสวยงาม จึงมักจะนิยมใช้เป็นกิจกรรมบรรเทาอาการความเครียด ขณะอยู่ตามสถานบริการ และเมื่อพิจารณาถึงการนำไปใช้ จากการสัมภาษณ์กรณีศึกษาพบว่า การให้ผลในการนวดกดจุดบนใบหน้าช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลับได้ดียิ่งขึ้นผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะให้มีการนวดที่บ้านโดยลูกหลาน เพราะสุขสบาย ยังประหยัดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลาที่จะต้องเดินทางมาที่ชมรมผู้สูงอายุ เมื่อหลับได้ดีก็จะช่วยลดการรับประทานคราบนอนหลับได้ การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีโอกาสลดลง ส่วนในกลุ่มที่ต้องประกอบอาชีพทางการแพทย์สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของนวดนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในครั้งนี้ มีข้อควรคำนึงถึงในเรื่องของเวลา และค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรม กล่าวคือ ผู้ศึกษาได้ให้การนวดกดจุดบนใบหน้าด้วยตนเองในช่วงเย็น ต้องเป็นผู้พาผู้สูงอายุกลับบ้านเอง

ทั้ง 5 ราย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจเป็นอย่างมาก เห็นผลดีจากการนวดกดจุดบนใบหน้า แต่การจะให้บริการที่ครอบคลุมทุกรายคงเป็นไปได้ยากจึงต้องมีการจัดระบบบริการที่เหมาะสม และจะต้องมีการศึกษาอย่างเป็นระบบต่อไป แต่เนื่องจากการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจทำในรูปแบบของการสอนและสาธิตการนวดนวดกดจุดบนใบหน้าให้กับเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล พร้อมให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติใช้ต่อที่บ้าน โดยอาศัย ครอบครัว เครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และออกติดตามเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ และประเมินผลในวันมารับบริการครั้งต่อไป

ผู้สูงอายุในระหว่างได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าได้รับความมีความสุขสบาย

การนวดนวดกดจุดบนใบหน้าเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการบำบัดทางการพยาบาล ทางด้านการแพทย์ทางเลือก (CAM : Complementary Alternative Medicine) ที่เรียกกันว่าสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) ซึ่งเป็นการบำบัดอาการ นอนหลับ โดยผ่านการสัมผัส การกดนวด การ

ลูกคำ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์, 2549) เพื่อที่จะเสริมการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพองค์รวมที่ดีขึ้น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการบำบัดรักษา การดูแลแบบองค์รวม คือ การดูแลที่ให้ความสำคัญครอบคลุมทางด้านร่างกายให้มีความสุขสบาย ปรับสมดุลทางกาย ด้านจิตใจ ให้ความเข้าใจ ให้ความเอื้ออาทรที่จริงใจผ่านการสัมผัสที่อบอุ่น และเป็นกันเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล ส่วนในเรื่องของมิติจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นการเชื่อมโยงระหว่างแนวความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่ว่า การนวดที่มุ่งแก้ไขลมปราณตามแนวคิตทางตะวันออกที่มีต้นแบบจากจีน และอินเดีย ที่เชื่อว่าในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดมีพลังชีวิต (ลมปราณ) การนวดประเภทนี้จึงมุ่งป้องกันการเจ็บป่วยช่วยให้พลังชีวิตไหลเวียนได้ดี เป็นการช่วยให้ร่างกายมีความสามารถที่จะต่อต้านโรคและรักษาฟื้นฟูตนเองได้ดี (สมบัติ ตาปัญญา, 2538)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้มีการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า
กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย มีการรับรู้ผลของการนวดกดจุดบนใบหน้ากรณีศึกษามีสุขภาวะองค์รวมที่ดีขึ้น
เช่น ทางกาย กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย มีความสุขสบายและพึงพอใจ ที่มีสิ่งดีๆ กับตนเองมากขึ้น ด้าน
จิตใจ มีความพึงพอใจที่ได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้า และต้องการที่จะรับการนวดต่ออีก
เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ บางรายต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะลูกหลานต้องไปเรียนหรือ
ไปทำงาน เมื่อผู้ศึกษาให้ลูกหลานพาไปนวด กรณีศึกษารู้สึกสดชื่นขึ้น สังเกตจากสีหน้าที่ยิ้มแย้ม
และมีความพอใจที่ได้เข้าร่วมโครงการ ด้านสังคม ผู้สูงอายุทุกราย ไม่เคยไปนวดหน้าที่ไหน เมื่อถูก
คัดเลือกให้ได้รับการนวดหน้า ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเองมากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกรณีศึกษาผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการนวดกดจุดใบหน้ากลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 5 ราย ให้ได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าจำนวนคนละ 3 ครั้งติดต่อกัน ต่อสัปดาห์ ประเมินผลของการนวดกดจุดบนใบหน้า ขณะนวดและหลังนวดจุดใบหน้าครบ 3 วัน โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับของวราภา แหลมเพชร ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือเพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกรณีศึกษา และการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลของการนวดกดจุดบนใบหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ คุณภาพการนอนหลับและเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว ครีมนวดหน้า กาสะมังไส้ น้ำ หนังกากอนามัย สบู่อ่อนเหลว นาฬิกา ป้ายห้ามรบกวน ขณะนวดกดจุดใบหน้า เป็นต้น ศึกษาผลหลังการนวดกดจุดบนใบหน้า ต่อคุณภาพการนอนหลับ และผลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งตัวผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ศึกษาได้เตรียมตัวในการฝึกการนวดกดจุดบนใบหน้าในชั้นเรียนวิชา รมพย.561 การแพทย์ทางเลือกและบำบัดทางการพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2550 และได้รับการอบรมการนวดกดจุดบนใบหน้า จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์ นิชรโรจน์ เป็นระยะเวลา 32 ชั่วโมง (4 วัน) จากนั้นได้ฝึกนวดกดจุดบนใบหน้าเป็นเวลา 1 เดือน ให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอุ้มทอง และผู้ที่ยินดีให้นวดกดจุดบนใบหน้า จำนวน 10 ราย

ผลการศึกษาที่มีข้อสรุปข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว

กรณีศึกษาทั้งหมด 5 ราย เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 79 -81 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีว่าการเสื่อมในวัยสูงอายุ ตามวัยเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับทั้ง 5 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด 1 ราย สถานภาพหม้าย ทั้ง 4 ราย ระดับการศึกษาจบชั้นปริญญาตรี 1 ราย จบชั้น ป.4 จำนวน 4 ราย มีอาชีพรับราชการ บำนาญ 1 ราย เกษตรกร 1 ราย และเป็นแม่บ้าน 2 ราย ค่าขาย 1 ราย มีรายรับประมาณ 3,000-5,000 บาท/เดือน จำนวน 4 ราย อีก 1 ราย มีรายรับ 15,000 บาท/เดือน แหล่งรายได้จากเงินเดือน 1 ราย จากบุตรให้ไว้ใช้จ่าย 3 ราย จากอาชีพค้าขาย 1 ราย ใช้จ่ายที่มีผลกับการนอนหลับ 1 ราย ไม่ใช้นอนหลับ 4 ราย ไม่มีการใช้สารเสพติด ดื่มเครื่องดื่มประเภทนม 4 ราย และเครื่องดื่มโอวัลติน 1 ราย มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 1 ราย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ด้านการบริโภคอาหารและการใช้ยากรณีศึกษาทั้ง 5 ราย

รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะประกอบ เน้นการรับประทานผัก และผลไม้ รับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการ ส่วนใหญ่มักเป็นช่วงก่อนนอน บางคืนต้องตื่นมากลางดึกเพื่อปัสสาวะคืนละ 3-4 ครั้ง และการใช้ยา ผู้สูงอายุ ทำงานบ้านเอง รับประทานอาหารที่ทำเองที่บ้าน มักตรงเวลาส่วนใหญ่เพราะต้องกินยาเบาหวานให้ตรงเวลา

2.2 ด้านการออกกำลังกาย กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย มีกิจกรรมการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วัน โดยการ เดินเร็ว และฝึกไท้เก๊กตอนเช้ามีดร่วมกับเพื่อนๆ สูงอายุที่เห็นว่า การออกกำลังกาย บางครั้งใช้เครื่องออกกำลังกายที่มีในสนาม ไม่ออกกำลังกายแต่มีกิจกรรมที่ไม่ได้อยู่เฉยๆ ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ “แต่ทำงานบ้าน ก็ได้เหงื่อแล้ว ช่วยหลานสาวทำงานยุ่งๆ เราก็ช่วยเขาบ้าง” “ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะทุกวันต้องออกไปถางหญ้า คายหญ้า ขุดดิน ก็เหนื่อยพอแล้วเลยไม่ได้ไปออกกำลังกายไหน” บางรายมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคจึงไม่ชอบการออกกำลังกาย “ป้าไม่ชอบออกกำลังกาย แข็งขาก็ไม่ดี ไม่มีจิตใจ จะไปออกกำลังกายหรอ”

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย

มีการจัดการกับการนอนไม่หลับด้วยตนเอง เช่น “ให้อ่านหนังสือสวดมนต์”

“กินยาที่ไปขอจากหมอมาเก็บเพื่อไว้ ไม่ได้กินทุกวัน ไม่ดื่มของมีนเมา ชา กาแฟ แล้วก็ชอบอาบน้ำอุ่น”

“ป้ากินยานอนหลับที่หมอให้มา ตอนไปเอายาความดันกินก่อนนอน บอกหมอฟานอนไม่หลับหมอก็ให้มาด้วย”

“ป้าไม่กินน้ำชากาแฟก่อนนอน”

“บางทีคิดอะไรุ่นวาย แล้วยอนไม่หลับปวดเมื่อยแข้งขาด้วย ไปกันใหญ่เลยซื้อยามากินบ้าง ให้ลูกหลานบีบๆ นวดๆ ให้บ้าง”

“ฟังเพลงเก่าๆ ที่เปิดตอนเด็กๆ บางช่วงจะมีพระเทศก์ ฟังหมด ชอบเพราะเราแก่แล้ว”

“ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง”

“อากาศเย็นๆ มันปวดขา ก่อนนอนบางทีต้องกินยาแก้ปวด ไม่กินมันนอนไม่ลงเลยนะ”

3. การรับรู้ผลของการนวดกดจุดใบหน้า ต่อคุณภาพการนอนหลับ

3.1 ด้านร่างกาย แม้จะนวดได้เพียงแค่ครั้งแรก ผู้ป่วยบอกว่า “ดีเหมือนกัน มันเพลินๆ แล้วก็เพลอหลับไปเหมือนกันนะ”

“ดีเหมือนกันเดี๋ยวก่อน ป้าคงส่ายขึ้นจนลูกจำไม่ได้”

“ไม่เคยนวดหน้าเลยอ้าย เพราะชาวบ้านจะว่าแก่แล้วอยากส่าย คราวนี้เป็นครั้งแรก นวดแล้วดีเลย มันหายมันหัว เหมือนเลือดมันวิ่งขึ้นดี ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้ละ”

“ปกติเป็นคนชอบนวดหน้าตอนเป็นสาวๆ นวดเหมือนกัน แต่หยุดไปแล้ว อายุมากงานก็มาก ดิฉันนวดแล้ว ทำให้ป้าหลับกลางวันได้เลย”

“นวดแล้วดิฉัน เย็นสบายหน้าดีจัง”

หลังได้รับการนวดอาการตึงเครียดลดลง “หมอไปฝึกมาจากไหน ถึงได้รู้ว่าลงน้ำหนักเท่าไหนถึงจะพอดี”

3.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ดีขึ้นเวลาพูด ผู้สูงอายุจะยิ้ม กล่าวว่า

“ป้าไม่เคยนวดหน้ามาก่อนนะหมอ พอป้าจิตใจจะนวดอีกจะทำยังไงละทีนี้”

“นี่ดิฉัน รู้สึกว่าหน้าดูผ่องๆ สะอาด กว่าเดิม ครีมนี่หอมดี ไม่ฉุน เลยหลับสบายเลย”

“ชอบมากเลยเวลานวดมันรู้สึกสบาย โล่ง สบายตัวนอนหลับทั้งคืน ไม่ต้องตื่นมากกลางดึก 2 คืนแล้ว”

“นวด สองสามวันนี้ป้าชอบนะ ลูกชายมันพานั่งรถออกมานอกบ้านด้วยกัน ทุกทีมันหายไปไหนต่อไหนของมันก็ไม่รู้เราก็ได้แต่หวังมันไม่เป็นอันตรายอะไร” อาการตึงเครียดลดลง “เบา สบายดี ที่มันตึงๆ ขมับมันก็เบาๆ ลงเหมือนกัน”

3.3 ด้านสังคม ผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลาน โดยกล่าวว่า

“ไม่เคยไปนวดหน้าที่ไหน นี่หมอมะทำให้เองเลยให้ลูกพามาส่ง”

“ป้าว่านวดน้ำมันก็ดีนะ วันหลังจะได้ขอให้หมอสอน ให้ผู้สูงอายุชมรมเราหัดนวดมั่ง” ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น “พอหมอให้มานวดแล้วป้าก็ดีใจนะที่หมอลือเล่อกป้ามานวด คนแก่ๆได้นวดหน้า เพลินดีเหมือนกัน ลูกสาวยังอยากนวดด้วย” “ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่า ก็หมอนวดให้ละ

จากการสัมภาษณ์กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย กล่าวว่า รู้สึกว่าเบาสบายขึ้นหลังนวดกดจุด ไบหน้า สามารถนอนได้นาน ระยะก่อนหลับ สั้นลง หลับได้ดีขึ้น ตื่นขณะหลับน้อยลง ผลจากการศึกษาจึงสามารถสรุป การนวดกดจุดไบหน้าสามารถเพิ่มคุณ ภาพการนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น

ด้านจิตใจ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอย่างสูง เมื่อได้รับการนวดกดจุดบนไบหน้า และมั่นใจว่าสามารถช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น แม้หลังจากนวดกดจุดไบหน้าเพียงครั้งแรกก็ตาม อาจเนื่องจากอาการนอนไม่หลับเป็นอาการแบบเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล การสัมผัสเพื่อบำบัดรักษา (therapeutic touch) ผ่านการกดนวดกดจุด ไบหน้าจะช่วยให้อารมณ์และจิตใจผ่อนคลาย และความสุขสบายจากสัมผัสช่วยให้กรณีศึกษาารู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ มีการหลั่งฮอร์โมนที่เหมาะสม เช่น เอนโดर्फินและเอนเคฟาลิน และเซโรโทนินเป็นต้น ทำให้กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย สามารถพักผ่อนหลับได้ดีขึ้นมากขึ้น

ด้านสังคม จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังได้รับการนวดกดจุดไบหน้า ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมกับครอบครัว หรือกิจกรรมในชุมชนได้มากขึ้น และทำให้รู้สึกว่าตนเองเริ่มมีคุณค่า มากขึ้น ลูกหลานใส่ใจมากขึ้น

สรุปข้อคิดที่ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าการนวดกดจุดบนไบหน้าเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นได้ โดยสามารถทำให้ผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับสามารถผ่อนคลายจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ และนอนหลับได้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อกันระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ หากสามารถนำกิจกรรมการนวดกดจุด ไบหน้ามาใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันในผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับ จะช่วยเติมเต็มความต้องการทางการรักษาของผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นแบบองค์รวมมากขึ้น เนื่องจากไม่มีแผนการรักษาใดที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายขาด จำเป็นที่จะต้องหาแนวทางรักษาที่หลากหลายและเลือกนำมาใช้ให้เหมาะสม (ลดาวัลย์ นิชิโรจน์, 2549)

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ในเรื่องของสาเหตุ ปัญหาการนอนไม่หลับและยาที่มีผลต่อการนอนหลับ ที่รับประทานนั้น เนื่องจาก Half life ของยาในผู้สูงอายุจะยาว กว่าวัยอื่น อาจะย่นย่นผลของการนวดกดจุดไปหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับได้ยาก
2. ในการนวดกดจุดไปหน้าในครั้งแรก บางรายอาจจะรู้สึกไม่ผ่อนคลาย เพราะยังมีอาการเจ็บปวดและอยากทราบว่า ฝึกนวดมาอย่างไรคงมีการพูดคุยซักถามขั้นตอนการนวดออก จากนั้นบางคน ญาติตามมาด้วยจึงอาจส่งผลให้การนวดกดจุดไปหน้าต่อการนอนหลับส่งผลได้ไม่ดีเท่าที่ควร
3. การจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยทำให้การหลับอาจไม่เต็มที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรมีการเสนอแนะในการกระตุ้นให้มีและใช้การนวดกดจุดนวดกดจุดไปหน้า เมื่ออยู่ที่บ้านหรือแม้แค่ขณะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลเพราะ การรักษาวินิจฉัย สามารถใช้ควบคู่กับการรักษาของแพทย์ในการดูแลผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับ เพื่อส่งเสริมเกิดการดูแล พึ่งพาใส่ใจกันในครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้นอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

1.2 พยาบาลและบุคลากร ควรมีการจัดกิจกรรมการสอนและสาธิตการนวดกดจุดไปหน้า แก่ผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับ และญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ และมีการประสานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการสอนและสาธิตในเรื่องการนวดกดจุดไปหน้าแก่นักศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับแบบผสมผสาน (Complementary Care) และนักศึกษาสามารถนำไปใช้ในการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลครอบครัว และผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนได้

3. ด้านการศึกษาวิจัย

เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาหรือประชาชนผู้สนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการนวดกดจุดใบหน้า ในการบรรเทาอาการอื่นๆ หรือผู้ที่มีปัญหาในระบบการไหลเวียนโลหิต โครงร่างและกล้ามเนื้อต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารังต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีการออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองที่คำนึงถึงตัวแปรภายนอกต่างๆ ให้รัดกุม เพื่อยืนยันผลที่ได้จากการศึกษาให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง
2. ควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะเวลาที่มากกว่า 3 วัน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ หรือในวัยที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษา การนำวิธีการนวดกดจุดใบหน้าใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้เพิ่มประสิทธิผลผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับที่มากขึ้น
4. ควรมีการศึกษาการนวดกดจุดกับอวัยวะอื่นๆ เช่น หู และมือ เป็นต้น เพื่อใช้ยืนยันประโยชน์ของการนวดกดจุดให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

กรณีศึกษา: ผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ

CASE STUDIES EFFECTS OF ACUPOINT FACIAL MASSAGE ON QUALITY OF SLEEP
IN OLDER PERSONS

บุญสม หงษ์โต 4937558 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ลดาวัลย์ นิชรโรจน์, พย.ด., ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม.
(การบริหารการพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับเป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (WHO, 1998) เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในการคงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีมีความสำคัญต่อร่างกายทั้งในขณะสุขภาพปกติ และเมื่อเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตของทุกเพศวัย ต้องอาศัยการนอนหลับ ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้เสมอ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ความชุกของการนอนไม่หลับพบได้ถึง 1 ใน 3 ในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นพบว่าผู้ใหญ่วัยละ 90 ขึ้นไป เคยนอนไม่หลับอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต และร้อยละ 10 เคยนอนไม่หลับอย่างรุนแรงในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2545 พบปัญหาการนอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุอยู่ในอันดับ 4 ของ 5 อันดับแรก ของกลุ่มอาการที่พบบ่อยและพบมากในเพศหญิง

ผลกระทบของการนอนไม่หลับ จะมีผลเสียหลายในผู้สูงอายุ มีการเผาผลาญโปรตีนไม่ดี และลดภูมิคุ้มกัน การรับรู้แย่ลง ความเสื่อมของสมองมากขึ้น และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ทำให้มีอาการง่วงนอนมากผิดปกติในช่วงเวลากลางวัน (excessive daytime sleepiness) ความสามารถในการมีสมาธิ ความตั้งใจ ความจำลดลง (Banno & Kryger, 2007) ความทุกข์ทรมาน จากการนอนไม่หลับ บางครั้งผู้ป่วยก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการไปซื้อยานอนหลับมารับประทานเองซึ่งยานอนหลับก็เป็นดาบสองคม เกิดปัญหาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งความรุนแรงของผลสืบเนื่องสัมพันธ์กับ

ปริมาณการนอนที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ พบว่ามีอัตราของการขาดงานการใช้บริการทางการแพทย์สูงขึ้นและความสามารถทางสังคมลดลง (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2546) ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับจะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและใจ และคุณภาพชีวิตอย่างมากอาการที่พบบ่อยคือใช้เวลานานกว่าจะหลับคืนมาไม่สดชื่นเพลีย (รวีวรรณ นิเวตพันธ์, 2548) มีอารมณ์เศร้า ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ด้านสังคม เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด อ่อนล้า ไม่รับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล สับสน และประสาทหลอน (Chrintensen 1995; Evan & French, 1995) รบกวนการทำงานประจำวัน (Hoffman, 003) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (Shneerson, 2005) การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่มักถูกละเลย ไม่ได้ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่เหมาะสมกับสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย หรือมีปัญหาด้านอารมณ์ความวิตกกังวลทำให้เกิดวงจรชั่วร้าย นอกจากการเลือกใช้อย่างเหมาะสมแล้วการบำบัดที่ไม่ใช่ยามีความสำคัญมาก

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้ววิธีต่างๆ ต้องเน้นที่ความรู้ความเข้าใจและการปรับพฤติกรรม ซึ่งต้องใช้เวลาสำหรับการเรียนรู้และปรับความเชื่อและทัศนคติเพื่อการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยเฉพาะด้านการรักษาด้วยยานอนหลับเพราะอาจมีผลข้างเคียงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุที่不僅ไม่พึงประสงค์ สารเคมีอาจทำให้เกิดอาการเป็นพิษ จึงสมควรที่จะมีการดูแลรักษาที่ทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัยยิ่งขึ้น การนวดกดจุดบนใบหน้าในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่งนำเข้ามาผสมผสานเข้ากับการดูแลของแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ ในการบำบัดอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่มีมาแต่โบราณ โดยใช้เพียงมือ และจิตใจที่มีความปรารถนาดีที่จะให้ผู้ได้รับการนวดสัมผัสมีความสุขกายและใจ ผ่านการสัมผัสที่ประกอบด้วยการถูบกด คลึง อย่างมีระบบเป็นพื้นฐานที่สื่อถึงความอบอุ่นเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากผู้นวดผู้ถูกนวดทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อและช่วยบรรเทาอาการตึงเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2549) ซึ่งพยาบาลสามารถนำมาผสมผสานกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อทำให้ผ่อนคลายและบรรเทาอาการนอนไม่หลับ การนวดและการกดลงในจุดที่สัมพันธ์กับจุดที่ช่วยให้ผู้สูงอายุพักผ่อนได้ หรือจุดศูนย์กลางพลังงานของร่างกาย กระตุ้นสมองจากจุดพิเศษ เช่น บนใบหน้าส่งผลให้การหลั่งของมีลาโทนิน (Melatonin) ส่งผลโดยตรงต่อการสร้างเซโรโทนินในร่างกาย ทำให้เกิดความสุขสบาย ช่วยบรรเทาอาการปวดในระยะยาวและทำให้มีคุณภาพการนอนดีขึ้น ได้แต่งงานวิจัยในการนวดกดจุดใบหน้าต่อการนอนหลับมีอยู่น้อยในต่างประเทศส่วนในประเทศไทยยังไม่มีปรากฏงานวิจัยที่เกี่ยวกับการนวดกดจุดที่ใบหน้าต่อการนอนหลับ

ดังนั้น เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของการนวดกดจุดใบหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุ และหาทางเลือกแบบผสมผสานที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับผลเสียจากการใช้ยาหรือสารเคมีลดลง ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาผลของการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาสุขภาวะและการรับรู้ในการนวดกดจุดใบหน้า ความพึงพอใจกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ

สมมุติฐาน

1. ภายหลังได้รับการนวดกดจุดใบหน้า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น
2. ภายหลังได้รับการนวดกดจุดใบหน้า ผู้สูงอายุที่ได้รับความสุขสบายมีสุขภาวะองค์รวมที่ดีขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. ผลการนวดกดจุดใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
2. ได้แนวทางการส่งเสริมการนอนหลับแบบผสมผสานในผู้สูงอายุ
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย
4. สามารถขยายผลการศึกษา โดยนำมาให้พยาบาล หรือผู้สนใจ นำไปใช้ในการบรรเทาอาการนอนไม่หลับเบื้องต้นที่บ้าน เน้นให้มีการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นรูปแบบที่ผสมผสานการรักษาอาการนอนไม่หลับที่จะใช้ยา หรือไม่ใช้ยาต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเชื่อว่าระบบการทำงานจะประสานกันอย่างสมดุล โดยเมื่อส่วนหนึ่งถูกกระตุ้นอีกส่วนหนึ่งจะยับยั้งโดยจะเป็นผลต่อเนื่องมาจากการรับกระแสประสาท จากส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ได้แก่ ความคิดต่าง ๆ เป็นการประมวลวิเคราะห์และตีความข้อมูล จากการรับรู้ประสาทส่วนปลาย จากระบบลิมบิก (limbic system) ได้แก่ ความรู้สึก อารมณ์ (วราภา แหลมเพชร, 2544) มีหน้าที่ประสานการทำงานระหว่างสมองบริเวณ ซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ ไฮโปทาลามัส และศูนย์สั่งการในก้านสมอง ซึ่งเป็นแหล่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจากอารมณ์ (กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย, และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551) ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะทำให้ reticular activating system (RAS) ทำงานเด่น ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะตื่น

แต่เมื่อมีสิ่งเร้าลดลงได้แก่ความเจ็บ ความมืด จะทำให้การกระตุ้นระบบ RAS ลดลง บุคคลเริ่มผ่อนคลายเข้าสู่การนอนหลับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยจะอยู่ในภาวะเครียด วิตกกังวลทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ คุณภาพและปริมาณการนอนหลับของผู้ป่วยลดลงรวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ คือระบบประสาทจะมีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์โดยผ่านสมองส่วนไฮโปทาลามัส และระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ได้แก่ ซีรีบัลลอร์เทกซ์ ระบบลิมบิก และเทคนิควาร์โพร์เมชัน (reticular formation) จงจกรการนอนหลับและการตื่นถูกควบคุมโดยการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางบริเวณสมองส่วน ไฮโปทาลามัส และก้านสมอง (brain stem) สำหรับสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการนอน (hypnotic area) ได้แก่ Brain stem reticular formation สมองส่วนที่เรียกว่า reticular activating system ทำให้มีการตื่นตัวและตื่นจากการนอนหลับและการนอนหลับเกิดจากการกระตุ้นของสมองบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและยับยั้งการทำงานของ RAS ร่วมกับการทำงานของสารประสาทที่สำคัญที่มีการทำงานที่เกี่ยวข้องมี 3 ชนิดคือ ซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งสังเคราะห์จากบริเวณ raphe nucleus และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จากลูกัส เซลูลัส (locus cerulus) กับอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) จาก basal brain ลักษณะการทำงานจะเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองในทางตรงกันข้ามกัน (reciprocal interaction) พบว่าในระยะของการหลับ (slow wave sleep) ในระยะการนอนหลับ REM sleep การทำงานของ อะเซทิลโคลีน เพิ่มการทำงานมากขึ้นเนื่องจากการลดการทำงานของซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน และเมื่อซีโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟริน กลับมาเพิ่มการทำงานมากขึ้นจะมีผลทำให้ยับยั้ง REM sleep และเข้าสู่ NREM sleep สลับกันไปมาตลอดช่วงระยะเวลาการหลับ (ราตรี สุคตธรรม และวีระชัย สิงหนิยม, 2545; Gareia-Rill, Wallace, Good, 2006)

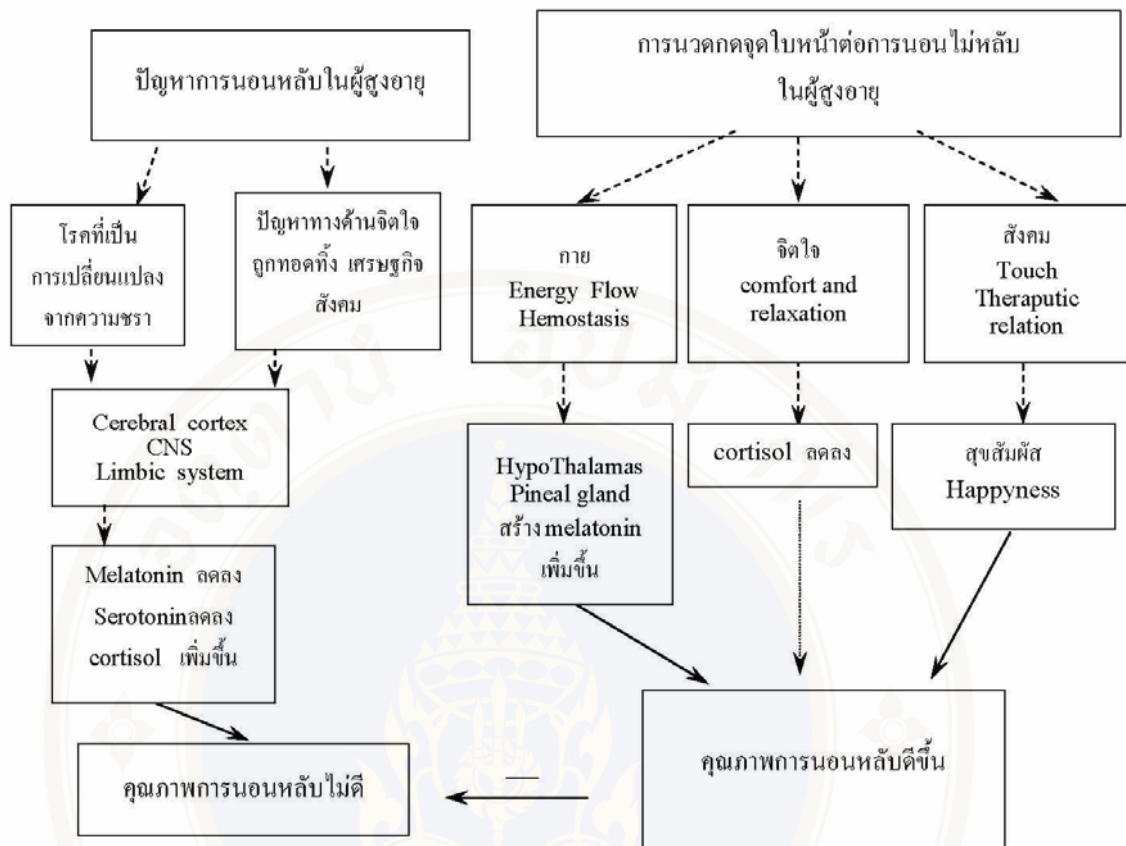
การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวลสนองในส่วนของไฮโปทาลามัสจะถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารคอร์ติโคโทรฟิน รีลีสซิง แฟกเตอร์ (corticotrophin releasing factor) และกระตุ้นให้ หลั่งฮอร์โมน ไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตให้ หลั่งคอร์ติซอลซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Iachman, 1983: 9-11 อ้างในคารัสนี โพธารส, 2538) ส่วนระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไต หลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งประกอบไปด้วย ฮอร์โมนอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟริน มีผลทำให้กล้ามเนื้อ เกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น และคอร์ติซอลมีการหลั่งที่เพิ่มขึ้น (วัฒนา วัฒนาภา, สุภัตรา โล่ศิริวัฒน์, และ สุพรพิมพ์ เกียรติกุล, 2551)

นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงในรอบวันของแสง (light-dark cycle) มีผลต่อการนอนหลับด้วยเช่นกันเพราะต่อมไพเนียล (pineal gland) ทำหน้าที่สังเคราะห์ ซีโรโทนิน (serotonin 5-HT) ซึ่งจะถูกเปลี่ยนเป็นเมลาโทนิน (melatonin) ในเวลากลางคืน ส่วนในเวลากลางวันแสงจะผ่านเข้าทางจอตาทำให้เกิดสัญญาณมาตาม retinopothalamic tract ไปสู่ไฮโปทาลามัสบริเวณ suprachiasmatic nucleus ซึ่งควบคุมจังหวะการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไพเนียล โดยผ่านทางประสาทซิมพาเทติก แสงสว่างจะยับยั้งประสาทซิมพาเทติกที่ยังต่อมไพเนียล ทำให้มีเมลาโทนิน (melatonin) หลังน้อยลง (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551)

ผู้ศึกษาได้นำการนวดกดโบน้าเป็นวิธีการการกดนวด กระตุ้นตามตำแหน่ง ซึ่งสะท้อนเป็นตัวแทนอวัยวะในร่างกาย เพื่อให้มีผลเกิดแก่ส่วนต่างๆ ของร่างกายปรับร่างกายให้เกิดความสมดุล แก้ไขภาวะความไม่สมดุล เพื่อทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาวะปกติ ช่วยให้ระบบการไหลเวียนโลหิตภายหลังการนวดกดจุดบนโบน้าจะดีขึ้น ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายความตึงเครียด และการเกร็งตัวของระบบกล้ามเนื้อ

ในทฤษฎีอันเกิดจากการสัมผัส (Proprioceptive nervous receptors theory) การนวดกดจุดจะช่วยกระตุ้นบริเวณโบน้า ซึ่งเป็นตำแหน่งของตัวแทนของอวัยวะ ต่อมาต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญคือต่อมไพเนียล เมื่ออวัยวะต่างๆ เกิดการตอบสนองปรับการทำงานของ ไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ทำให้รับรู้ถึงความสงบและผ่อนคลาย ทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย มีอารมณ์เป็นสุข (Dougags, 1996) และจากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองหรือมีการเสื่อมหน้าที่ของระบบส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของจังหวะในรอบวันของการนอนหลับ (Kamel, & Gammack, 2006) ในระยะ NREM 4 และ REM ลดลง NREM 1 และ 2 เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงการหลั่งของฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับมีระดับที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุนอนหลับยากขึ้นการนวดกดจุดโบน้าสะท้อนอวัยวะที่เป็นต่อมไพเนียล ที่หน้าผากจะช่วยปรับความสมดุลของร่างกาย ช่วยกระตุ้นปรับการทำงานของฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวกับการนอนหลับและปรับการทำงานของฮอร์โมนที่สำคัญ คือ เมลาโทนินซึ่งจะสร้างในเวลากลางคืน (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2551) จะทำให้การนอนหลับดีขึ้นและ ทางด้านจิตใจผลของการนวดกดจุดบนโบน้าผู้ได้รับการดูแล จะเกิดความรู้สึกสุขสบายทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ทางด้านสังคม การนวดกดบนโบน้ายังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอันเกิดจากการรับรู้จากการสัมผัส (proprioceptive sensory) เข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล เป็นผลให้ผู้สูงอายุไม่หลับมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการใช้แพทย์ทางเลือกมาผสมผสานในการอธิบายเหตุและผล ของการทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้น การนวดกดจุดโบน้าเป็นกิจกรรมสุขสัมผัสที่มาจาก

แนวคิดการแพทย์แผนตะวันออกที่มองว่าหากพลังในร่างกายของมนุษย์ไหลเวียนดี ผู้ป่วยจะมีสุขภาพดี หากพลังติดขัดจะเกิดโรคในจุดนั้น บริเวณใบหน้าของคนเหล่านั้นจะมีตัวแทนที่เป็นอวัยวะของร่างกาย เช่น จุดบริเวณระหว่างคิ้ว คือตัวแทนของไพเนียล (Pineal Gland) พิตูอิตารี (Pituitary) (ลัดดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์, 2550) ซึ่งเป็นตัวสร้างมีลาโดนิน (Melatonin) ดังนั้นการกระตุ้นจุดนี้จึงเป็นการทำให้ร่างกายหลั่งมีลาโดนิน(Melatonin)เพิ่มขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยหลับดี ในเวลาเดียวกันเมื่อผู้สูงอายุมีผู้มาดูแล จะรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ ที่มีผู้มาใส่ใจดูแล ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ระดับ Cortisol หรือฮอร์โมนลดลง ขณะเดียวกันการสัมผัสไปบนใบหน้าและผิวหนังผู้ป่วยเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ เข้าบำบัด (Therapeutic relation) ทั้งหมดเป็นการดูแลที่เข้าถึงกายจิตและสังคมนั่นคือ ความเป็นองค์รวมที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (ลัดดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์, 2551) ดังภาพด้านล่างนี้



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิด ในการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
ประยุกต์จากแนวคิด ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2550

วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกรณีศึกษา โดยศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการนวดกดจุดบนใบหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุ้มทอง จำนวน 5 ราย ให้ได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าจำนวนคนละ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ประเมินผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าขณะนวดและวันรุ่งขึ้น โดยประยุกต์ใช้ใช้แบบประเมินการนอนไม่หลับ คุณภาพการนอนหลับของวราภา แหลมเพชร ที่ทำไว้เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและการจัดการการนอนหลับในผู้สูงอายุ โดยจะทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในเดือนกุมภาพันธ์ 2553

กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกกรณีศึกษา

1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ของการนอนหลับ ข้อใดข้อหนึ่งคือ ระยะเวลาที่นอนหลับได้ทั้งหมดน้อยกว่า 6 ชั่วโมง หลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้า นอนใช้เวลามากกว่า 30 นาที มีอาการง่วงหลับสัปหงกกลางวันบ่อย หรือนอนหลับไม่ต่อเนื่องตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกไม่สดชื่น มีอาการเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และเป็นมาอย่างน้อย 1 เดือน
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับประเมิน โดยใช้เครื่องมือประเมินการนอนหลับของเบค (beck, 1992) มาตรฐานการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์ ฮานเฟิล (VSH Sleep Scale) (Synder Halpern & Verren, 1987 อ้างในวรภา แหลมเพชร, 2544)
3. มีการรับรู้ปกติ
4. สามารถพูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร
5. สนใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการนวดกดจุดใบหน้าได้ครบตามโปรแกรม
6. ไม่นวดกรณีมีข้อห้าม เช่น มีแผลติดเชื้อ มีไข้สูงมีการอักเสบพุพองหรือถุงน้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล.

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพ และปริมาณการนอนหลับ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุของวรภา แหลมเพชรโดยใช้เพียง 2 ใน 4 ส่วน ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์การนอนหลับที่ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ขณะนอนหลับที่บ้าน ซึ่งได้พัฒนามาจากเครื่องมือประเมินการนอนหลับของเบค (beck, 1992) มาตรฐานการนอนหลับของเวอร์เรนและสไนเดอร์ ฮานเฟิล (VSH Sleep Scale) (Synder Halpern & Verren, 1987 อ้างในวรภา แหลมเพชร, 2544) เนื่องจากสามารถประเมินการนอนหลับได้ครอบคลุม คือ ระยะเวลาที่ใช้ก่อนหลับ ความต่อเนื่องในการนอนหลับ ปริมาณการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ จำนวนครั้งของการงีบหลับกลางวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการร่วมกิจกรรม

- ผ้าเช็ดตัวคนละ 2 ผืน
- ครีมเพื่อใช้กันการระคายเคืองและความไม่สุขสบาย(ผ่านการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมรับรองมาตรฐานสินค้าผลิตภัณฑ์ชุมชน
- กาละมังใส่น้ำเพื่อทำความสะอาดผิว 2 ใบ
- หน้ากากเพื่อป้องกันการหายใจรดผู้รับการนวด
- สบู่อ่อนเหลวเพื่อทำความสะอาดผิว
- นาฬิกา
- ป้ายห้ามรบกวนขณะนวดกดจุดใบหน้า

การดำเนินการศึกษา

การดำเนินการศึกษา แบ่งเป็น 3 ช่วง

ช่วงที่ 1 คือวันแรก (D_0) โดยประเมินการนอนหลับ เพื่อคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ในวันแรกที่สูงอายุมาตามนัด โดยผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

ช่วงที่ 2 ควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างรับการนวดกดจุดใบหน้าให้ตรงตามตามวัตถุประสงค์

วันที่ 1 (D_1) นวดกดจุดใบหน้าเพื่อประเมินการนอนขณะนวด

วันที่ 2 (D_2) นวดกดจุดใบหน้าเพื่อประเมินการนอนขณะนวดและ
หลังนวดกดจุดใบหน้าใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 3 (D_3) นวดกดจุดใบหน้าเพื่อประเมินการนอนขณะนวดและ
หลังนวดกดจุดใบหน้าใน 24 ชั่วโมง

วันที่ 4 (D_4) ประเมินการนอนหลังนวดกดจุดบนใบหน้าใน 24 ชั่วโมง
เว้นการนวดกดจุดบนใบหน้า (Post-test)

เขียนแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิดำเนินการศึกษา

วันก่อนนวด	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4
สอบถาม คุณภาพการ นอนหลับ Pre-test	นวดกดจุดใบหน้า สังเกตคุณภาพการหลับขณะนวด			ไม่นวดกดจุดใบหน้า สอบถามคุณภาพการหลับ Post-test

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 ราย วิเคราะห์ผลการศึกษาได้ตามข้อมูล ได้ข้อสรุปของการศึกษาได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุอยู่ระหว่าง 70 – 81 ปี ทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพโสด 1 ราย สถานภาพหม้าย 4 ราย ระดับการศึกษาจบชั้นปริญญาตรี 1 ราย จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 ราย เป็นราชการบำนาญ 1 ราย เกษตรกร 1 ราย และเป็นแม่บ้าน 2 ราย ค่าขาย 1 ราย รายได้ 3,000-5,000 บาท/เดือนจำนวน 4 ราย อีก 1 ราย 15,000บาท/เดือน แห้งรายได้จากเงินบำนาญ 1 ราย จากบุตร 3 ราย และประกอบอาชีพค้าขาย 1 ราย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาเพียง 1 ราย ใช้ยาแก้ลมประสาทโคเดอีนแพม ทั้ง 5 ราย ไม่ใช้ยาสูบหรือดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มเครื่องดื่มประเภทนม 4 ราย และเครื่องดื่มโอวัลติน 1 ราย มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 1 ราย

แรกเริ่มเข้าร่วมโครงการ ก่อนการนวดกดจุดใบหน้า (D₀) เวลาที่เข้านอนเวลา 21.00-24.00 นาฬิกา หลังเข้านอนโดยปกติใช้เวลานาน 40- 60 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับโดยเฉลี่ย 2- 4 ครั้ง โดยสาเหตุจากการลุกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 5 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 3.00 - 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับแต่ไม่สนิท 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับทั้งหมดคิดว่านอนหลับไม่เพียงพอ คะแนนของความรูสึกพึงพอใจในการนอนหลับ 5 คะแนน การจับหลับในเวลากลางวันจำนวน 1 ครั้ง 3 ราย

กรณีศึกษาทั้ง 5 ราย หลังการนัดตรวจดูใบหน้าครบ 3 วัน ที่ (D₄) เวลาที่เข้านอนเวลา 22.00 - 23.00 นาฬิกา หลังเข้านอนโดยปกติใช้เวลานาน 20 - 30 นาที จึงหลับได้ ในแต่ละคืนจะมีการตื่นในระหว่างการนอนหลับลดลงเป็น 2-3 ครั้ง โดยสาเหตุจากการถูกมาปัสสาวะ ระยะเวลาการนอนแต่ละคืน 6-7 ชั่วโมง เวลาตื่นนอนโดยประมาณ 4.00 - 5.00 นาฬิกา ส่วนใหญ่ของการนอนหลับจะหลับสนิทขึ้น 5 ราย ความเพียงพอของการนอนหลับคิดว่านอนหลับเพียงพอ คะแนนของความรูสึกพึงพอใจในการนอนหลับ 8-9 คะแนน จึงหลับในเวลากลางวัน เพียง 1 ราย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย สรุปข้อมูลได้ดังนี้

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร และการใช้ยา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะประกอบ เน้นการรับประทานผัก และผลไม้ รับประทานยานอนหลับ เมื่อมีอาการ ส่วนใหญ่มักเป็นช่วงก่อนนอน มี 1 ราย ไม่ใช้สารกระตุ้นหรือสารเสพติด ดื่มเครื่องดื่มประเภทนม 4 ราย และเครื่องดื่มโอวัลติน 1 ราย

รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ทั้ง 5 ราย ตรงตามเวลาเพราะต้องรับประทานยารักษาโรคเบาหวานกินตามที่แพทย์สั่ง แต่ 1 ราย รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงเวลา เนื่องจากขายของ บางครั้งไม่มีเวลาหยุดรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่รับประทานข้าวทำเอง 1 ราย

2.2 ด้านการออกกำลังกาย มี 1 ราย ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กับสถานที่ราชการจัดไว้ เช่น ฝึกให้เก็กตอนเช้ามีร่วมกับเพื่อนๆ สูงอายุที่เห็นว่าการทำงานบางอย่าง บางครั้งใช้เครื่องออกกำลังกายที่มีในสนาม โดยประมาณ ส่วนอีก 3 ราย ใช้การเดินในสวน หรือทำงานบ้าน ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะสภาพอายุที่ค่อนข้างมากและไม่ชอบ และไม่ค่อยแข็งแรงกาย “ไม่ค่อยออกกำลังกายเพราะทุกวันต้องออกไปถางหญ้า คายหญ้า ขุดดิน ก็เหนื่อยพอแล้ว เลยไม่ได้ไปออกกำลังกายที่ไหน” “แต่ทำงานบ้าน ก็ได้เหงื่อแล้ว ช่วยหลานสาว ทำงานอยู่ๆ เราก็ช่วยเขาบ้าง” “เดินช้าๆ แกว่งแขนขาบ้างนิดๆ หน่อยๆ วนๆ รอบบ้านมันเปลี่ยไม่มีแรง เตียวหน้ามืด ลูกมันก็ห้าม อย่าเที่ยวเดินไปน้ก” และมี 1 ราย ที่ไม่ชอบออกกำลังกาย “ป่าไม่ชอบออกกำลังกาย แข็งขาก็ไม่ดี ไม่มีกะจิตกะใจ”

2.3 ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับ

ด้านการจัดการกับการนอนไม่หลับใช้ อ่านหนังสือสวดมนต์ สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน รับประทานยานอนหลับเมื่อจำเป็น “กินยาที่ไปขอจากหมอมาเก็บเผื่อไว้ ไม่ได้กินทุกวัน” ไม่ดื่มของมีนเมา ชา กาแฟ อาบน้ำอุ่น รับประทานยาที่ช่วยระงับอาการจากโรคที่เป็น

“อากาศเย็นๆ มันปวดขา ก่อนนอนบางทีต้องกินยาแก้ปวด ไม่กินมันนอนไม่ลงเลยนะ” บางครั้งคิดอะไรวุ่นวายแล้วนอนไม่หลับปวดเมื่อยแขนขาด้วย ไปกินใหญ่เลยซื้อยามากินบ้าง ให้ลูกหลานบีบๆ นวดๆ ให้บ้าง”

“ฟังเพลงเก่าๆ ที่เปิดตอนเด็กๆ บางช่วงจะมีพระเทศก์ ฟังหมด ชอบเพราะเราแก่แล้ว”

“ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง”

“ป่ากินยานอนหลับที่หมอให้มา ตอนไปเอายาเบาหวานกิน ก่อนนอน บอกหมอนอนไม่หลับหมอก็ให้มาด้วย”

ไม่ดื่มของมึนเมา ชา กาแฟ อาบน้ำอุ่น “ป่าไม่กินน้ำชากาแฟก่อนนอน” ฟังรายการวิทยุที่สนใจ “ฟังรายการ ธรรมะในวิทยุ มั่ง ฟังข่าวมั่ง”

สรุปผลการศึกษา

เกี่ยวกับการรับรู้ผลของการนวดกดจุดใบหน้า จากกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย ในด้านต่างๆ โดยการสัมภาษณ์ ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย แม้จะนวดได้เพียงแค่ครั้งแรกผู้สูงอายุพบว่าภาพลักษณ์ดีขึ้น ผู้สูงอายุบอกว่า

“ดีเหมือนกัน มันเพลินๆ แล้วก็ผ่อนคลายไปเหมือนกันนะ”

“ดีเหมือนกันเดี๋ยว ป้าคงสวยขึ้นจนลูกจำไม่ได้”

“ไม่เคยนวดหน้าเลยอายุ เพราะชาวบ้านจะว่าแก่แล้วอยากสวย คราวนี้เป็นครั้งแรก นวดแล้วดีเลย มันหายมีนหัว เหมือนเลือดมันวิ่งขึ้นดี ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้ละ”

“ปกติเป็นคนชอบนวด หน้าตอนเป็นสาวๆ นวดเหมือนกันแต่หยุดไปแล้ว อายุมากขึ้นก็มาก ดินะนวดแล้วทำให้ป้าหลับกลางวันได้เลย”

“นวดแล้วดินะ เย็นสบายหน้าดีจัง” หลังได้รับการนวดอาการตึงเครียดลดลง “หมอไปฝึกมาจากไหน ถึงได้รูว่าลงน้ำหนักเท่าไหนถึงจะพอดี

3.2 ด้านจิตใจ และอารมณ์ดีขึ้นเวลาพูด ผู้สูงอายุจะยิ้ม กล่าวว่า

“ป่าไม่เคยนวดหน้ามาก่อนนะหมอ พอป่าจิตใจจะนวดอีกจะทำยังไงละทีนี้”

“นี่ดินะ รู้สึกว่าหน้าดูผ่องๆ สะอาด กว่าเดิมครีมนี่ก็หอมดี ไม่จูน เลยหลับสบายเลย”

“ชอบมากเลยเวลานวดมันรู้สึกสบาย โล่ง สบายตัวนอนหลับทั้งคืน ไม่ต้อง ตื่นมา กลางดึก 2 คืนแล้ว”

“นวด สองสามวันนี้ป่าชอบนะ ลูกชายมันพานั่งรถออกมานอกบ้านด้วยกัน ทุกทีมัน หายไปไหนต่อไหนของมันก็ไม่รู้เราก็ได้แต่หวังมันไม่เป็นอันตรายอะไร” อาการดังเกรียตลดลง “เบา สบายดี ที่มันดื่งๆ ขมับมันก็ เบาๆ ลงเหมือนกัน

3.3 ด้านสังคม ได้รับการสนใจจากลูกหลานมากขึ้นผู้สูงอายุกล่าวว่า

“อยากให้หมอชวนมานวดหน้าบ่อยๆนะ อยู่บ้านคนเดียวก็เหงาๆ มานวดก็เพลินดีกลับ นอนกลางคืนก็หลับสบายด้วย”

“ไม่เคยไปนวดหน้าที่ไหน นี่หมอจะทำให้เองเลยให้ลูกพามาส่ง”

“ปกติแล้วไม่ค่อยได้ไปไหนหรอกเพราะต้องอยู่ร้านขายของ แต่พอให้ไปนวดที่ ร.พ. มันก็ไม่ไกลไม่เสียเวลาเท่าไร นวดแล้วไม่นานก็ได้กลับ

“ป้าว่านวดหน้ามันก็ดีนะวันหลังจะได้ขอให้หมอสอน ให้ผู้สูงอายุชมรมเราหัดนวดมั้ง” ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น “พอหมอให้มานวดแล้วป้าก็ดีใจนะที่หมอเลือกป้ามานวด คน แก่ๆ ได้นวดหน้า เพลินดีเหมือนกัน ลูกสาวยังอยากรวดด้วย”

“ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้นะ

“ไม่เคยไปนวดหน้าที่ไหน นี่หมอจะทำให้เองเลยให้ลูกพามาส่ง”

“ปกติแล้วไม่ค่อยได้ไปไหนหรอกเพราะต้องอยู่ร้านขายของ แต่พอให้ไปนวดที่ร.พ. มันก็ไม่ไกลไม่เสียเวลาเท่าไร นวดแล้วไม่นานก็ได้กลับ

“ป้าว่านวดหน้ามันก็ดีนะวันหลังจะได้ขอให้หมอสอน ให้ผู้สูงอายุชมรมเราหัดนวดมั้ง” ผู้ป่วยมีความภูมิใจในตนเองมากขึ้น “พอหมอให้มานวดแล้วป้าก็ดีใจนะที่หมอเลือกป้ามานวด คน แก่ๆ ได้นวดหน้า เพลินดีเหมือนกัน ลูกสาวยังอยากรวดด้วย”

“ไม่ต้องเสียเงินไม่ต้องกลัวชาวบ้านว่าก็หมอนวดให้นะ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของการนอนหลับของกรณีศึกษาทั้ง 5 ราย ระหว่างก่อนการรื้อกับหลังเว้นการนอนดกดูบนใบหน้า ครบ 3 วัน

กรณีศึกษา	ช่วงเวลา ที่เข้านอน (นาฬิกา)	ระยะเวลา ก่อนหลับ (นาที)	จำนวนครั้ง ของการตื่น (ครั้ง)	ระยะเวลา การนอน แต่ละคืน (ชั่วโมง/คืน)	เวลาตื่นนอน (นาฬิกา)	ความรู้สึก หลังตื่น	คุณภาพการหลับ	ความเพียงพอ ในการหลับ	ระดับคะแนน ความพึงพอใจ	จำนวนการ งีบหลับ ตอนกลางวัน
	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4	D0 D4
รายที่ 1	23 22	45 30	2 4	5 5	4.00 5.00	ว่าง ไม่ง่วง	ไม่สนิท หลับสนิท	ไม่พอใจ เพียงพอ	5 8	1 1
รายที่ 2	23 22	45 30	2 3	5 5	4.00 5.00	ว่าง ไม่ง่วง	ไม่สนิท หลับสนิท	ไม่พอใจ เพียงพอ	5 8	0 0
รายที่ 3	22 21	60 30	2 2	5 5	3.00 4.00	ว่าง สดชื่น	ไม่สนิท หลับสนิท	ไม่พอใจ เพียงพอ	5 9	1 0
รายที่ 4	24 23	40 20	2 4	5 5	5.00 5.00	ว่าง ไม่ง่วง	ไม่สนิท หลับสนิท	ไม่พอใจ เพียงพอ	5 8	1 0
รายที่ 5	23 22	45 30	2 4	5 5	4.00 4.00	ว่าง ไม่ง่วง	ไม่สนิท หลับสนิท	ไม่พอใจ เพียงพอ	5 8	0 0

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ในเรื่องของสาเหตุการปัญหาการนอนไม่หลับ และยาที่มีผลต่อการนอนหลับ ที่รับประทานนั้นเนื่องจาก Half life ของยาในผู้สูงอายุจะยาวกว่าวัยอื่น อาจะย่นย่นผลของการนวดนวดกดจุดไปหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับได้ยาก
2. ในการนวดกดจุดไปหน้าในครั้งแรก บางรายอาจจะรู้สึกไม่ผ่อนคลาย เพราะยังมีอาการเขินอายและอยากทราบว่าฝึกนวดมาอย่างไรคงมีการพูดคุยซักถามขั้นตอนการนวด นอกจากนั้นบางคนญาติตามมาด้วยจึงอาจส่งผลให้การนวดกดจุดไปหน้าต่อการนอนหลับส่งผลได้ไม่ดีเท่าที่ควร
3. การจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลจะทำให้ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย ทำให้การหลับอาจไม่เต็มที่

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารังต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีการออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองที่คำนึงถึงตัวแปรภายนอกต่างๆ ให้รัดกุม เพื่อยืนยันผลที่ได้จากการศึกษาให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง
2. ควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะเวลาที่มากกว่า 3 วัน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลการนวดกดจุดไปหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ หรือในวัยที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษา การนำวิธีการนวดกดจุดไปหน้าใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้เพิ่มประสิทธิผลผลของการนวดกดจุดไปหน้าต่อการนอนหลับที่มากขึ้น

CASE STUDY: EFFECTS OF ACUPOINT FACIAL MASSAGE ON QUALITY OF SLEEP IN OLDER PERSONS**BUNSOM HONGTO 4937558 RACN/M****M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSE PRACTITIONER)****THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: LADAVOL NICHAROJANA,
D.N.S., PRAKONG INTARASOMBAT., M.ed. (NURSING ADM.)****EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Sleeping is essential for human fundamental living. (WHO, 1998) It is the activity necessary for maintaining physical fitness for both normal circumstance and during sickness. The quality of life for all age individual depends on sleeping. Insomnia is common problem, especially for elderly which was found one third of elderly were suffering from insomnia. It was also found that over 90 percent of adults had been insomnia once in a life time and the other 10 percent of them experienced severe insomnia. According to Thailand Elderly Census Survey in 2545 B.E. reported that insomnia was the fourth and fifth highest physical problems among elderly, especially for female elderly group.

Insomnia severely affected to elderly. It deteriorated their protein metabolism, immune system and cognition. It hastened brain deterioration and increase death rate. Elderly had excessive daytime sleepiness, lost concentration and detention, and reduced memory. (Banno & Kryger, 2007) In order to solve insomnia problem, some elderly took sleeping pills. As a matter of fact, these sleeping pills caused more severely insomnia. The insomnia severity corresponded to insufficient sleep of the elderly. It was found increasing number of absenteeism, more medical

service demand and reduced sociability among these elderly. (Surachai Kuersirikul, 2003) Insomnia effected to their physical and mental health and declined their quality of life. The most frequently found problems included taking long time to sleep, being exhausted when get up and being depressed. (Raviwan Nivatpan, 2005) In addition, insomnia also caused mental and social problems such as being sad, unpredictable, irritated, fatigue, pay no attention to time, place and individual, frustrated and hallucinated. (Christensen 1995; Evan & French 1995) Their routine activities were disturbed. (Hoffman, 2003) and deteriorated work performance. (Shneerson, 2005) Insomnia management was frequently ignored, lacked of treatment or improper treatment suited to the cause, for instance, physical sickness or anxiety caused troublesome insomnia cycle. Besides using proper medicine, non-medicine treatment was a significant alternative.

As mentioned above, insomnia remedy should be focused on well-understanding, knowledge and behavior adjustment which must take time to learn about and change patients' belief and attitude, especially attitude of taking sleeping pill that may cause more serious side effect. Chemical in the sleeping pill can cause toxic symptom, then, it is highly recommended to provide the safer treatment. In this study, we considered acupoint facial massage as an alternative treatment which can be integrated with the modern medication. Acupoint facial massage is both nursing arts and science to remedy individual's sickness since the ancient time. Massagers only used their palms and well wish to provide physical and mental happiness to the patients by groping, pressing rubbing and depressing systemically as the fundamental to express the massager's thoughtfulness and care to the patient. The patient will be relaxed, released muscle pain and stress from chronic diseases. (Ladaval Ounprasertpong, 2006) Nurses are able to integrate acupoint facial massage with the modern nursing practice and medication to relax and relieve insomnia. Massaging and pressing on the proper point will enables elderly to take rest. It also stimulates elder physical energy center and stimulate some significant center point of their brain, for example, massage and press on certain points on the face will stimulates melatonin secretion which effect to serotonin secretion in elderly body and make them feel comfortable and happy, release chronic pain in the long run and improve the quality of sleep. Anyway, there were very few international studies about the effects of acupoint facial massage to

sleep quality, and there is not any research about effects of acupoint facial massage to sleep in Thailand.

The researcher, therefore, was interested in studying the effectiveness of acupoint facial massage to sleep quality among elderly with insomnia and apply the integrated acupoint facial massage to release the side effect of sleeping pill and chemical among elderly.

Research Objectives

1. To study the effect of acupoint facial massage in elderly sleep quality.
2. To study comfort perception in elderly during acupoint facial massage and sleep satisfaction.

Research Hypothesis

1. Elderly with insomnia should have better sleep quality after acupoint facial massage.
2. Elderly with insomnia should have holistic better comfortable after acupoint facial massage.

Expected benefit

1. It was hoped that acupoint facial massage could improve sleep quality of elderly with insomnia.
2. To obtain the guideline for integrated sleep promoting practice for elderly.
3. To obtain fundamental research information.
4. To extend the study results for nurses and interested individual to apply for releasing elderly primary insomnia at home and promoting more self-care. Acupoint facial massage may be integrated with medication or non-medical treatment later on.

Conceptual framework

In the study, it was believed that patient would have balanced physical function after acupoint facial massage. Acupoint facial massage stimulates and restrains symptoms at the same time as the results of sensing neural transmission from the cerebral cortex. Perception was the output of processing, analyzing and interpreting data sent from the end of limbic neural perception system and shown as feeling and emotion. (Varapa Lampetch, 2001) It coordinates the functions of cerebral cortex, hypothalamus and neuron center at brain stems where is the center to generate emotional based behavior. (Kanokwan Diloksakulchai and Chailert Pichitpornchai, 2008) The perception promotes the function of reticular activating system (RAS) which awakes individual. And if there was less stimulus namely in silence and darkness, the stimulation of RAS will be reduced and individual is relax and starts sleeping.

Elderly with sickness are stressed, anxious, had inferior sleep quality and quantity along with other factors that influenced elderly insomnia namely their nervous system responded to mental, physical and emotional functions through hypothalamus and central nervous system (cerebral cortex, limbic system and reticular formation). Generally, sleep and awakening cycle is controlled by the central nervous system at hypothalamus and brain stems. Regarding to hypnotic area, that controls sleep, includes brain stem reticular formation and reticular activating system, controls body awakening and wake up. Sleep stage is resulted from the stimulation at hypnotic area and restraint the function of RAS along with three neural chemicals which correlatively work namely serotonin which is secreted from raphe nucleus, nor epinephrine which is secreted from locus cerulus and acetylcholine which is secreted from basal brains, they function as reciprocal interaction. It was found that during slow wave sleep period in REM sleep, acetylcholine functions increasingly as the result of reduced functions of serotonin and nor epinephrine. Meanwhile, if serotonin and nor epinephrine function increasingly, they restrain REM sleep and turn to NREM sleep alternatively throughout sleep period. (Ratree Sudsuang and Veerachai Singhaniyom, 2002; Gareia-Rill, Wallace, Good, 2006)

Further to the responding to stressfulness and anxiety, hypothalamus is stimulated to secrete corticotrophin releasing factor and a hormone that stimulate adrenal gland to secrete cortisol that will next stimulate awakening brain function and finally deteriorate sleep quality. (Lachman, 198: 9-11 referenced by Darassanee Photarox, 1995) The automatic nervous system responds to stressfulness. Sympathetic nervous system will generate impulse to stimulate the function of adrenal gland. Adrenal gland secretes catecholamine which consists of epinephrine and nor epinephrine that cause increased muscle stress and increased cortisol secretion. (Watana Watanapa, Supatra Losiriwat and Supornpim Jiasakul, 2008)

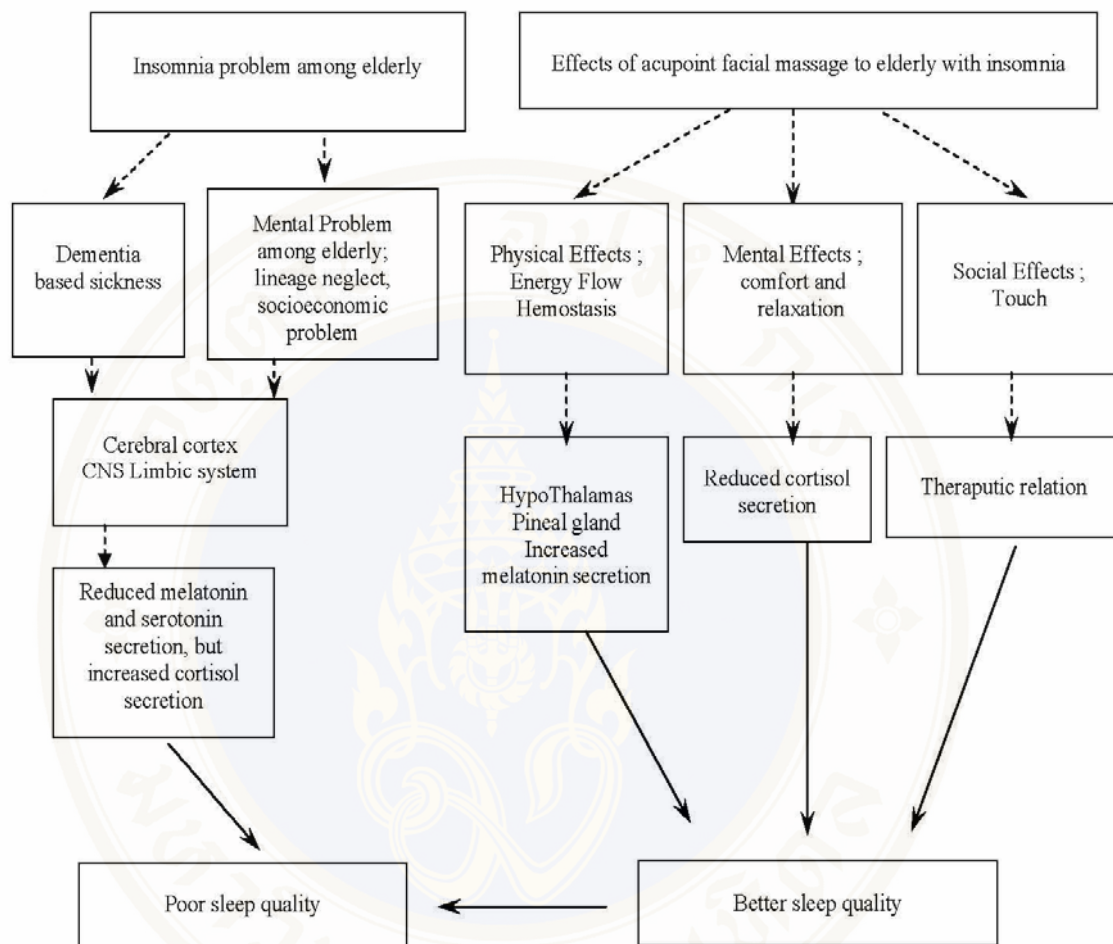
In addition, light-dark cycle also affects to individual's sleep because pineal gland synthesizes serotonin 5-HT which will be changed to melatonin at night. During day time, light passes through retinols and causes retinopothalamic tact to thalamus at suprachiasmatic nucleus that controls the production and secretion of hormone from pineal gland through sympathetic nervous. Light restrains sympathetic impulse to pineal gland and causes reduced melatonin secretion. (Kanokwan Diloksakulchai and Chailert Pichitpornchai, 2008)

The researcher had applied acupoint facial massage to stimulate internal organ representative points on the face in order to improve and promote balance functions of various organs, correct and recover imbalanced body functions, improve blood circulation and enable individual to relax and release muscle stress.

Further to the proprioceptive nervous receptors theory, acupoint facial massage can stimulate significant internal organ representative points on the face namely pineal gland. As various organs respond to acupoint facial massage, hypothalamus and pituitary gland can secrete endorphin better, individual will feel more relax, calm and finally get into sleeping period happily. (Dougags, 1996) Since the physical function of elderly was changed, neural cells inside the brain function less or deteriorate, the nervous system that controls sleep-wake cycle also works improperly. (Kamel & Gammack, 2006) When NREM 4 and REM sleeping period reduced and NREM 1 and 2 increased, body secretes hormones that promote sleep decreasingly, elderly, therefore, sleep harder. Acupoint facial massage at forehead which is the representative point of pineal gland will adjust physical balance, stimulates the functions of hormone systems that related to sleep and adjusts the

secretion of melatonin that is secreted only at night (Ladawan Ounprasertpong, 2008), finally improves sleep quality. Besides, it also affects mental function. Elderly received acupoint facial massage feel comfortable, relax and have balance physical function. For social aspect, acupoint facial massage also creates good relationship caused by proprioceptive sensory, understanding and sympathy between elderly and nurse which finally improves elderly insomnia problem. Acupoint facial massage is an alternative treatment that can be integrated with the modern medication to explain the reason for improving elderly sleep quality. Acupoint facial massage is the touch for happiness which based on ancient eastern therapy which considered that when Chi in the body works properly, patient will get well and be healthy but if Chi does not work properly, it will cause various diseases and symptoms. On human faces, there are representative points of important organs, such as point between elbows is the representative point of pineal and pituitary gland that secretes melatonin. (Laddaval Ounprasertpong, 2007) Stimulating the point, therefore, will increase melatonin secretion which will help the patient sleep better. At the same time, elderly who got acupoint facial massage feel comfort and happy for having someone to take care of and their bodies secrete less cortisol hormone. Meanwhile, touching patient's facial with care is a good way for therapeutic relation. It can be concluded that acupoint facial massage is holistic mental, physical and social therapy that promotes the better sleep quality as shown in the graph below. (Ladaval Ounprasertpong, 2008)

Conceptual Framework



Source of information : Ladaval Ounprasertpong, 2008

Research Methodology

This study was case study research which reviewed and compared the effects of acupoint facial massage to sleep quality among elderly. It included with pre-test and post-test reviews. Participants in the study were 5 elderly who were the members of elderly club at Outhong Hospital. They received 3 acupoint facial massages per week, and were evaluated the effect of acupoint facial massage on the following day. Insomnia and state of sleepless evaluation scale designed by Warapa Laempetch was applied in the study to determine factors disturbing sleep and sleep management among elderly. Participants consented to participate in the survey.

Target Sampling Group and Case Study Selecting Criteria

1. The target sampling group was female elderly, aged more than 60 years old. They had experienced at least one of insomnia symptoms, no less than three times a week and had been suffering the symptom for at least one month. These symptoms included sleeping less than six hour a night, having difficulty to sleep, spending more than 30 minutes to sleep, usually having day time sleepiness or interrupted sleep.
2. Beck's Insomnia Evaluation Scale, Verren and Synder's Sleep Scale (VSH Sleep Scale) referenced by Warapa Laempetch, 2001 were adopted .Participants in the study had normal perception.
3. Participants could speak, read and write Thai without communication problem.
4. Participants were interested in and consented to participate in the program completely.
5. Participants did not receive acupoint facial massage if they had infected scar, fever or any blister.

Instument

Part 1 Personal Data Interview

The questionnaire for collecting general information of the participants included gender, age, marital status, education level, occupation and income level.

Part 2 Qualitative and quantitative sleep quality

Qualitative and quantitative sleep quality questionnaire was adopted from two fourth of Sleep Scale and Sleeping Disturbing Factor Scale designed by Warapa Laempetch. Questions in the questionnaire included questions based on Beck's Sleep Scale (Beck, 1992), VSH Sleep Scale. (Synder Halpern & Verren, 1987 referenced by Warapa Laempetch, 2001) We decided to use these tools because question items were able to evaluate overall sleep quality namely time spending before sleep, onset sleep, sleep quantity, sleep quality and number of nap during day time.

Applied Tools in the Experiment

Applied tools during the participation included

- Two towels for a participant
- Massage cream to prevent irritation and discomfort (certified by Industrial Product Standard Office as standardized local community product)
- Two buckets to put water for skin wash
- Hygiene mask
- Liquid soap
- Watch
- No disturb notice

Medthod and tool Utilized in Research

The study was divided into three phases as below

Phase 1 Evaluating sleep in order to select target participants on the first day that patient came and received medicine. These participants agreed to participate in the program with signed consents. (Do)

Phase 2 Controlling participants to take medicine accordingly for three days.

- On the first day (D1), participants were provided acupoint facial massage and evaluated their sleep quality during the acupoint facial massage.
- On the second day (D2), participants were provided acupoint facial massage and evaluated their sleep quality 24 hours after the acupoint facial massage.
- On the third day (D3), participants were provided acupoint facial massage and evaluated their sleep quality both during acupoint facial massage and 24 hours after acupoint facial massage.

Phase 3 Stop providing acupoint facial massage to participants for three days as self control period.

- On the fourth day (D4), participants were evaluated their sleep quality 24 hours after acupoint facial massage.(Post-test)

Day 0	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4
Pre-test	Providing acupoint facial massage Evaluate the effect during acupoint facial massage			Not providing acupoint facial massage Evaluate the effect Post-test

Figure 1 Pre-test and Post-test acupoint facial massage

Results and Discussion

According to five participants review and analysis, we concluded the followings

1. General Information

All five participants were female, age between 70-81 years old. All were Buddhism. A participant was single and the others were widows. One participant got bachelor degree and four participants graduated grade 4. Their occupations were retired government office (1 participant), farmer (1 participant), housewives (2 participants) and market monger (1 participant). Four of them earned 3,000 to 15,000 baht a month and the other earned 15,000 baht a month. Their sources of income were salary (1 participant), allowance from their children (3 participants) and business (1 participant). There was only one participant taking sleeping pill. No participant abused drug. Their regular beverages were milk (1 participant), Ovaltine (4 participants). One participant was sick of diabetes and the other four participants did not have chronic disease.

General conditions before participate the program – Prior to receiving acupoint facial massage, they went to bed at 09.00 to 12.00 p.m. They generally took 35-60 minutes to sleep. Their average awakening during sleep time was 2-4 times a night for going to toilet. Their average sleep time was 4.30-6 hours a night. They got up at 04.00-05.00 a.m. All of them expressed sleep un-tight and insufficient sleep. Overall sleep satisfaction was 5-6 points and average one nap during day time.

Participant profiles – After three days of acupoint facial massage, on the fourth day of experiment, participants reported their bed time at 09.00-10.00 p.m., average time spending before sleep was 30 minutes, average awakening during sleep was 2-3 times per night in order to go to toilet, average sleep time was 5.30-6.00 hours, average get up time at 05.00-06.00 a.m. All participants reported deeper and sufficient sleep, more satisfying sleep, and fewer naps during day time and 8 points of sleep satisfaction.

2. Self-management of 5 participants could be concluded as below.

2.1 Food consuming and taking medicine - Participants reported that they had had three meals a day, mostly were fruits and vegetables. A

participant reported taking sleeping pill when she had symptom before bed time. No participant abused drug or narcotic. Four participants drank milk and a participant drank Ovaltine.

All participants had three meals a day. A participant with diabetes had meals on time because she had to take prescribed medicine after meals. A participant reported having meals late because of the business. Most of them mainly had rice and a participant cooked food by herself.

2.2 Physical Activity A participant usually exercises one hour, three times a week with their colleagues, such as Taichi in the morning in front of the city hall. She sometimes works out on equipments in the yard. Three participants take a walk or do housework, but they do not exercise regularly because of getting old. These three participants excused that they had to work in the farm and were too tired to exercise. They thought doing housework was enough. They were afraid that they would be fainted if they worked out too hard, and their children forbid exercising. A participant reported dislike exercising, had no motivation and was unhealthy.

2.3 Insomnia Management

In order to solve insomnia, participants reported that they read Dhamma books, prayed before bed, took sleeping pill when necessary (these pills were left from the previous subscription). They did not drink alcohol, coffee or tea. They took a hot shower and took prescribed medicine for curing their chronic diseases. One participant reported chronic leg pain, so she had to take painkiller before bed time. A participant said sometimes she was stressed or had pain and ache, so she took some medicine or had her children massage. Some participants said they listened to old songs, sermon or news on the radio at night.

Results Summary

We interviewed all participants' perception of acupoint facial massage and had found the followings;

3.1 Physical Aspect: After first acupoint facial massage, participants said "I feel better, it is enjoying and I fall asleep.", "I feel good, I think I will be more

beautiful and my children might not remember me.”, “I have never had facial massage before. I’m afraid that my neighbor will say I’m old but want to be beautiful. It’s my first time, I feel good. I’m not dizzy, it’s like blood circulates better. And it is free, my neighbor can’t gossip because the massage is provided by medical staff.”, “I feel good. I feel cool and comfortable on my face.” Participants reported less stressed. And one participant said “Where have you learnt that? How do you know how much weight to press properly.”

3.2 Mental and Emotional Aspect: Participants were in a good temper when they said. They smiled and said “I’ve never had facial massage before. How will I do if I want to get massage again?”, “I feel good. I feel my face is more whitening and cleaner. Facial cream smells good too. It does not smell strong. I can sleep comfortably.”, “I really like it. I feel comfortable and relieved. I can sleep better at night. I have not awaked at night for two nights.”, “Two days of massage makes me feel good. I like it. Whenever my son drives me out, he doesn’t wait and go out. I am always worried about him, but I’m not worried during the massage.” Participants were less stressed. A participant said “I feel relieved. My head is less hurt.”

3.3 Social Aspect: Participants said “I want nurse to provide acupoint facial massage frequently. I am lonely when I’m at home. The massage makes me feel good and it helps me sleep more comfortably.”, “I’ve never had facial massage anywhere else. I appreciate nurse to provide massage by oneself, so I asked my son to drive me to the hospital.”, “Normally, I don’t go out because I have to work at my shop, but having facial massage at the hospital is convenient. The hospital is not far from my home and it does not take much time. I can get back to work after the massage.”, “I think facial massage is good. I will ask you to teach elderly club, so we can do it.” Patients were more self-respecting. They said “I am glad that you call me to have facial massage. It makes elderly like me feel happy. My daughter also wants to have facial massage.”, “It was free and I am not worried about neighbor’s gossip because it is provided by nurse.”

Table 1 Compare and contrast sleep quality of five participants both during and after three day acupoint facial massage.

Case Study	Bedtime		Time spent before sleep		Number of awake at night		Awakening time in each night		Get up time		Feeling when get up		Quality of Sleep		Sufficiency of sleep		Sleep satisfaction point		Number of naps during day time	
	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4	D0	D4
1	23	22	45	30	4	2	5	7	4.00	5.00	sleepy	not sleepy	no deep sleep	deep sleep	unsatisfied	satisfied	5	8	1	1
2	22	22	45	30	3	2	5	7	4.00	5.00	sleepy	not sleepy	no deep sleep	deep sleep	unsatisfied	satisfied	5	8	0	0
3	22	21	60	30	2	2	5	7	3.00	4.00	sleepy	not sleepy	no deep sleep	deep sleep	unsatisfied	satisfied	5	9	1	0
4	24	23	40	20	4	2	5	6	5.00	5.00	sleepy	not sleepy	no deep sleep	deep sleep	unsatisfied	satisfied	5	8	1	0
5	23	22	45	30	4	2	5	6	4.00	4.00	sleepy	not sleepy	no deep sleep	deep sleep	unsatisfied	satisfied	5	8	0	0

Limitations

1. In case of taking painkiller, if the participant had taken the medicine before acupoint facial massage less than four hours, it would be hard to confirm the effect of acupoint facial massage to release pain.

2. During the first acupoint facial massage, some participants were not relaxed because they were worried about asking about steps of acupoint facial massage. Acupoint facial massage, therefore, could not be sleep completely.

Suggestion for future research

1. Research in the future should be studied with the larger group of samples in order to confirm results in this study and further apply more widely.

2. Follow up longer than three days should be conducted in order to evaluate the existence of acupoint facial massage effects to sleep in eadery person and other.

3. There should be future research about facial massage with providing appropriate self-management for more benefit.

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, (2551). การหลับ-การตื่น. ในสุรพรพิมพ์ เจียสกุล, สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์, และวัฒนา วัฒนาภา. (บก.), สรีรวิทยา 3. (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 1036- 1063). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- กุสุมาลย์ งามศิริ. (2543). คุณภาพการนอนหลับกับปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จริยา เอี้ยวผึ้ง. (2552). ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2543). มโนคติและการวัดการนอนหลับ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(1), 1-9.
- ดาร์สนี โพธารส. (2538). คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลใหญ่ บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนภัส (เครือวัลย์) สัทธิกนกกุล. (2548). พืชโรคนอนไม่หลับ. สำนักพิมพ์เทคนิคและวิทยาศาสตร์จีโนม.
- บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล. (2551). นวดบำบัดโรค. บัณฑิตวิทยานิพนธ์, 117.
- ปิยรัตน์ โกวิทวงศ์. (2545). ต่อมน้ำลายและเมลาโนอิน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพ.
- ประเวศ วะสี. (2542). สมุนไพรไทย อาหารไทย ศักยภาพของวัฒนธรรมไทยในการผสมผสานยาประเทศไทย. หมออนามัย. กรุงเทพฯ. 8(6), 41-48.
- พยอม สุวรรณ. (2543). ผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อ ข้อฝืด และความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ, กัญญา คิวพิเศษและยุพิน อสิกัน. (2542). การนวดเพื่อรักษาโรค. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก. กรุงเทพมหานคร.

- พวงพะยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาสุขะ, และศิริพร เปลี่ยนผดุง. (2549). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 33(2), 51-62.
- พรรณวดี พุฒินะ. (2548). ปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ : ทักษะของพยาบาล. ใน อรุษา เทพพิสัย, อภิชาติ จิตต์เจริญ, และจิตติมา มโนมัย(บก.), สุขภาพดีพอเพียงในวัยทอง. (หน้า 517-527)
- พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ. (2545). *สุนทรบَابัด*. (หน้า 124-130). คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เมธารัตน์ เขาวะ. (2551). การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ ผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี สุดทรง, วีระชัย สิงหนิยม. (2545). *ประสาทสรีรวิทยา*. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2549). การบำบัดเสริมและการแพทย์ทางเลือกในการบำบัดทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 18(3), 1-7.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2549). *นวด-พลังสัมผัสบำบัดการดูแลสุขภาพ (Therapeutic Massage Healing Touch and Health Care)*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการวันที่ 23 -24 มกราคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว, กรุงเทพฯ: สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามธิบดี และชมรมพยาบาลแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกแห่งประเทศไทย.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2550). *วิดีโอ นวดกดจุดใบหน้าและการทำสปาหน้า ภาคปฏิบัติ*.
- ลดาวลัย อุ่นประเสริฐพงศ์. (2550). *คู่มือการนวดกดจุดใบหน้ากับการบรรเทาอาการภาคปฏิบัติ*. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี.
- วัฒนา วัฒนา ภา, สุพัตรา โล่ศิริ วัฒน, และสุพรพิมพ์ เกียสกุล. (2547). *สรีรวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วันดี โกะกุล, อรวรรณ คูหา, นพธดา มะเมือเมือง. (2548). การดูแลรักษาผู้สูงอายุด้วยการแพทย์ทางเลือกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วราภา แผลมเพ็ชร. (2544). การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจินดา จารุพัฒน์. (2546). *ฮอร์โมนมีลาโตนินจากต่อมไพเนียล*. วารสารพยาบาลปีที่ 52 ฉบับที่ 4.
- สมพร บุญราจี, อรพรรณ ทองแดง, กอบหทัย คุณารักษ์. (2549). *จิตเวชทันยุค 2550*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สมบัติ คาปัญญา. (2538). *สัมผัสแห่งความรัก: ศิลปะการนวดแบบไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงตะเกียง. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มืออบรมครูฝึกแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพงศ์ อัมพันวงษ์. (2548). *สาเหตุการนอนไม่หลับ* By นพ.เกล้า On PHA Broad. Dat: 22 Nov 2005 11: 09.
- สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2548). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. (2543). 45(1), 87-97.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2548). *การดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.*
- สุริยัญ ชูช่วย, (2545). *การแสวงหาความสุขและคุณค่าของชีวิต กรณีศึกษาทัศนคติกลุ่มคนต่างวัยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษาศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- หมิงคุณ ตันศุภวัฒน์. (2549). *กอดูครึกษาโรค สุขภาพดีได้เพียงปลายนิ้ว*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เพชรสี น้ำเงิน.
- หมอหลิน ดันเนียน. (2006). *กองการแพทย์ทางเลือก . นวดรักษาอาการนอนไม่หลับ*. 874 : 24.
- อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง, และจุฬารัตน์ คงเพชร. (2548). *ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ. รายงานการวิจัยงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์.*
- อภิรดี สุขศักดิ์, อุไร หัตถกิจ, เพียว เกษตรสมบูรณ์. (2548). *การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาล. สงขลานครินทร์เวชสาร, ปีที่ 23 ฉบับที่ 5 ก.ย. - ต.ค.2548, 341-349.*
- อมรรัตน์ นรนนทรรัตน์. (2551). *Melatoninทางเลือกในการรักษาอาการนอนไม่หลับ. กลุ่มวิจัยมาตรฐานสมุนไพร*. From [Http://www.gpo.or.th/rdi/html/melatonin.html](http://www.gpo.or.th/rdi/html/melatonin.html)
- Adinolfi, A. (2001). *Assessment and treatment of HIV-related fatigue*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 12, 29-34.
- Altun,A., Uger-Altun,B. (2007). *Melatonin: therapeutic and clinical utilization.International clinical pracet . 61(5), 838-845.*
- Ancoli-Israel,S.,Liu,L.(2006). *Insomnia in the Older Adalt*. Sleep Medicine Clinical,1,409-421.
- Avidon,A. (2003). *Insomnia in the geriatric patient*. Clinical Cornerstone, 5(3).

- Black. J. M., & Jacobs, E. M. (1993). *Medical surgical nursing: A psychophysiologic approach (4nd ed.)*. Philadelphia: W.B.Sauder.
- Backer, K. C., Garvin, B. J., Kennedy, C. W., & Polivka, K. (1993). *The effect of environmental Sound and communication on CCU patient's heart rate and blood pressure*. Reserch in Nursing & Health, 16(6), 415-421.
- Backhaus. J., Junghanns, K., Brooks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). *Test - Retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality In primary Insomnia*. Journal Psychosomatic Research, 53(3), 737-740.
- Berger, K. J. & Williams, M.B. (1999). *Fundamations of nursing: Collaborating for optimal health*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Becker, P. M., & Jamieson, A. O. (1992). *Common Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and treatment*. Geriatrics, 47(3), 41-52.
- Beck, S. L. (1992). *Measuring sleep*. In m" Frank-Stromborg (Ed.), *Instruments of clinical nursing research*. (255-267). Norwalk: Jones& Bartiett.
- Banno, K., & Kryger, M. (2007). *Sleep apnea: clinical investigations in humans*. Sleep Medicine, 8, 400-426.
- Blackman, M.R. (2000). *Age-related alterations in sleep quality and neuroendocrine function: interrelationships and implication*. JAMA, 284(7), 1-8.
- Bonnet, M.H., & Arand, D.L. (1996). *Insomnia-nocturnal sleep disruption Daytime Fatigue*. The consequences of a week of insomnia. Sleep, 19(6), 453-461.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Research, 28(2), 193-213.
- Calos A. Vaz Fragoso, and Thomas M. Gill, (2007). *Sleep Complaints in Community-Living Older Persons*. A Multifactorial Geriayric Syndrome. The American Geriatrics Society. 1882-1883
- Closs, J.J. (1999). *Sleep*. In M F Alexander, J. N. Fawceett & P.J. Runciman (Eds.), *Nursing practice : Hospital and home – the adult*. (743-756). Edinburgh : Churchill Livingstone.

- Closs, S. J. (1988). *Assessment of sleep of sleep in hospital patient: A review of methods*. Journal of Advanced Nursing, 13, 501-510
- Colling J. (1983). *Sleep distur.bance in aging:theoretic and empiric analysis*. Advance Nurse Science. Oct,6(1):36-44 Review.
- Chen ML,Lin LC,Wu SC,Lin JC.(1999). *The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents*. Gerontol A Biol Sci Med Sci. Aug; 54(8), M389-94.
- Chistensen , B ., Kockrow,E. (1995). *Fundamentals of nursing* . St. Louis : Mosby.
- Den Hasson, Bengt Arnetz,lena Jevius, Bo Edelsstam.(2004). *A Randomized Clinical Trial of the Treatment Effects of Massage compared to Relaxation Tape recording on Diffuse long term pain*.Psychotherapy and Psychosomatics.vol.73,No.1.
- Dougans, I. (1996). *The complete illustrated guide to Reflexology therapeutic foot massage for health and well-being*. USA : Element books.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging : human needs and nursing response(5nd ed.)*. Philadelphia : Mosby.
- Eills, B ., Jon, M.W.,Lancaster, R.,Raptopolus, P.,Angelopoulos, N., & Priest, R. G.(1981) *The St Marry,s hospital sleep questionnaire: A study of reliability*.Sleep,4(1) 93-97.
- Edgindu Anna. (2007). *The effects of foot and facial massage on sleep induction, pressure, pulse and respiratory rate: Crossover pilot study*. Complementary Therapies in Clinical Practice. 266-274.
- Englert, S., & Linden, M. (1998). *Differences in self reported sleep complaints in elderly Persons living in the community who do or not take sleep medication*. Journal clinical of Psychiatry, 59(3), 137-143.
- Evasser, S. (1999). *Measuring the sleep patterns of older people*. Nursing Times, 6(5), 46-47.
- Espie, C.A. (1993). *Pratical management of insomnia behavioural and Cognitive techniques*. British Medical Journal, 306(20), 509-199.
- Evans, J.C., & French, D.G. (1995). *Sleep and healing in intensive care settings*. Dimentions of Critical Care Nursing, 14(4), 189-199.

- Foreman, M. D., & Wykle, M. (1995). Nursing standard of practices protocol : Sleep Disturbances in elderly patients. *Geriatric Nursing*, 16(5), 238-243.
- Floyd, J.A., Medler, S. M., Ager, J. W., & Jannisse J.J. (2000). Age-related changes in initiation and Maintenance of sleep :A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 23, 106-117.
- Fordham, M. (1991). *Sleep and rest*. In S. J. Redfern (Ed), *Nursing elderly people* (2nd ed). 243-261. Philadelphia, W. B. Saunders.
- Fontaine, D. K. (1993). *Sleep and the critically ill patient*, In M. R. Kinney., D. R. Packa., & S. B. dunbal. (Eds.), *AACN's clinical reference for critical care nursing* (3rd ed.). 351-364. St. Louis: Mosby.
- Goldstein, A.P., Krasner, L., & Garfield, S.I. (1987). *Behavioral treatment For Persistent Insomnia*. (ed.). New York : Pergamon Press.
- Guyton.A.C. (2001). *Textbook of medical physiology* (10th ed.). Philadelphia : W. B. Saunders.
- Hartman, E. (1980). *Sleep*. In H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Sadock. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (3rd ed). 165-175. Maryland: William Wilkins.
- Hayter, J. (1983). *Sleep behaviors of older persons*. *Nursing Research*, 32, 242-246.
- Hilton, B. A. (1976). *Quality and quality patients' Sleep disturbing factors in a respiratory intensive care unit*. *Journal of Advanced Nursing*. 1(3), 453-463.
- Hoch, C., & Reynold, C. (1986). *Slep disturbances and what to do about them*. *Geriatric Nursing*, 7, 24-27.
- Hodgson, L. A. (1991). *Why do we need sleep: Relating theory to nursing practice*. *Journal of Advanced Nursing*, 16(2), 1503-1510.
- Hoffman, S. (2003). *Sleep in the older Adult: Implication for nurse (CE)*. *Geriatric Nursing*, 24(4), 210-215.
- Hohagen, F., Kappler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S., & Berger, M. (1994). *Sleep onset insomnia, sleep maintaining insomnia and insomnia with early morning awakening-temporal stability of subtypes in a longitudinal study on general practice attenders* *Sleep*, 17(6), 551-554.

- Johns, M. W. (1975). *Factor analysis of objective and subjective characteristics of a night's sleep*. Psychological Medicine, 5, 413-418.
- Joseph H. Flaherty, (2008). *Insomnia Among Hospitalized Older Persons*. Clinician Geriatric Medicine. 51-67.
- Johnson, L C., Spinweber, C. L., Gomez, S. A., & Matteson, L.T. (1990). *Daytime sleepiness, performance, mood, nocturnal sleep : the effect of Noradrenaline on their relationship*. Sleep, 13(2), 121-135.
- Kamel, N., & Gammack., J. (2006). *Insomnia in Elderly: Cause, Approach, and Treatment*. The American Journal of Medicine, 119(6), 465.
- Kathleen Culpepper Richards, (1996). *Sleep promotion*. The Elderly Patient in Critical Care. 39-49.
- Kathy Richards, Corey Nagel, Megan Markie, Jean Elwell, Claudia Barone. (2003). *Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients*. 5-7.
- Kwuy bun kim, Sohyune R.(2007). *Auricular Acupuncture for Insomnia .Duration and Effects in Korean Older Adults . (2003). Auricular Acupuncture for Insomnia .Journal of Gerontological Nursing*. 23-27
- Lee, K.A. Portillo, C.J., & Miramontes, H. (2001). *The influence of sleep and activity patterns on fatigue in women with HIV/AIDS*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 12 (suppl.), 19-27.
- Lee, K. A. (1997). *An overview of sleep and common sleep problem*. American Nephrology Nurses' Association Journal, 24(6), 614-624.
- Littrell,K., & Schuinann, L.L. (1990). *Promoting sleep for the patient with a myocardial Infarction*. Critical Care Nurse, 9(3) 44-47.
- Monroe, L. J. (1967). *Psychological and physiological differences between good and poor sleepers*. Journal of Abnormal Psychology, 72(3), 255-264.
- Marlaine C. Smith. Mary Ann Stallings, Suzanne Mariner, and Maggie Burrall,CMT. (1999). *Benefit of massage therapy for hospitalized patient*.64-70.
- Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults: theory and practice (3rd ed.)*. 398-419). Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Morin, C.M., Hauri, P.J., Espie, C.A., Spielman, A.J., Buysse, D.J., & Bootzin, R.R. (1999). *Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia*. *Sleep*, 22(8), 1134-1156.
- Mornhinweg, G. C., Voignier, R.R. (1995). *Music for sleep disturbance in the elderly*. *Journal of Holistic Nurse*. 13(3), 248-254.
- Morton, P. G. (1993). *Health assessment in nursing (2nd ed.)*. St. Louis: Springhouse.
- National Institutes of Health (NIH). (1998). *Assessment and management in primary care*. September, 7-15.
- Nalaka S. Gooneratne. (2008). *Complementary and Alternativen Medicine for Sleep Disturbances in Older Adults*. *Cinicin Geriatric Medicine*. 121-138.
- Norma G. Cuellar, Ann E. Rogers, Virginia.(2007). *Evidenced Baseed Research Of Complementary and Alternative Medicince (CAM) For Sleep in the Community*. *Dwelling Older Adult*. 46-51.
- Nofzinger, E .A., &Reynolds, C. F. (1997). Sleep and sleep disorder. In C.K. Cassel & H. J. Cohen(Eds), *Geriatric medicine*. 823-840. New York : Spriner.
- Ohayon,M.M.,Caulet, M.,Guilleminault,C.C.(1997).*How a general population perceives its sleep and how this relates to the complant of insomnia*. *Sleep*, 20(9), 715-723.
- Potter, P.A., &Perry, A G.(2001). *Foundamentals of nursing. (5rd ed.)*. ST. Louis: Mosby.
- Ramprasad Kalavapalli , Ravi Singgareddy . (2007). *Role of acupuncture in the treatment of insomnia. A comprehensive review*. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 184-193.
- Reimer, M. (2000). *Sleep and rest*. In R.F. Craven, & C.J.,Hirnle(Eds.) *Fundamentals of nursing humam health and function (3rd ed.)*. 1117- 1138. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Richards, K. C. (1996). *Sleep promotion, Critical Care Nursing Clinics of North Americe*, 8(1), 39-52.
- Richardson, S. J. (1997). A comparison of tools the assessment of sleep pattern disturbance In critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 16(5), 226-242.
- Roger, A. E. (1997). *Nursing management of sleep disorders: Part 2 Behaiviral intervention*. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 24(6), 672-675.

- Shiow – Luan Tsay & Mei –Li Chen.(2003). *Acupressure and quality of sleep in patients with End-stage renal disease-a randomized controll tial*. International Jernal Nursing Studies. 1-7.
- Shneerson, J.M. (2001). *Handbook of sleep medicine (2nd ed.)*. London : Blackwell Science.
- Spiegel, K., Leproult, R., & Van Cauter, E. (1999). *Impact of sleep debt on metabolic And endocrine function*. Lancet, 23 ; 354(9188), 453-439.
- Snyder-Halpern, R. (1985). *The effect of critical care unit noise on patient sleep cycles*. Critical Care Quarterly, 7, 41-51.
- Snyder- Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). *Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects*. Research in Nursing and Health. 10(3), 155-163.
- Taylor, C., Lillis, & Lemone, P. (2001). *Fundamentals of nursing : The art and science of nursing care (2nd ed.)* Philadelphia : Lippincott.
- Tsay, Cho, Chen. (2004). *Acupressure and (TEAS) Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in improveing fatigue,sleep quality and depression in hemodialysis patients*. Am J Chin Med. 32(3), 407-16.
- Tsay S.-L, Rong J. – R, Lin P.-F. (2003) . *Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal diseas*. Issues andinnovations in nurseing practice. 134-142.
- Walsh, J.K., Hartman, P.G., & Kowall, J.P. (1994). *Insomnia In Sleep disorders Medicine : basic sciene, technical consideration, and clinical aspects*, Bonton : Butterworth-Heine mann, 219-239.
- Williams.J. R. (2004). *Gerontologic nurse practitioner care guideliners:Sleep management in Elderly patients*. Geriatr Nurseing. 25(5), 310-312.
- World health Organization. (1998). *Sleep and health. In Thethird Asian Sleep Research Society Congress in the year 2000 in Thailand*. December 3-7,2000(.A23). Bangkok. Thailand.
- Wolkove N., Elkholy, O., Baltzan, M., (2007). *Sleep and aging: 2. Management of sleep Disorders in older people*. Canadian Medicine Association Journal, 176(10), 1451.

GVU's 8th WWW user survey. (n.d.). Retrieved August 19 ,(2005). *Institute for Integrative Hretudies*, from [http:// www. homestudycredits.com](http://www.homestudycredits.com).

GVU's 8th WWW user survey. (n.d.). Retrieved (1999-2000). *Acupressure Massage and Pressure Point Information deals with Therapy,Pain Relief of all sorts,inclluding headach , muscular and mental Stress - in relation to Meridians and Chi-Flow*, from [http:// . Search Thailabonline. com](http://.SearchThailabonline.com). Health Site.

GVU's 8th WWW user survey. (n.d.). Retrieved (2008), *ต่อมไพบีเยล.*, from

GVU's 8th WWW user survey. (n.d.). Retrieved (2002), *ความหมายของความสุข*. From www.duangden.com)

<http://users.rcn.com/jkimball.ma.ultranet/BiologyPages/E/Endocrines.glf>, 2551)



ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงของผู้ศึกษา

ดิฉัน นางบุญสม หงษ์โต นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะศึกษาผลของการนวดกดจุดบนใบหน้าต่อคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการนวดครั้งละ 30 นาที และผู้ศึกษาจะให้ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาร่วมประเมินการนอนหลับ ตอบแบบสอบถาม สังเกตพฤติกรรม ตามสถานการณ์ที่กำหนดได้รับการนวดกดจุดบนใบหน้าติดต่อกันทุกวันจนครบ 3 วัน โดยในการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการศึกษจะไม่เกิดอันตรายใดๆ การศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลในผู้มีปัญหาการนอนไม่หลับ และท่านสามารถจะออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้ศึกษา และจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากสถานพยาบาลแห่งนี้แต่อย่างใด

.....

ส่วนที่ 2 คำแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ข้าพเจ้า.....ได้รับการอธิบายจากผู้ศึกษาถึงวิธีการ และผลที่จะได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้แล้ว และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถที่จะออกจากการศึกษาได้ ถ้าหากมีเหตุขัดข้อง โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ แม้ว่าข้าพเจ้าได้เซ็นยินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาแล้ว

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2553

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยทำเครื่องหมาย

“✓” ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย หรือ เติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่
() 3. ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่
3. การศึกษา () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. อุดมศึกษา () 5. อื่น ๆ
4. อาชีพปัจจุบัน () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน
() 2. ข้าราชการบำนาญ () 3. เกษตรกร
() 4. ค้าขาย () 5. รับจ้าง () 6. อื่น ๆ
5. แหล่งรายได้ () 1. จากคู่สมรส () 2. เงินสะสม / ค่าเช่า
() 3. การประกอบอาชีพ () 4. อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้ () 1. เพียงพอ () 2. ไม่เพียงพอ
7. กิจกรรมทางด้านร่างกายประจำ () 1. ทำนา ทำสวน () 2. ออกแรงทำงานบ้าน
() 3. ออกกำลังกาย () 4. การเดิน () 5. อื่น ๆ
8. สิทธิการรักษาพยาบาล () 1. ประกันสุขภาพ 30 บาท
() 2. ประกันสังคม () 3. ข้าราชการบำนาญ
() 4. สิทธิการรักษาทางสามี / บุตร () 5. อื่น ๆ
9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร () 1. อยู่คนเดียว () 2. คู่สมรส
() 3. คู่สมรส และบุตรหลาน
() 4. บุตร หลาน () 5.ญาติพี่น้อง () 6. อื่น ๆ
10. โรคประจำตัว () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....
11. การดื่มสุรา () 1. ไม่ดื่ม () 2. ดื่ม ปริมาณ
12. การดื่มเครื่องดื่ม () 1. ชา.....แก้ว /วัน เวลา.....
() 2. กาแฟ.....แก้ว /วัน เวลา..... () 3. อื่นๆระบุ...
13. การวินิจฉัยโรค ระบุ.....
14. การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ ระบุ.....

2.1 แบบสัมภาษณ์การนอนหลับในภาวะปกติก่อน นวดกดจุดใบหน้า

การนอนหลับที่บ้านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาของท่านตามรายการต่อไปนี้เป็นอย่างไ

1. เวลาเข้านอนโดยประมาณ.....น.
2. หลังเข้านอน โดยปกติท่านใช้เวลานานเท่าไรจึงจะหลับ.....นาที
3. จำนวนครั้งของการตื่นในระหว่างการนอนหลับโดยเฉลี่ย.....ครั้ง
สาเหตุจาก.....
4. ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง
5. เวลาตื่นนอนโดยประมาณ.....น.
6. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอย่างไรหลังตื่นนอนตอนเช้า

() 1. ยังคงง่วงนอนมาก	() 2. ง่วงนอนปานกลาง
() 3. ง่วงนอนเล็กน้อย	() 4. ไม่ง่วงนอนรู้สึกสดชื่น
7. ส่วนใหญ่แล้วการนอนหลับของท่านเป็นอย่างไร

() 1. นอนหลับได้น้อยมาก	() 2. หลับๆ ตื่นๆ
() 3. นอนหลับแต่ไม่สนิท	() 4. นอนหลับสนิท
8. ท่านคิดว่าท่านนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่

() 1. ไม่เพียงพอ	() 2. เพียงพอ
-------------------	----------------
9. ถ้าให้คะแนนเต็ม 10 คะแนน ท่านให้คะแนนความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับของท่านในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่พอใจเลย
พอใจมาก
10. ท่านงีบหลับในเวลากลางวันเฉลี่ยจำนวน.....ครั้ง
รวมระยะเวลาการงีบหลับในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที

2.2 แบบสัมภาษณ์การนอนหลับในภาวะปกติหลังการ นวดกดจุดใบหน้า

การนอนหลับที่บ้านในระยะ 1 คืนที่ผ่านมาของท่านตามรายการต่อไปนี้เป็นอย่างไ

1. เวลาเข้านอนโดยประมาณ.....น.
2. หลังเข้านอน โดยปกติท่านใช้เวลาานเท่าไรจึงจะหลับ.....นาที
3. จำนวนครั้งของการตื่นในระหว่างการนอนหลับโดยเฉลี่ย.....ครั้ง
สาเหตุจาก.....
4. ระยะเวลาการนอนแต่ละคืนโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง
5. เวลาตื่นนอนโดยประมาณ.....น.
6. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอย่างไรหลังตื่นนอนตอนเช้า

() 1. ยังคงง่วงนอนมาก	() 2. ง่วงนอนปานกลาง
() 3. ง่วงนอนเล็กน้อย	() 4. ไม่ง่วงนอนรู้สึกสดชื่น
7. ส่วนใหญ่แล้วการนอนหลับของท่านเป็นอย่างไร

() 1. นอนหลับได้น้อยมาก	() 2. หลับๆ ตื่นๆ
() 3. นอนหลับแต่ไม่สนิท	() 4. นอนหลับสนิท
8. ท่านคิดว่าท่านนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่

() 1. ไม่เพียงพอ	() 2. เพียงพอ
-------------------	----------------
9. ถ้าให้คะแนนเต็ม 10 คะแนน ท่านให้คะแนนความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับของท่านในระดับใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่พอใจเลย พอใจมาก

10. ท่านงีบหลับในเวลากลางวันเฉลี่ยจำนวน.....ครั้ง
รวมระยะเวลาการงีบหลับในแต่ละวัน.....ชั่วโมง.....นาที

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรม ของผู้ถูกนวดในระหว่างการนวด เป็นแบบสังเกตปฏิกิริยา ทำทาง

การพูด การสังเกตท่าทาง การผ่อนคลาย การหาวนอน ผู้ศึกษาใช้วิธีการสังเกต

สังเกตพฤติกรรมและสภาวะขณะหลับ ได้แก่ ท่าทาง การหายใจ การหาว

เครื่องมือในการทดลอง

คู่มือการนวดกดจุดบนใบหน้าในผู้สูงอายุ
ขั้นตอนและวิธีการนวดประยุกต์จากวิธีนวดกดจุดบนใบหน้า
ของ ผศ.ดร.ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์
ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยการนวดกดจุดสะท้อนใบหน้า



โดย

นางบุญสม หงษ์ไต่

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผศ.ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ นิษโรจน์

: รศ.ประคอง อินทรสมบัติ

ขั้นตอนการนวดใบหน้า

การเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ กระละมัง ใส่น้ำสะอาด หน้ากากอนามัย สบู่เหลว ครีมนวดหน้า
ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน ฟองน้ำสำหรับทำความสะอาด



ผู้นวดปิดหน้ากากก่อนนวด เพื่อสุขอนามัยและป้องกันการหายใจรดใบหน้าผู้ป่วย



ผ้าเช็ดตัวผืนแรกคลุมบริเวณหน้าอกกันเปื้อนผืนที่สองรองใต้ศีรษะเพื่อเก็บผมของผู้ใช้บริการไม่ให้รุงรัง เอาชายผ้าซ้อนและตลบตรงกลางหน้าผากแล้วดึงให้พื่นหน้าผาก



ล้างเครื่องสำอางและล้างด้วยสบู่ เหลวอย่างอ่อนที่ไม่ระคายเคืองโดยใช้สบู่แต้ม 5 จุด คือหน้าผาก
แก้มทั้งสองข้าง จมูกและคาง(เว้นรอบดวงตา) ล้างแบบนวดวนให้ทั่วแล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด
โดยใช้ผ้าเช็ดตัวหรือฟองน้ำสำหรับทำความสะอาด



แต้มครีมหน้า 5 จุด จุด คือหน้าผาก แก้มทั้งสองข้าง จมูกและคาง(เว้นรอบดวงตา)นวดวนให้ทั่ว



บริเวณแรกนวดหน้าผากก่อนด้วยนิ้วหัวแม่มือนวดวน แล้วลากเป็นแนวยาวไปจรดที่ขมับ
ทั้งสองข้าง ซึ่งมีเส้นเลือดแดงใหญ่เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตบริเวณใบหน้า



นวดบริเวณต่อมหน้าตาและบริเวณปีกจมูกลากเป็นแนวยาวไปจรดขมับทั้งสองข้าง



นวดบริเวณแก้มแล้วลากยกขึ้นไปยังบริเวณขมับ



ใต้จมูกหรือเหนือริมฝีปากด้วยนิ้วก้อย



นวดใต้คาง โดยใช้หัวแม่มือและทั้งสี่นิ้วบีบเข้าหากัน



ใช้มือทั้งสองถูบโกยคางขึ้น



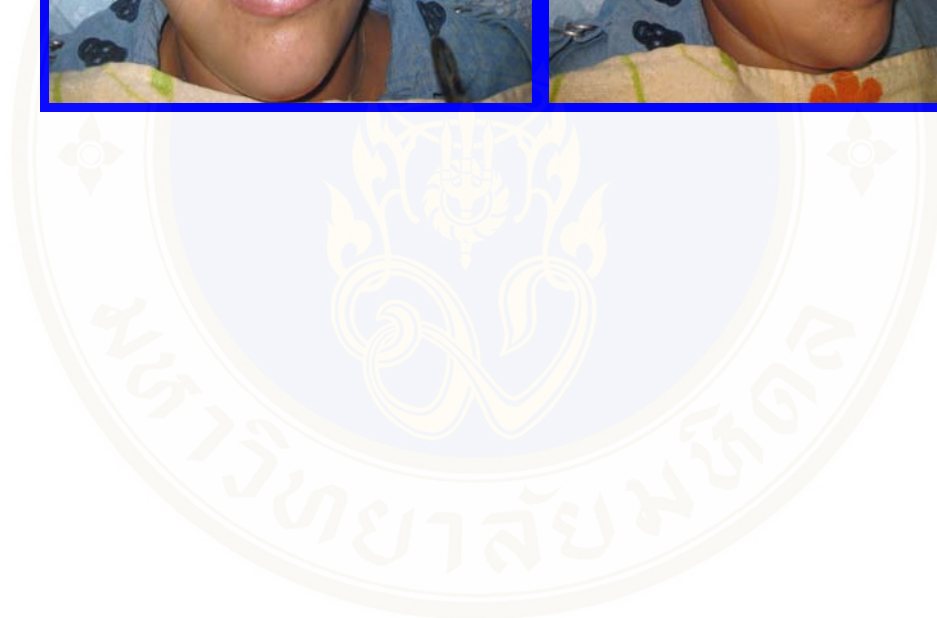
ใช้ทั้งสี่นิ้วกดนวดขากรรไกร ทั้งสองข้าง



เมื่อครบรอบจึงเริ่มนวดกดคลึงดวงตาที่สาม คือ บริเวณระหว่างคิ้วจุด Pineal gland
กระตุ้นการหลั่ง Melatonin



ชุดทำยกดนวดต่อมน้ำเหลืองหลังหู หน้าหูและดั้งหูใบหู (ไม่แยงนิ้วไปในรูหู)



EXTRA REFLEX POINT

ในระหว่างการนวดสามารถสอดแทรกการกดจุดในตำแหน่งพิเศษเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

ของการนวดกดจุดใบหน้า โดยกดนานจุดละ 5 วินาที

1. บริเวณตาที่สาม จุด Pineal gland เพื่อกระตุ้นการหลั่ง Melatonin

คือ หน้าผาก กลางหว่างคิ้วเพื่อเดินพลังในร่างกาย



2. กดบริเวณหัวตาช่วยลดปัญหา sinus อีกเสบ



3. กดบริเวณหางตาเพื่อช่วยลดปัญหาอ่อนล้า



Pituitary Gland

4. บริเวณกระดูกแก้มใต้ดวงตา ช่วยกระตุ้นการทำงานของไต เพื่อให้การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ดีขึ้น



ไต

5. กดบริเวณโหนกแก้มเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ช่วยลดปัญหา อาการอึดแน่นท้อง



ลำไส้
กระเพาะอาหาร

6. จุดพิเศษบริเวณโหนกแก้มเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต



ตับ

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล	นางบุญสม หงษ์โต
วัน เดือน ปี เกิด	4 มกราคม 2509
สถานที่เกิด	สุพรรณบุรี, ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, กรุงเทพฯ, (2530-2533) ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, (2553) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 86/2 หมู่ที่ 1 ต. ดอนก้ายาน อ. เมืองสุพรรณบุรี จ. สุพรรณบุรี
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลอุ้มทอง เลขที่ 220 ต. จระเข้สามพัน อ. อุ้มทอง จ. สุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ