

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับ
ของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม



นางสาวจรีพรรณ เจริญพร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-2605-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND REFLEXOLOGY ON QUALITY OF
SLEEP IN PATIENTS ADMITTED IN A MEDICAL INCENTIVE CARE



Miss Jareepan Jaroenporn

สภามหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing

Chulalongkorn of university

Academic year 2006

ISBN 974-14-2605-4

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อ
คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

โดย

นางสาว จริพรณ เจริญพร

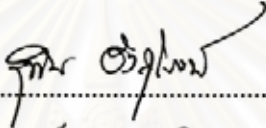
สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

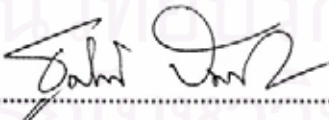
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอัญญะวัชชัย)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

จริพรรณ เจริญพร: ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อ
คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

(THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND REFLEXOLOGY ON QUALITY
OF SLEEP IN PATIENTS ADMITTED IN A MEDICAL INTENSIVE CARE UNIT)

อ.ที่ปรึกษา : ศศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 151 หน้า. ISBN 974-14-2605-4 .

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล
โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน และการพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการ
นอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน ที่ได้มาจากการ
คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน
ในเรื่อง เพศ อายุ ความรุนแรงของโรคและตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยกลุ่มควบคุม
ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลส่วนกลุ่มทดลองที่ 2
ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลข้อมูลและการนวดกดจุดสะท้อน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ประกอบด้วยโปรแกรมการให้ข้อมูล การนวดกดจุดสะท้อน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบ
ประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับได้ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้ง 3 มิติย่อยในวันที่ 1 และ 2 ของการเข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ไม่มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติย่อยในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาใน
หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
การให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ

สาขา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต...*จริพรรณ เจริญพร*.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา...*ชนกพร จิตปัญญา*.....

4777559036: MAJOR NURSING SCIENCE

KYE WORDS : INFORMATION/REFLEXOLOGY/QUALITY OF SLEEP

JAREEPAN JAROENPRON: THE EFFECT OF GIVING INFORMATION AND REFLEXOLOGY ON QUALITY OF SLEEP IN PATIENTS ADMITTED IN A MEDICAL INTENSIVE CARE. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, PH. D., 151 pp. ISBN 974-14-2605-4 .

The purpose of this quasi-experimental research was to test the effect of information program combined with reflexology, the information program, and conventional nursing care on quality of sleep in patients admitted in a medical care unit. The subjects were 45 patients in King Chulalongkorn Memorial Hospital, and were selected by a purposive sampling. The subjects were arranged into a control group, and two experimental groups. The groups were matched in terms of age, sex, Apache II score and bed position in a medical care unit. The control group received conventional nursing care. The first experimental group received information program. The second experimental group received information program and reflexology on 2nd, and 3rd day after being admitted at a medical care unit. The instrument was a set of questionnaires including a demographic data form, and a quality of sleep questionnaire. The quality of sleep questionnaire was tested for content validity by a panel of experts. Cronbach's alpha coefficient of the quality of sleep questionnaire was .88. Data were analyzed by descriptive statistics, and one way analysis of Variance(ANOVA).

Results were as follows:

1. Mean of sub-dimensions of sleep quality score in patients admitted at a medical care unit on the 1st, and 2nd day were not statistical different among three groups at the level of .05.
2. Mean of sub-dimensions of sleep quality score in patients admitted at a medical care unit on the 3rd day were statistical different among groups at the level .05. Mean of sub- dimensions of sleep quality score in the group received information program combined with reflexology was better than the group receiving conventional nursing care.

Field of study.....Nursing Science.....

Academic year.....2006.....

Student's signature *Jareepan Jaroenpron*
 Advisor's signature *Ch. J.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ รวมทั้งเสียสละเวลาอันมีค่าในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิจิต กรรมการสอบ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์อันมีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ให้สำเร็จลุล่วงได้ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และขอขอบคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วย พิสุพรรณมา ยี่สุนทอง ที่ช่วยเหลือด้านเวลาเรียน แพทย์ พื่อน้องพยาบาลและเจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้ง 1 และ 2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่น่ารักทุก ๆ ท่าน ที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกองทุนบัณฑิตวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง เพื่อนร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือ คำแนะนำและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ พ่อ และแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำสำคัญ.....	7
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	8
สมมุติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อน.....	35
การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะยะวิกฤต.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การดำเนินการทดลอง.....	65
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	
	72

บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
	สรุปผลการวิจัย.....	86
	อภิปรายผลการวิจัย.....	92
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	101
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	101
	รายงานอ้างอิง.....	102
ภาคผนวก		
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ข	จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
	เอกสารให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล.....	125
	เอกสารแจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	126
ภาคผนวก ค	เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ง	แผนการให้ข้อมูลควบคุมสิ่งแวดล้อม.....	137
	การดำเนินการนวดกดจุดสะท้อน.....	149
ภาคผนวก จ	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	153
ภาคผนวก ฉ	ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดกดจุดสะท้อน ของวิจัย.....	166
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	168

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ลักษณะตามปัจจัยอายุ, เพศ, คะแนน APACHE II และลักษณะตำแหน่ง เตียงที่ผู้ป่วยนอนขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2.....56
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....73
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับ การนอนหลับภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย.....75
4	ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 1 (Pre-test) ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมระหว่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้าน ความแปรปรวนของการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บในระหว่างวัน.....77
5	คะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวน ของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน.....79
6	คะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินขณะผู้ป่วยเข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวน ของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน.....81
7	การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับวันที่ 1 โดยแบ่งเป็น มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการ นอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test.....154
8	การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับวันที่ 2 โดยแบ่งเป็น มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการ นอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test.....155

- 16 การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างผลคะแนนคุณภาพ
การนอนหลับ (Homogeneity of variance test) ของกลุ่มควบคุม
กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้จากการประเมิน
ในวันที่ 1,2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
ด้วย Levene test.....163
- 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลคะแนนคุณภาพการ
นอนหลับระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2
ที่ได้ในวันที่ 1,2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต
อายุรกรรม โดยใช้สถิติ Oneway Analysis of Variance.....164



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมิน ในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวน ของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาจับใน ระหว่างวัน และคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวม 3 มิติ.....78
2	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมิน ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวน ของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาจับใน ระหว่างวัน และคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวม 3 มิติ.....80
3	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมิน ในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวน ของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาจับใน ระหว่างวัน และคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวม 3 มิติ.....82
4	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติด้านความ แปรปรวนการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1, 2, และ 3 ของการเข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2.....83
5	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติด้านประสิทธิผล การนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1, 2, และ 3 ของการเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2.....84
6	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติด้านผลรวม เวลาการจับหลับในระหว่างวันจากการประเมินในวันที่ 1, 2, และ 3 ของการ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2.....85

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนหลับมีความสำคัญต่อความมีสุขภาพดี (World Health organization, 1998: A23) ช่วงระหว่างการนอนหลับ เซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต มีการสังเคราะห์โปรตีน ฟื้นฟูซ่อมแซมสภาพที่เสื่อมถอยและสะสมพลังงานไว้ใช้เพื่อการปฏิบัติงานในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ขณะนอนหลับร่างกายจะมีการทำงานของระบบประสาทสมดุ เช่นระบบควบคุมอุณหภูมิ การเต้นของหัวใจ และระดับน้ำตาลในเลือด (Fass, 1971: 2317) ช่วงนอนหลับระบบประสาทส่วนกลางจะมีการปรับสมดุลในการทำงานซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ตีรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย (ราตรี สุคทรวง, 2533: 356; Hodgson, 1991: 1526; Trevegan, 1989: 34;)

สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตินั้นการนอนหลับที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่ความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการหาย และการฟื้นตัวของร่างกาย (Marin, Orgler, Navarro and Vele, 1999: 251-256; Davis, Pack and Logan, 1997: 12-17) การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Krachman et al 1995: 1715; Benca and Quintan, 1997: 1027) ลดความสามารถในการทำหน้าที่ของ Cytokine และ Natural killer cell (Benca and Quintans, 1997: 1031) การทำงานของกล้ามเนื้อหายใจลดลง การระบายก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายลดลง (Schiffman et al., 1983: 695 – 698) การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ช้า เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด และพฤติกรรม (Wallace, Robins, Alvord, and Walker, 1999: 210-219; Meyer, Eveloff, Bauer, Schwartz, Hill and Millman, 1994:1211-1216; Wilson, 1987 cited in Parker, 1995: 341) และอาจเกิดการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (William, 1993: 520-523)

มีรายงานการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถนอนหลับได้เพียงพอ เช่น 65% ของผู้ป่วยรายงานว่าการนอนหลับที่บ้านดีกว่าการนอนหลับที่โรงพยาบาล (Southwell and Wistow, 1995: 1104) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนอนหลับของผู้ป่วยใน ICU จากหลาย ๆ การศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าระยะที่ 1, 2 ของ NREM, ระยะที่ 3, 4 และ REM ของผู้ป่วยใน ICU ลดลง โดยเฉพาะในช่วง 3 วันแรกที่เข้ารับการรักษา (Hilton, 1976: 460; Aurell and Elmqvist, 1985: 1031; Richard and Bairnsfather, 1988: 38; Cooper et al., 2000: 809; Freedom et al; 2001: 453; Richard and Bairnsfather, 1988: 38) นอกจากนี้ผู้ป่วยวิกฤตจะถูกทำให้ตื่นได้ง่าย ส่งผลให้การนอนหลับในระยะ Slow wave และ REM ลดลงหรือเสียไป (Gabor, 2003)

เนื่องจากการถูกรบกวนการนอนหลับจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น แสง เสียงของเครื่องมือต่าง ๆ ที่มีปริมาณมากเกินไป การให้การพยาบาลที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Freedman et al., 1999: 1155-1162) รวมทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวลจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เป็นต้น ในประเทศไทยจากการศึกษาของ กนกพร จิวประสาท (2546) พบว่าการนอนหลับใน 4 คืนแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเป็นการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในคืนที่ 2, คืนที่ 3 และคืนที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน การฟื้นฟูสภาพทำได้ยากขึ้น และระยะเวลาของการเจ็บป่วยยาวนานขึ้น (Krachman et al; 1995; Ulla Frisk and Gun Nordstrom, 2003) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วย อัตราการตาย ค่าใช้จ่าย และอัตราการอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (Doraciak, 1990: 38; Hodgson, 1991: 1506) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการ ICU Syndromes (Hansell, 1984: 59) ผลของการอดนอนต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ประสิทธิภาพของระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง ทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดต่ำลง มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบของหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งระบบทางเดินหายใจ เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความเครียด การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไป และ ในผู้ป่วยบางรายพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง คล้ายกับคลื่นสมองของผู้ป่วยโรคลมชัก (Paker, 1995: 341) เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติ ยาคลายกังวลและยาที่ทำให้สงบ (Relaxant and sedative drugs) จึงถูกนำมาใช้อย่างมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการใช้งบประมาณนับพันล้านเหรียญเพื่อเป็นค่ายาคลายกังวลและยาที่ทำให้สงบสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ (White, Hollett, Kress and Zellinger, 2001: 1) แต่ก็พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาเหล่านี้เช่น การหยาบเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ช้า ระยะเวลาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติและอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (McGaffigan, 2002: 29) สำหรับประเทศไทยก็มีการใช้ยาคลายกังวลและยาที่ทำให้สงบอย่างแพร่หลายและพบผลข้างเคียงที่เหมือนกัน (เพ็ญศรี สุหฤตดำรง, 2537)

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับคือความเครียด โดยเฉพาะความเครียดที่มีสาเหตุมาจากกิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาและความเครียดจากสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติ (Topf, 1992: 19-28; Stein-Parbury and McKinley, 2000: 20-27) จากการศึกษาของ Topf and Thompson (2001: 237-243) ในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ถึงความสัมพันธ์ของเสียงดังกับการเกิดความเครียดและคุณภาพการนอนหลับโดยจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนรวมความเครียดที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง

การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Closs, 1988: 49) โดยภาวะเครียดที่สูงขึ้น และการหลั่ง Corticosteroid มากขึ้นจะเพิ่มกระบวนการเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกายเป็นผลให้นอนหลับได้น้อยลงและตื่นระหว่างคืนบ่อยขึ้น (Hodgson, 1991: 1506; John, Spinweber, Gomez and Matteson, 1990: 131) นอกจากนั้นฮอร์โมนเหล่านี้จะไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว (Arousal area) ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงมีโอกาสนอนหลับได้ไม่เต็มที่เป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี และเมื่อมีปัญหาอนอนไม่หลับยังกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเหล่านี้ออกมาทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจเป็นวงจร หากได้รับการช่วยเหลือหรือการแก้ไขที่เหมาะสมก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ในหัวขบวนนี้สิ้นสุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วย (คาร์สตี โปซารส, 2538)

การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลให้บุคคลได้รับความรู้ (Close, 1988: 203) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (ซีรันันท์ เกลิมสิงห์, 2542: 34; Duffy, 1997: 102-108) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองจากเหตุการณ์ (Lazarus and Folkman, 1984: 151-152) ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและความสามารถในการพยากรณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดน้อยลงและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น จากกรอบแนวคิดของ Topf (2000) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวก่อความเครียด ความเครียด การควบคุมของบุคคลและภาวะสุขภาพ โดย Topf ได้ทำการศึกษาถึงภาวะสุขภาพโดยเน้นเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ Topf กล่าวว่าความเครียดหมายถึงความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยระยะวิกฤตนั้นเกิดจากตัวก่อความเครียด ซึ่งหมายถึง สภาพการณ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด ที่ประกอบด้วยเหตุการณ์จากบุคคลและเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ตัวก่อความเครียดเป็นสิ่งที่มืออยู่เรื้อรัง ตัวก่อความเครียดของผู้ป่วยระยะวิกฤตได้แก่ กิจกรรมการพยาบาล และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะวิกฤตเช่น เสี่ยง อุณหภูมิ แสง เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียดยังมีความเกี่ยวข้องกับบุคคล โดยบุคคลที่มีความสามารถในการควบคุมและการพยากรณ์ดีจะมีโอกาสเกิดความเครียดต่ำ ในทางกลับกันหากบุคคลมีความสามารถในการควบคุมและการพยากรณ์ต่ำจะมีโอกาสเกิดความเครียดสูง จึงมีผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง (Auerbarch and Martelli, 1983: 1248-1296; Topf and Thompson, 2001: 237-243) ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับจึงอาจทำได้โดยการเพิ่มความสามารถในการควบคุมและการพยากรณ์ของบุคคลและ/หรือการลดตัวก่อความเครียด

การเพิ่มความสามารถในการควบคุม และการพยากรณ์ของบุคคลหรือผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยการอธิบายถึงลักษณะและการทำงานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ ภาวะการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การให้การพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตของพยาบาล การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ ส่วนการบอกวัน เวลา สภาพแวดล้อมภายนอกหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะวิกฤตประเมินและคาดหวังสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง (Auerbach and Martelli, 1983: 1290)

การให้ข้อมูลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกชนิดการให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีความสามารถในการรับรู้ที่ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการให้ข้อมูลจึงควรเป็นรายบุคคลและเนื้อหาข้อมูลควรเป็นแบบเฉพาะเจาะจงมีภาพประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนและเป็นจริงเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและเพิ่มความสามารถในการควบคุม การพยากรณ์เหตุการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างถูกต้องและเป็นจริงทำให้ลดตัวก่อนความเครียดได้

สำหรับการนอนเป็นการลดตัวก่อนความเครียด เนื่องจากการนอน การกด การสัมผัส การถู เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียดหรือความกังวล (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000) ช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ทำให้การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ลดลง (Mynchenberg and Dungan, 1995) ซึ่ง McCaffery and Beebe (1989: 172) ได้อธิบายว่าการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นการสร้างเกราะหุ้มความรู้สึก (Sensory shielding) ที่ป้องกันบุคคลไว้จากความทุกข์ทรมานด้วยการทำให้บุคคลเบี่ยงเบนความสนใจทั้งหมดอยู่กับสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นจุดรวมความสนใจ โดยหันเหความรู้สึกออกไปจากความทุกข์ทรมานนั้นและก่อให้เกิดผลทางสรีระวิทยาตามกลไกของระบบประสาท (Watkins, 1997: 43-50) นอกจากนั้นทางด้านจิตใจการนอนจะทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายระดับลึกทำให้ระบบลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลงและการนอนก็ยังเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข

ปัจจุบันการนวดกดจุดสะท้อนกำลังได้รับความนิยมโดยทั่วไป และระบบบริการสุขภาพมีการยอมรับการดูแลแบบทางเลือก (Alternative care) และการดูแลแบบเสริม (Complementary care) (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544) การนำการนวดเท้าเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพเนื่องจาก

1. เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถจะปฏิบัติได้ในขอบเขตวิชาชีพ
2. เป็นกิจกรรมที่สะดวก เพราะสามารถทำได้ทุกสถานที่ ไม่รบกวนอวัยวะส่วนตัวที่ปกปิดของผู้ป่วยโดยนวดเฉพาะเท้า น่อง เข่า ใต้เข่า (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000)
3. ไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ใด ๆ เข้าไปในร่างกายของ (Noninvasive) (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000)
4. สะดวกสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีอุปกรณ์การรักษาติดตัว แขน มากมาย มีเพียงเท้าที่ไม่มีอุปกรณ์การรักษาติดอยู่ (Hayes and Cox, 1999)

5. เป็นเทคนิคและวิธีการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544; ปัทมา ทองสม, 2541; ศักดิ์ บวร, 2543)

6. สามารถสอนให้แก่สมาชิกทีมการพยาบาล ญาติผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544)

ทางด้านร่างกายการนวดกดจุดสะท้อนจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้มีการนำออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนจึงช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย (วิชัย อึ้งพิพิงพงศ์และนริศรามนตรี, 2542) ในการนวดกดจุดสะท้อนแต่ละท่าจะมีการรับรู้ของระบบประสาทและส่งสัญญาณไปยังสมองกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติคือ พาราซิมพาเทติก โดยผ่านผิวหนังและระบบประสาทส่วนปลาย (Mackey, 2001) ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย ระบบประสาทอัตโนมัติคือ ซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นมาก มีผลทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังหดตัว กล้ามเนื้อตึงตัว ความดันในข้อเพิ่มขึ้นเส้นเลือดหดตัวซึ่งการนวดเท้าจะกระตุ้นพาราซิมพาเทติกมีผลทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว กล้ามเนื้อคลายตัวส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความสมดุลช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (Hayes and Cox, 1999; Mackey, 2001; Stehenson, Weinrich and Tavakoli; 2000) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดเท้าจะไปกระตุ้นต่อมใต้สมองหรือต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้หลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนเคฟาลินและเอนเคอร์ฟินออกมา สารเอนเคอร์ฟินจะช่วยสร้างอารมณ์ให้มีความสุข (Euphoria) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (Kada and Torsteino, 1989 cited in Hulme, Watermon and Hillier, 1999; Jirayingmongkol, Chantein, Phengchomjan, and Bhanggananda, 2002) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

การนวดโดยใช้น้ำมันหอมระเหยมาใช้ในการนวดนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมาก เพราะเป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยประกอบการนวดสัมผัสทำให้น้ำมันหอมระเหยซึมผ่านผิวหนังได้ดี ปกติการนวดอย่างเดียวทำให้อ่อนสบาย เมื่อได้ผสมผสานกับคุณสมบัติพิเศษของน้ำมันหอมระเหยด้วยแล้ว ยิ่งทำให้การนวดนั้นประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น น้ำมันหอมระเหยที่เป็นที่นิยมและมีการใช้อย่างแพร่หลาย คือ กลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งมีสรรพคุณช่วยบำบัดอาการนอนไม่หลับ ช่วยคลายความวิตกกังวลทำให้อ่อนหลับสบาย ป้องกันความกดดัน มีคุณสมบัติในการรักษาอาการปวดศีรษะเมื่อใช้ร่วมกับการนวดจะทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและช่วยให้หลับสบาย ช่วยกำจัดแบคทีเรียและกระตุ้นให้ร่างกายขับเชื้อโรคออกไปรวมทั้งจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารซีโรโทนินที่มีผลช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น (<http://Home.nakhon.net>) นอกจากนี้ยังมีการวิจัยทางการแพทย์พบว่า กลิ่นลาเวนเดอร์ ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์ วารสารประเทศ

อังกฤษรายงานว่า คนไข้วัยชราที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ สามารถนอนหลับได้ดีขึ้นและพึงยานอนหลับลดลง เมื่อห้องนอนได้รับการสเปรย์ด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่ทดสอบการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤตค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ดนตรีบำบัด และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (กัลยา สรรพอุดม, 2546) ส่วนในผู้ป่วยอายุรกรรมมีเพียง 1 งานวิจัย (สุกิตา โกเมนไทย, 2546) และนอกจากนี้ผลของการใช้ดนตรีบำบัดจากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยยังได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการเพิ่มการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดและเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย (สุกิตา โกเมนไทย, 2546)

จากการศึกษารายงานการวิจัยเกี่ยวกับการนอนในประเทศไทยซึ่งมีหลายชนิดนั้น เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการนอนต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง (อุไร มิโรสนันท์, 2539) ผลของการนอนแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (อรสา กาพรัตน์, 2545) ผลของการนอนแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์, 2544) ผลการนอนร่วมกับการบริหารกายอย่างมีแบบแผนต่อระดับการปวดศีรษะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในท่านอนหงายศีรษะแหงน (สัมพันธ์ หิญาชिरะนันท์, 2540) เปรียบเทียบผลของการนอนไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอลในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด (เรณู มีชนะ, 2544) ผลของการนอนแบบเดิมของไทยต่อระบบไหลเวียนเลือด (กรุงไกร เจนพานิชย์ และ ประเสริฐศักดิ์ ตูจินดา, 2524) นอกจากนี้มีเพียงงานวิจัยเดียวที่ศึกษาผลของการนอนต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (นงลักษณ์ พรหมดีการ, 2545) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีมีการนำการนอนเท้ามาใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเลย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ส่วนมากเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ การเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงรวมถึงสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เป็นต้น สำหรับการให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาซึ่งจะมีการให้ข้อมูลที่ไม่ว่างเสมอซึ่งยังไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในเรื่องลักษณะของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ ลักษณะทางกายภาพของเตียงและห้องที่ผู้ป่วยพัก การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติมาก่อนเลย

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าปัจจุบันการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤตยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยมุ่งเน้นไปที่ความเจ็บป่วยทางกายเป็นส่วนใหญ่ และยังไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยมาเข้าร่วมกับการนอนเท้าเพื่อ

ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤติเลย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดแพทย์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยระยะวิกฤติ และยังเป็นการสนองตอบต่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอีกด้วย เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญต่อผู้ป่วย และการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับนั้นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ครอบคลุมถึง ทฤษฎีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การคิดสรรวิธีการบำบัดที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้หายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น และช่วยลดระยะเวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติให้น้อยลง สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ และเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของระบบบริการสุขภาพ คือ มุ่งสร้างให้บุคคลเกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกจุดสะท้อน
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกจุดสะท้อน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับการให้การพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลจะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล หรือไม่
2. คุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนจะดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกจุดสะท้อน หรือไม่

3. คุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวันของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนจะดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล และการให้การพยาบาลตามปกติตามลำดับ หรือไม่

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

Topf กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียด (Topf, 1984: 35-42) การให้ข้อมูลเรื่อง ลักษณะและการทำงานของชิ้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์สำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม รวมทั้งแนวทางการรักษาของแพทย์ การทำหัตถการต่าง ๆ และการให้ข้อมูลในเรื่องวัน เวลา และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและมีความสามารถในการพยากรณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดน้อยลงและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น (Auerbarch and Martelli, 1983: 1248-1248; Topf and Thomson, 2001: 237 - 243) ซึ่งสอดคล้องกับ สุภิดา โกเมนไทย (2546) ที่ระบุไว้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงควรมีการให้ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ การดำเนินโรคของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับด้วย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความสัมพันธ์ของอาการและการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการให้ข้อมูลซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการให้ข้อมูลมาผสมผสานกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งมีหลักการและเหตุผลในด้านสรีระและจิตสรีระที่จะนำมาเชื่อมโยง ในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยควรสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาดี จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 โปรแกรมการให้ข้อมูล เรื่อง การควบคุมสิ่งแวดล้อม ในวันที่ 2 และวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยใช้เวลา 30 นาที ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลให้บุคคลได้รับความรู้ (Close, 1988: 203) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้ออกไปประมวลผลเชื่อมโยงกับความรู้และ

ประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (ซีรันท์ เกลิมสิงห์, 2542: 34; Duffy, 1997: 102-108) และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองจากเหตุการณ์ (Lazarus and Folkman, 1984: 151-152) ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดน้อยลงและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ก่อนการนวดประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ) และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวดเพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยที่ผสมจากกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร ผสมลงในน้ำมันงา 30 มิลลิลิตรจะให้ความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยเท่ากับ 3% (พิมพ์ลีลาพิสิฐ, 2547: 62) ซึ่งผู้วิจัยจะซักประวัติการแพ้ น้ำมันหอมระเหยก่อนทำการนวดกดจุดสะท้อน ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนผู้วิจัยประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2548) ใช้เวลา 30 นาที หลังนวดประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการได้รับการดูแลเรื่องความปลอดภัยในการทำวิจัยด้วย จากนั้นประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย เช่น สอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือ ความสุขสบายที่ได้รับมาน้อยเพียงใด เป็นต้น โดยขั้นตอนนี้จะทำในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเวลาประมาณ 20.30น.

ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้มีการนำออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ไปสู่เซลล์ ดังนั้นการนวดเท้าจึงช่วยให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย (วิชัย อึ้งพิพิงพงศ์และนริศรา มนตรี, 2542) มีผลในการกระตุ้นปลายประสาทส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายดีขึ้น ซึ่งการนวดเท้าจะกระตุ้นพาราซิมพาเธติก มีผลทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว กล้ามเนื้อคลายตัวส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความสมดุลช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (Hayes and Cox, 1999; Mackey, 2001; Stehenson, Weinrich and Tavakoli; 2000) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดเท้าจะไปกระตุ้นต่อมใต้สมองหรือต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้หลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนเคฟาลินและเอนเคอร์ฟินออกมา สารเอนเคอร์ฟินจะช่วยสร้างอารมณ์ให้มีความสุข (Euphoria) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (Kada and Torsteino, 1989 cited in Hulme, Watermon and Hillier, 1999; Jirayingmongkol,

Chantein, Phengchomjan, and Bhanggananda, 2002) สำหรับทางด้านจิตใจการนวดเท้าจะทำให้ร่างกายมีการผ่อนคลายระดับลึกทำให้ระบบลิมบิกซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ถูกกระตุ้นน้อยลงและการนวดเท้ายังเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข เนื่องจากการนวด การกด การสัมผัส การถูเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียดหรือความกังวล (Stephenson, Weinrich, and Tavakolo, 2000) ช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ทำให้การตอบสนองด้านจิตอารมณ์ลดลง (Mynchenberg and Dungan, 1995) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender โดยการใช้ น้ำมันหอมระเหย ประกอบกับการนวดสัมผัสทำให้น้ำมันหอมระเหยซึมผ่านผิวหนังได้ดี ปกติการนวดเพียงอย่างเดียวก็จะทำให้รู้สึกสบาย น้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender มีสรรพคุณช่วยบำบัดอาการนอนไม่หลับ ช่วยคลายความวิตกกังวลทำให้นอนหลับสบาย ช่วยลดความรู้สึกกดดันนอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติในการรักษาอาการปวดศีรษะเมื่อใช้ร่วมกับการนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและช่วยให้หลับสบาย ช่วยกำจัดแบคทีเรียและกระตุ้นร่างกายให้ขับเชื้อโรคออกไปรวมทั้งจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารซีโรโทนินที่มีผลช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาก่อนหลับในระหว่างวันในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาก่อนหลับในระหว่างวันในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสามกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศชายและเพศหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 31 มิถุนายน 2549 จำนวน 45 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ข้อมูล ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) การพยาบาลตามปกติ 2) การพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ข้อมูล 3) การพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน

คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายและคุกคามต่อชีวิตของตนเอง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและเฉพาะเจาะจงในหอผู้ป่วยวิกฤต

โปรแกรมการให้ข้อมูล หมายถึง ขั้นตอนของกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ใช้หลักการของ Auerbach and Martelli (1983) โดยมีระยะเวลา 2 วัน คือวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สำคัญและใช้กับผู้ป่วยสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและภายในห้องผู้ป่วย การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์ ภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และการเข้าเยี่ยมของญาติ ในช่วงท้ายของการให้ข้อมูลจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ข้อมูลเหล่านี้จะให้ในเช้าวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบแผ่นภาพ โดยจะให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล นานครั้งละ 30 นาที

2. ข้อมูลในเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือน ปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤต โดยจะเป็นการให้ข้อมูลด้วยการบอกแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น. ของวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

การนวดกดจุดสะท้อน หมายถึง การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น ก่อนการนวดประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของ หัวใจ และอัตราการหายใจ) และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวดเพื่อประเมินและ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยที่ผสม จากกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร ผสมลงในน้ำมันงา 30 มิลลิลิตรจะให้ความเข้มข้นของน้ำมัน หอมระเหยเท่ากับ 3% (พิมพร ลีลาพิสิฐ, 2547: 62) ซึ่งผู้วิจัยจะซักประวัติการแพ้ น้ำมันหอมระเหย ก่อนทำการนวดกดจุดสะท้อน ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนผู้วิจัยประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อ สุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์ เจริญและคณะ, 2548) ใช้เวลา 30 นาที หลังนวดประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ) เนื่องจากการนวดกดจุดสะท้อนจะมี ผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เด่น ซึ่งอาจจะมีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพต่างจากก่อนนวดได้ และการประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อนและหลังการนวดกดจุด สะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการได้รับการดูแลเรื่องความปลอดภัยใน การทำวิจัยด้วย จากนั้นประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอม ระเหย เช่น สอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือ ความสุขสบายที่ได้รับมากน้อยเพียงใด เป็นต้น โดยขั้นตอนนี้จะทำในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเวลา ประมาณ 20.30น.

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ระดับการรับรู้การนอนหลับของบุคคลโดยประเมินจาก แบบวัดคุณภาพการนอนหลับของ พรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Verran and Synder-Halpem sleep scale (Snyder-Halpem and Verran, 1987: 155-163) ซึ่งเป็นการประเมิน คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณหรือเชิงอัตนัย ประกอบด้วยมิตีย่อย 3 ได้แก่

1. มิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับแสดงถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อการนอนหลับของตนเองเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ก่อนการนอน หลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความรู้สึกว่านอนหลับสนิทมากน้อยเพียงใด การเคลื่อนไหว ร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับ ความรู้สึกถูกรบกวน ต่อการนอนหลับ และความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ โดยคะแนน รวมที่ต่ำแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดี

2. มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ แสดงถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อการนอนหลับของตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับหลังจากตื่น นอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนและความรู้สึกต่อเวลาในการนอนหลับ โดยคะแนนรวมที่สูง แสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3. มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บในระหว่างวัน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาเจ็บหลักในช่วงกลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็นและการตื่นจากการเจ็บหลัก โดยคะแนนรวมที่ต่ำแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ดี

การพยาบาลปกติ หมายถึง การให้การดูแล ฝ่าสังเกตอาการ อาการแสดง และสัญญาณชีพที่ผิดปกติอันจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย รวมถึงการดูแลความสะอาดร่างกาย การให้การพยาบาลทั่วไปของพยาบาลประจำการภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโดยไม่มีกรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมซึ่งจะส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลทางเลือกในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและคุณภาพการนอนหลับในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตอายุรกรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดทำต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ
 - 1.1 ความหมายของการนอนหลับ
 - 1.2 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ
 - 1.3 ทฤษฎีการนอนหลับ
 - 1.4 วงจรการนอนหลับ
 - 1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ
 - 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต
 - 1.7 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 2.1 ความหมายของการให้ข้อมูล
 - 2.2 ประเภทของข้อมูล
 - 2.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 2.4 การให้ข้อมูลในผู้ป่วยระยะวิกฤต
3. แนวคิดเกี่ยวกับการนัดกดจุดสะท้อน
 - 3.1 ความหมายของการนัดกดจุดสะท้อน
 - 3.2 ประวัติความเป็นมาของการนัดกดจุดสะท้อน
 - 3.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการนัดกดจุดสะท้อน
 - 3.4 แนวคิดกลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤต
5. แนวคิดแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยระยะวิกฤติที่ต้องการการนอนหลับที่มีคุณภาพเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้การฟื้นตัวและการหายของโรคเกิดได้เร็วและดียิ่งขึ้น ดังนั้นการนอนหลับจึงเป็นเรื่องที่มีผู้สนใจศึกษาค้นคว้า และให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างออกไป

1.1 ความหมายของการนอนหลับ

การนอนหลับได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางได้มีผู้ให้ความหมายของการนอนหลับมากมายดังนี้ คือ

Hayter (1983) กล่าวว่า เป็นจังหวะชีวภาพที่ซับซ้อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผสมผสานกับจังหวะชีวภาพ และการทำหน้าที่อื่นๆของร่างกาย

Bahr (1983) กล่าวว่า การนอนหลับ คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียการรู้สึกตัว ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นช่วงเวลาที่ร่างกาย และจิตใจได้รับการสร้างเสริมและซ่อมแซม สามารถปลุกให้ตื่นได้โดยการให้สิ่งเร้าที่เหมาะสม

สันต์ หัตถิรัตน์ (2534) กล่าวว่า การนอนหลับ คือการหยุดพักของร่างกายชั่วคราว ซึ่งชั่วคราวโดยไม่รู้สึกรู้ตัว และมักจะร่วมด้วยการนอนราบ การเงิบ การหลับตา การกรน หรืออื่นๆที่แสดงว่า หลับแล้ว (Guyton, 1991 อ้างถึงใน คาร์สัน โปธารส, 2538) ได้ให้ความหมายของการนอนหลับว่าเป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัวแต่สามารถถูกปลุกให้ตื่นได้โดยสิ่งเร้าที่พอเพียงแต่ยังได้อธิบายลักษณะของการนอนหลับว่า ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง ระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง

Fordham (1991) กล่าวว่า การนอนหลับ คือภาวะที่ร่างกายลดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก หรือเป็นภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกตัว ซึ่งสามารถปลุกให้ตื่นได้ถ้ารับการกระตุ้นที่เพียงพอเป็นช่วงเวลาที่คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะเฉพาะ และอัตราการเผาผลาญของร่างกายจะลดลง

เกษม ดันติผลาชีวะ (2534) กล่าวว่า การนอนหลับ คือ การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับความรู้สึก มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆไปในลักษณะผ่อนคลายต่างๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน จึงอาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด

บุญชู อนุศาสนนันท์ (2536) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐาน ที่สอดคล้องกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ในทางผ่อนคลาย ลักษณะของการนอนหลับคือระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่คงที่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อยมาก

หรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมโดยเอนร่างกายลงในท่านอน สงบนิ่ง หลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ถูกปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นสิ่งเร้าที่เหมาะสม

ศิวาภรณ์ โกศล (2538) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพ และการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายเป็นช่วงเวลาที่มีการสูญเสียการรู้สึกชั่วคราว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ไม่มีการเคลื่อนไหวอย่างตั้งใจเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มักอยู่ในท่านอนราบ สงบนิ่งหลับตา และอาจมีพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การละเมอเดิน ละเมอพูด กัดฟัน เป็นต้น โดยคลื่นไฟฟ้าสมองจะมีลักษณะเฉพาะร่างกายและจิตใจได้รับการสร้างเสริมและซ่อมแซม และพร้อมจะกลับสู่สภาพปกติถ้าได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมและเพียงพอ

เว็บเตอร์ และทอมสัน (Webster and Thompson, 1986: 447-457) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต และการทำหน้าที่ของร่างกาย การนอนหลับเกิดขึ้นตามธรรมชาติแบบมีรูปแบบซ้ำกัน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สอดคล้องกับจังหวะชีวภาพและการทำหน้าที่อื่นๆ ในร่างกายเป็นช่วงเวลาที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึก การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ซึ่งสามารถปลุกให้ตื่นได้ถ้าได้รับการกระตุ้นที่เพียงพอและเหมาะสม เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายและจิตใจได้รับการสร้างเสริมและซ่อมแซม มักอยู่ในท่านอนราบ สงบนิ่ง คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะเฉพาะ

1.2 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของนอน หมายถึง เอนตัวลงกับพื้นหรือที่ใด ๆ เช่น อาการที่สัตว์เอนตัวลงกับพื้นเพื่อพักผ่อน เป็นต้น หรือยืนหลับอยู่กับที่, อาการที่ทำให้ของสูง ๆ ทอดลง หลับ หมายถึง อาการพักผ่อนของร่างกายที่มีการรับรู้สภาพแวดล้อมน้อยลง

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังการนอนหลับที่เพียงพอ รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย และกระปรี้กระเปร่าหลังจากตื่นนอน (ศิริเพ็ญ วานิชานนท์, 2544)

คุณภาพการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอน ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น และการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ (Buysse et al., 1989) เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่าคุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงนอน (Synder – Halpern and Verren, 1987) และการที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้น สามารถ

บอกได้โดยการประเมินของบุคคลคนนั่นเอง ซึ่งประเมินโดยความรู้สึกเกี่ยวกับท่านนอน การเคลื่อนไหวขณะนอนหลับ และความคิดเห็นของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง (Ebersole and Herr, 1998) ดังนั้นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจึงแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา (อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วณิชานนท์, 2544)

คุณภาพการนอนหลับ คือ ความรู้สึกนอนหลับเพียงพอ รู้สึกสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า ภายหลังจากการตื่นนอนในตอนเช้า ซึ่งร่างกายของคนเราต้องการการนอนหลับเพื่อพักผ่อนในระยะเวลาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน จึงจะทำให้มีสุขภาพที่ดี โดยทั่วไป ความต้องการนอนหลับเฉลี่ย 6 – 8 ชั่วโมง แต่ความเป็นจริงไม่สามารถระบุจำนวนที่แน่นอนได้ บางคนเมื่อนอนเพียง 4 ชั่วโมงครั้ง ติดต่อกันก็อาจเพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (Hammer, 1991:318, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วณิชานนท์, 2544) ซึ่งระยะเวลาการนอนที่เหมาะสม คือ ระยะเวลาการนอนที่มีผลให้บุคคลนั้น ๆ ตื่นขึ้นด้วยความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่น รู้สึกว่าได้พักผ่อนเพียงพอ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในเวลากลางวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการง่วงซึม (Fuller and Ayers, 1990: 355, อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วณิชานนท์, 2544)

คุณภาพในการนอนหลับ คือ การหลับลึกและหลับสนิท สมองได้พักผ่อนเต็มที่ มีวงจรการหลับที่ปกติ มีช่วงเวลาของการนอนหลับที่เหมาะสมกับอายุ ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากเครื่องตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง ถ้าตื่นขึ้นในตอนเช้าแล้วรู้สึกสดชื่นสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่งานได้อย่างกระฉับกระเฉง ไม่ง่วงนอนหรือเพลียก็แสดงว่าการนอนหลับในคืนนั้นมีการหลับลึกและมีคุณภาพ (วรกต สุวรรณสถิตย์, 2546)

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกว่าการนอนเพียงพอ ระยะเวลาในการนอนเหมาะสมเฉลี่ยประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง ระหว่างการนอนหลับไม่มีสิ่งรบกวน เช่น การละเมอ การสะดุ้งตื่นเป็นช่วง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมภายหลังการนอนหลับเหมาะสมไม่มีอาการง่วงซึม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พฤติกรรมในระหว่างนอนหลับคือการเอนตัวลงนอนและสงบนิ่ง

นอกจากนั้นการนอนหลับที่ดีจะต้องประกอบด้วยปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มนุษย์ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ต้องการการนอนหลับประมาณ 7 – 8 ชั่วโมงต่อคืน ปริมาณการนอนไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนแต่ควรเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดความสดชื่นในชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536: 1) และสามารถคงไว้ซึ่งความสามารถของการทำงานในเวลากลางวันและการมีสติ แต่ไม่ควรน้อยกว่า 5 ชั่วโมง ในแต่ละคืนโดยปริมาณการนอนและความต่อเนื่องของการนอนเป็นสิ่งสำคัญ (Krachman et al, 1995: 1714) การนอนหลับ 5 – 6 ชั่วโมงโดยไม่ถูกรบกวนดีกว่าการนอนหลับ 8 ชั่วโมงแต่ถูกรบกวน (Hodgson, 1991 อ้างถึงใน ฉန္ฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 13) ดังนั้นการพิจารณาว่านอนกี่ชั่วโมงจึงเพียงพอ ต้องพิจารณาควบคู่ไปกับคุณภาพของการนอนหลับในระยะ REM และ NREM (ฉန္ฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 13)

1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการนอนหลับ

1) ทฤษฎีผลโดยอ้อม (Passive theory of sleep)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดหลังจากสมองส่วน Ascending Reticular Activating System (ARAS) ซึ่งทำหน้าที่ในขณะตื่น ลดการทำงานลงมีผลลดการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เทกซ์ บุคคลจึงรู้สึกง่วงนอนและเข้าสู่วงจรการนอนหลับ อย่างไรก็ตาม ผลการทดลองในระยะต่อมาได้ข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับแนวคิดนี้ (ดำรงศักดิ์ บุณยเลิศ, 2534 อ้างถึงใน บุญชู อนุสาสนนันท์, 2536)

2) ทฤษฎีผลโดยตรง (Active theory of sleep)

การนอนหลับเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มในก้านสมองบริเวณใต้ Midpon ได้แก่ Raphe nuclei และ Nucleus reticularis ventralis ซึ่งหลังสารสื่อประสาทชื่อ ซีโรโทนิน เมื่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกลดลงร่วมกับมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม เช่น ความอ่อน ความอึด หรือสิ่งเร้าที่เกิดซ้ำ ๆ และสม่ำเสมอ จะทำให้เซลล์ประสาทเหล่านี้ทำงานเพิ่มขึ้นและมีผลยับยั้งการทำงานของสมองส่วนอื่นๆ ที่สำคัญคือส่วน คอร์เทกซ์ โดยขัดขวางการทำงานของเรติคูลาร์ฟอร์เมชัน ผลคือเกิดการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Non Rapid Eye Movement sleep :NREM) (ดำรงศักดิ์ บุณยเลิศ, 2534; Guyton, 1991; Hodgson, 1991 อ้างถึงใน บุญชู อนุสาสนนันท์, 2536) ส่วนการหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep : REM) ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาท Locus coeruleus และ Gigantocellular Tegmental Field (GTF) ในสมองส่วนพอนส์ซึ่งหลังสาร นอร์แอดรีนาลีน และ อะซีทิลโคลีน ตามลำดับ กลไกการควบคุมการนอนหลับระยะ REM เกิดเมื่อสิ้นสุดการยับยั้ง GTF โดยกระแสประสาทจากโลกัส ซีรูเลียส ซึ่งปกติเกิดในขณะตื่นแล้วค่อยๆลดลงในระยะ NREM เปิดโอกาสให้เซลล์ของ GTF ปลดปล่อยกระแสประสาทเข้าสู่ Lateral geniculate ซึ่งเชื่อมจากจอตาแล้วส่งต่อไปยัง Occipital cortex ที่จุดนี้ กระแสประสาทจะถูกแปลความหมายว่ามาจากจอตาเกิดกระบวนการจินตภาพของการฝัน

3) ทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุง (Restorative theory)

เชื่อว่าช่วงเวลาพักขณะนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ สังกัดได้จากก่อนนอนหลับจะรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หลังการพักผ่อนด้วยการนอนหลับ ความรู้สึกเหล่านี้จะหมดไปและรู้สึกสดชื่น

การนอนหลับระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านร่างกาย ในขณะที่การนอนหลับแบบ REM จะมีการฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ และระบบประสาท พบว่ามีการหลั่งฮอร์โมนเจริญเติบโต (Growth hormone) เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเผาผลาญและระดับการใช้ออกซิเจนจะลดลงต่ำสุดขณะนั้นในยามที่ร่างกายต้องการการ

เสริมสร้างเพื่อการเจริญเติบโต และการฟื้นฟูสภาพ จะต้องการปริมาณการนอนหลับเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะระยะที่ 3 และระยะที่ 4

4) **แนวคิดเรื่องการสงวนพลังงาน (Energy conservation)** การนอนคือการถนอมพลังงานหรือลดการใช้พลังงานของร่างกาย อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะลดลงในเวลากลางคืน โดยในเวลากลางวันมีอัตราการเผาผลาญพลังงานร้อยละ 25 ในขณะที่เวลากลางคืนมีอัตราการเผาผลาญพลังงานร้อยละ 5 การใช้ออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ และอุณหภูมิของร่างกายจะลดลงเหมือนนอนหลับ ถ้าในเวลากลางวันมีการเผาผลาญพลังงานสูงในเวลากลางคืนจะมีช่วง Slow wave sleep ยาวนานกว่าผู้ที่มีอัตราการเผาผลาญต่ำในเวลากลางวัน (Shapiro and Flanigan, 1993: 383 – 384, อ้างถึงใน กนกพร จิวประสาท, 2543)

5) **ทฤษฎีสภาพเหตุ (Ethological theories)** การนอนคือการปรับตัวควบคุมพฤติกรรมของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิดนี้ได้แก่ Allison, Meddis and Webb

6) **ทฤษฎีสัญชาตญาณ (Instinctive theories)** การนอนคือสัญชาตญาณอย่างหนึ่ง ที่แสดงออกของมนุษย์ ซึ่งผู้ที่เป็นเจ้าของแนวคิดนี้ได้แก่ Moruzzi, Webb and McGinty

1.4 วงจรการนอนหลับ

การนอนหลับปกติจะเกิดเป็นลำดับ เริ่มจากอาการง่วงซึม (Drowsiness) จนถึงหลับสนิท (Deep sleep) เป็นจังหวะชีวภาพ (Biological rhythm) หนึ่งของร่างกาย ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และจังหวะชีวภาพอื่นๆ จึงสามารถติดตามได้โดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การนอนหลับแบ่งออกเป็น 2 แบบ ตามการเคลื่อนไหวของลูกตา ได้แก่ การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (Non Rapid Eye Movement : NREM) และการนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (Rapid Eye Movement : REM) (Parkes, 1985: 7-17; Riley, 1985: 63)

การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (NREM)

เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพรียงกัน (Synchronized) ภายใต้อิทธิพลของตาที่ปิดอยู่ ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเริ่มลดลง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะง่วงซึม (Drowsiness) มีการปรับเปลี่ยนจากการตื่นเข้าสู่การหลับ เริ่มจากง่วงซึม กล้ามเนื้อตาค่อนตัว หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อเสียดความตึงตัว คออ่อนพับ คลื่นไฟฟ้าสมองยังมีลักษณะคล้ายขณะตื่น คือทำงานแบบไม่พร้อมเพรียงกัน (Desynchronized) การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง เช่นการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การขับเหงื่อ ถ้าถูกปลุกหรือถูกกระตุ้นระยะนี้จะตื่นได้ง่าย

ระยะที่ 2 เริ่มหลับลึกลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ระดับการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จังหวะการหายใจเริ่มสม่ำเสมอ ลูกตาเคลื่อนไหวขึ้นลงช้าๆ แต่ยังปลุกให้ตื่นได้ง่าย ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองมี 2 แบบ คือ

- แบบกระสวย (Spindle shape) หัวท้ายเรียวแหลมเท่ากัน ส่วนกลางกว้าง ความถี่ 12-14 รอบ/นาที่

- ลักษณะคลื่นเป็น 2 ทิศทาง (K-complex) ความถี่จะลดลง ความแรงสูงมากกว่า 100 มิลลิโวลต์

วัยผู้ใหญ่ ตอนต้น ใช้เวลาการนอนหลับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 50-60 ของเวลาการนอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นระยะที่หลับลึก (Deep sleep) เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน และสงวนพลังงาน อัตราการเผาผลาญลดลง การหายใจลดลง ชีพจรเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ อัตราช้ากว่าขณะพักธรรมดาในเวลาตื่น การนอนหลับในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ใช้เวลาประมาณร้อยละ 20 ของเวลาการนอนหลับ

การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (REM)

เป็นระยะที่หลับลึกที่สุด กล้ามเนื้อคลายตัวเต็มที่ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายบ่อยๆ การทำงานของสมองส่วนเรติคูลาร์ฟอร์มชัน (Reticular formation) เพิ่มมากขึ้น คลื่นไฟฟ้าสมองและการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายคล้ายขณะตื่นเซลล์ประสาทมีการทำงานไม่พร้อมกัน (Desynchronized) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบผสม มีความถี่สูง ความแรงต่ำ 4-25 รอบ/วินาที การเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว อาจมีความฝันการนอนหลับช่วงนี้มีการจัดระบบความจำของสมอง จากความจำระยะสั้นเป็นความจำระยะยาว ระบบการทำงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต มีอัตราไม่สม่ำเสมอ และอาจสูงกว่าขณะตื่น

การนอนหลับจะเกิดเป็นวงจรจากการนอนหลับแบบ NREM ผ่านระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อย่างรวดเร็ว เข้าสู่ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 แล้วกลับมาระยะที่ 2 เป็นเวลาประมาณ 70-100 นาที ก่อนที่จะมีการนอนหลับแบบ REM ประมาณ 2-3 นาที และกลับสู่การนอนหลับระยะที่ 2 ของ NREM รอบใหม่ แต่ละวงจรใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที การนอนหลับแบบ REM รอบแรกจะสั้นไม่เกิน 10 นาที รอบหลังๆจะยาวขึ้นรอบสุดท้ายประมาณ 15-40 นาที คืนหนึ่ง 4-6 ครั้ง หรือประมาณร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมด ในครั้งแรกของการนอนหลับทั้งหมด ระยะที่ 2, 3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะยาวกว่า และในครั้งหลังของการนอนหลับทั้งหมด การนอนหลับช่วง REM ยาวกว่า ระหว่างการนอนหลับจะมีการตื่นเป็นระยะสั้นๆ 2-3 ครั้งและจะหลับต่อได้ในเวลาไม่นาน จนกระทั่งตื่นเต็มที่ รวมเวลาการนอนหลับได้ทั้งหมดประมาณ 6.5-8 ชั่วโมง (Riley, 1985: 61)

กลไกการควบคุมการนอนหลับ

เชื่อว่า การนอนหลับเป็นผลจากระบบสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน นอร์อิพิเนพริน และ อะซิติลโคลีน ในระยะ REM sleep พบว่า cholinergic neuron ใน gigantocellular tegmental field เพิ่มการทำงานขึ้นมากเนื่องจากการลดการทำงานของ serotonergic neuron จาก nucleus raphe และ noradrenergic system จาก locus coeruleus แต่ต่อมาจะพบว่า serotonergic และ noradrenergic neurons กลับเพิ่มการทำงานมากขึ้น ทำให้ยับยั้ง REM sleep และเข้าสู่ NREM sleep สลับกันไปมาเช่นนี้ตลอดช่วงระยะเวลาการหลับจนกระทั่ง cholinergic neuron ใน ascending reticular activating system ทำงานมากขึ้น ทำให้ยับยั้ง reticular thalamic neuron และหยุดกระบวนการนอนหลับ

สมมติฐานเกี่ยวกับกลไกควบคุมการนอนหลับได้แก่

1) ระบบเรติคูลาร์ แอคติเวติง (Reticular Activating System : RAS) บริเวณก้านสมองทำหน้าที่ควบคุมร่างกายในภาวะตื่น ทำให้สมองตื่นตัวต่อการรับรู้สถานะแวดล้อมต่างๆ รอบตัว

2) กลุ่มเซลล์ประสาทราฟ (Raphé nuclei) บริเวณตอนล่างของสมองพอนส์ (Pons) ต่อกับเมดัลลา (Medulla) ทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทไปสู่สมองส่วนต่างๆ ได้แก่ ไฮโปธาลามัส ระบบลิมบิก คอร์เทกซ์ และไขสันหลัง โดยหลั่งซีโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารสื่อประสาท เชื่อว่าเป็นสารที่ยับยั้งการส่งสัญญาณไปยัง RAS มีผลให้ RAS มีทำงานลดลง ซึ่งมีความสำคัญต่อการนอนหลับแบบ NREM และช่วยลดความวิตกกังวล สารซีโรโทนิน (Serotonin) จะมีการผลิตในเวลากลางวัน และสะสมไว้จนถึงเวลากลางคืนจะมีระดับสูงพอที่จะหลั่งออกมาช่วยให้เกิดการนอนหลับที่ดี และร่างกายยังสามารถรับสารนี้ได้จากอาหารในรูปของกรดอะมิโน เช่น แอลทริปโทแฟน (L – tryptophan) ถ้ามีการขัดขวางการสังเคราะห์ซีโรโทนินหรือมีการทำลายบริเวณเซลล์ประสาทราฟ ร่างกายจะอยู่ในภาวะที่ตื่นตัวตลอดเวลา นอนหลับยาก หรือทำให้การนอนหลับระยะที่ 3,4 และการนอนหลับแบบ REM น้อยลง

3) เซลล์ประสาทโลคัสซีรูเลียส (Locus coeruleus) เป็นกลุ่มเซลล์ประสาทบริเวณสมองส่วนพอนด์ แขนงของเซลล์ประสาททอดติดต่อกันกับกลุ่มเซลล์อื่นๆ ในเรติคูลาร์ฟอร์มชัน และหลั่งสารนอร์อิพิเนพรินเป็นสารสื่อประสาท (Norepinephrine) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางจิตใจ ภาวะอารมณ์ การทำงานของสมองใหญ่และสมองน้อย เชื่อว่า เกี่ยวข้องกับการนอนหลับแบบ REM ถ้ามีการทำลายเซลล์ประสาทราฟ และโลคัส ซีรูเลียสจะทำให้การนอนหลับได้ลดลงหรือระยะต่างๆ ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

4) เซลล์ประสาทซูปราไคแอสมาติก (Suprachiasmatic nuclei) บริเวณไฮโปธาลามัสเป็นเสมือนนาฬิกาภายในร่างกาย (Body clock) ที่ควบคุมให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการ

ทำงานของร่างกายให้เป็นไป และสอดคล้องกับวงจรในรอบวัน (Circadian rhythm) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความมืด ความสว่าง และจากเหตุการณ์ต่าง ๆ

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ

1) อายุ เป็นปัจจัยขั้นปฐมภูมิ ในการกำหนดปริมาณและลักษณะของการนอนหลับ ที่จะมีผลต่อรูปแบบวงจรการนอนหลับ ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยสูงอายุ หรือการนอนหลับจะมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของมนุษย์ (Espie, 1993) เวลาในการนอนหลับ ทารกแรกเกิดถึง 2 สัปดาห์ใช้เวลาอนหลับประมาณวันละ 16-17 ชั่วโมง อายุ 16 ปี เวลาการนอนหลับลดลงเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมง อายุ 25-45 ปี เหลือประมาณ 7-8 ชั่วโมง และผู้สูงอายุ ประมาณ 6.5 ชั่วโมง และอายุ 65 ปีขึ้นไป ใช้เวลานอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง (McGrill and Russel, 1992) บุคคลสูงอายุมักจะมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากคนหนุ่ม โดยใช้เวลานอนมาก หลับยาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อย มีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ตื่นบ่อย และมักจะตื่นเช้า พร้อมทั้งรู้สึกง่วงไม่เพียงพอ (Ebersole, 1985: 176; Matteson and McConnell, 1988: 407) นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสตื่นเนื่องจากเสียงรบกวนได้ง่ายขึ้น (Closs, 1988: 49)

2) เพศ โดยธรรมชาติ เพศชายจะมีความแปรปรวนของรูปแบบการนอนหลับได้มากกว่าและเกิดเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 10-20 ปี เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเริ่มมีการนอนหลับแบบ REM ลดลงและตื่นขณะนอนหลับบ่อยขึ้นซึ่งบ่อยครั้งมีสาเหตุมาจากการกั้งของน้ำอสุจิในองคชาติที่เกิดในระยะ REM (Closs, 1988: 49) ผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสามารถนอนหลับถึงระยะหลับสนิทได้มากกว่าและจะเริ่มเปลี่ยนแปลงในวัยกลางคน (Closs, 1998) แต่การศึกษาของคิวภรณ์ โกศล (2538) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางทางสุขภาพพบว่าเพศ ไม่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เมนเดลสันและคณะ (Mendelson et al., 1993) ศึกษาความแปรปรวนของการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงประสบปัญหาไม่แตกต่างกัน

3) ความไม่สุขสบาย ความไม่สุขสบายจากสาเหตุต่างๆเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง สาเหตุความไม่สุขสบายได้แก่ ทำนอน บุคคลจะนอนหลับได้ดีในทำนอนที่ตนเองสุขสบายที่สุดจากการเปรียบเทียบทำนอนของผู้ป่วยที่นอนหลับได้ดีและไม่ดีพบว่าผู้ป่วยที่นอนหลับได้ไม่เพียงพอ มักนอนหงายหรือนอนในท่าที่หลังและไหล่เหยียดตรงเป็นเวลานานและเปลี่ยนทำนอนบ่อยครั้ง (Closs, 1988)

4) สิ่งแวดล้อม บุคคลมักจะนอนหลับได้ดีในที่ที่ตนคุ้นเคย หากต้องเปลี่ยนสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับย่อมมีผลต่อการนอนหลับทั้งระยะ REM และ NREM โคลส (Closs, 1988) กล่าวว่าอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการนอนหลับถึงแม้ว่าอุณหภูมิจะเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อยก็ตาม วอล์คเกอร์ (Walker, 1972) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับ

ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษ พบว่า แสงสว่างเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย นอกจากนี้ ความดังของเสียงทำให้ระยะเวลาที่นอนหลับสนิทหรือนอนหลับได้ในระดับลึกลดลงสำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุทำให้ระยะฝันถูกรบกวน (Vallet, 1982 อ้างถึงใน คาร์สัน โปซารส, 2538)

5) อาหารและเครื่องดื่ม จากการศึกษาของ มอร์ตัน (Morton, 1993 อ้างถึงใน กุศุมาลย์ รามศิริ, 2543) ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนนอนพบว่า ภายหลังจากการดื่ม ระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมดลดลง 2 ชั่วโมง และระยะเวลาดังแต่เข้าอนจนกระทั่งหลับเพิ่มขึ้นเนื่องจากคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางส่วนแอลกอฮอล์จะลดการกระตุ้นของร่างกายในระยะแรกของการนอนหลับจึงมีฤทธิ์ช่วยทำให้หลับแต่แอลกอฮอล์จะเพิ่มการกระตุ้นร่างกายในระยะท้ายของการนอนหลับ บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นและลดอย่างทันทีทันใดล้วนมีผลต่อการนอนหลับ โดยบุคคลที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีการสลายอาหารที่สะสมไว้มากจะมีระยะหลับสนิทเพิ่มขึ้น ส่วนบุคคลที่มีอัตราการเผาผลาญต่ำ ระยะหลับสนิทจะลดลง (Patrick et al., 1989: 87) อาหารที่มีกรดอะมิโน แอล – ทริปโทแฟน (L – tryptophan) สูง เช่น นม เนื้อวัว และถั่ว จะช่วยชักนำให้หลับได้เร็วขึ้นขึ้นเนื่องจาก แอล – ทริปโทแฟนนี้เป็นสารตั้งต้นของซีโรโทนิน (Kozier et al., 1989: 597, Patrick et al., 1989: 87) นอกจากนี้ยังพบว่าอาหารที่มีโซเดียมต่ำมีส่วนทำให้การนอนหลับระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง (Closs, 1988, p. 50)

6) ภาวะอารมณ์และจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เสี่ยงภัย ตกอยู่ในอันตราย หรืออยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย จากการศึกษาในผู้สูงอายุหญิงจำนวน 175 คน พบว่า ร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลทำให้นอนไม่หลับ (Johnson, 1996 อ้างถึงใน กุศุมาลย์ รามศิริ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับ บุญชู อนุศาสนนันท์ (2536) ว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความกลัวและวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในการนอนต่ำ หรือแม้แต่อารมณ์สนุกสนาน จะกระตุ้นการหลั่งนอร์แอดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับยาก (Kozier et al., 1989: 596 – 597) ส่วนบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีระดับเอนไซม์ โมโนเอมีน ออกซิเดส (Monoamine oxydase) สูงขึ้น ซึ่งเอนไซม์นี้จะสลายนอร์แอดรีนาลีนและซีโรโทนิน ทำให้บุคคลเหล่านี้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นบ่อย เช่นเดียวกัน (Closs, 1988: 49)

7) บุหรี่ สารนิโคตินให้บุหรี่ยังมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนเพิ่มมากขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นส่งผลให้นอนหลับยาก คุณภาพการนอนหลับลดลง

8) วงจรชีวิตภาพในรอบวัน การนอนหลับของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับวงจรชีวิตภาพในรอบวันอย่างมากระยะเวลาที่บุคคลหลับสนิทที่สุดจะตรงกับช่วงเวลาที่ระดับการทำงานของร่างกายลดลงต่ำที่สุด ซึ่งสำหรับบุคคลทั่วไปจะอยู่ในเวลาเช้านี้ (Narrow and Buschle, 1982: 487) บุคคลบางกลุ่มนอนหลับในช่วงพลบค่ำ ตั้งแต่เช้านี้ และทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเช้า ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งชอบนอนดึก ตื่นสาย และทำงานได้ดีในช่วงบ่ายถึงกลางคืน (สันต์ หัตถิรัตน์, 2534: 26) ซึ่งวงจรชีวิตภาพนี้จะสอดคล้องกับอุปนิสัย บุคลิกภาพ อาชีพ และความสะดวกของแต่ละบุคคล

9) กิจกรรมและการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในเวลาและปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้การนอนหลับสนิทขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายช่วงก่อนนอนหรือหักโหมจนเกินไปจนเกิดอาการเหนื่อยล้าจะทำให้หลับได้ยาก (Kozier et al., 1989: 596; Narrow and Buschle, 1982: 487) ส่วนบุคคลที่ถูกจำกัดให้นอนอยู่บนเตียงและไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จะมีการนอนหลับระยะสั้นมากขึ้น (Patrick et al., 1989: 87)

10. การนอนหลับในคืนที่ผ่านมา บุคคลที่หลับชดเชยการอดนอนในคืนก่อน ๆ หรือบุคคลที่นอนหลับตลอดทั้งวันหลังจากการทำงานช่วงกลางคืนจะไม่่วงนอนในเวลานอนหลับตามปกติ ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่นอนหลับได้น้อยในคืนที่ผ่านมาหรือตื่นเช้ามืดกว่าปกติจะง่วงนอนก่อนถึงเวลานอนหลับตามปกติของเขา (Narrow and Buschle, 1982: 488)

1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับแบ่งได้เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ สภาพภายในร่างกายทั้งหมดที่ทำให้การนอนหลับของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามปกติ ที่มีรายงานไว้ได้แก่

1.1) ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ (Parker, 1995: 343) เมื่อเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีแหล่งที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยมากมาย เช่น ความเจ็บป่วยและผลของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ความรู้สึกไม่แน่นอน การที่ต้องอยู่ห่างจากญาติพี่น้องและครอบครัวที่คุ้นเคย สถานที่ไม่คุ้นเคย ไม่สามารถวางแผนในอนาคตได้บนพื้นฐานของความจริง การนอนหลับในสถานที่ที่มีแต่คนไม่คุ้นเคยทำให้มีความระมัดระวังในการนอนหลับ ซึ่งในบางคนอาจนอนกรน ไม่อยากให้ผู้อื่นทราบ และอยากลุกเข้าห้องน้ำบ่อย ๆ แต่เกรงใจผู้อื่น นิสัยส่วนตัวในการนอนบางครั้งทำให้ผู้ป่วยอยากจะทำในสถานที่นอนที่ไม่เป็นส่วนตัว เช่น การถอดฟันทบ การสวมเสื้อผ้าที่เคยใส่นอน บางครั้งรายละเอียดในหลายเรื่องผู้ป่วยก็ไม่กล้าที่จะต่อรองเพื่อการนอนหลับที่เป็นสุขของตนเอง จนเก็บไปเป็นความวิตกกังวลทำให้มีผลกับการนอนของผู้ป่วย (Webster and Thombsen, 1986: 452) มีรายงานว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลมากจะบ่นว่านอนไม่หลับ

มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Southwell and Wistow, 1995: 1105) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (หลิว ชีหลาน, 2543; ปานทิพย์ ประเสริฐผล, 2544) และที่บ้าน (กุศมัลย์ งามศิริ, 2543) นอกจากนี้ความวิตกกังวลเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ศัลยกรรม (Topf et al., 2001: 237-243; บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536)

1.2) ความปวด สามารถลดระยะเวลาในการนอนทั้งหมด เพิ่มระยะเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ และเพิ่มจำนวนครั้งของการตื่นในเวลากลางคืน มีผู้ทำการวิจัยพบว่าในผู้ป่วย ศัลยกรรม (คาร์สันี ดพธารส, 2538; ปานทิพย์ ประเสริฐผล, 2544; Southwell and Wistow et al., 1995: 1101-1109) และผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรม (วราภา แหลมเพ็ชร, 2544) พบว่าสาเหตุหนึ่งของการนอนไม่หลับคือความปวด วิธีที่ดีที่สุดที่สามารถช่วยให้นอนหลับได้ คือ การให้ยาแก้ปวด แต่ในความเป็นจริงการประเมินเกี่ยวกับความปวดยังมีไม่เพียงพอ (Parker, 1995: 342) และความปวดยังเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก (Topf et al., 2001: 237-243)

1.3) ความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่รบกวนการนอนหลับในหอผู้ป่วยวิกฤตมีรายงานว่าร้อยละ 16 ของผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายมากและทุกคนบ่นว่านอนได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายเล็กน้อย (Southwell and Wistow, 2544) ผู้ป่วยอายุรกรรม (วราภา แหลมเพ็ชร, 2544) และผู้สูงอายุ (กุศมัลย์ งามศิริ, 2543) ที่พบว่าความไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ

สาเหตุของความไม่สุขสบายในผู้ป่วยได้แก่ เติง และหมอนที่แข็งเกินไป หมอนที่มีพลาสติกหุ้มทำให้ร้อน และไม่อ่อนนุ่ม (Southwell and Wistow, 1995: 1105; Webster and Thompson, 1986: 451; คาร์สันี โปธธารส, 2538) สายน้ำเกลือ และสายสี่สำหรับวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ ที่ติดตัวในขณะที่นอนหลับ มีผลให้ไม่สามารถนอนในท่าที่สุขสบายได้ นอกจากนี้สายต่าง ๆ ที่ต่อออกจากตัวผู้ป่วย เช่น สายสวนเส้นเลือด การให้ออกซิเจนทางจมูก การใส่คาท่อช่วยหายใจ การใส่คาสายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ และการใส่คาท่อระบายทรวงอก (กาญจนา สิมะจารึก, 2538) และการบันทึกสัญญาณชีพต่าง ๆ ก็มีผลทำให้ความสุขสบายของผู้ป่วยลดน้อยลง (Parker, 1995: 343) ความเจ็บป่วยและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถนอนในท่าที่สุขสบายได้เช่นกัน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการหายใจ การนั่งจะทำให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับในท่าที่สุขสบายอย่างที่เคยได้ (Webster and Thompson, 1986: 451; วราภา แหลมเพ็ชร, 2544) นอกจากนี้ยังมีความไม่สุขสบายเกี่ยวกับอาการใจสั่น ไอ คลื่นไส้ อาเจียน คัน เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน ทูกรายที่มีอาการดังกล่าวระบุว่าความไม่สุขสบายเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนการนอนหลับ (วราภา แหลมเพ็ชร, 2544)

1.4) ความรุนแรงของโรค ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ มีรายงานว่าระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยจากโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพในการนอนหลับและระยะเวลาในการนอนทั้งหมด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาตื่นระหว่างการนอนในเวลากลางคืน (Redker et al., 1998: 27-37)

2) ปัจจัยภายนอก

2.1) เสียง คืออีกตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากกับการนอนหลับ เสียงจะรบกวนการนอนของคนหรือไม่ขึ้นกับ แหล่งที่มาของเสียง ลักษณะของเสียง ระยะเวลาของการนอนในขณะที่มีเสียงรบกวน ชนิดของเสียงที่มีผลกับความไวในการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Webster and Thompson, 1986: 451) เสียงที่สามารถรบกวนการนอนหลับได้ใน 2 ทาง คือ เสียงที่สามารถปลุกให้คนตื่นจากการนอนหลับ และเสียงเป็นสิ่งเร้าที่แม้ว่าคนจะไม่ถูกปลุกให้ตื่นแต่เสียงก็เป็นตัวทำให้วงจรการนอนของคนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ (Slonim, 1974 cited in Hansell, 1984: 59) มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลของเสียงในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีต่อวงจรการนอนของคนปกติ เพศหญิงพบว่าเสียงมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น และคุณภาพการนอนต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Snyder-Halpern, 1985: 41-50) นอกจากนี้เสียงจากหอผู้ป่วยวิกฤตในเวลากลางคืนยังทำให้คุณภาพการนอนตามการรับรู้ (Topf et al., 1996: 545-551) และระยะเวลาการนอนระยะ REM ในคนปกติลดลง (Topf et al., 1993: 252-258) เสียงเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (ซ่อผกา พิษพันธุ์ไพศาล, 2544) ผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม (บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536) ผู้สูงอายุที่บ้าน (กุศลมาลย์ งามศิริ, 2543) และผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (หลิว ยี่หลาน, 2543; วราภา แหลมเพ็ชร, 2544)

แหล่งที่มาของเสียงในโรงพยาบาลได้แก่ เสียงร้องและเสียงเรียกขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยเตียงอื่น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้พยาบาล การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในโรงพยาบาล (Baker, 1993: 84; Lindenmuth et al., 1980; Snyder-Halpern, 1985: 41-50) เสียงโทรศัพท์ เสียงรบกวนของเครื่องมือต่าง ๆ เสียงล้างหม้อนอน เสียงเครื่องช่วยหายใจ เสียงดูดเสมหะ เสียงจากเครื่องโทรศัพท์ภายใน เสียงไอของผู้ป่วยอื่น เสียงโทรทัศน์และเสียงเปิดและปิดประตู (Lindenmuth et al., 1980: 1457) เสียงเหล่านี้เป็นเสียงที่ก่อให้เกิดความรำคาญตามการรับรู้ของผู้ป่วย การสำรวจระดับเสียงในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่ามีเสียงที่ความดังมากกว่า 80 เดซิเบลเกิดขึ้นบ่อย (Kahn et al., 1998: 535; Meyer, 1994: 1211; McLaughlin et al., 1996: 226-230)

ความไวของเสียงยังขึ้นกับระยะของการนอนหลับด้วยใน NREM ระยะ 1 เป็นช่วงที่หลับตื้น ๆ เสียงเบา ๆ ก็สามารถกระตุ้นให้ตื่นได้ ใน NREM ระยะ 3 และ 4 เป็นระยะที่หลับลึกมากขึ้นต้องการระดับเสียงที่ดังมากขึ้นในการปลุกให้ตื่น นอกจากนี้ความคุ้นเคยกับเสียงที่ได้ยิน

ยังมีผลต่อความไวของเสียง ถ้ามีความคุ้นเคยกับเสียงมากจะสามารถนอนหลับได้ดีกว่าเสียงที่ไม่เคยได้ยินมาก่อน ระดับของเสียงในโรงพยาบาลเป็นเสียงที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและแปลกใหม่จะสามารถกระตุ้นผู้ป่วยให้ตื่นได้มากกว่าเสียงที่มีความดังระดับเดียวกันกับที่บ้าน (Webster and Thompson, 1986: 447)

2.2) แสง เป็นตัวแปรที่รบกวนนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) ของผู้ป่วย ขณะหลับ มีรายงานว่าแสงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (ช่อพกา พืชพันธุ์ไพศาล, 2544) หอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นสถานที่ปิดไม่สามารถมองเห็นแสงจากภายนอกทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบความแตกต่างของเวลาในช่วงกลางวันและกลางคืน (Parker, 1995: 347) และแสงในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่เกิดจากแสงไฟที่เปิดตลอดเวลาทั้งกลางวันและกลางคืน ซึ่งมีระดับความสว่างแตกต่างกันไปในช่วงเวลาระหว่างวัน มีผู้สำรวจระดับแสงในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการวัดด้วยเครื่องวัดระดับแสง พบว่ามีแสงสว่างอย่างต่อเนื่องทั้งกลางวันและกลางคืน (Meyer et al., 1994: 1211)

2.3) อุณหภูมิ อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการนอนหลับ อุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไปมีผลให้ระยะหลับสนิทและระยะ REM ลดลง ตื่นบ่อย ช่วงเวลาตื่นนานขึ้น (Closs, 1988: 50) เมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยซึ่งตั้งระดับอุณหภูมิของเครื่องปรับอากาศต่ำกว่าระดับอุณหภูมิบรรยากาศ ย่อมส่งผลกระทบต่อให้การนอนหลับของผู้ป่วยแปรปรวนได้

2.4) กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องถูกปลุกให้ตื่นทุก 1 หรือ 2 ชั่วโมง เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ เช่น การวัดสัญญาณชีพ ดูแลเสมหะ พลิกตะแคงตัว ให้ยา เป็นต้น จากการศึกษาของ วอล์คเกอร์ (Walker, 1972: 164-168) ซึ่งศึกษาระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับโดยไม่ถูกรบกวนระหว่างวันที่ 1 ถึง 3 หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าวันแรกผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติพยาบาลถึง 56 ครั้ง ในแต่ละชั่วโมง และภายใน 3 วันนี้โดยเฉลี่ยทุก 1 ชั่วโมงผู้ป่วยแต่ละคนจะถูกปลุกอย่างน้อย 1 ครั้ง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ถูกรบกวนคือ 50 นาที

2.5) ลักษณะสถานที่ เนื่องจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตมีเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากและพร้อมสำหรับใช้งานตลอดเวลา เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องตรวจการทำงานของหัวใจ และเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น (Berk, Sampliner, Artz and Vinocur, 1976: 5) การนอนโดยมีเตียงผู้ป่วยอื่นและมีเครื่องมือเครื่องใช้ที่อยู่สองด้าน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในขณะนอนหลับมีผลให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรก่อนนอนของตนเองได้ สภาพดังกล่าวนี้จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับได้

1.7 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 ลักษณะ คือการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep quality) ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย

การประเมินคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้ เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ (Hilton, 1976) ซึ่งประเมินได้จาก การบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากการบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกายและการนอนหลับ วิธีนี้ให้ผลถูกต้อง และเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992) การประเมินจะทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพงและวิธีค่อนข้างซับซ้อน จึงต้องทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และการแปลผล วิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน และความพึงพอใจในการนอนหลับได้ (Englert and Linden, 1998) โดยทั่วไปการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัยนี้จะไม่ใช้ตรวจเพื่อคัดกรอง แต่จะใช้ประโยชน์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคและการรักษาเช่น การศึกษาแบบแผนการนอนของผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉียบพลันและแอลกอฮอล์เรื้อรัง การศึกษาผลของความเข้มข้นของออกซิเจนต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น เป็นต้น (Beck, Johns, Lancaster, Raptopoulos, Angelopoulos and Priest, 1981 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ งามศิริ, 2543)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ ประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สามารถกำหนดการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ (Cliss, 1988) การประเมินคุณภาพการนอนหลับอาจทำได้หลายวิธีเช่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่บนเตียง (Johns, 1975) หรือประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งเป็นการประเมินค่าบนเส้นตรงโดยการเปรียบเทียบกับสายตา (Visual analogue scale) ประกอบด้วย

ลักษณะต่าง ๆ ของการนอนหลับวัดเป็น 2 มิติคือ มิติประสิทธิผลการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในทางบวก เกี่ยวกับความรู้สึกละเอียดหลังการตื่นนอน คุณภาพการนอนหลับ เวลาที่ใช้ในการนอนหลับ วิธีตื่นนอน ระยะเวลาตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกออกจากเตียง ความพอใจต่อจำนวนเวลาที่ได้นอนหลับ และใช้เวลาในการงีบหลับ และมิติความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางลบเกี่ยวกับการใช้เวลาในการเริ่มต้นกลับ การพลิกตัวหรือการเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับ การถูกรบกวนการนอนหลับ (Synder – Helpem and Verren, 1987)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มี 2 ลักษณะ คือ

การประเมินการนอนหลับเชิงปริมาณ

เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่สามารถบอกจำนวนของระยะเวลาอย่างน้อยได้ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับไป (Buysse et al., 1989) ในบุคคลที่การนอนหลับปกติ ใช้เวลาประมาณ 1 – 7 นาที (Morton, 1993) ระยะเวลาไม่ควรเกิน 20 นาที ถ้ามากกว่า 20 นาทีแสดงว่า มีการนอนไม่หลับเกิดขึ้น (Lee, 1997) บุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดี จะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที (Buysse et al., 1989) ซึ่งหากระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ บุคคลสามารถใช้ระยะเวลาที่ยังไม่สามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ได้ ทำให้การนอนหลับในระยะต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2. ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM จนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับ (Buysse et al., 1989) บุคคลจะมีความต้องการการนอนหลับในแต่ละคืนแตกต่างกันไปในแต่ละวัยหรือช่วงอายุของบุคคล ทารกหลังคลอดหนึ่งเดือนจะนอนหลับวันละประมาณ 20 ชั่วโมง และจะค่อย ๆ ลดลงตามลำดับเป็น 10 – 12 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 4 ปี ต่อมาจะลดลงเหลือ 9 – 10 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 10 ปี โดยเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงเมื่อเข้าวัยรุ่นในระยะเวลาอายุ 16 ปี และลดลงมาเหลือประมาณ 7.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่ออายุ 25 – 45 ปี หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลงจนเหลือ 6.5 ชั่วโมงต่อคืนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Morton, 1993) บางการศึกษาพบว่าระยะเวลาการนอนในแต่ละคืนของบุคคลวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุไม่แตกต่างกัน (Richards, 1996) ซึ่งบุคคลที่สามารถนอนหลับได้มากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืน แสดงถึงการมีคุณภาพการนอนที่ดี (Buysse et al., 1989)

3. ประสิทธิภาพของการนอนโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่าง จำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนหารด้วยจำนวนของระยะเวลานอนอยู่บนเตียงเทียบ

กับหนึ่งร้อยค่าที่คำนวณได้จะมีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ (Buysse et al., 1989) ในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าประสิทธิภาพการนอนหลับ 80 – 95 เปอร์เซ็นต์ และวัยสูงอายุจะมีค่า 67 – 70 เปอร์เซ็นต์ (Hayashi and Endo, 1982 cited in Carpenito, 1997) ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพการนอนหลับดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ (Buysse et al., 1989)

การประเมินคุณภาพการนอนเชิงคุณภาพ

เป็นการประเมินการนอนหลับจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นเอง ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวมและเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นเองว่า “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย” (Buysse et al., 1989)
2. การรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอาจเกิดผลในลักษณะการนอนมากหรือน้อยเกินไป ป้างจยหรือสิ่งทีรบกวนการนอนหลับ เช่น การที่ต้องตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นเข้าห้องน้ำ หายใจลำบาก ไอหรือกรนเสียงดัง รู้สึกหนาวเกินไป รู้สึกร้อนเกินไป ฝันร้าย ความเจ็บปวด เป็นต้น ซึ่งการรบกวนการนอนหลับมีสาเหตุจากสิ่งใดนั้นสามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นเอง (Buysse et al., 1989)
3. การใช้นอนหลับ การใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ โดยแพทย์สั่งและซื้อมารับประทานเอง (Buysse et al., 1989) ซึ่งการใช้ยาดังกล่าวบ่งบอกถึง การมีปัญหาในการนอนหลับหรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น ดังการศึกษาการเกิดปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่บริโภคนอนหลับและไม่บริโภคนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บริโภคนอนหลับจะมีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้บริโภคนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Englert and Linden, 1998) นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังการใช้นอนหลับจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุ โดยร่างกายจะมีความทนต่อยาเพิ่มขึ้น และยาจะรบกวนการนอนหลับในระยะ REM (Ross, Hare, and McPherson, 1986) อีกทั้งพบว่าภายหลังการใช้นอนหลับจะมีการนอนหลับยาก ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน และนอนหลับยากภายหลังการตื่นขึ้นมาระหว่างการนอนหลับ (Englert and Linden, 1998) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ดังนั้นการใช้นอนหลับจึงบ่งบอกถึงการมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีได้
4. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบต่อกิจกรรมในเวลากลางวัน เช่น ง่วงนอนหรือเพลอหลับ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน เป็นต้น (Buysse et al., 1989)

นอกจากนี้ยังพบว่าการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ หรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีจะทำให้มีการจับหลับในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น (Prosser, Bonnet, Berry and Dickel, 1994) จะทำให้บุคคลมีปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ และความจำ รู้สึกไม่สุขสบาย ลดความร่าเริงสนุกสนานกับเพื่อนและครอบครัวลง (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2542) เฉื่อยชา อ่อนเพลีย ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง (McIntosh, 1989) ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย เฉยเมย การตัดสินใจไม่ดี สับสน ความเครียดเพิ่มขึ้น (Evans and French, 1995) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บนท้องถนนและอุบัติเหตุภายในบ้าน และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง (Gottlieb, 1990) เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Verran and Synder-Halpem sleep scale (Snyder-Halpem and Verran, 1987: 155-163) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประกอบด้วยมิตีย่อย 3 คือ มิติด้านความแปรปรวนคุณภาพการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988: 203) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและคงอยู่ถาวร (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542: 34; Duffy, 1997: 102-108)

2.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988: 203)

การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองและช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984: 151-152)

2.2 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลที่ให้แกผู้ป่วยนั้นมีหลากหลายซึ่งสามารถจำแนกประเภทของข้อมูลได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

2.2.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972: 499-503)

2.2.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control)

2.2.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยอธิบายถึงความรู้สึที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้วจากสถานการณ์เดียวกันซึ่งความรู้สึนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (Response control)

2.2.1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงวิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสภาวะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control)

2.2.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach, 1983: 1248-1296)

2.2.2.1 ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไปในลักษณะกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายคลึงกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2.2.2.2 ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียด เฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะคุกคาม

2.2.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิกิภัทร ชังขาว, 2544: 46)

- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา
- ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ
- ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา
- ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

2.3 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ในการให้ข้อมูลเพื่อใหผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดการประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้ (Kalz, 1997: 33-36)

2.3.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้

อย่างเหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาวะร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

2.3.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

การให้ข้อมูลเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้มีผู้เสนอแนวทางและข้อควรคำนึงในการให้ข้อมูลดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้รับข้อมูล (Manley, 1988: 19-21)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988: 19-21)

3. ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น

4. มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึก (Stanik, 1990: 43-47)

5. จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัวหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller and Lee, 1981: 1477-1478)

2.4 การให้ข้อมูลในผู้ป่วยระยะวิกฤต

การเข้ารับการรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย พบกับบุคคลที่ไม่รู้จัก ได้ยินเสียงสัญญาณต่าง ๆ จากอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เสียงบุคลากรคุยกันในสิ่งที่ตนไม่เข้าใจและการทำงานที่เร่งรีบของเจ้าหน้าที่ (อุราวดี เจริญไชย, 2541: 15-28) สภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดและมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤต (Topf, 2000: 520-528)

การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือคาดเดาได้เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดดังนั้นการให้ข้อมูลก่อนที่ จะต้องการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆจะทำให้เกิดความเครียดน้อยลง (Auerbarch and Martelli, 1983: 1248-1296) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมโดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่เป็นการให้ข้อมูลภายในหอผู้ป่วยวิกฤตเพียง 1 งานวิจัยเท่านั้น ซึ่งเป็น

ห่อผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม (กัลยา สรรพอุดม, 2546) นอกจากนั้นเป็นงานวิจัยเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่ทำในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางกระดูกและข้อ โดยวัดระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัด (สุคนธา ผดุงวัตร และแขวิมล ทุมวิภาต, 2539) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดจากผู้วิจัย เมื่อวัดคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพึงพอใจภายหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดมีความวิตกกังวลน้อยกว่าและมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด นอกจากนั้นเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยระยะวิกฤตในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

วิภาภัทร ชังขาว (2544) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยมีผู้ป่วยระยะวิกฤตที่จะได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจจำนวน 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยการบริหารการหายใจในกลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อุรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แนวคิดการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูล 3 ชนิด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติจัดทำเป็นเทปโทรทัศน์ แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน โดยให้ข้อมูลในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วัน แล้ววัดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

นอกจากนี้เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดและทำหัตถการในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (แก้วสามสี สาเจริญ, 2536) การให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตเด็ก (พรประภา โลจนะวงศกร, 2541) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อเข่า (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542) การให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนในเด็กก่อนวัยเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (กลอยใจ มีเครือรอด, 2544) การให้ข้อมูล

เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องของสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (วรรณ ปิยะเสวตกุล, 2545) เป็นต้น

จากการที่ได้ศึกษาบททวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในประเทศไทยโดยพยาบาล พบว่าการให้ข้อมูลเรื่องสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมยังไม่ได้รับความสำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดและมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยการสื่อสารที่ใช้เป็นแฟ้มภาพถ่ายจากสถานที่จริงซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพได้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่จะต้องเผชิญขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้ดียิ่งขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับการนวดกดจุดสะท้อน

การนวดกดจุดสะท้อนเป็นศาสตร์เป็นศิลป์อย่างหนึ่งที่ใช้ในการวินิจฉัย รักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้กันมานานกว่า 5,000 ปี ในประเทศจีน (ศักดิ์ บวร, 2543; Allen, 1999) ซึ่งชาวจีนมีความเชื่อว่าตำแหน่งของเท้ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมการทำงานส่วนอื่นของร่างกาย การกดนวดบางแห่งของเท้าจึงส่งผลทำให้เกิดสมดุลการทำงานของส่วนอื่นที่สัมพันธ์กันนั้น (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544; Tappen, 1978) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1913 ดร. วิลเลียม ฟิทเจอร์าลด์ (William Fitzgerald, 1913) ได้นำไปเผยแพร่ในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศไทยยังไม่ทราบประวัติที่แน่ชัด (สมพร ชินโรส และวันเพ็ญ ปานยิ้ม, 2544) การนวดกดจุดสะท้อนเป็นศาสตร์ที่เป็นผลมาจากการนวดเท้าซึ่งบางครั้งมีความสับสนในการแยกระหว่างหลักการนวดเท้า ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนจะแยกจากการนวดเท้าโดยขั้นตอนที่มีการใช้แรงกดไปตามจุดต่าง ๆ บนเท้าทั้ง 2 ข้างซึ่งจุดต่าง ๆ เหล่านี้จะสะท้อนไปตามอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย การนวดกดจุดสะท้อนเป็นส่วนหนึ่งของการนวดแผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของชาวไทย มีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งสอนบอกแก่คนรุ่นต่อมาภายในครอบครัว จากพ่อแม่สู่ลูก และจากครูแก่ศิษย์ ปัจจุบันสถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาและผสมผสานการนวดแผนไทยที่เน้นการกดนวดร่วมกับการกดจุดแบบของจีน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับการนวดกดจุดสะท้อน (วิชัย อิงพิณิจพงศ์และนริศรา มนตรี, 2542; สถาบันแพทย์แผนไทย, 2542)

การนวดทุกประเภทนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าที่จะระบายปัญหาให้แก่พยาบาลฟัง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ Byass (1988: 40) กล่าวว่า การนวดมีผลทำให้ความตึงเครียดทางอารมณ์ลดลง ช่วยลดความซึมเศร้า และยังช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแก่พยาบาลผู้ที่ทำการนวดได้

การนำการนวดกดจุดสะท้อนมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันการนวดกดจุดสะท้อนกำลังได้รับความนิยมโดยทั่วไปและระบบบริการสุขภาพมีการยอมรับการดูแลแบบทางเลือก (Alternative care) และการดูแลแบบเสริม (Complementary care) (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544) การนำการนวดกดจุดสะท้อนเข้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพเนื่องจาก

1. เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถจะปฏิบัติได้ในขอบเขตวิชาชีพ
2. เป็นกิจกรรมที่สะดวก เพราะสามารถทำได้ทุกสถานที่ ไม่รบกวนอวัยวะส่วนตัวที่ปกปิดของผู้ป่วยโดยนวดเฉพาะเท้า น่อง เข่า ใต้เข่า (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000)
3. ไม่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ใด ๆ เข้าไปในร่างกายของ (Noninvasive) (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000)
4. สะดวกสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีอุปกรณ์การรักษาติดตัว แขน มากมาย มีเพียงเท้าที่ไม่มีอุปกรณ์การรักษาติดอยู่ (Hayes and Cox, 1999)
5. เป็นเทคนิคและวิธีการที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ (ศักดิ์ บวร, 2543; ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544; ปัทมา ทองสม, 2541)
6. สามารถสอนให้แก่สมาชิกที่มการพยาบาล ญาติผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติแก่ผู้ป่วยได้ (ประโยชน์ บุญสินสุข, 2544)

3.1 ความหมายของการนวดกดจุดสะท้อน

การนวดกดจุดสะท้อน (Reflexology) เป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างพลังบำบัด (Healing power) เนื่องจากเป็น Physical touch ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งในการถ่ายทอดพลังสัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) การนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นทั้งศิลปะแห่งการสัมผัส ผสมผสานกับศาสตร์แห่งพลังบำบัดสุขภาพด้วยธรรมชาติ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2549) จากนั้นใช้เทคนิคของการนวดและการกดจุดโดยใช้ส่วนของมือและนิ้วมือต่าง ๆ หรืออุปกรณ์กดลงบนบริเวณที่เป็นจุดสะท้อน ซึ่งจุดสะท้อนในบริเวณต่าง ๆ จะมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับต่อม อวัยวะ และส่วนต่าง ๆ ทั้งหมดของร่างกาย ตามโซนที่ลากผ่านที่เท้า 2 ข้าง (Macky, 2001: 163) ผลของการนวดกดจุดสะท้อนช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ขจัดของเสีย ลดความตึงเครียด ลดความปวดและเพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย ฟันฟูพลังงาน และมีความสามารถในการเยียวยาร่างกายได้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่ภาวะสมดุลของร่างกาย (Wilkinson, Prigmore and Rayner et al., 2005)

การนวดกดจุดสะท้อนแบ่งเป็น 3 ชนิด ตามอวัยวะที่ใช้ในการนวดกดจุดสะท้อน ได้แก่ 1) การนวดกดจุดสะท้อนที่หู (Ear reflexology) 2) การนวดกดจุดสะท้อนที่มือ (Hand

reflexology) 3) การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า (Foot reflexology) ซึ่งเปรียบเสมือนศูนย์รวมแห่งอวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่ในร่างกายมนุษย์ (Microcosm of the body) การนวดกดจุดสะท้อนนิยมทำที่เท้ามากที่สุดเนื่องจากการนวดเท้ามีความสะดวกไม่ลุกล้ำความเป็นส่วนตัว ที่สำคัญคือ มีพื้นที่บริเวณผิวหนังที่มากกว่า มีความไวต่อการสัมผัสและแรงกดจุดสะท้อนมากกว่า จึงให้ผลของการกดจุดสะท้อนได้ดีกว่าที่หูหรือที่มือ (ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงศ์, 2549; Joseph et al., 2004: 40) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า

3.2 ประวัติความเป็นมาของการนวดกดจุดสะท้อน

แหล่งกำเนิดการนวดกดจุดสะท้อนยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่คาดว่ามียุคกำเนิดมาประมาณ 5,000 ปี ที่ประเทศจีน อียิปต์ อินเดีย รวมทั้งประเทศทางตะวันตก การบำบัดด้วยการกดจุดสะท้อนเชื่อว่าเริ่มต้นมาพร้อม ๆ กับวิชาการฝังเข็ม (Acupuncture) ในประเทศจีนกว่า 4,000 – 5,000 ปีล่วงมาแล้ว เนื่องจากศาสตร์ทั้ง 2 ชนิดนี้มีความคล้ายคลึงกันมาก ส่วนในประเทศอียิปต์ได้พบหลักฐานเป็นภาพวาดแกะสลัก ที่แสดงให้เห็นขั้นตอนของการนวดกดจุดอย่างชัดเจน ซึ่งคาดว่าภาพนี้มีอายุประมาณ 4,000 ปี ล่วงมาแล้ว (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548: 11; Lockett, 1992: 14; Dougans, 1996: 48-49)

ในประมาณปี ค.ศ. 1917 Dr. William H. Fitzgerald แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน ตา หู คอ จมูก (EENT) ของประเทศอเมริกา ได้มีความสนใจในเรื่องการกดจุดสะท้อนที่เท้าเพื่อลดความปวด โดยใช้แรงกดจุดที่มือและเท้าในระยะก่อนการผ่าตัด และได้พัฒนาทฤษฎีตำแหน่งการกดจุดที่นิ้วมือและนิ้วเท้าที่สัมพันธ์แบบตำแหน่งของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์เพื่อให้เกิดอาการชาไปยังตำแหน่งของบริเวณร่างกายที่ต้องการให้เกิดการตอบสนอง เช่น มีการทดสอบอาการชาเฉพาะที่ (Local anesthetic effect) นอกจากนั้นท่านยังสามารถทำการผ่าตัดเล็ก (Minor surgery) โดยไม่ใช้ยาชาแต่ใช้เพียงเทคนิคการกดจุดเพียงอย่างเดียว เป็นต้น ทฤษฎีนี้คือ “Zone therapy” โดยมีแนวคิดว่าคนเราดำรงอยู่ด้วยพลังชีวิต (Life force) ซึ่งวิ่งไปตามช่องทางเดินตามเส้นพลัง และร่างกายคนเรายังถูกแบ่งเป็นโซนของพลัง 10 โซน เท่า ๆ กันตามแนวยาวที่แยกร่างกายตั้งแต่ศีรษะและสิ้นสุดที่ปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า ดังนั้นเมื่อมีการกดไปที่นิ้วมือหรือนิ้วเท้าจะมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่โซนเดียวกันกับนิ้วมือหรือนิ้วเท้าที่ได้รับการกดนั้น (Lockett, 1992: 14; Dougans, 1996: 51-52)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1930 นักกายภาพบำบัดชื่อ Eunice Ingham ได้นำทฤษฎี : Zone therapy: ของ Dr. William H. Fitzgerald มาศึกษาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าสารที่คล้ายพบทรายเม็ดเล็ก ๆ (Micro crystals) ในส่วนของเส้นประสาทส่วนปลายที่บริเวณเท้าส่วนใดนั้นคือเกิดการอุดกั้นของทางเดินของเส้นพลังใน โซนที่สัมพันธ์กับบริเวณเท้าส่วนนั้น ซึ่งเมื่อกคนวดเพื่อสลายเม็ดทรายเล็ก ๆ นั้น จะเท่ากับช่วยสลายและขับสารพิษหรือของเสียออกไป ทำให้เส้นพลังเดินได้สะดวก และการบำบัดร่างกายก็จะง่ายขึ้น รวมทั้งได้สังเกตว่าเมื่อมีการกดเจ็บที่บริเวณเท้าส่วนใด

ก็จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหรือบาดเจ็บของอวัยวะส่วนนั้น ๆ จากนั้นได้พัฒนาและสร้างรูปแบบแผนผังเท้าซึ่งประกอบด้วยส่วนของ ฝ่าเท้า ข้างเท้าด้านในและด้านนอก และหลังเท้า ที่สัมพันธ์กับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นที่มาของศาสตร์การนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ายุคใหม่ (Modern reflexology) ที่ใช้กันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันนี้ Ingham ได้เขียนตำราการนวดกดจุดสะท้อนเล่มแรกและอุทิศตนเพื่อการเผยแพร่ความรู้ด้านนี้มาตลอดกว่า 40 ปี จึงได้รับการขนานนามว่าเป็นมารดาแห่งการนวดกดจุดสะท้อน (Mother of Reflexology) (Lockett, 1992: 14; Dougans, 1996: 53)

สำหรับวิวัฒนาการการนวดเท้าของประเทศไทยเป็นการนวดเท้าเพื่อสุขภาพมีรากฐานมาจากการนวดเท้าของประเทศจีน โดยอาจารย์ยุพิน โตเอี่ยม ได้นำเข้ามาพัฒนาจัดทำเป็นหลักสูตรร่วมกับอาจารย์ชาวไต้หวันที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการนวดเท้ารักษาโรค อีกทั้งมีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของมูลนิธิแพทย์แผนไทย จนถึงปัจจุบัน (เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ และคณะ, 2548: 10)

3.3 ทฤษฎีการนวดกดจุดสะท้อน

หลักการนวดกดจุดสะท้อนนั้นอยู่บนพื้นฐานหลัก 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีโซน (Zone theory) และ ทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory) (Dougans, 1996: 50-55; Frankel, 1997: 80) นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีอื่น ๆ ที่สนับสนุนหรืออธิบายผลที่เกิดจากการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้า เช่น ทฤษฎีกรด Lactic (Lactic theory) ทฤษฎีตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท (Proprioceptive nervous receptors theory) ทฤษฎีจิตวิทยา (Psychological theory) ทฤษฎีความเครียด (Stress theory) และทฤษฎีฝ่ามือคล้าย (Reflexology theory) เป็นต้น (Stephenson et al., 2000: 67-68)

1) ทฤษฎีโซน (Zone theory)

เป็นทฤษฎีที่ค้นพบโดย Dr. William H. Fitzgerald โดยมีการตั้งสมมุติฐานและทดสอบโดยใช้แรงกดที่บริเวณนิ้วมือต่าง ๆ ซึ่งผลที่ได้ คือ ทั้งมือ แขน ไหล่ ขากรรไกร ใบหน้า หู และจมูก มีอาการชาและหมดความรู้สึก จากนั้นจึงใช้เทคนิคนี้ในการผ่าตัดเล็ก ๆ ซึ่งสามารถผ่าตัดได้โดยไม่ต้องใช้ยาชาแต่ใช้เพียงเทคนิคการกดจุดเพียงอย่างเดียว จากการทดสอบดังกล่าวท่านได้ทดสอบต่อไปถึงแรงกดที่นิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งให้ผลเชื่อมโยงเฉพาะเจาะจงไปยังอวัยวะและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จนกระทั่งสามารถอธิบายได้ว่าร่างกายมนุษย์จะมีการแบ่งโซนตามยาวตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายนิ้วมือและนิ้วเท้ารวมทั้งหมด 10 โซน โดยแบ่งร่างกายซีกขวาและซีกซ้าย อย่างละ 5 โซน โดยโซนที่ 1 จะอยู่ชิดกับแนวกึ่งกลางลำตัว ถัดออกไปจะเป็นโซนที่ 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ ส่วน นิ้วมือและนิ้วเท้า คือ นิ้วหัวแม่มือ(และเท้า) นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง นิ้วก้อย หมายถึง โซนที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ และนิ้วหัวแม่มือ(และเท้า) นับจากด้านในถึงด้านนอกเท้า หมายถึงโซนที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ตามลำดับ ดังนั้นเมื่อออกแรงกดที่เส้นประสาทส่วนปลายบริเวณจุดสะท้อนที่

โชนนิ้วมือและนิ้วเท้า ด้านขวาและซ้าย ก็จะมีผลต่ออวัยวะ ต่อม หรือส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์ในโชนเดียวกันของด้านขวาและซ้ายนั่นเอง ยกเว้น ส่วนของสมองซึ่งเมื่อออกแรงกดที่เท้าหรือมือขวาจะมีผลต่อสมองซีกซ้าย ในขณะที่ส่วนของสมองซึ่งเมื่อออกแรงกดที่เท้าหรือมือซ้ายจะมีผลต่อสมองซีกขวา เนื่องจากการไขว้กันของเส้นประสาทที่ Optic chiasma ทฤษฎีโชนมีความเกี่ยวข้องกับเส้นทางเดินของพลังแห่งชีวิต (Vital energy) กล่าวคือ เส้นทางเดินของพลังซึ่งวิ่งจากเท้า (หรือมือ) ขึ้นสู่ศีรษะซึ่งเชื่อว่าพลังมีการไหลอย่างสม่ำเสมอไปตามเส้นทางต่าง ๆ ในร่างกายและไปจบลงที่แห่งหนึ่งแห่งใดก็เกิดเป็นจุดสะท้อนที่เท้าและมือ กล่าวคือถ้าพลังนี้ไหลไปไม่ได้ไม่ติดขัดก็จะช่วยให้คนเรามีสุขภาพดี แต่เมื่อใดมีการขัดขวางหรือไหลติดขัดก็ย่อมเกิดอาหารหรือโรคได้ และการติดขัดของการไหลของพลังจุดใดจุดหนึ่งจะเกิดผลในทางที่ไม่ดีแก่ทุกส่วนในโชนเดียวกันและส่งผลต่อทั้งร่างกายในที่สุดด้วย ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าเป็นการส่งเสริมการไหลของพลังเป็นไปตามปกติ ซึ่งก็จะเป็นการสร้างความสมดุลให้กับร่างกายโรคต่าง ๆ หรืออาการต่าง ๆ ก็จะไม่เกิดหรือมีการบรรเทาเบาบางลงได้ (ลิเคิล ลูซินดา และคณะ, 2542: 134; เพ็ญญา ทรัพย์เจริญและคณะ, 2548: 11-12; Dougans, 1996: 51-53; Lockett, 1992: 14)

2) ทฤษฎีเส้นพลัง (Meridian theory)

แนวคิดของทฤษฎีเส้นพลังนี้ได้ให้ความสำคัญของจุดสะท้อนที่เท้าและมือทั้ง 2 ข้างที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะ ต่อม กระดูก และกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทั้งหมดภายในร่างกายทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีโชนโดย Eunice Ingham ได้ศึกษาพัฒนาทฤษฎีโชนอย่างต่อเนื่อง จนได้มาเป็น Foot Reflex Theory โดยได้สร้างแผนผังเท้าที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเส้นทางเดินพลังและจุดสะท้อนต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับอวัยวะภายในร่างกาย (Visceral organs) ซึ่งเป็นการแสดงภาพตามกายวิภาคศาสตร์ โดยถ้าออกแรงกดจุดตำแหน่งต่าง ๆ ที่เท้าหรือมือขวา ก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่าง ๆ ภายในของร่างกายซีกขวา ในขณะที่ถ้าออกแรงกดจุดตำแหน่งต่าง ๆ ที่เท้าหรือมือซ้ายก็จะมีผลต่ออวัยวะและต่อมต่าง ๆ ภายในของร่างกายซีกซ้าย (มาจากรากฐานของทฤษฎีโชน) ซึ่งจากการศึกษารวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวนหลายร้อยคน โดยใช้นิ้วมือกดหรือคลำบริเวณเท้าแล้วพบว่าบริเวณนั้นรู้สึกปวด ไม่สุขสบาย หรือมีความรู้สึกมีเสียง “กริบ ๆ (Gritting)” เกิดขึ้นที่เท้าบริเวณใดจะมีความสัมพันธ์กับโรค ความผิดปกติหรือการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนใดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เหตุนี้จึงทำให้สามารถระบุว่าจะจุดใดหรือตำแหน่งใดของเท้าหรือมือ เป็นจุดสะท้อนของอวัยวะหรือต่อมใดภายในร่างกาย (Lockett, 1992: 14; Dougans, 1996: 53; Mantle and Mackereth, 2001: 43)

3) ทฤษฎีพลังงาน (Energy theory)

ตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนพลังที่เรียกว่า “ ชี (Chi)” นั้นจะไหลผ่านเส้นพลังเมอริเดียน (Meridian theory) โดยเฉพาะเส้นเมอริเดียน 6 เส้น ที่สามารถผ่านไปยังอวัยวะภายในโดยตรงได้แก่ Spleen/Pancreas Meridian, Liver Meridian, Stomach Meridian, Gall bladder Meridian, and Bladder and Kidney Meridian จะพบว่าอยู่ที่เท้าโดยเฉพาะที่นิ้วเท้า ในขณะที่ทางอินเดียและฮินดู การผ่านของพลังซึ่งเรียกว่า “ ปรานา” (Prana)” จะผ่านศูนย์กลางพลังที่เรียกว่า “จักระ” (Chakras)” ทั้ง 7 ได้แก่ Root Chakra, Sacral Chakra or abdomen, Solar plexus Chakra, Heart Chakra, Throat Chakra, Brow Chakra, และ Crown Chakra โดยทางตะวันตกจะเรียกพลังชีวิตนี้ว่า “Vital force” หรือ “Life force” (Dougans, 1996: 26, 38) โดยทฤษฎีพลังงานกล่าวว่า อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีการเชื่อมโยงอยู่ในพลังสนามแม่เหล็ก (Electromagnetic field) และการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าจะช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของพลังเป็นไปด้วยดี โดยปราศจากการอุดกั้นของเส้นพลังเมอริเดียนซึ่ง Ingham กล่าวว่า ร่างกายมีการทำงานโดยการเชื่อมโยงของการส่งกระแสไฟฟ้า (Electrical impulse) ในการส่งต่อพลังงาน ในภาวะร่างกายขาดสมดุลการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยให้การเชื่อมโยงพลังงานนี้ไม่ติดขัด ส่งผลให้ร่างกายกลับสู่ภาวะที่สมดุล และอวัยวะต่าง ๆ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dougans, 1996: 39; Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000: 68)

4) ทฤษฎีกรด Lactic (Lactic theory)

การจับเกาะของเม็ดคริสตัลเล็ก ๆ ที่ปลายประสาท (Nerve endings) ของเท้าเป็นสาเหตุของอาการปวดระหว่งการนวดกดจุดสะท้อน ซึ่งเชื่อว่าการจับเกาะของแคลเซียมและกรด Lactic ปลายประสาทที่อยู่บริเวณใต้ผิวหนังตรงที่กดเจ็บนั้น ๆ โดยสาเหตุเกิดจากภาวะเลือดที่เป็นกรดมากขึ้นจะทำให้เกิดแคลเซียมและกรด Lactic ไปสะสมที่ปลายประสาทของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย การสะสมนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งเป็นเม็ดกรดคริสตัล (Acid crystals) ซึ่งสิ่งนี้จะไปขัดขวางการไหลเวียนโลหิตและการไหลเวียนของพลังงานไม่ให้เป็นไปตามปกติ

เท้าเป็นส่วนที่เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ เหล่านี้ได้มาก เนื่องจากมีปลายประสาทจำนวนมากที่เท้า อีกทั้งการใส่รองเท้าในชีวิตประจำวันทำให้การไหลเวียนโลหิตและระบบประสาทที่เท้าเป็นไปอย่างไม่สะดวกนัก และเนื่องจากเท้าเป็นจุดสิ้นสุดของการไหลเวียนโลหิตก่อนที่จะต้องไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจซึ่งจะต้องต้านแรงโน้มถ่วงของโลกมากที่สุดร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดส่วนปลายได้ง่าย เป็นเหตุให้เกิดการคั่งของสารพิษต่าง ๆ ที่เท้านั้นเอง การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยสลายเม็ดคริสตัลที่เกาะตามปลายประสาทที่เท้าให้แตก โดยเมื่อสลายเม็ดคริสตัล

ที่เส้นพลังออกไปได้แล้วก็จะทำให้พลังเดินได้สะดวก การไหลเวียนโลหิตก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้การนำเลือดและออกซิเจนรวมทั้งสารอาหารต่าง ๆ ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่วนเม็ดคริสตัลหรือสารพิษที่สลายแล้วก็จะซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด และขับออกทางปัสสาวะ โดยการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยทำให้ระบบขับถ่ายของเสียดีขึ้น ร่างกายจะกลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง (Dougans, 1996: 42; Kuhn, 1999: 320; Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000: 68)

5) ทฤษฎีตัวรับความรู้สึกผ่านเส้นประสาท (Proprioceptive nervous receptors theory)

ระบบประสาทประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ๆ คือ ระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ สมองและไขสันหลัง ระบบประสาทส่วนปลาย และระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งระบบประสาทภายในร่างกายมนุษย์ถูกเชื่อมโยงด้วยระบบศักยไฟฟ้าที่มีความซับซ้อน ถ้าปราศจากเส้นประสาทส่งไปตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตามวิถีประสาท (Neural pathway) แล้วอวัยวะต่าง ๆ ก็จะไม่สามารถทำงานได้ ดังนั้นในภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วยซึ่งมักเกิดการอุดตันของการส่งกระแสประสาททำให้ร่างกายเกิดความไม่สมดุล การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยกระตุ้นเส้นประสาทส่วนปลายซึ่งมีอยู่ที่เท้ามากถึงข้างละ 7,200 เส้น (Kuhn, 1999: 320) ให้มีระบบการทำงานเชื่อมโยงได้ตามปกติ

การนวดกดจุดสะท้อนจะมีการสัมผัสเบา ๆ การถู การสั่น การคลึง การใช้แรง นวดกดตื้น ๆ และการกดที่ลึก ซึ่งเป็นแรงกดหลายระดับเป็นการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกอยู่ที่ผิวหนังกำพร้า (Epidermis) ประมาณ 0.7 มิลลิเมตร จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการสัมผัสเบา ๆ การถู และการสั่น ส่วน Tactile cutaneous mechanoreceptors อยู่ในชั้นผิวหนังกำพร้าเช่นกัน จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการสัมผัสและการกดเบา ๆ ส่วน Ruffini cutaneous mechanoreceptors อยู่ในชั้นผิวหนังแท้ (Dermis) จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการกดหรือคลึงเบา ๆ และส่วน Pacinian corpuscle อยู่ในชั้นผิวหนังแท้ประมาณ 2 มิลลิเมตร และชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) จะไวต่อการกระตุ้นด้วยการกดที่ลึก (Tiran and Chummun, 2004: 2)

สัมผัสและแรงกดที่เกิดขึ้นจากการนวดกดจุดสะท้อนนั้นมีผลในการกระตุ้นปลายประสาทจึงเกิดการทำงานของศักยไฟฟ้าเคมี (Action potential) ให้มีการช่วยส่งกระแสประสาทเชื่อมต่อกับระบบประสาทส่วนกลาง sensory (Afferent) neuron ซึ่งจะรับผ่าน ganglion และส่งผลกลับมาที่อวัยวะต่าง ๆ ทาง motor (Efferent) neuron ทำให้อวัยวะนั้น ๆ เกิดการตอบสนอง จึงนับว่าเป็นการส่งเสริมการนำของวิถีประสาทจากบริเวณที่เป็นจุดสะท้อนไปยังตัวรับของอวัยวะที่อยู่ตรงตำแหน่งจุดสะท้อนนั้น โดยจะช่วยปรับสมดุลการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ นั้นเอง อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการนำกระแสประสาทเชื่อมต่อกับระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งระบบประสาทอัตโนมัติเป็นระบบที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะ กล้ามเนื้อ และต่อมต่าง ๆ ภายใน

ร่างกาย โดยเป็นการทำงานที่อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจ (Involuntary action) ประกอบด้วย ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และ parasympathetic โดยระบบทั้งสองจะมีการทำงานที่ตรงกันข้ามกันเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย เช่น ในภาวะเครียดระบบ Sympathetic จะส่งกระแสประสาทให้หัวใจวายหรือต่อมต่าง ๆ ในร่างกายมีการทำงานมากขึ้น ในขณะที่การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยลดความเครียด และเกิดการผ่อนคลายทำให้ระบบ parasympathetic เข้ามาควบคุมระบบสำคัญในร่างกาย เช่น ระบบต่อมไร้ท่อ ภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ นับว่าทุกกระบวนการนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติทั้ง 2 ระบบนี้ให้มีการทำงานอย่างสมดุล (Dougans, 1996: 40-41; Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000: 68)

6) ทฤษฎีจิตวิทยา (Psychological theory)

กลไกการนวดกดจุดสะท้อนมีผลต่อจิตใจ เนื่องจากการแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ด้วยความจริงใจของพยาบาลที่มอบให้กับผู้ป่วย เป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสที่ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกเป็นสุข เนื่องจากการนวด การกด การสัมผัส การถูเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความรู้สึกตึงเครียด หรือความกังวล เป็นการสื่อสารให้เกิดความอบอุ่น สบายใจ ถ่ายทอดความรู้สึกปลอดภัยจากผู้สัมผัสอันเป็นอวัจนภาษาไปสู่ผู้ถูกสัมผัส (Stephenson, Weinrich and Tavakoli, 2000: 68) การสัมผัสและความสุขสบายที่ได้จากการนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกจิตใจสบายผ่อนคลาย ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้าและความรู้สึกไม่แน่นอนต่าง ๆ ได้ นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตใจในภาวะการเจ็บป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Wright et al., 2002)

7) ทฤษฎีความเครียด (Stress theory) และทฤษฎีผ่อนคลาย (Relaxation theory)

เมื่อเกิดความเครียดการรับรู้จะผ่านระบบประสาทส่วนกลาง และจะมีผลต่อร่างกายโดยผ่าน ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System : ANS) ระบบกล้ามเนื้อลาย (Musculoskeletal Muscle System : MMS) และระบบต่อมไร้ท่อ (Psychoneuroendocrine Sstem : PNE) โดยสมองส่วน Cerebral cortex จะรับรู้ว่าการเป็นสิ่งคุกคาม จากนั้นส่งมาที่ระบบ Limbic ซึ่งส่วนนี้จะบูรณาการความคิด ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ต่อมากระตุ้น Hypothalamus จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic เกิดการหลั่งของ Epinephrine จากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) และ Norepinephrine จากปลายประสาท (Postganglionic neurons) มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ผลต่อระบบกล้ามเนื้อลายทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงเครียด (Muscle tension) หดแข็งเกร็ง (Muscular rigidity) และระบบต่อมไร้ท่อ (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis) โดย Hypothalamus จะมีการ

หลัง Corticotrophin releasing hormone กระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่ง Adrenocorticotrophic hormone มีผลให้ต่อมหมวกไตหลั่ง Corticosteroid ซึ่งจะมีผลเพิ่มการกั่งของเกลือ เพิ่มระดับน้ำตาล และมีกรเผาผลาญไขมัน รวมทั้งมีผลลดระบบภูมิคุ้มกันด้วย (Dougans, 1996: 22-24; Selye, 1982: 7 cited in Well-Federman et al., 1995: 60-61)

การนวดกดจุดสะท้อนจะช่วยขจัดความเครียด (Antidote) ซึ่งเป็นการลดผลอันเกิดจากความเครียด เกิดการผ่อนคลายในระดับลึก (Deep relaxation) ทำให้ระบบ Limbic ส่วน Amygdala ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่รุนแรงนั้น ถูกกระตุ้นน้อยลง เมื่อรู้สึกผ่อนคลายแล้วจะมีผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เด่น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (Wellace et al., 1974 cited in Wells-Federman et al., 1995: 61)

3.4 แนวคิด กลไกของน้ำมันหอมระเหยต่อร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยมีวิธีการนำมาใช้หลายวิธี แต่ที่นิยมมักใช้น้ำมันหอมระเหยโดยวิธีสูดดม และวิธีสัมผัสทางผิวหนัง เช่นการทาหรือการนวด เป็นต้น

ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบอวัยวะของร่างกาย

น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะมีผลต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ (พิมพ์ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 8-10)

1) ระบบการไหลเวียนของโลหิต น้ำมันหอมระเหยหลายชนิดมีผลกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ทำให้หัวใจและสมองทำงานได้ดีและร่างกายจัดของเสียทางไตได้มากขึ้น นอกจากนี้การที่โลหิตไหลเวียนที่ดียังช่วยเสริมภูมิคุ้มกันต้านทานแก่ร่างกายด้วยเช่น น้ำมันเจอราเนียม (Geranium oil) น้ำมันกุหลาบ (Rose oil) น้ำมันไซเปรส (Cypress oil) และน้ำมันจากหญ้าแฝก (Vetiver oil) เป็นต้น

2) ระบบการทำงานของน้ำเหลือง น้ำมันหอมระเหยที่มีผลต่อการทำงานของน้ำเหลือง ได้แก่ Thyme, linalool, Lemon และ Frankincense เป็นต้น

3) ระบบประสาท ระบบประสาทแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) และระบบประสาทส่วนปลาย (PNS) ระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วยสมองและก้านสมอง ซึ่งวิ่งไปตามแนวกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่รับสื่อประสาท แปรผลและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย น้ำมันหอมระเหยมีผลต่อร่างกายโดยผ่านระบบประสาทส่วนปลาย (Olfactory nerve) ส่งสื่อสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมอง (Limbic system) ได้ดังกล่าว จึงมีผลกระตุ้นความจำ อารมณ์และความรู้สึก ระบบประสาทส่วนกลางเชื่อมต่อไปยังผิวหนังและกล้ามเนื้อ น้ำมัน

หอมระเหยซึ่งให้ทางผิวหนัง จึงมีผลต่อกล้ามเนื้อ ช่วยผ่อนคลาย ลดความปวดและมีผลต่อผิวหนัง โดยตรงเช่น เพิ่มความชุ่มชื้น ฆ่าเชื้อโรค ลดการอักเสบ เป็นต้น

4) ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำมันหอมระเหยบางชนิดทำหน้าที่เป็นฮอร์โมน เช่น Estrogen ซึ่งมีผลทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ดังนั้นน้ำมันหอมระเหยที่มีผลกับฮอร์โมนดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้ในการถนอมผิว

5) ระบบกล้ามเนื้อ ช่วยทำให้คลายความตึงของกล้ามเนื้อ และถ้ามีการนวดร่วมด้วยจะช่วยให้กล้ามเนื้อหดตัวและปลดปล่อย Lactic acid และ Uric acid ที่ค้างค้ำออกมา

6) ระบบการย่อยอาหาร น้ำมันหอมระเหยมีผลคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบย่อยอาหาร ช่วยลดแก๊สที่ค้างค้ำ มีผลช่วยขับลม

7) ระบบหายใจ โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหย สามารถแทรกซึมตามเนื้อเยื่อของทางเดินหายใจช่วยป้องกันการหดเกร็งของหลอดลมหรือช่วยขับเสมหะ

8) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลทำให้มดลูกบีบตัว ควรระวังในสตรีมีครรภ์อาจทำให้แท้งได้

9) ระบบโครงสร้างร่างกาย น้ำมันหอมระเหยช่วยในสมานหรือสร้างกระดูกที่หักหรือการอักเสบตามข้อต่าง ๆ

4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤต

การนอนหลับมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ถูกรบกวนการนอนหลับโดยกิจกรรมที่รบกวนส่วนใหญ่มาจากการให้กิจกรรมการรักษายาบาลนั่นเองและการรบกวนจะมากยิ่งขึ้นในกรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยระยะวิกฤต ผู้ป่วยหลังผ่าตัด (ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, 2538: 10-18) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการลดสิ่งรบกวนการนอนหลับ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ตามแบบแผนการนอนหลับตามปกติโดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1) ประเมินความต้องการการนอนหลับของผู้ป่วย ลักษณะนิสัยในการนอนหลับ ความเคยชินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่งที่จะช่วยทำให้หลับได้และภาวะสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดอำนวยความสะดวกพยาบาลให้สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2) ประเมินปัญหาในการนอนหลับว่าผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่ และสาเหตุใดที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือมีสิ่งใดบ้างที่รบกวนการนอนหลับ โดยการซักถามและสังเกตอาการรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย

3) จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม ลดความดังของเสียงจากกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ การสนทนาหรือรายงานอาการ การใช้เครื่องมือ การลากเข็นอุปกรณ์ หลีกเลี่ยงการก่อให้เกิดเสียงดัง เช่น เสียงโทรศัพท์ โทรทัศน์ วิทยุ เสียงเดิน เสียงเปิด-ปิดถังขยะ อุณหภูมิห้องควรเหมาะสม ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป และมีอากาศที่ถ่ายเทจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งแสงสว่างควรสอดคล้องกับสภาพภายนอกหอผู้ป่วย (Pettersson, 2000: 104)

4) สนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย เช่น การให้ฟังดนตรี การทำสมาธิ การลดความตึงเครียดก่อนนอน จากการศึกษาของ Horne and Reid (1985 cited in Webster and Thompson, 1986: 447-457) พบว่าการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น 41 องศาเซลเซียส ในตอนเย็นจะทำให้ผู้ป่วยหลับสนิทถึงระยะที่ 4 ของ NREM และมีการนอนหลับช่วง REM สั้น รวมไปถึงความสบายของเสื้อผ้าที่ใส่ และท่านอนที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายและนอนหลับได้ดีขึ้น (ฉัฐสุรงค์ บุญจันทร์, 2538: 10-18)

5) การจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการรบกวน การปลุกผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นหรือรบกวนให้น้อยครั้งที่สุด การตรวจสัญญาณชีพทุกชั่วโมงควรกระทำในรายที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น (Webster and Thompson, 1986: 447-457) เนื่องจากวงจรการนอนหลับแต่ละรอบใช้เวลาประมาณ 90 นาที การปลุกผู้ป่วยทุกชั่วโมงจึงทำให้เกิดการนอนหลับที่ไม่สมบูรณ์และควรคำนึงถึงแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยด้วย เช่น การตรวจสัญญาณชีพ เจาะเลือด ทำความสะอาดร่างกาย ในเวลา 05.00-06.00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยกำลังนอนหลับสนิท (Willis, 1989: 29-31)

5. แนวคิดแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อม (Environment Stress Model) ของ Topf (2000) ที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวก่อความเครียด ความเครียด การควบคุมของบุคคล และภาวะสุขภาพ ที่เน้นเรื่องการนอนหลับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยและการบำบัดทางการพยาบาลที่จะลดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อมนี้ประกอบด้วยแนวคิดหลักที่สำคัญ 4 ประการคือ ตัวก่อความเครียดโดยรอบ (Ambient Stressors) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal variables) ความเครียดโดยรอบ (Ambient stress) และภาวะสุขภาพ (Health) ซึ่ง Topf ได้อธิบายแนวคิดหลักทั้ง 4 ประการไว้ดังนี้

1) ตัวก่อความเครียดโดยรอบ (Ambient stressors) หมายถึงสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด ที่ประกอบด้วยเหตุการณ์จากบุคคลและเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ตัวก่อความเครียดโดยรอบเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวและมีลักษณะเชิงลบโดยมีรายงานการวิจัยหลายงานที่สนับสนุนว่า เสียงดังในโรงพยาบาลเป็นตัวก่อความเครียด ระดับความดังของเสียง

ที่เหมาะสมต่อการพัก และการนอนหลับอยู่ที่ 45 dB(A) แต่จากรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า ระดับความดังของเสียงในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤตอยู่ที่ 60-83 dB(A) ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและรบกวนต่อการนอนหลับ เช่น จากการศึกษาของ Baker (1993) พบว่าเสียงที่มีความดังมากในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤต คือ เสียงเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ เสียงเตือนของเครื่องมือ ซึ่งดังมากกว่า 90 dB (A) เสียงที่มีความดังรองลงมาคือ เสียงการปรับเตียง เสียงโทรศัพท์ เสียงเครื่องดูดสูญญากาศ มีความดัง 62-67 dB (A) เสียงที่มีความดังเล็กน้อยเพียง 53-58 dB (A) คือ เสียงเดิน ซึ่งเสียงนี้จะเพิ่มความดังในสิ่งแวดล้อม ประมาณ 5-10 dB (A) (Baker, 1993: 415-421) และจากการศึกษาของ Topf and Thompson (2001: 237-243) ในหอผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจถึงความสัมพันธ์ของเสียงดังกับการเกิดความเครียดและคุณภาพการนอนหลับ โดยจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับสูงโดยคะแนนรวมความเครียดที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง

นอกจากเสียงดังในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤตจะเป็นตัวก่อความเครียดแล้วกิจกรรมการรักษาพยาบาลก็เป็นตัวก่อความเครียดที่สำคัญ ทั้งยังรบกวนต่อการนอนหลับซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการฟื้นตัวและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยระยะวิกฤตด้วยซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่ากิจกรรมการรักษาพยาบาลในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นตัวก่อความเครียดและรบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เช่น ในการศึกษาของ Walker (1972) จากผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤต พบว่าผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมการ พยาบาล 56 ครั้ง ใน 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะใน 3 วันแรกหลังผ่าตัด และผู้ป่วยจะถูกปลุกอย่างน้อย 1 ครั้งต่อชั่วโมง (Walker, 1972: 164-169)

ส่วนในการศึกษาของ Marin และคณะ (1999) จากผู้ป่วยระยะวิกฤต จำนวน 47 ราย พบว่าในคืนแรกที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤต มีผู้ป่วยจำนวน 60 % จะถูกรบกวนการนอนหลับจากกิจกรรมการรักษาพยาบาล เช่น การบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัด ทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกหลังจากออกจากห้องผ่าตัด ทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่ 2 และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอพักผู้ป่วยระยะวิกฤต การปรับเปลี่ยนสารน้ำทุก 1 ชั่วโมง การให้ยาอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง (Hilton, 1976: 453-463; Jonhston and Rohaly-Davis, 1996: 54-60; เพ็ญศรี สุหฤตดำรง, 2537) ผู้ป่วยระยะวิกฤตจึงมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ (Mcfadden and Giblin, 1971: 249-254)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ กนกพร จิวประสาท พบว่าปัจจัยภายนอกที่รบกวนการนอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ เสียงและการดูดเสมหะ ซึ่งจะเห็นได้ว่า 2 ใน 3 เป็นการให้การพยาบาล (กนกพร จิวประสาท, 2546)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal variables) จากแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของ Topf ปัจจัยส่วนบุคคลจะเป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยต้านทานต่อความเครียด ได้แก่

2.1 บุคลิกลักษณะ โดยบุคคลที่ต้องการความสงบในการใช้ความคิดหรือการผ่อนคลายย่อมเกิดความเครียดจากเสียงดังได้ง่าย และหากบุคคลมีความสามารถในการควบคุม และความสามารถในการพยากรณ์ต่อสิ่งแวดล้อมมากจะมีผลให้เกิดความเครียดน้อยลง และมีคุณภาพนอนหลับที่ดีขึ้น (Auerbarch and Martelli, 1983: 1248-1296; Topf and Thompson, 2001: 237-243)

2.2 ช่วงอายุ โดยสังเกตได้ว่าในช่วงวัยรุ่นบุคคลจะมีความทนต่อเสียงดังได้มากกว่าวัยสูงอายุ

2.3 เพศ ความแตกต่างทางเพศก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดจากเสียงดังโดยพบว่าเพศหญิงจะมีความทนต่อเสียงดังได้มากกว่าเพศชาย

3. ความเครียดโดยรอบ (Ambient stress) หมายถึงความรู้สึกทางด้านจิตใจและการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้น เมื่อบุคคลไม่สามารถควบคุมตัวต่อความเครียดได้ ก็จะเกิดความเครียดขึ้น ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวต่อความเครียดและสามารถในการควบคุมและการพยากรณ์ของบุคคล

4. ภาวะสุขภาพ (Health) ตามแบบจำลองความเครียดจากสิ่งแวดล้อม Topf ได้พยากรณ์ไว้ว่า ความเครียดทั้งจากด้านความรู้สึกและสรีระวิทยาจะนำมาซึ่งผลในเชิงลบต่อภาวะสุขภาพซึ่งมีความสำคัญต่ออาการฟื้นตัว การหายของแผล การปรับระบบความคิดและความจำ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

McFadden and Giblin (1971) ได้ทำการศึกษาภาวะการนอนหลับไม่เพียงพอของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดหัวใจจำนวน 4 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 6 หลังผ่าตัด โดยการสังเกตและสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ตลอดระยะเวลาเหล่านี้ผู้ป่วยมีการนอนหลับที่เพียงพอและผู้ป่วย 3 ใน 4 คน มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

Helton et al. (1980) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการนอนหลับไม่เพียงพอกับกลุ่มอาการทางจิตของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมกับพบว่าในวันแรกของการเข้ารับการดูแลในหออภิบาล ผู้ป่วยร้อยละ 56 มีการนอนหลับไม่เพียงพอ และลดลงเหลือร้อยละ 20 ในวันที่ 3 เนื่องจากมีอาการหนักในวันแรกและค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับ ส่วนอาการเปลี่ยนแปลงทางจิต มักพบภายหลังมีการนอนหลับไม่เพียงพอ 2 ถึง 5 วัน

Aurell and Elmqvist (1985) ศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่จำนวน 9 คน โดยการบันทึกโพลีซอมโนกราฟีร่วมกับการสังเกตของพยาบาล ภายใต้การดูแลลดปัจจัยรบกวนการนอนหลับให้เหลือน้อยที่สุด พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอระยะเวลาการนอนหลับในสองคืนแรก เฉลี่ยเพียง 1.51 ชั่วโมง (ไม่รวมระยะที่ 1) โดยระยะหลับ

สนิทและระยะ REM มีน้อยมากจนถึงไม่มีเลย สาเหตุหลักที่รบกวนการนอนหลับคือ ความแปรปรวนในวงจรชีวภาพ รองลงมาคือ ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น แสง เสียง และกิจกรรมการพยาบาล

อุไร มีโรสนันท์ (2539) ศึกษาผลของการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่มีความเจ็บปวดและได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทานตามเวลาตามแผนการรักษาซึ่งรับไว้รักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ร.พ.ศิริราชและ ร.พ.ราชวิถี จำนวน 30 ราย ดำเนินการทดลองโดย ทำานวดและหลักการนวดใช้ตามแบบการนวดรักษาในวิชากายภาพบำบัดของแพทย์แผนปัจจุบัน นวดครั้งละ 20 นาทีโดยนวดเป็นเวลา 2 วันแล้วประเมินผล ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการนวดมีระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการนวดมีระดับคะแนนพฤติกรรมความเจ็บปวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการนวดมีระดับคะแนนความทุกข์ทรมานลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วันเพ็ญ บุญสวัสดิ์ (2544) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อการลดความปวดในผู้ป่วยมะเร็งการวิจัยกึ่งทดลอง นวดแผนไทยที่นำมาใช้ในการวิจัยเป็นการนวดแผนไทยที่ปรับปรุงจากคู่มือการนวดแผนโบราณของวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามจากผู้วิจัย นาน 60 นาที วันที่ 1, 2 เว้นวันที่ 3 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างลิ้มความรู้สึกที่มีต่อการนวดในวันที่ 1, 2 และนวดต่อในวันที่ 4, 5 วันที่ 6 ไม่มีการทดลอง จะมีการทดลองในวันที่ 7 และ 8 อีกครั้งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดทุกระยะที่มีความปวดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 34 ราย ผลการวิจัยพบว่า การนวดแผนไทยที่ปรับปรุงจากคู่มือการนวดแผนโบราณของวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามสามารถลดความรู้สึกปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อเปรียบเทียบกับ การนวดเทียบและการให้การพยาบาลตามปกติ การนวดแผนไทยสามารถลดความรู้สึกปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความสบายแก่ผู้ป่วยและคงอยู่ได้นานกว่าการนวดเทียบและการพยาบาลตามปกติ

นงลักษณ์ พรหมติงการ (2545) ศึกษาผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 30 ราย โดยจะสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแยก 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนทำการนวดเท้าโดยเป็นการนวดเท้าเพื่อสุขภาพและใช้ไม้กดจุดต่างๆ บนฝ่าเท้า 26 จุด ดำเนินการวิจัยดังนี้

	วันที่ 1 หลังทำผ่าตัด	วันที่ 2 หลังทำผ่าตัด	วันที่ 3 หลังทำผ่าตัด
กลุ่ม A	ไม่นวดเท้า	นวดเท้าครั้งที่ 1	นวดเท้าครั้งที่ 2
กลุ่ม B	นวดเท้าครั้งที่ 1	ไม่นวดเท้า	นวดเท้าครั้งที่ 2
กลุ่ม C	นวดเท้าครั้งที่ 1	นวดเท้าครั้งที่ 2	ไม่นวดเท้า

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดเท้าต่ำกว่าก่อนที่ได้รับการนวดเท้าอย่างมีนัยสำคัญ

อรสา กาพันธ์ (2545) ศึกษาผลของการนวดแผนไทยต่อการปวดข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 รายที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยใช้การนวดแผนไทยเพื่อรักษาแบบเชลยศักดิ์ โดยการนวดแบบเชลยศักดิ์จะประกอบด้วย การนวดในท่านอนหงายและคว่ำ จุดที่ใช้กดนวด ทำนวด และการวางมือใช้ตามแบบแผนการนวดไทย ใช้เวลาในการนวดทั้งสิ้น 30 นาที โดยจะทำการนวดเฉพาะเข่าข้างที่มีความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไป นวดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทั้งหมด 3 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยมีการปวดข้อลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กัลยา สรรพอุดม (2546) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤต เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตจำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน และใช้การจับคู่ตามเพศ อายุ และบริเวณที่ทำผ่าตัด เมื่อดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุชาติพิ เกษตรลักขมิ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน ใช้การจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ โรคหัวใจและการผ่าตัด ยาบรรเทาปวด ยาอนอนหลับและประเภทของหอผู้ป่วย เมื่อดำเนินการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลและนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหย ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด วันที่ 2, วันที่ 3 และวันที่ 4 ระหว่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดร่วมกับการนวดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายต่ำที่สุด กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการไม่สบายสูงที่สุด

Meyer, Eveloff, Bauer, Schwartz, Hill and Millman (1994) ศึกษาเกี่ยวกับผลของเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมในหน่วยผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและการหายใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยใน Rhode Island hospital จำนวน 720 คน จากหน่วยต่าง ๆ ใช้รูปแบบกึ่งทดลอง โดย วัดแสง เสียง และการรบกวนจากบุคลากรตามเวลาปกติ ภายใน 24 ชั่วโมง ขณะที่เฝ้าสังเกตจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ คือ เครื่องให้แสงสว่างและวัดความสว่างของแสงเป็นวัตต์ เครื่องบันทึกเทปซึ่งบันทึกเสียงตามปกติในช่วงวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Program computer BMDP และ t-test เปรียบเทียบระหว่างหน่วยต่าง ๆ พบว่าการเปลี่ยนแปลงของแสงเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของ Circadian rhythm ส่วนความดังของเสียง พบว่ามีความดังของเสียงเกินค่าที่กำหนด เช่น เสียงการรบกวนจากบุคลากร พบว่า มีผลต่อรูปแบบการนอนหลับ

Julie Hayes and Carol Cox (1999) ศึกษาผลของการนวดเท้าเป็นเวลา 5 นาทีในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป ทั้งหมด 25 คน นำมานวดเท้าโดยใช้น้ำมันช่วยหล่อลื่นในการนวด โดยจะวัดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับ Oxygen saturation, ค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดง ทั้งก่อนและหลังการนวด 5 นาที พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ, อัตราการหายใจ, ค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดง มีอัตราลดลง สำหรับระดับ Oxygen saturation ไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการนวดเท้า

Topf and Thompson (2001) ศึกษาปฏิบัติการความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากเสียงดังในโรงพยาบาล และความเครียดอื่น ๆ กับการนอนหลับ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Magaret Topt ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 97 คน ในโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง ใน Northwest United States โดยกลุ่มตัวอย่างต้องอายุ 21 ปีขึ้นไป ทำผ่าตัดหัวใจไม่มีประวัติการนอนหลับผิดปกติ ไม่ดื่มสุรา ไม่ติดยาเสพติด การได้ยินปกติ พูดและเข้าใจภาษาอังกฤษ โดยสอบถามถึงการนอนหลับในคืนที่ผ่านมาขณะที่คาดว่าผู้ป่วยจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก 1-2 วัน วัดการนอนหลับจาก VSH Sleep Scale วัดความเครียดจาก Disturbance due to hospital noise scale พบว่าความเครียดที่เพิ่มขึ้นหลายประการมีผลต่อการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่น $P = .000$ เนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาตัวแปรอิสระรวมหลายปัจจัย เพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาถึงผลที่ต่างกันของความเครียดแต่ละชนิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะวิกฤตและการนอนหลับพบว่า การรบกวนการนอนหลับเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นมากในขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การรบกวนการนอนหลับมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤตเป็นที่ยอมรับ โดยทั่วกันว่าคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะส่งผลต่อการหายของแผล การฟื้นตัวของร่างกาย ความสมดุลของภาวะจิตอารมณ์ การรบกวน การนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤตเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยมาก่อนและกิจกรรมการรักษาพยาบาลซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นต่อความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วยระยะวิกฤต อีกทั้งการรบกวนการนอนหลับที่เกิดขึ้นยังสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดที่เพิ่ม ขึ้นอีกด้วย

จากการศึกษารายงานการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต จะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมและความสามารถในการพยากรณ์ต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ดีขึ้น อีกทั้งการนำการนวดเท้ามาช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยการหันเหความรู้สึกออกไปจากความทุกข์ทรมาน เกิดความเชื่อมโยงกันของร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้ความเครียดลดลง รู้สึกผ่อนคลายและนอนหลับได้ดีขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพยาบาลตามปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ตามการรักษาของแพทย์และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โปรแกรมการให้ข้อมูล เรื่องการควบคุมสิ่งแวดล้อม ใช้เวลา 30 นาที โดยให้โปรแกรมการให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นให้ข้อมูลประกอบด้วย

1. ข้อมูลเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์ การเข้าเยี่ยมของญาติ

2. ข้อมูลเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือนปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จะให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลา 07.00น., 15.00น. และ 20.00 น.

โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สร้างความคุ้นเคยความไว้วางใจและแสดงความปรารถนาดี อธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลเรื่อง “ การควบคุมสิ่งแวดล้อม” ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร ผสมกับ น้ำมันงา 30 มิลลิลิตร (3%) ซึ่งประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย นวดเวลาประมาณ 20.30 น. นาน 30 นาที

คุณภาพการนอนหลับ ของผู้ป่วย

- มิติด้านความแปรปรวน (Sleep disturbance)
- มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness)
- มิติผลรวมเวลางีบในระหว่างวัน (Sleep supplementation)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดเท้าต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม	O1	_____	O2	_____	O3				
กลุ่มทดลอง 1	O4	_____	X1	_____	O5	_____	X1	_____	O6
กลุ่มทดลอง 2	O7	_____	X2	_____	O8	_____	X2	_____	O9

O1,O2,O3 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคืนที่ 1,2 และ 3 ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคืนที่ 1ก่อนได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูล

O5, O6 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคืนที่ 2 และ 3 หลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูล ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

O7 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคืนที่ 1 ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

O8, O9 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคืนที่ 2 และ 3 หลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

X 1 หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูล

X 2 หมายถึง โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20 – 65 ปี
2. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ผู้ป่วยรู้ตัวดีประเมินจากการรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นว่าผู้ป่วยรู้ตัวดี และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ไม่มีบาดแผลที่เท้า ไม่มีโรคผิวหนัง ไม่มีภาวะของกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหรือเป็นโรคที่เท้า ไม่มีภาวะหรือเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา
6. ได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้รักษายินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
7. คะแนนความรุนแรงของโรค APACHE II อยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน ตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย
8. ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมากกว่า 24 ชั่วโมง
9. ไม่เคยมีประวัติแพ้กลี้น้ำมันหอมระเหย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมน้อยกว่า 3 วัน
2. ได้รับยาลดความปวดและทำให้สงบทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง
3. มีภาวะซีด (จากการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ) (Holloway, 1993) ซึ่งประกอบด้วยอัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ น้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ต่ำกว่า 90 %
4. ได้รับยานอนหลับ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ในแต่ละวันเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (Purposive sampling) จำนวน 45 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คนและกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ๆ ละ

15 คน ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยตามต้องการ ในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 ซึ่งได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูล กลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกจุดสะท้อนและกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ เริ่มทำการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนและบันทึกลักษณะตัวแปรควบคุมของผู้ป่วย หลังจากนั้นทำการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองที่ 1 ส่วนในกลุ่มทดลองที่ 2 ทำการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยเป็นกลุ่มสุดท้ายโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่ กลุ่มละ 15 คน รวมทั้งหมด 45 คน

2. การควบคุมสภาพเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) มีคะแนน APACHE II ใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน 4) ลักษณะตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยนอนขณะเข้ารับการรักษา โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นทำการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 เป็นกลุ่มสุดท้าย โดยอาศัยเกณฑ์ความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์ดังกล่าว

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านอายุ, เพศ, คะแนน APACHE II และลักษณะตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยนอนขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2

คู่ที่/ปัจจัย	อายุ(ปี)			เพศ			คะแนน APACHE II			ลักษณะตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยนอน		
	กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่			กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่			กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่			กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	40	43	38	F	F	F	6	7	6	1	1	1
2	60	62	60	F	F	F	9	9	9	1	1	1
3	38	39	40	F	F	F	6	6	6	1	1	1
4	44	43	44	F	F	F	7	7	6	1	1	1
5	52	49	52	F	F	F	7	7	7	2	2	2
6	27	25	27	F	F	F	6	6	6	1	1	1
7	50	50	50	F	F	F	7	7	7	1	1	1
8	29	29	30	M	M	M	7	7	6	2	2	2
9	47	51	48	F	F	F	7	8	8	1	1	1
10	53	54	53	M	M	M	8	8	8	2	2	2
11	39	42	40	M	M	M	7	6	7	1	1	1
12	59	60	59	F	F	F	8	9	8	1	1	1
13	36	40	35	M	M	M	6	6	7	1	1	1
14	62	64	63	M	M	M	8	9	9	1	1	1
15	29	24	24	M	M	M	6	7	7	1	1	1

หมายเหตุ

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 หมายถึง กลุ่มควบคุม

กลุ่มที่ 2 หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 1

กลุ่มที่ 3 หมายถึง กลุ่มทดลองที่ 2

2. เพศ

F หมายถึง ผู้หญิง

M หมายถึง ผู้ชาย

3. คะแนนความรุนแรงของโรค (APACHE II)

คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน ระดับคะแนนเป็นไปตามเกณฑ์ของแบบประเมินความรุนแรงของโรค (APACHE II)

4. ลักษณะตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยนอนขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

- 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งเตียงไม่ได้อยู่ในห้องแยก
- 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีตำแหน่งเตียงอยู่ในห้องแยก

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกำหนดคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันของผู้ป่วยระยะวิกฤตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นคู่ ดังนี้ เพศเดียวกัน, อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี, คะแนนความรุนแรงของโรคต่างกันไม่เกิน 5 คะแนน, ลักษณะตำแหน่งเตียงที่ผู้ป่วยนอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สิทธิการรักษาพยาบาล ภาระการเลี้ยงดู ซึ่งเป็นทั้งชนิดเติมคำและเลือกตอบ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะการนอนหลับในภาวะปกติ ได้แก่ เวลาที่เข้านอนโดยประมาณ ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นชนิดเติมคำ

1.3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การได้รับยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาที่ทำให้สงบ (Sedative and relaxant drug) เป็นชนิดเติมคำ

1.4 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ของ พรสวรรค์ โรจนกิตติ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Verran and Synder-Halpem sleep scale (Snyder-Halpem and Verran, 1987: 155-163) จำนวน 15 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 มิติย่อย คือ

1) มิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3 และข้อ 4 คำถามแสดงถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อการนอนหลับของตนเองเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความรู้สึกว่านอนหลับสนิทมากน้อยเพียงใด การเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับ ความรู้สึกถูกรบกวนต่อการนอนหลับ

และความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10

ดังนั้นคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-40 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับมากที่สุด

คะแนนรวม 40 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับน้อยที่สุด

2) มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 ข้อคำถามแสดงถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อการนอนหลับของตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับหลังจากตื่นนอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนและความรู้สึกต่อเวลาในการนอนหลับ โดยปลายสุดทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10

ดังนั้นคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-70 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับน้อยที่สุด

คะแนนรวม 70 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับมากที่สุด

3) มิติด้านผลรวมเวลางีบในระหว่างวัน (Sleep supplementation) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12, 13, 14 และ 15 ข้อคำถามแสดงถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเกี่ยวกับระยะเวลางีบหลับในช่วงกลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็นและการตื่นจากการงีบหลับ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยปลายสุดทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10

ดังนั้นคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-40 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม 0 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันมากที่สุด

คะแนนรวม 40 หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันน้อยที่สุด

1.5 แบบประเมินความรุนแรงของโรค APACHE II เป็นการประเมินความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สร้างขึ้นครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 และได้พัฒนาเป็น APACHE II ในปี ค.ศ. 1985 ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน คือ

1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ใช้สัญลักษณ์ A มีรายการประเมิน 12 ข้อ ประกอบด้วยอุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนในเลือดแดง ความเป็นกรดเป็นด่าง ค่าโซเดียม โพแทสเซียมและครีเอตินินในเลือด ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง จำนวนเม็ดเลือดขาวและ GLASGOW COMA SCORE โดยประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ยกเว้น GLASGOW COMA SCORE ที่คิดคะแนนโดยการประเมินผู้ป่วย แล้วนำ 15 – GLASGOW COMA SCORE ที่ประเมินได้ = คะแนนที่นำมาคิดรวม นำคะแนนในแต่ละข้อทั้ง 12 ข้อมารวมกัน เป็นคะแนนรวมด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย

2) อายุ ใช้สัญลักษณ์ B กำหนดคะแนนมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นดังนี้

อายุ	คะแนน
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 44 ปี	0 คะแนน
45 – 54 ปี	2 คะแนน
55 – 64 ปี	3 คะแนน
64 – 74 ปี	5 คะแนน
มากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี	6 คะแนน

3) ความเรื้อรังของภาวะสุขภาพ ใช้สัญลักษณ์ C คิดคะแนนเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด ทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบภูมิคุ้มกัน โรค ความรุนแรงของโรคประเมินจากการรักษาที่ได้รับแบ่งออกเป็น 2 กรณีคือ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดหรือได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินคิดเป็น 5 คะแนน ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบที่มีการวางแผนล่วงหน้าคิดเป็น 2 คะแนน

นำคะแนนทั้ง 3 ด้านมารวมกัน (A+B+C) คะแนนมากหมายถึงมีความรุนแรงของโรคมกซึ่งทำให้มีโอกาสตายมากขึ้นดังนี้

คะแนน	อัตราการตาย(%)
0 – 4	4
5 – 9	8
10 – 14	15
15 – 19	25
20 – 24	40
25 – 29	55
30 – 34	75
มากกว่า 34	85

แบบวัดความรุนแรงของโรค APACHE II ได้มีการหาความตรงด้านเนื้อหา กับผู้ป่วยวิกฤต 5,815 คน จากหอผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล 13 แห่งพบว่า คะแนนของ APACHE II ที่เพิ่มขึ้นทุก 5 คะแนนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตราการตายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 (Knaus et al., 1985: 818 – 829)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ของพรสวรรค์ โจรนิกิตติ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Verran and Snyder – Halpem sleep scale (Snyder – Halpem and Verran, 1987: 155 – 163) ไปหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ด้วยการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมทางภาษา ซึ่งผู้วิจัยปรับให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เพื่อพิจารณาเนื้อหาของข้อความ ความครอบคลุมเหมาะสม ความถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา จำนวน 5 คน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรม จำนวน 2 คน

1.1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยมีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและมีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน 3 คน

โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับดังนี้

1) ปรับคำถามที่ถามเป็นจำนวนชั่วโมง เปลี่ยนเป็น มากน้อยเพียงใด

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และใช้เกณฑ์ค่า CVI ไม่ต่ำกว่า 0.8 โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามหรือกรอบทฤษฎีและกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit and Hungler, 1999: 419) ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยามเลย |
| 2 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 3 | หมายถึง | คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |
| 4 | หมายถึง | คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม |

หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา=1.00

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับการใช้ภาษาให้ถูกต้องเหมาะสม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือ (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .88

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนสำหรับผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้หลักการของ Auerbarch and Martelli (1983) แนวโดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและผู้ป่วยวิกฤตทั่วไป เป็นต้น หลักการให้ข้อมูลในผู้ป่วยวิกฤต การดูแลแบบผสมผสาน การนวดกดจุดสะท้อน น้ำมันหอมระเหย เพื่อวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โดยใช้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล ขั้นตอนของโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการและการประเมินผลของกิจกรรม

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่

2.3.1 แผนการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สำคัญและผู้ป่วยใช้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและห้องที่ผู้ป่วยพักภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์และการเข้าเยี่ยมของญาติ แนวทางและผลของการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง ข้อมูลเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือน ปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และจัดทำคู่มือ เรื่อง “การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง” เพื่อให้กลุ่มทดลองรายละเอียด 1 ฉบับ โดยเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลข้างต้น นอกจากนั้นยังจัดทำเพิ่มภาพถ่าย ซึ่งเป็นภาพถ่ายสถานที่และอุปกรณ์จริงที่ผู้ป่วยจะต้องพบเห็นขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

2.3.2 การนวดกดจุดสะท้อน หลักการนวดกดจุดสะท้อนใช้แบบการนวดเท้าเพื่อสุขภาพซึ่งมีการนวดกดจุด 26 จุดบนฝ่าเท้าของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทำกรนวดโดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมและสอบได้วุฒิบัตรจากสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ น้ำมันหล่อลื่นซึ่งผสมจากน้ำมันงา 30 มิลลิลิตร ผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร (พิมพา ลีลาพรพิสิฐ, 2547: 62) ใช้ระยะเวลา 30 นาที

2.4 การตรวจความตรงของเนื้อหา ได้แก่

2.4.1 แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม คู่มือ เรื่อง “การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง” และเพิ่มภาพถ่าย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง

ของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องของการสื่อความหมายและความเหมาะสมของภาษากับรูปภาพในกลุ่มมือ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของกิจกรรม ตลอดจนการลำดับเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องการให้ข้อมูลควบคุมสิ่งแวดล้อมและการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 4 คน ดังนี้

2.4.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้มีความชำนาญด้านการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยวิกฤต การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม รวมทั้งมีประสบการณ์และความรู้ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน

2.4.1.2 พยาบาลผู้ชำนาญการโดยมีความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การทำสื่อการสอนต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยวิกฤตทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 2 คน

โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงในส่วนของแผนการให้ข้อมูล กลุ่มมือและแฟ้มภาพถ่าย เช่น ความเหมาะสมของภาษา และการสื่อความหมายด้วยภาพ ดังนี้

- แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมให้เพิ่มรายละเอียดของการให้การพยาบาลภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งในด้านกาย จิต สังคมที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษา ตัดเนื้อหาส่วนที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับไฟเพดานออกแยกเนื้อหาส่วนการตรวจรักษาของแพทย์ออกจากการเข้าเยี่ยมของญาติ

- กลุ่มมือ การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง ให้ปรับความเหมาะสมของภาษา คือ ให้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายมากขึ้น ใช้ข้อความที่สั้น กระชับและเข้าใจง่าย ส่วนภาพในกลุ่มมือให้ปรับภาพผู้ป่วยให้เป็นผู้ป่วยที่รู้ตัวและสภาพการเจ็บป่วยที่ไม่น่ากลัว เพิ่มเติมเนื้อหาส่วนผลของการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2.4.2 ขั้นตอนการดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของทุก ๆ กิจกรรม ตั้งแต่การเตรียม ขั้นตอนและวิธีการนวดกดจุดสะท้อนและระยะเวลาของกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่อง การดูแลแบบผสมผสาน การนวดกดจุดสะท้อน จำนวน 2 คน ได้แก่

2.4.2.1 อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความชำนาญในการดูแลแบบผสมผสาน การนวดกดจุดสะท้อน จำนวน 2 คน

หลังจากนั้นนำเครื่องมือในการดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วยแล้วจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

โดยคณะผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ดังนี้ คือ ให้เพิ่มระยะเน้นจุดที่

ช่วยการบรรเทาอาการนอนไม่หลับ โดยการกดจุดตำแหน่งจุดสะท้อนของอวัยวะต่าง ๆ ที่ฝ่าเท้า ตำแหน่งที่

2.5 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปทำการศึกษานำร่อง โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษา ในการศึกษาคั้งนี้ที่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมความเข้าใจในคู่มือรวมทั้งภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม

ซึ่งผลการนำไปทดลองใช้พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจในแผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ทั้งในส่วนที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและเข้าใจในส่วนของกลุ่มควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองเป็นอย่างดี มีความพึงพอใจในการให้ข้อมูลคั้งนี้ และมีความเห็นว่าข้อมูลที่ให้มีประโยชน์ในการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และมีความเข้าใจสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender มีความเหมาะสมของเวลาและกิจกรร ผู้ป่วยทุกรายรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลายและมีความพึงพอใจมาก

โดยโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ผู้วิจัยควรสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และแสดงความปรารถนาดี ที่จะช่วยเหลือบรรเทาอาการผู้ป่วยอย่างจริงใจ จากนั้นอธิบายขั้นตอนวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เรื่อง “ การควบคุมสิ่งแวดล้อม” ใช้เวลา 30 นาที โดยเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อน ก่อนการนวดผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ) และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนการนวด เพื่อประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ซึ่งใช้น้ำมันงา 30 มิลลิลิตรผสมกับน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender 0.9 มิลลิลิตร จะได้ความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยเท่ากับ 3% (พิมพาลีลาพรพิสิฐ, 2547: 62) ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามประวัติการแพ้้ำมันหอมระเหยของผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนผู้วิจัยประยุกต์จากการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ และคณะ, 2548) ใช้เวลา 30 นาที หลังการนวดผู้วิจัยทำการประเมิน

สัญญาณชีพ (ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ) เพื่อเปรียบเทียบกับสัญญาณชีพก่อนทำการนวด เนื่องจากการนวดจุดสะท้อนจะมีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เติบโต ซึ่งอาจมีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพได้ เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการได้รับการดูแลเรื่องความปลอดภัยในการทำวิจัยอีกทางหนึ่ง จากนั้นประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากกิจกรรมการนวดจุดสะท้อน เช่น สอบถามความแรงในการลงน้ำหนักมือ ความสุขสบายที่ได้รับอย่างน้อยเพียงใด เป็นต้น โดยขั้นตอนนี้จะทำในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลา ประมาณ 20.00 น.

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนดำเนินการทดลองดังนี้

1.1 การเตรียมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในเรื่อง การให้ข้อมูลผู้ป่วยวิกฤต การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง และคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยการศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้วิจัยจะได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ และความชำนาญในการนวดจุดสะท้อน โดยการเข้าอบรมการนวดเท้า ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 24 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 19-20 พฤศจิกายน 2548 จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบผสมผสาน จากภาควิชาการพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ) และเข้าอบรมการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ 60 ชั่วโมง จากสถาบันแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 7 – 11 พฤศจิกายน 2548 ซึ่งหลังจากรับการอบรมแล้วผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการนวดเท้าเป็นประจำ

1.2 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังได้กล่าวแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาประมาณ 8 สัปดาห์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1.3 ภายหลังจากที่เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเสร็จสมบูรณ์แล้ว ได้ดำเนินการเพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1) ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่งคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผลจากการพิจารณาว่ามีมติและมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในบางส่วนซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าว และได้รับมติจากที่ประชุมให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย รวมระยะเวลาในการส่งพิจารณาอนุมัติจริยธรรมประมาณ 5 สัปดาห์ 2) จากนั้นผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปพร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ส่งหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยฝ่ายการ

พยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ซื้อหนังสือแนะนำตัวจากคณาบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แนบไปด้วยทั้ง 2 ขั้นตอน หลังจากได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งขอความร่วมมือการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่

2. ระยะเวลาในการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

2.3 ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยอ่านการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นรายลักษณะอักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. สำหรับในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการนอนในภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วยด้วยตัวเอง

2. ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ตามการรักษาของแพทย์ และมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จากพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การให้การดูแล ฝ้าสังเกตอาการ อาการแสดงและสัญญาณชีพที่ผิดปกติอันจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเรื่องระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การได้รับสารน้ำ ส่วนประกอบของเลือดและยาต่าง ๆ ดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การป้องกันการติดเชื้อ การจัดทำนอน ดูแลความสบาย

ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพ จำนวนสารน้ำเข้าออกในทุก ๆ 8 ชั่วโมง และติดตามผลตรวจต่าง ๆ จากห้องปฏิบัติการ

3. ประเมินคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 มิติ ประกอบด้วยมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลารับหลับในระหว่างวัน ในช่วงเช้าของวันที่ 2, วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลาประมาณ 09.00 น. เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินอาการ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เสียสละเวลาในการตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับทุกครั้ง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 15 คน

กลุ่มทดลองที่ 1

1. สำหรับในกลุ่มทดลองที่ 1 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการนอนในภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วยด้วยตัวเอง

2. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพจากพยาบาลประจำการและได้รับการดูแลอาการจากแพทย์ในช่วงแรกเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แล้วจะประเมินความพร้อมในการให้ข้อมูล สำหรับการให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลที่ข้างเตียงผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะนั่งบนเตียง ส่วนผู้วิจัยจะนั่งเก้าอี้ด้านข้างเตียงผู้ป่วย โดยใช้ Over bed วางเอกสารการให้ข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยรับฟังข้อมูลด้วย

4. จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและให้คู่มือเรื่อง “การควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง” แก่ผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการให้ข้อมูล 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 กล่าววนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับข้อมูลเรื่องอะไรและจะมีประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร แบบคร่าว ๆ

4.2 ลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สำคัญและผู้ป่วยใช้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและห้องที่ผู้ป่วยพักภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์และการเข้าเยี่ยมของญาติ แนวทางและผลของการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง

โดยระหว่างการให้ข้อมูลผู้วิจัยจะสังเกตสีหน้าและมีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเป็นระยะ ๆ

เมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วย และให้กำลังใจและแจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่า จะมาพบอีกครั้งในเช้าวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

5. ประเมินคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 มิติ ประกอบด้วยมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน ในช่วงเช้าของวันที่ 2, วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลาประมาณ 09.00 น. เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินอาการ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เสียสละเวลาในการตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับทุกครั้ง

6. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองที่ 1 จนครบ 15 คน

กลุ่มทดลองที่ 2

1. สำหรับในกลุ่มทดลองที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการนอนในภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ น้ำมันหอมระเหย ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย การซักประวัติผู้ป่วยด้วยตัวเอง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหยต้องคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ 2

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดมีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหย

2. ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ 1 โดยเมื่อเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยให้กำลังใจและแจ้งให้ทราบว่า จะมาพบผู้ป่วยอีกครั้งในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมเพื่อนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender เวลาประมาณ 20.00 น.

3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender เวลาประมาณ 20.00 น. ในวันที่ 2, วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

3.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและจัดสภาพแวดล้อม ซึ่งอาจจะมีการปิดม่าน ปิดไฟ บางดวง โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และญาติของผู้ป่วยไม่ให้รบกวนผู้ป่วยในขณะที่นวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและได้รับประโยชน์จากการนวดครั้งนี้มากที่สุด

3.2 ให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าสบาย ศีรษะสูงประมาณ 30 องศา

3.3 ผู้วิจัยเตรียมอุปกรณ์ในการนวด จากนั้นทำการประเมินสัญญาณชีพก่อนการนวดประมาณ 5 นาที

3.4 ผู้วิจัยทำการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนอนพักต่ออีกประมาณ 5 นาที จึงประเมินสัญญาณชีพอีกครั้ง

เมื่อเสร็จสิ้นการนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วย ชักถามความเหมาะสมของน้ำหนักมือและความสบายที่ได้รับ แต่ถ้าผู้ป่วยยังนอนหลับอยู่ผู้วิจัยจะไม่ชักถามเพราะจะเป็นการรบกวนผู้ป่วย

4. ประเมินคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 มิติ ประกอบด้วยมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและมิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน ในช่วงเช้าของวันที่ 2, วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลาประมาณ 09.00 น. เมื่อเสร็จสิ้นการประเมินอาการ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่เสียสละเวลาในการตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับทุกครั้ง

5. เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองที่ 1 จนครบ 15 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนดำเนินการจริง ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่มีสิทธิโดยชอบธรรมตามกฎหมายในตัวผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัวชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ก่อนวันทำการทดลองขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ญาติทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมญาติใกล้ชิดและตัวผู้ป่วยเองสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical package for the social sciences/ for windows) ซึ่งมีลำดับขั้นการวิเคราะห์ดังนี้

1. นำมาแจกแจงความถี่และค่าเฉลี่ยร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติย่อย 3 มิติของแต่ละกลุ่ม
3. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มทดลอง1, 2 และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับ .05 ปรากฏว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลคะแนนคุณภาพการนอนหลับมาจากการกระจายที่เข้าใกล้การแจกแจงแบบปกติ
4. ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างผลคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (Homogeneity of variance test) ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้จากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง โดยประเมินเช้าวันที่เข้ารับการรักษาในวันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ด้วย Levene test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการทดสอบพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอนุมานได้ว่าข้อมูลมาจากประชากรที่มีความแปรปรวนเท่ากัน
5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้จากการประเมิน 3 ครั้ง โดยประเมินหลังวันที่เข้ารับการรักษาในวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 โดยใช้สถิติ One way Analysis of Variance ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งหากมีนัยสำคัญทางสถิติก็จะปฏิเสธสมมุติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย 3 กลุ่มเท่ากัน

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

สำรวจและรวบรวมข้อมูลรายชื่อผู้ป่วย

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มทดลองที่ 1

วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือและนัดหมายวัน เวลาในครั้งต่อไป

วันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

Pre- test

- โปรแกรมการให้ข้อมูลเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญและใช้กับผู้ป่วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์ การเข้าเยี่ยมของญาติ ภาวะการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา สื่อการสอนประกอบด้วยแผ่นภาพ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

- ให้ข้อมูลในเรื่องวันเวลาและสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น.

Post-test ครั้งที่ 1

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา ใช้เวลา 20 นาที

- ให้ข้อมูลในเรื่องวันเวลาและสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น.

เข้าวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

Post-test ครั้งที่ 2

กลุ่มทดลองที่ 2

Pre- test

- โปรแกรมการให้ข้อมูลเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญและใช้กับผู้ป่วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์ การเข้าเยี่ยมของญาติ ภาวะการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา สื่อการสอนประกอบด้วยแผ่นภาพ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

- ให้ข้อมูลในเรื่องวันเวลาและสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น.

- นวดกดจุดสะทอนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender เวลา 20.30 น. นาน 30 นาที

เข้าวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

Post-test ครั้งที่ 1

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา ใช้เวลา 20 นาที

- ให้ข้อมูลในเรื่องวันเวลาและสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตเวลา 07.00 น., 15.00 น. และ 20.00 น.

- นวดกดจุดสะทอน เวลา 20.30 น. นาน 30 นาที

Post-test ครั้งที่ 2

กลุ่มควบคุม

Pre- test

การพยาบาลตามปกติ

Post-test ครั้งที่ 1

การพยาบาลตามปกติ

Post-test ครั้งที่ 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 55 ราย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รายที่ต้องคัดออกในระหว่างทำการวิจัยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไม่ครบ 3 คืนจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างทำการวิจัย 3 รายเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและผู้ป่วยมีภาวะซ็อกไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 3 ราย ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เก็บข้อมูลในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2549

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บระหว่างวัน ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวมทั้ง 3 มิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 - 6

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ
กลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 45)	ร้อยละ
อายุ		
20 – 30 ปี	9	20.00
31 – 40 ปี	10	22.20
41 – 50 ปี	13	28.90
51 – 65 ปี	13	28.90
- ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)		43.56
- ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		11.98
เพศ		
ชาย	18	40.00
หญิง	27	60.00
สถานภาพสมรส		
คู่	30	66.70
โสด	12	26.70
หม้าย	3	6.70
การศึกษา		
ประถมศึกษา	9	20.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	13.40
อาชีวศึกษา	2	4.40
อุดมศึกษา/สูงกว่า		
อาชีพ		
รับราชการ	8	17.80
ธุรกิจส่วนตัว	19	42.20
รับจ้าง	6	13.30

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 45)	ร้อยละ
ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม		
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	36	80.00
เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	9	20.00
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	32	71.10
จ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด	10	22.20
อื่น ๆ	3	6.70
ภาระการเลี้ยงดูสมาชิกภายในครอบครัว		
มีภาระการเลี้ยงดูสมาชิกภายในครอบครัว	24	53.30
ไม่มีภาระการเลี้ยงดูสมาชิกภายในครอบครัว	21	46.70

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-65 ปี มากที่สุด จำนวนช่วงอายุละ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส คู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา หรือสูงกว่า จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 80 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.1 ส่วนใหญ่มีภาระการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับภาวะปกติ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 45)	ร้อยละ
ช่วงเวลาการเข้านอน		
20.00 - 21.00 น.	10	22.22
21.00 – 22.00 น.	7	15.55
22.00 - 23.00 น.	25	55.55
23.00 – 24.00 น.	3	6.70
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ (นาที)		
1 - 30	22	48.89
31- 60	23	51.11
การวินิจฉัยโรค		
COPD	13	28.89
Pneumonia	12	26.67
Myastenia gravis	8	17.78
Lung cancer	5	11.11
Acute renal failure	3	6.67
CHF	3	6.67
Cobra bite	1	2.22
คะแนน APACHE score II		
0 – 5	19	42.22
6 – 10	26	57.77
จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต		
อายุรกรรม		
1- 10	35	77.77
11- 20	7	15.55
21- 30	3	6.66

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าอนในช่วงเวลา 22.00-23.00 น. จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 รองลงมา คือ 20.00 – 21.00 น. จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้าอนจนกระทั่งนอนหลับ 31 – 60 นาที จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 51.11 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 รองลงมาคือโรค Pneumonia จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 คะแนน APACHE score II ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-5 คะแนน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 57.77 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 วัน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 77.77



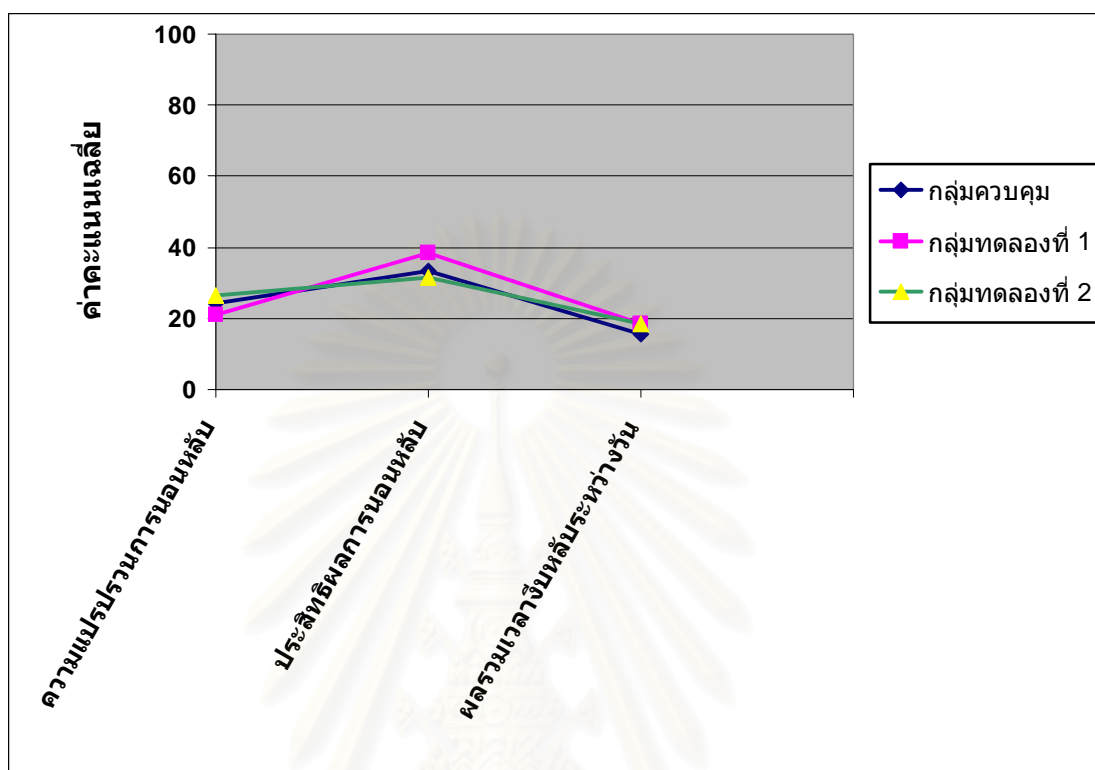
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในวันที่ 1, 2 และ 3

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 1 (Pre-test) ของการเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่าง กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลอง ที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บในระหว่างวัน

คุณภาพการนอนหลับ	Mean	S.D.	F-test	P-value
มิติความแปรปรวนการนอนหลับ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	24.40	12.71	.943	.398
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	21.00	10.28		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	26.40	9.40		
มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (คะแนนเต็ม 70 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	33.26	16.96	.652	.526
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	38.33	20.03		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	43.33	9.60		
มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บในระหว่างวัน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	15.60	5.30	1.595	.215
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	18.53	5.62		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	18.60	4.79		

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1 ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ทั้งคะแนนคุณภาพการนอนหลับรวม 3 มิติและเมื่อแยกเป็นมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



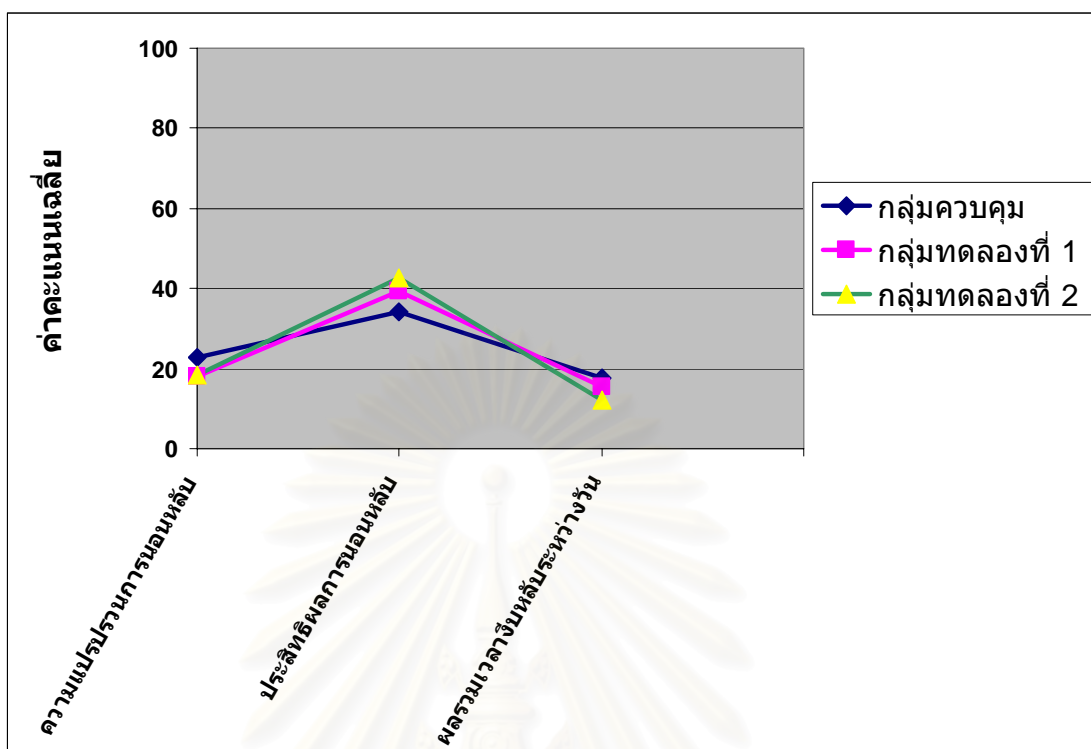
ภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวัน

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 คะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาเจ็บป่วยในระหว่างวัน

คุณภาพการนอนหลับ	Mean	S.D.	F-test	P-value
มิติความแปรปรวนการนอนหลับ (คะแนนเต็ม)				
40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	22.66	12.33	1.056	.357
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	17.93	9.75		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	18.20	7.34		
มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (คะแนนเต็ม)				
70 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	34.26	18.08	1.369	.266
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	39.40	13.47		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	42.73	9.44		
มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บป่วยในระหว่างวัน (คะแนนเต็ม)				
40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	17.60	4.92	4.641	.051
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	15.53	5.64		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	12.20	3.98		

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับจากการประเมิน ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 2 ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 เมื่อแยกเป็นมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และด้านผลรวมเวลาเจ็บป่วยในระหว่างวัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



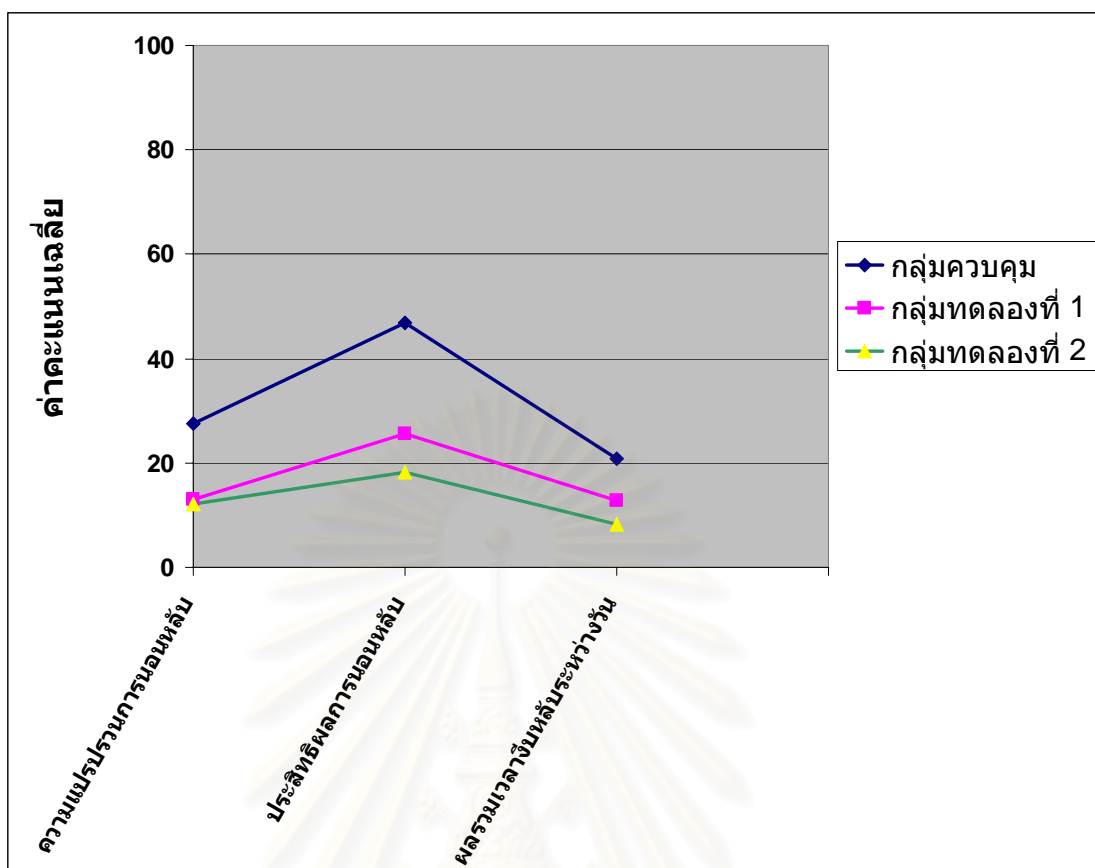
ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิภาพของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาเจ็บป่วยในระหว่างวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 คะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน

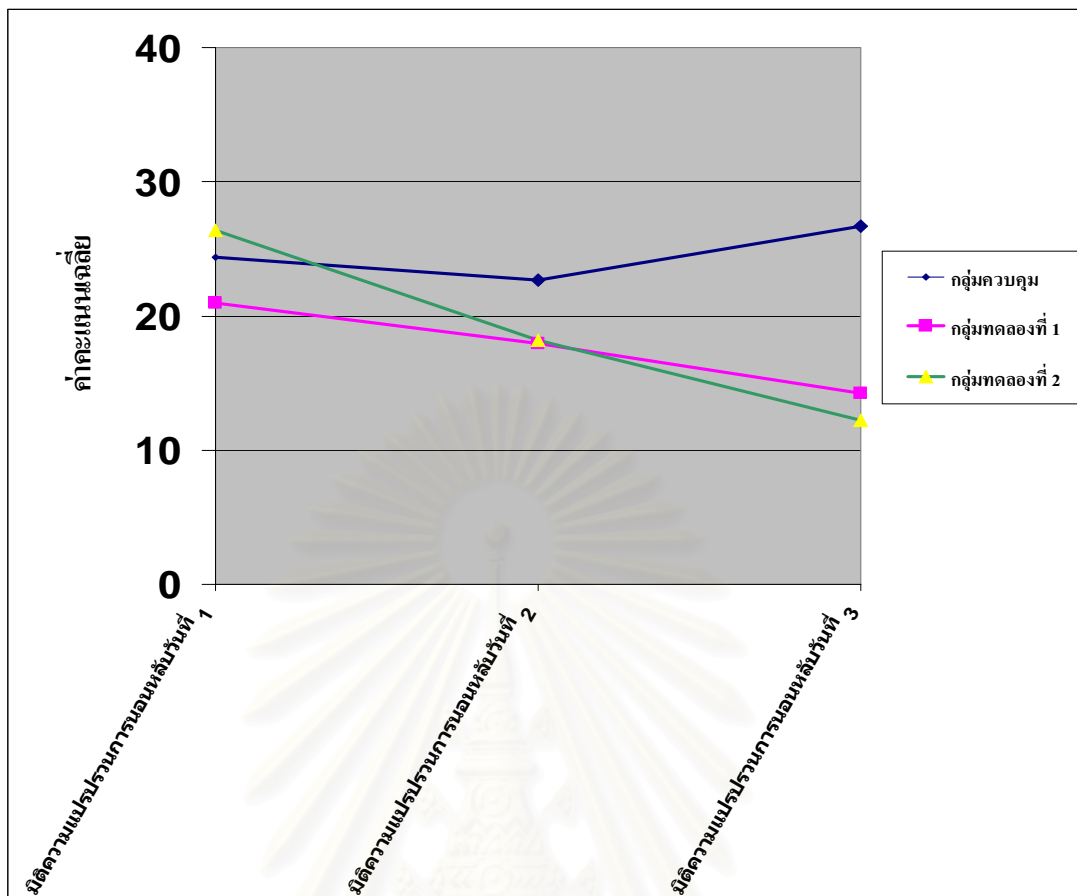
คุณภาพการนอนหลับ	Mean	S.D.	F-test	P-value
มิติความแปรปรวนการนอนหลับ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	26.73	10.50	13.07	.000
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	14.26	8.76		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	12.20	5.17		
มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (คะแนนเต็ม 70 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	23.00	14.77	27.28	.000
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	43.33	9.60		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	51.66	6.92		
มิติด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)				
- กลุ่มควบคุม (n=15)	19.00	6.43	16.29	.000
- กลุ่มทดลองที่ 1 (n=15)	13.40	5.88		
- กลุ่มทดลองที่ 2 (n=15)	8.20	2.11		

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในวันที่ 3 ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 เมื่อแยกเป็นมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ และด้านผลรวมเวลาเจ็บหลับในระหว่างวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



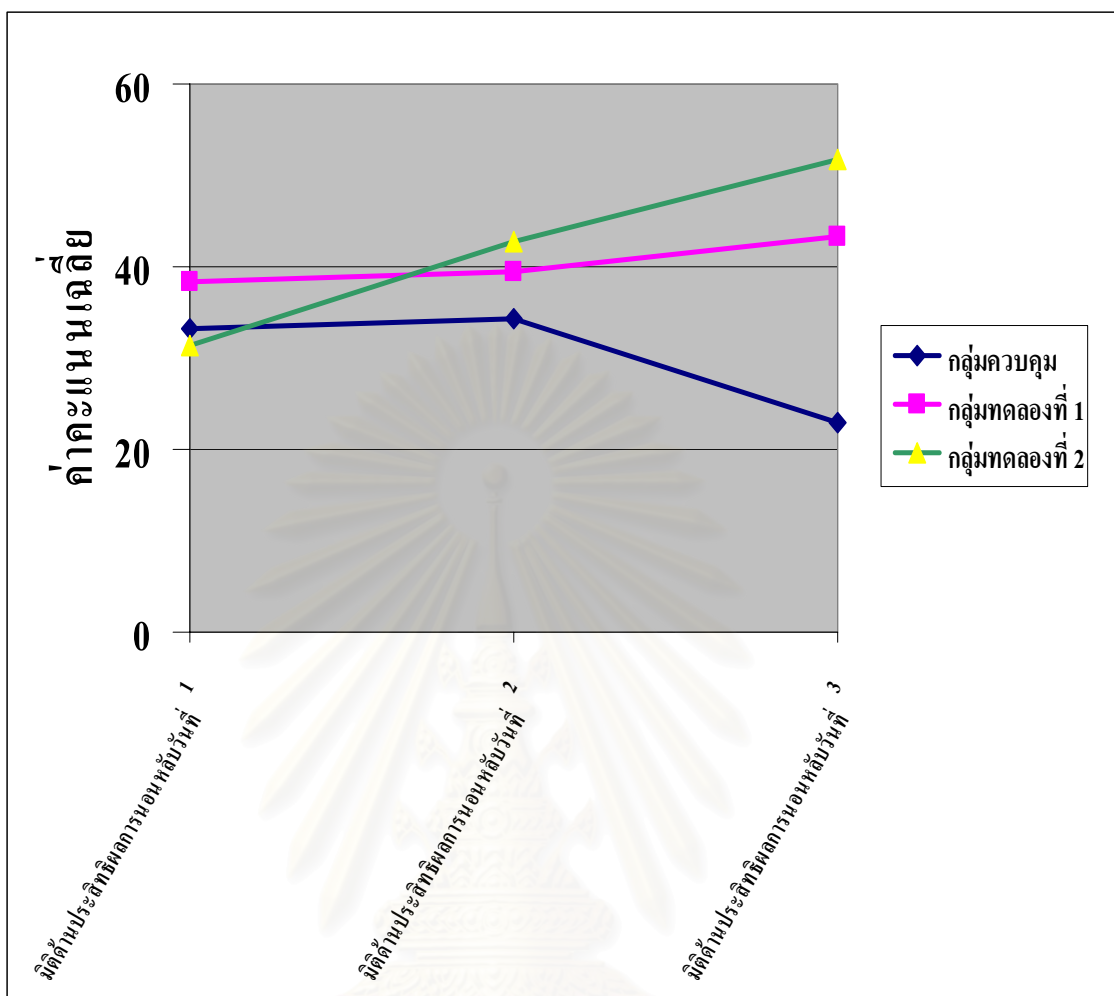
ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ในมิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ ด้านผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

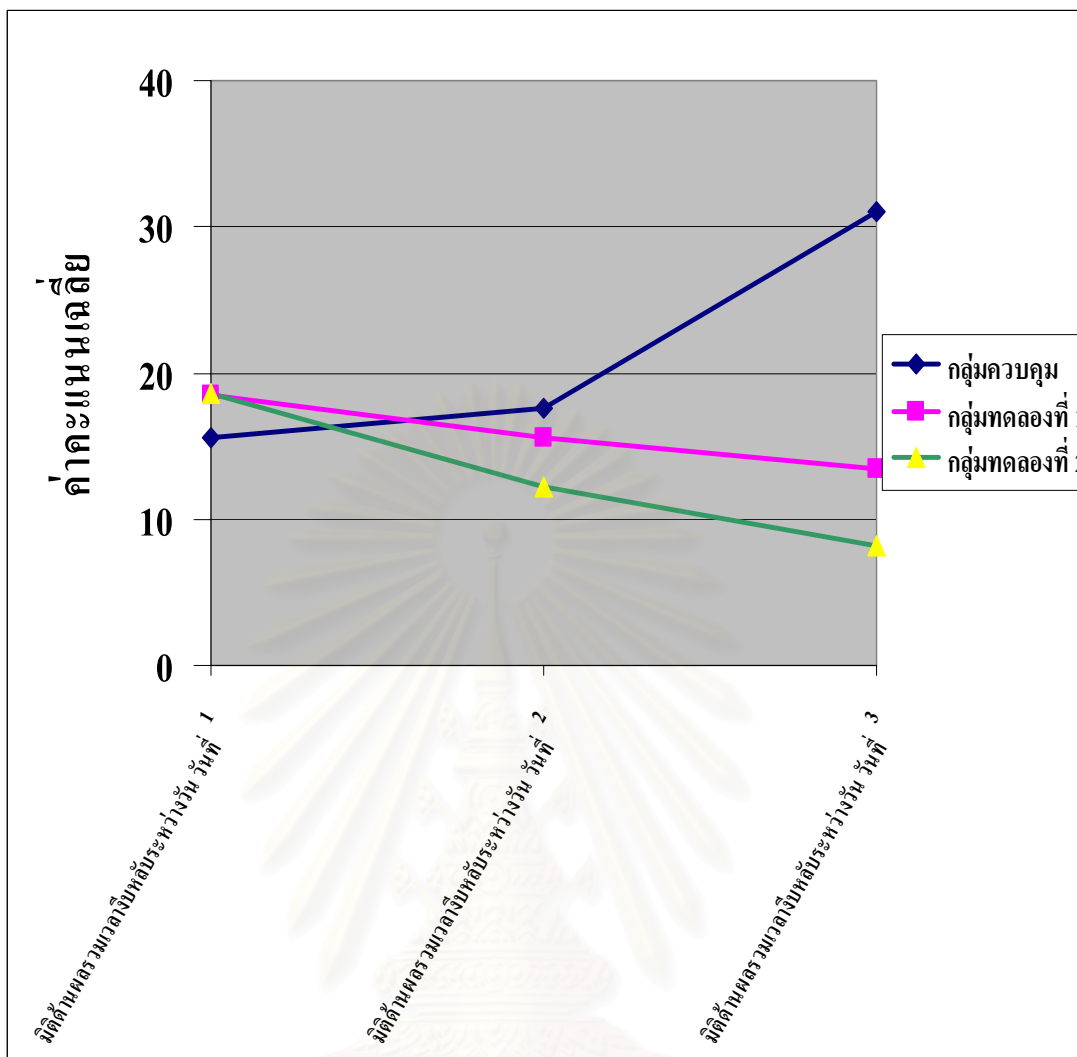


ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1, 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิตัดวันประสิทธิภาพการนอนหลับจากการประเมินในวันที่ 1, 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2



ภาพที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิตிட้านผลรวม เวลาจับในระหว่างวันจากการประเมินในวันที่ 1, 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ โปรแกรมการให้ข้อมูล โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและการพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดย

- กลุ่มควบคุม เป็นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และการพยาบาลตามปกติ
- กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน โปรแกรมการให้ข้อมูล และการพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบผลรายคู่ ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งมิตีย่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติจากการประเมินการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมวันที่ 2 และวันที่ 3 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับทั้งมิตีย่อย 3 มิติและผลรวม 3 มิติจากการประเมินการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมวันที่ 2 และวันที่ 3 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล และกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง ที่คัดเลือกมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1. อายุระหว่าง 20 – 65 ปี
2. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ผู้ป่วยรู้ตัวดีประเมินจากการรับรู้ของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นว่าผู้ป่วยรู้สึกตัว และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับสถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. ไม่มีบาดแผลที่เท้า ไม่มีโรคผิวหนัง ไม่มีภาวะของกระดูกหัก ข้อเคลื่อนหรือเป็นโรคที่เท้า ไม่มีภาวะหรือเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขาและได้รับอนุญาตจากแพทย์ผู้รักษายินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
6. คะแนน APACHE II อยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน
7. ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมากกว่า 24 ชั่วโมง
8. ไม่เคยมีประวัติแพ้กลี้น้ำมันหอมระเหย

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมน้อยกว่า 3 วัน
2. ได้รับความปลอดภัยและทำให้สงบทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง
3. มีภาวะช็อก (จากการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ) (Holloway, 1993) ซึ่งประกอบด้วยอัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ น้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ต่ำกว่า 90 %
4. ได้รับยานอนหลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้หลักการของ Auerbarch and Martelli (1983) มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องลักษณะและการใช้งานขั้นพื้นฐานของเครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญและผู้ป่วยใช้ สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและห้องที่ผู้ป่วยพัก ภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้การในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบแผ่นภาพและแจกคู่มือการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง โดยเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที

- ข้อมูลเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือน ปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จะให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลา 07.00น., 15.00และ 20.00 น. โดยเป็นการให้ข้อมูลด้วยการบอกแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

1.2 การนวดกดจุดสะท้อน หลักการนวดกดจุดสะท้อนใช้แบบการนวดเท้าเพื่อสุขภาพซึ่งมีการนวดกดจุด 26 จุดบนฝ่าเท้าของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทำการนวดโดยผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมและสอบได้วุฒิบัตรจากสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้น้ำมันหล่อลื่นซึ่งผสมจากน้ำมันงา 30 ml. ผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender 0.9 ml.

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สิทธิการรักษาพยาบาล ภาระการเลี้ยงดู

- แบบบันทึกข้อมูลลักษณะการนอนหลับในภาวะปกติ

- แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค คะแนน APACHE II วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การได้รับยาคลายกังวลยานอนหลับ ยาที่ทำให้สงบ (Sedative and relaxant drug)

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ของ พรสวรรค์ โรจนกิตติ(2544) จำนวน 15 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 มิติคือ มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ(Sleep disturbance) จำนวน 4 ข้อ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) จำนวน 7 ข้อ มิติผลรวมเวลางีบในระหว่างวัน (Sleep supplementation) จำนวน 4 ข้อ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนตามการรับรู้ของตนเองต่อลักษณะการนอนหลับแต่ละข้อในคืนที่ผ่านมา ด้วยมาตรประเมินการนอนหลับ ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงทั้ง 2 ด้านมีความหมายที่ตรงข้ามกัน มีขีดแบ่งความยาวในแต่ละคะแนนในระยะที่เท่ากัน (Numeric scale) ให้คะแนน 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 3 มิติอยู่ระหว่าง 0 ถึง 150 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

การดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลองเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ เตรียมผู้วิจัย เครื่องมือการวิจัย และดำเนินการเพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูล

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน ขอความร่วมมือในการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งอ่านการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามปัญหาและตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้และทำการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

2.2 กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

2.3 กลุ่มทดลองที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และโปรแกรมการให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยใช้เวลา 30 นาทีพร้อมคู่มือ 1 ฉบับ

2.4 กลุ่มทดลองที่ 2 จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ และโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

- ขั้นตอนที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง พร้อมคู่มือ 1 ฉบับ โดยใช้เวลา 30 นาที

- ขั้นตอนที่ 3 การนวดกดจุดสะท้อนด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender นาน 30 นาที ในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม เวลา ประมาณ 20.30 น. โดยผู้วิจัยเป็นผู้นวด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยดังกล่าวเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธิตำเนินการวิจัย รายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งขอความร่วมมือในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จากแฟ้มประวัติและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อเป็นรายลักษณะอักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 จนครบ กลุ่มละ 15 คน

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในเช้าวันที่ 2 วันที่ 3 และวันที่ 4 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยนำมาแจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้ง มิติย่อย 3 มิติ และผลรวมทั้ง 3 มิติ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 โดยใช้สถิติทดสอบ One way Analysis of Variance และเปรียบเทียบรายคู่ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 1, กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ 2 , กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วย Pairwise comparison ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติย่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติย่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติย่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านผลรวมเวลาจึงระหว่างวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ส่วนในมิติความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนและผลรวมของทั้ง 3 มิติพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมีதிய่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ข้อที่ 2

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

ส่วนในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับและผลรวมทั้ง 3 มิติค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อ เปรียบเทียบ โปรแกรมการให้ข้อมูล โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและการพยาบาลตามปกติต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิตีย่อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เพียงครั้งเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเพิ่มความสามารถในการควบคุม การพยากรณ์เหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญได้อย่างถูกต้องและเป็นจริงซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อข้อมูลที่จำกัดทำให้การนำข้อมูลที่ได้รับไปปรับตัวเพื่อเผชิญต่อความเครียดเป็นไปได้อย่างมีข้อจำกัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับสูงและมีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำ นอกจากนั้นการปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ยังต้องใช้เวลาซึ่งผู้ป่วยได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลในเช้าวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยใช้เวลาในการให้โปรแกรม 30 นาทีซึ่งในภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้ อีกทั้งเนื้อหาข้อมูลค่อนข้างมากในครั้งแรกของการให้ข้อมูลจึงไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดทำให้ผู้ป่วยยังไม่มีความเข้าใจเนื้อหาข้อมูลที่ให้เท่าที่ควรซึ่งระดับความรุนแรงของโรค แสดงถึงภาวะสุขภาพของบุคคลที่บ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปรับตัว (Phipps, 1995) บุคคลที่มีสุขภาพ

สมบุรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ จะมีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่เจ็บป่วยรุนแรง อ่อนเพลีย วิตกกังวล ท้อแท้ซึ่งเมื่อการปรับตัวเป็นไปได้อย่างดีก็จะส่งผลให้ความวิตกกังวลและความเครียดยังมีอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้คุณภาพการนอนต่ำ

นอกจากนั้นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมยังมีผลต่อความเครียดโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมพบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหลายประการที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากกว่าหอผู้ป่วยวิกฤตอื่น ๆ (Freedman et al., 1999: 1155-1162) มีรายงานลักษณะการนอนของผู้ป่วยโดยการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองในช่วง 24 – 48 ชั่วโมงแรกของการอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ระยะเวลาการนอนในช่วง REM และ NREM ระยะที่ 3 และ 4 ลดลง โดยระยะเวลาในการนอนส่วนใหญ่จะเป็น NREM ระยะที่ 1 และ 2 เกือบทั้งหมด (Richard and Bairnsfather, 1988: 35-41) ซึ่งปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมีทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเครียดและความวิตกกังวล พบว่าในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สอดคล้องกับการศึกษาของของ Topf (2000) ที่ว่าตัวก่อความเครียดของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตที่สำคัญ คือ สภาพแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาล เสียง อุณหภูมิ แสง ก่อให้เกิดความเครียดและมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (1972) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดหัวใจที่เข้ารับการรักษายาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล 56 ครั้ง ใน 8 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย โดยเฉพาะใน 3 วันแรกจะถูกปลุกอย่างน้อย 1 ครั้ง/ชั่วโมง ส่วนการศึกษาของ อาภา ใจงาน (2524) เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤตพบว่าในวันแรกผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตจะถูกปลุกเพื่อให้ออกกิจกรรมการพยาบาลเฉลี่ยรายละ 101 ครั้งและในวันที่ 2 เฉลี่ยรายละ 78 ซึ่งจากปัจจัยการรบกวนการนอนดังกล่าวส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมีค้อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า ในกิจกรรมที่ 1 คือโปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลให้บุคคลได้รับความรู้ (Close, 1988: 203) การให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (ซีรนนท์ เกลิมสิงห์, 2542: 34; Duffy, 1997: 102-108) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจึงทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมและสามารถพยากรณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดลดลงและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น (Auerbarch and

Martelli, 1983: 1248-1296; Topf and Thompson, 2001: 237-243) จอห์นสันและลอว์เวอร์ (Johnson and Lauver, 1989) อธิบายว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ วางแผนการเผชิญต่อสถานการณ์ล่วงหน้าได้และมีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มความสามารถในการควบคุมและการพยากรณ์ของบุคคลหรือผู้ป่วยระยะวิกฤตโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลผู้ป่วยโดยการอธิบายถึงลักษณะและการทำงานขั้นพื้นฐานของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ ภาวะการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหออภิบาลผู้ป่วย การให้การพยาบาลและการเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ ส่วนการบอกวัน เวลา สภาพแวดล้อมภายนอกหออภิบาลผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินและคาดหวังกับสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง (Auerbarch and Martelli, 1983: 1290) การให้ข้อมูลยังถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินเหตุการณ์ได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984) แลงเกอร์ เจนิสและวอลเฟอร์พบว่า การให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า (Langer, Janisand and Wolfer, 1975 cited in Ziemer, 1983) สำหรับข้อมูลที่ให้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื้อหาสอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและการให้ความรู้ตามแผนการสอนที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนมีระบบตามขั้นตอนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Warshaw and Murphy, 1995) สื่อการสอนที่ใช้ในการให้ข้อมูลคือ ภาพพลิกและคู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง ซึ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ ติดตามเนื้อหาได้ตลอดรวมทั้งเห็นภาพจริงทำให้การให้ข้อมูลเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม, 2542: 34) การให้ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยลดความเครียด ความกังวล เมื่อเผชิญเหตุการณ์จริง (Smeltzer and Bare, 2000: 186) ส่งผลให้อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้า และอาการนอนไม่หลับลดลงด้วย (Lenz et al., 1997: 15)

ส่วนในกิจกรรมที่ 2 คือการนวดกดจุดสะท้อนโดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender จะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (วิชัย อึ้งพินิจพงศ์และนริศรา มนตรี, 2542) ในการนวดแต่ละท่าจะมีการรับรู้ของระบบประสาทและส่งสัญญาณไปยังสมอง กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติคือ พาราซิมพาเทติก โดยผ่านผิวหนังและระบบประสาทส่วนปลาย (Mackey, 2001) ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย ระบบประสาทอัตโนมัติคือ ซิมพาเทติก จะถูกกระตุ้นมาก ทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังหดตัว กล้ามเนื้อตึงตัว ความดันในข้อเพิ่มขึ้น เส้นเลือดหดตัว ซึ่งการนวดกดจุดสะท้อนจะกระตุ้นพาราซิมพาเทติก มีผลทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว กล้ามเนื้อคลายตัวส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดความสมดุลช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (Hayes and Cox, 1999; Mackey, 2001; Stshenson, Weinrich and Tavakoli; 2000) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการนวดกดจุดสะท้อนจะไปกระตุ้น

ต่อมใต้สมองหรือต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ให้หลังสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน คือ เอนเคฟาลินและเอนเคอร์ฟินออกมา สารเอนเคอร์ฟินจะช่วยสร้างอารมณ์ให้มีความสุข จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย (Kada and Torsteino, 1989 cited in Hulme, Watermon and Hillier, 1999; Jirayingmongkol, Chantein, Phengchomjan, and Bhanggananda, 2002) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น การนวดกดจุดสะท้อนยังเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความตึงเครียดหรือความวิตกกังวล (Stephenson, Weinrich, and Tavakoli, 2000) ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับง่ายขึ้น ส่งเสริมสัมพันธภาพ เพิ่มความสุขสบาย (Mackey, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกียรติ, โลมานัย และ ไวท์แมน (Grealish, Lomasney and Whiteman, 2000) ที่ทำการศึกษาการนวดเท้าในผู้ป่วยมะเร็ง และพบว่า การนวดเท้าช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย การเผาผลาญความร้อนในร่างกายจะมีน้อยที่สุด สมองส่วนไฮโปทาลามัสมีการลดการตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ช่วยลดความเครียดทางด้านร่างกาย (นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539)

การนวดกดจุดสะท้อนยังช่วยปรับสมดุลของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (Hemostasis) (Lockett, 1992: 14) ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Heye and Reeves, 1995: 218) เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง (Enhance blood and lymphatic circulation) เมื่อเซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอก็ไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) จึงเป็นการลดการเกิดกรด Lactic และของเสียต่าง ๆ อันเกิดจากกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน นอกจากนี้กระบวนการนวดยังช่วยขจัดกรด Lactic ที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมา ส่งผลให้กล้ามเนื้อ มีความแข็งแรงและมีแรงในการหดตัวมากขึ้น ทำให้คลายความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีการหดและคลายตัวได้ดีขึ้น (สุพร พลยานันท์, 2528: 40; อนุรติ มีเพชร, Aldridge, 2002: 115-116) การนวดกดจุดสะท้อนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ทำให้ส่งสัญญาณไปที่สมองส่วน Limbic เช่น Hypothalamus, Thalamus เป็นต้น เกิดการหลั่งสารที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ได้แก่ Betaendorphin (Day, Mason and Chesrown, 1987; Kaada and Torstein, 1989 cited in Hulme, Watermam and Hiller, 1999; Tiran and Chummun, 2004: 2) และ Enkephalins จึงช่วยลดความปวดและทำให้อารมณ์ดี (สุพร พลยานันท์, 2528: 31-35 Tiran and Chummun, 2004: 2)

การนวดกดจุดสะท้อนร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยมีผลต่อ Limbic system ซึ่งจะทำงานสัมพันธ์กับ Amygdala และ Hippocampus โดยทั้งสองส่วนนี้มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลกลิ่น โดย Amygdala มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (Emotional and Behavioral response) และ Hippocampus เป็นส่วนของการจดจำกลิ่นแยกแยะกลิ่น (Explicit memories) (พิมพ์ร ลีลาพิสิฐ, 2545; ราตรี สุดทรวง และวิระชัย สิงหนิยม, 2545; Buckle, 1993, 2001) เมื่อมีความพึงพอใจ และรู้สึกสบายจะส่งผลให้สมองหลั่งสาร เอนเคฟาลิน และเอนเคอร์ฟิน ช่วยส่งเสริมให้อารมณ์ดี และสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลายและช่วยให้

นอนหลับ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2548; Tiran and Chummun, 2004: 2) สำหรับน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์ กระตุ้นให้มีการหลั่งสารซีโรโทนินที่มีผลช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น วารสารประเทศอังกฤษรายงานว่า คนไข้วัยชราที่ปัญหาการนอนไม่หลับสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นและฟุ้งยานอนหลับลดลง เมื่อห้องนอนได้รับการสเปรย์ด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนยังมีความแตกต่างกันเพียงมิติเวลาการจับหลับระหว่างวันอาจเนื่องจากเป็นมิติที่แสดงให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดเจนกว่าในมิติความแปรปรวนการนอนหลับและในมิติประสิทธิภาพการนอนหลับโดยแม้ผู้ป่วยจะรู้สึกในช่วงเวลากลางคืนจะถูกรบกวนการนอนหลับและรู้สึกว่ายังนอนไม่เพียงพอกับความต้องการของตนเองแต่การที่ร่างกายสามารถนอนหลับได้มากขึ้นกว่าในคืนที่ 1 และ 2 ของการเข้ารับการรักษาก็ทำให้แสดงออกให้เห็นในการนอนหลับช่วงเวลากลางวันว่ามีระยะเวลาที่น้อยลง และเมื่อดูแนวโน้มของคะแนนคุณภาพการนอนใน 2 มิติที่เหลือรวมทั้งในคะแนนรวม 3 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนเริ่มมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติน้อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติด้านผลรวมเวลาจับระหว่างวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

ส่วนในมิติความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพของการนอนและผลรวมทั้ง 3 มิติพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่าในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมผู้ป่วยจะถูกรบกวนการนอนหลับจากกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับเป็นการประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (1972) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดหัวใจที่เข้ารับการพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล 56 ครั้ง ใน 8 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย โดยเฉพาะใน 3 วันแรกจะถูกปลุกอย่างน้อย

1 ครั้ง/ชั่วโมง ส่วนการศึกษาของ อาภา ใจงาน (2524) เกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยระยะวิกฤตพบว่าในวันแรกผู้ป่วยสลับกรณะระยะวิกฤตถูกปลุกเพื่อให้อาการการพยาบาลเฉลี่ยรายละ 101 ครั้งและในวันที่ 2 เฉลี่ยรายละ 78 ครั้ง นอกจากนั้นสภาพความเจ็บป่วยในระยะแรกของผู้ป่วยก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนการนวดกดจุดสะท้อนนั้นเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้เมื่อให้ร่วมกับโปรแกรมการให้ข้อมูลแต่ในการนวดกดจุดสะท้อนเพียงครั้งเดียวยังไม่เพียงพอที่จะทำให้อุณหภูมิการนอนหลับในทุกมิติดีขึ้นได้อย่างชัดเจน มีเพียงมิติผลรวมเวลาจับในระหว่างวันเท่านั้นที่เห็นผลได้ในครั้งแรกของการได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนซึ่งผู้ป่วยมีการนอนหลับในช่วงเวลากลางคืนได้มากขึ้นทำให้ในช่วงเวลากลางวันผู้ป่วยมีระยะเวลาที่ใช้ในการจับหลับลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ พิภมณี (2544) ศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมจะได้รับการพูดคุยถึงปัญหาและการให้ข้อมูลตามที่ผู้ป่วยต้องการเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดฝ่าเท้ากดจุดเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 กลุ่ม แต่คะแนนความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย มีเพียงผู้ป่วยที่ได้รับการนวดฝ่าเท้ากดจุดเท่านั้นที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของ นงลักษณ์ พรหมดีการ (2545) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการนวดเท้าทั้ง 2 ครั้งจะมีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าการไม่นวดเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นถึงแม้ว่าการให้ข้อมูลจะช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล แต่อย่างไรก็ตามเมื่อร่างกายต้องเผชิญกับอาการและความเครียดนั้นย่อมมีการตอบสนองทางสรีระ และอารมณ์ออกมาพร้อมกับสภาพแวดล้อมภายในหน่วยวิกฤต เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยทำให้เกิดเป็นความเครียดขึ้นจึงควรมีการผสมผสานการพยาบาลทางเลือก คือการนวดกดจุดสะท้อนร่วมกับการให้ข้อมูลเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้อุณหภูมิการนอนหลับที่ดีขึ้น โดยใช้ระยะเวลาที่น้อยลงเมื่อเทียบกับการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว

การนวดกดจุดสะท้อนในแง่ของกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่สะดวก ง่าย สามารถทำได้โดยอิสระ ทำได้ง่ายไม่รบกวนการดูแลรักษาอื่น ๆ ทำได้ทุกที่ ทุกเวลา ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ถ้าพิจารณาถึงความคุ้มค่า การให้ข้อมูลสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับได้แต่การนวดกดจุดสะท้อนสามารถช่วยส่งเสริมการนอนหลับได้มากยิ่งขึ้น

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับมิติน้อย 3 มิติและผลรวมทั้ง 3 มิติในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2

ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในมิติผลรวมเวลาจับหลับในระหว่างวันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ส่วนในมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิภาพของการนอนหลับและผลรวมทั้ง 3 มิติค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2

อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อน เป็นผลรวมของการให้ข้อมูลและการพยาบาลแบบผสมผสาน โดยการนัดกอดจุดสะท้อนเป็นกิจกรรมที่เข้ามาช่วยเสริมให้มีความเป็นองค์รวมของการพยาบาลมากยิ่งขึ้น จึงช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้อีกทั้งระยะเวลาที่นานขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลและประมวลผลข้อมูลได้มากขึ้นร่วมกับผลทางด้านจิตใจรู้สึกคลายความเครียด ผ่อนคลาย และสุขสบาย ซึ่งส่งผลให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้นคุณภาพการนอนหลับจึงดีขึ้นด้วย การให้ข้อมูลสามารถอธิบายได้จากแนวคิดของลาซาลัสและโพล์คแมน (Lazarus and Folkman, 1984) เกี่ยวกับการประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) ที่ว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม บุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นโดยผ่านกระบวนการทางความคิด ซึ่งผลการประเมินสถานการณ์จะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์ในขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำให้เป็นไปในทางบวก สามารถประเมินและควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น ความรู้สึกถูกคุกคามจะน้อยลง และเมื่อความรู้สึกถูกคุกคามลดลงก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ดีที่สุดในอนาคตที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ สอดคล้องกับจอห์นสันและลอว์เวอร์ (Johnson and Lauver, 1989) ที่อธิบายว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์และวางแผนการล่วงหน้าในอนาคตที่จะเผชิญและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ และแลงเกอร์ เจนิสและวอลเฟอร์ (Langer, Janis, and Wolfer, 1975 cite in Ziemer, 1983) ที่พบว่าการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยา สรรพอุดม (2546) ที่พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤตกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hattan, King and Griffiths (2002) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดเท้ากับการแนะนำวิธีผ่อนคลายด้วยสื่อแถบเสียง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดเท้า มีระดับความตึงเครียดและความวิตกกังวลลดลง โดยมีความสุขสบาย เกิดความผ่อนคลาย ความสงบและนอนพักได้ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายด้วยสื่อแถบเสียงและกลุ่มควบคุม

นอกจากนั้นผลของการนวดกดจุดสะท้อน ยังช่วยลดความเครียด ความกังวล และเกิดความผ่อนคลายซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น อีกทั้งการใช้ไม้กดจุด 26 จุด เป็นการกระตุ้นปลายประสาทที่มีมากกว่า 7,200 เส้น ในเท้าแต่ละข้าง (Allen, 1999) ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาททำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังขยายตัว กล้ามเนื้อที่เกร็งตัวเกิดการคลายตัว (Mackey, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮย์และคอกซ์ (Heyes and Cox, 1999) ที่ศึกษาการนวดเท้าในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการนวดเท้า สามารถกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเรติก ทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย และสุขสบาย รวมทั้งความวิตกกังวลลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Jirayingmongkol, Chantein, Phengchomjan, and Bhanggananda (2002) ที่ศึกษาผลของการนวดเท้าต่อไบโอฟีดแบค (biofeedback) ที่พบว่าการนวดเท้าทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและสุขสบาย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Wilkinson, Prigmore and Rayner (2005) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้ามีความรู้สึกลัว อาการหายใจลำบากลดลง การหายใจดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น มีการปรับตัวในชีวิตดีขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Groer et al. (1994) ได้ศึกษาผลของการนวดหลังแบบสวีดิช 10 นาที ต่อระบบภูมิคุ้มกัน โดยวัดระดับ IgA ในน้ำลาย (S-IgA) และความวิตกกังวล โดยใช้กรอบแนวคิดของการกดภูมิคุ้มกัน ในที่นี้คือ S-IgA จะลดลงเมื่อร่างกายเกิดความเครียด และ S-IgA จะเพิ่มขึ้นหากความเครียดลดลงหรืออยู่ในสภาวะผ่อนคลาย ผลการศึกษาพบว่าระดับ S-IgA ในกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสรุปได้ว่า การนวดมีผลต่อ Psychoneuroimmunology ซึ่งเหมาะในการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงหรือมีความเครียดสูง โดยการนำมาใช้กับผู้ป่วยวิกฤตจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนที่ดีขึ้นกว่าการที่ผู้ป่วยได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการเพิ่มความสุขสบายและลดความเครียด ความรู้สึกผ่อนคลายที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้นอันเกิดจากกระบวนการจิตสรีระจากความเครียด (Break stress-symptom cycle) นั้นเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซานดรา (Sandra, 1992) เรื่องผลของการนวดต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและการรับรู้เชิงคุณภาพของการนวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลงแต่อุณหภูมิของผิวหนังเพิ่มสูงขึ้นและกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ และไม่มีบุคคลอื่นมารบกวนทำให้

เมื่อนำการนวดกดจุดสะท้อนมาผสมผสานกับน้ำมันหอมระเหยพบว่ายังช่วยให้ความพึงพอใจและรู้สึกผ่อนคลายจากกลิ่นหอมและประโยชน์โดยตรงจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของน้ำมันหอมระเหยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Stevenson (1994) ถึงผลของการนวดเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกส้ม (Neroli) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการนวดเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นดอกส้ม จะรู้สึกสงบ ผ่อนคลาย พักผ่อนได้ดี บรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวลและความตึงเครียด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hewitt (1992) พบว่าผลของการนวดเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender มีผลลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต รวมทั้งลดระดับของอาการเจ็บปวด และการหลับ ๆ ตื่น ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตและ CCU มากกว่ากลุ่มที่นวดด้วยน้ำมันหรือกลุ่มที่นอนพักโดยปราศจากการรบกวนเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn et al. (1995) ถึงผลการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender จะสามารถลดความวิตกกังวลมีความสมดุลทางอารมณ์และมีการปรับตัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่นวดด้วยน้ำมันอย่างเดียว และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่น Lavender น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลซึ่งมีแบบแผนและมีเนื้อหาที่ครอบคลุมในด้านสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะมีความเชื่อมั่น มั่นใจ เกิดเป็น placebo effect (นิพนธ์, 2534) จะทำให้มีการกระตุ้น periaqueductal gray matter (PAG) ของสมองส่วนกลาง (Mid brain) ให้ส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้น nucleus raphe magnus (NRM) ให้หลังสารซีโรโทนิน (Serotonin) ร่วมกับการผสมผสานด้วยการพยาบาลทางเลือกคือการนวดกดจุดสะท้อนเข้าไว้ด้วยกัน จึงย่อมได้ผลในการลดความเครียดและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แต่สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเมื่อเปรียบเทียบกับโปรแกรมการให้ข้อมูลพบว่ายังเห็นผลในค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับเพียงในบางมิติเท่านั้น ซึ่งเมื่อดูจากค่าเฉลี่ยคะแนนในมิติอื่น พบว่าเมื่อให้การนวดกดจุดสะท้อนเพิ่มเติมมีแนวโน้มที่จะช่วยทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่าการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว

จากผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าการใช้การนวดกดจุดสะท้อนร่วมกับโปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นวิธีการให้การพยาบาลทางด้านจิตใจวิธีหนึ่งที่มีอิสระและมีคุณค่าที่จะ

สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้ ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติสุขได้เร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ โดยควรมีการประชุมร่วมกัน เพื่อนำโปรแกรมมาปรับให้เหมาะสม และนำข้อเสนอแนะของบุคคลากรในหน่วยงานมาปรับปรุงโปรแกรมเพื่อเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้กันอย่างทั่วถึงและเป็นระบบ ซึ่งการนำโปรแกรมการให้ข้อมูลไปใช้จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ให้ดียิ่งขึ้นส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในบริการการพยาบาลมากขึ้นด้วย

2. ในส่วนของการนวดกดจุดสะท้อน ควรมีการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จัดทำคู่มือขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อนไว้ประจำหอผู้ป่วย ซึ่งการฝึกฝนหรือนำไปใช้จำเป็นต้องมีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและนโยบายภายในหอผู้ป่วยซึ่งจะต้องปรับให้เหมาะสมกับกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกันอยู่ ซึ่งระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 30 นาทีซึ่งช่วงเวลา 20.30 น.จะเป็นช่วงที่ให้การพยาบาลตามเวลาเรียบร้อยแล้วพยาบาลมีเวลาที่จะทำการนวดกดจุดสะท้อนให้แก่ผู้ป่วยได้

3. ในด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในเรื่องการให้ข้อมูล และการบำบัดทางการพยาบาลที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) อันเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ต่อไป รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ให้มีจำนวนวันและจำนวนผู้ป่วยให้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ต่ออาการอื่น ๆ ที่มักจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น ความเครียด อาการท้องอืด และอาการวิตกกังวล เป็นต้น

3. ควรมีการนำกลิ่นน้ำมันหอมระเหยมาใช้ประยุกต์ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เช่น นามาสมน้ำอุ่นที่ใช้เช็ดตัวผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกกลิ่นตามที่คุณชอบ

4. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้ของผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน เพื่อใช้ในการบำบัดอาการในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร จิวประสาท. 2543. **คุณภาพการนอนและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กลอยใจ มีเครือรอด. 2544. **ผลของการให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมเผชิญความเครียดในเด็กก่อนวัยเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กุศุมาลัย รามศิริ. 2543. **คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม ดันดีผลาชีวะ. 2534. การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. **ใกล้หมอ** 15(5): 81-82.
- กัลยา สรรพอุดม. 2546. **ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แก้วสามสี สาเจริญ. 2536. **ผลของการให้ข้อมูลที่มีต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเรือน พารุ่งสกุล. 2544. **สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหน่วยวิกฤตศัลยกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำเรียง ภักธรธรรมาภรณ์. 2548. **ได้ศึกษาผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจือจันทร์ วัฒนกิจเจริญ. 2534. **เปรียบเทียบผลการนวดไทยประยุกต์กับการกินพาราเซตามอลต่อระดับการปวดศีรษะและระยะเวลาที่การปวดศีรษะลดระดับลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากความเครียด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- โณมนภา กิตติศัพท์. 2536. ผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารัสณี โภธารศ. 2538. คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนกพร จิตปัญญา. 2543. มโนคติและการวัดการนอนหลับ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12(1): 1-9.
- ชาติตระการ สิทธิพันธุ์รักษ์. 2544. การเปรียบเทียบผลการฟื้นตัวภายหลังการออกกำลังกายระหว่างการนวดกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ผ้าเย็นกับการนวดกล้ามเนื้อร่วมกับการใช้ผ้าร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช่อผกา พิษพันธุ์ไพศาล. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่ใจในความเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่คุ้นเคยและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นจิตต์ สมจิตต์. 2545. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. 2538. การนอนหลับ : แนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(1): 10-18.
- นภาพร สุขงกช. 2546. การสำรวจคุณภาพการนอนของผู้ป่วยแผลใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาฎยา เอื้องไพโรจน์. 2535. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ พรหมติงการ. 2545. ผลของการนวดเท้าต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นัยพินิจ คชภักดี. 2534. Sleep, Sleep Disorders and Sudden Unexplained Nocturnal Death Syndrome. In *Neuroscienc Symposium*. November 27-28, 1991:(pp.1-16). Khonkaen, Thailand.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญชู อนุศาสนนันท์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตชัยนรากร. 2544. ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บังอรรัตน์ พูนสะอาด. 2543. ผลของการนัดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าต่อความปวดและการผ่อนคลายในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล. 2544. คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัสมนต์ กุ่มทวีพร, กัลยา ออประเสริฐ และพัชรี ต้นศิริ. 2538. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 13(1): 31-41.
- พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ. 2547. *สุคนธ์บำบัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- พูลศรี เหมือนกิด. 2532. ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องตรวจปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรประภา โลงนะวงศกร. 2541. เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดต่อระดับความเครียดของมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรสวรรค์ โรจนกิตติ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพ็ญนิภา ทรัพย์เจริญ และคณะ. 2548. บรรณาธิการ, **คู่มืออบรมการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อักษรจงนิทัศน์.
- ราตรี สุตทรวง. 2530. **ประสาทวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. 2548. การทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง นวดกดจุดฝ่าเท้าและเสาวคนธบำบัด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การพัฒนาชุดโครงการวิจัยการพยาบาลแบบผสมผสานในการบำบัดทางการพยาบาล วันที่ 9-11 มีนาคม 2548 ณ อาคารธารทิพย์ ห้องแกรนด์ รัชดาบอลรูม โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพมหานคร. (อัครสำเนา).
- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. 2549. นวดกับบำบัดทางการพยาบาล และนวดมือน้ำมันหอมระเหยกับการบรรเทาอาการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง นวดพลังสัมผัสบำบัดกับการดูแลสุขภาพ วันที่ 23-24 มกราคม 2549 ณ โรงแรม เอสดี เอเวนิว กรุงเทพมหานคร. (อัครสำเนา).
- วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. 2536. สรีรวิทยาของการนอนหลับ. ใน **การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ** (หน้า 15-35). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วราภา แผลมเพชร. 2544. การนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วนิดา อินทรราชล. 2538. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณ ปิยะเสวตกุล. 2545. บทควมวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 25(1): 69-84.
- วิภาภัทร ชังขาว. 2544. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรกต สุวรรณสถิตย์. 2546. การตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลรามาริบัติ. **รามาริบัติสาร** 9(2): 111-122.

- วันเพ็ญ มณีศิลป์. 2543. ผลของการนวดจุดฝ่าเท้าต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิมา โอภาณุรักษ์. 2545. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิวาภรณ์ โกศล. 2538. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายไหม ตุ่มวิจิตร. 2547. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2534. การตรวจรักษาอาการนอนหลับไม่ปกติ. หมอชาวบ้าน 13(148): 26-28.
- สมลักษณ์ พิภมณี. 2544. ผลของการนวดฝ่าเท้ากดจุดต่อการลดความวิตกกังวลและความทุกข์จากความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุคนธา ผดุงวัตร. 2537. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุคนธา ผดุงวัตร และแขวิมล ทุมวิภาต. 2539. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของห้องผ่าตัดในผู้ป่วยออร์โทปิดิกส์. รายงานผลการวิจัย. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุภาณี กาญจนศร. 2537. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุกิตา โกเมนไทย. 2546. ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2536. การนอนหลับ. ใน การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ (หน้า 1-14). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา. 2541. การบำบัดด้วยน้ำมันหอม (Aromatherapy). ในอุดม ฐาม โนสถ (บรรณาธิการ), การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ, หน้า 211-215. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- สุวิมล โภคาลัย. 2546. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสมียน ชันม่น. 2544. ผลของการพยาบาลโดยการใช้วิธีการนวดเท้าในการร่วมรักษาต่ออาการชาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หลิวิ ยี่หลาน. 2543. คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภา ใจงาม. 2524. ระยะที่ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับโดยไม่ถูกรบกวนภายหลังผ่าตัดเปิดหัวใจ. วารสารพยาบาล 30(1): 30-35.
- อนรรต มีเพชร. 2539. ผลของการนวดแบบลึกที่มีต่อการเคลื่อนย้ายกรดแลคติกและการฟื้นตัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุราดี เจริญไชย. 2541. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไร นิโรชนันท์. 2539. ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aaron, J. N., Carlisle, C. C., Carskadon, M. A., Meyer, T. J., Hill, N.S., and Millman, R. P. 1996. Environment noise as a cause of sleep disruption in an intermediate respiratory care unit. **Sleep** 19, 707-710.
- Allen, C. 1999. Foot reflexology. In Salvo, S. G. (Ed.), **Massage Therapy : Principles and Practice**, (pp.536-549). Philadelphia: W. B. Saunder.
- Auerbarch, S. M., and Martelli, M. P. 1983. Anxiety, information, interpersonal impacts and adjustment to a stress full health care situation. **Journal of Personality and Social Psychology** 44, 1248-1296.
- Auvil-Novak S., and Novak, R. D. 1996. Sleep and sensory alterations in the critically ill patient. **Dolan's Critical Care Nursing : management through the nursing process**. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Baker, C. F., Garvin, B. J., Kennedy, C. W. and Polivka, B. J. 1993. The effect of environmental sound and communication on critical care unit patient' heart rate and blood pressure. **Research in Nursing & Health** 16, 415-421.
- Benca, R.M., and Quintans, J. 1997. Sleep and host defenses: A review. **Sleep** 20(11): 1027-1037.
- Biley, F. C. 1994. Effect of noise in hospital. **British Journal of nursing** 3(3): 110-113.
- Bridgeman, B. 1998. **The biology of behavior and mind**. California: John Wiley & Sons.
- Bowels, E. J., Cheras, P., Stevens, J., and Myers, S. 2005. A survey of aromatherapy practices in aged care facilities in northern NSW, Australia. **The International Journal of Aromatherapy** 15, 42-50.
- Buckle, J. 1993. Aromatherapy : Dose it matter which lavender essential oil is used ?. **Nursing Time** 89(20): 32-34.
- Buckle, J. 2001. Holstic nursing care : The role of aromatherapy in nursing care. **Nursing Clinics of North America** 36(1): 57-72.
- Buysse, D. J., Monk, T. H., Reynolds, C. F., Mesiano, D., Houck, P. R., and Kupfer, D. J. 1993. Patterns of Sleep episodes in young and elderly adults during a 36-hour constant routine. **Sleep**, 16(7): 632-637.
- Calverley, P. M. A., and Shapiro, C. M. 1993. Medical problems during sleep. **British Medical Journal** 306, 1403-1405.

- Carlson, N. R. 1994. **Physiology of Behavior**. 5th ed. Massachusetts, USA: A division of Paramount Publishing.
- Close, A. 1988. Patient education: A literature review. **Journal of Advanced Nursing** 13(2): 203-213.
- Closs, J. 1988. Patients sleep - wake rhythms in hospital : Part 1. **Nursing Times** 84(1): 48-50.
- Closs, S. J. 1988. Assessment of sleep in hospital patients; a review of methods. **Journal of advanced Nursing** 13, 501-510.
- Davis, I., Pack, G., and Logan, J. 1997. Promoting patient sleep: a critical but forgotten practice?. **Canadian Association of Critical Care Nursing** 8(1): 12-17.
- Dougans, I. 1996. **The complete Illustrated guide to reflexology therapeutic foot massage for health and well-being**. USA: Element Books.
- Duffy, B. 1997. Using a creative teaching process. **Home Health Nursing** 15(2): 102-108.
- Dunn, C., Sleep, J., and Clollett, D. 1995. Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing** 21, 34-40.
- Ersser, S., Wiles, A., Taylor, H., Wade, S., Walsh, R., and Bentley, T. 1999. The sleep of older people in Hospital and nursing homes. **Journal of Clinical Nursing** 8, 360-368.
- Evans, J. 2001. The use of autograph technology to monitor the sleep of the critically ill. **Development of Professional Practice** 5, 11-14.
- Fass, G. 1971. Sleep, drugs, and dream. **American Journal of Nursing** 71(12): 2316-2320.
- Ferrell-Torry, A. T., and Glick, O. J. 1993. The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. **Cancer Nursing** 16(2): 93-101.
- Frankel, B. S. M. 1997. The effect of reflexology on baroreceptor reflex senility, blood pressure and sinus arrhythmia. **Complementary Therapies Medicine** 5, 80-84.
- Freedman, N. S., Kotzer, N., Schwab, J. 1999. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 159, 1155-1162.

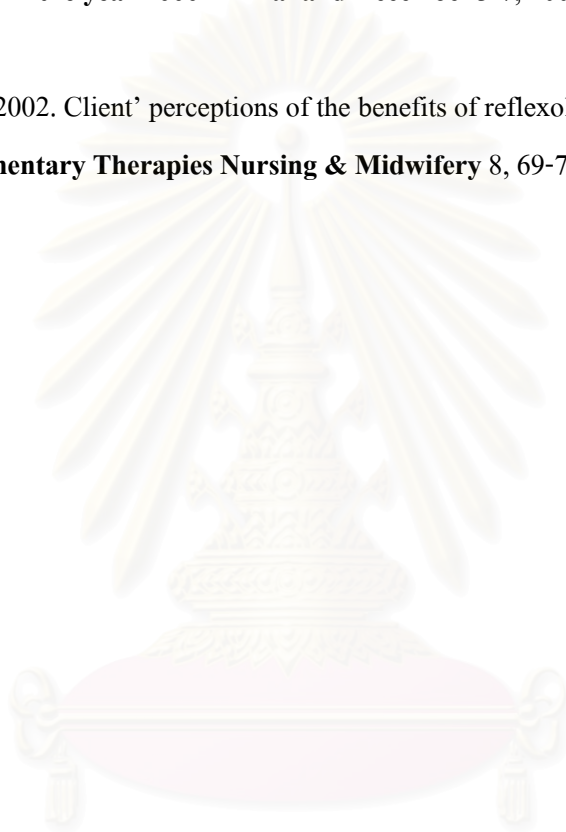
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I., and Schwab, R. J. 2001. Abnormal sleep/wake Cycle and the effect of environmental noise on noise on sleep disruption in the intensive care Unit. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 163(2): 451-457.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., and Hanly, P. J. 2001. Sleep disruption in the intensive care unit. **Current Opinion in Critical Care** 7(1): 21-27.
- Hansell, H. N. 1984. The behavioral effects of noise on man: The patient with “intensive care unit Psychosis”. **Heart & Lung** 13(1): 59-65.
- Hayter, J. 1980. The rhythm of sleep. **American Journal of Nursing** 80(3): 457-461.
- Hayter, J. 1983. Sleep behaviors of older persons. **Nursing Research** 32(4): 242-246.
- Hewitt, D. 1992. Massage with lavender oil lowered tension. **Nursing Times** 88(25): 8.
- Hayes J, Cox C. 1999. Immediate effects of a five – minute foot massage on patients in Critical care. **Intensive and Critical Care Nursing** 15, 77-82.
- Hewitt, D. 1992. Massage with lavender oil lowered tension. **Nursing Times** 88(25): 8.
- Hill, C. F. 1995. Massage in intensive care nursing: a literature review. **Complementary Therapies in Medicine** 3, 100-104.
- Hilton, B. A. 1976. Quantity and quality of patients’ sleep and sleep-disturbing factors in a respiratory intensive care unit. **Journal of Advance Nursing** 1, 453-463.
- Hilton, B. A. 1985. Noise in acute patient care areas. **Research in Nursing & Health** 8, 283-291.
- Hodgson, L. A. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. **Journal of Advance Nursing** 16, 1503-1506.
- Honkus, V. L. 2003. Sleep deprivation in critical care units. **Critical Care Nursing Quarterly** 26(3): 179-189.
- Hulme, J., Waterman, H., and Hillier, V. F. 1999. The effect of foot massage on patients’ perception of care following laparoscopic sterilization as day case patients. **Journal of Advanced Nursing** 30(2): 460-468.
- Jarman, H., Jacobe, E., Walter, R., Witney, C., & Zielinski, V. 2002. Allowing the patients to sleep: Flexible medication time in an acute hospital. **International Journal of Nursing Practice** 8, 75-80.

- John, L. C., Spinweber, C. L., Gomez, S. A., and Matteson, L. T.T . 1990. Daytime sleepiness, performance, mood, nocturnal sleep: the effect of noradrenalin on their relationship **Sleep** 13(2): 121-135.
- John, E. H. 2000. Awake-up call in the intensive care unit. **The New England Journal of Medicine** 18, 1520-1522.
- Jirayingmongkol, P., Chantein, S., Phengchomjan, N., and Bhanggananda, N. 2002. The effect of foot massage with biofeedback: A pilot study to enhance health promotion. **Nursing Health Science** 4(3): 44.
- Kahn, D. M., Cook, T. E., Carlisle, C. C., Nelson, D. L., Kramer, N. R., and Millman, R. P. 1998. Identification and modification of environmental noise in and ICU setting. **Chest** 114(2): 535-540.
- Kirk-Smith, M. 2003. The psychological effects of lavender II: Scientetific and clinical Evidence. **The international journal of aromatherapy** 13(2/3): 82-89.
- Knapp-Spooner, C., and Yarcheski, A. 1992. Sleep patterns and stress in patient having coronary bypass. **Heart & Lung** 21(4): 342-349.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., and Zimmerman, J. E. 1985. APACHE II: a severity of Disease classification system. **Critical care medicine** 13(10): 818-829.
- Krachman, S. L, Dalonzo, G. E, Criner, G. J. 1995. Sleep in the intensive care unit. **Chest** 107, 1713-1720.
- Lee, K. A. 1997. An overview of sleep and common sleep. **ANNA Journal** 24(6): 614-617.
- Libert, J. P., Bach, V., John, C., Ehrhart, J., Wittersheim, G., and Keller, D. 1991. **Sleep**, 14(1): 24-31.
- Lindenmuth, J. E., Breu, C. S., and Malooley, J. A. 1980. Sensory overload. **American Journal of Nursing**, 80(8): 1456-1458.
- Lukasiewicz-F. P. 1987. When your I.C.U. patient can't sleep. **Nursing** 11, 51-53.
- Mackey, B. T. 2001. Massage therapy and reflexology awareness. **Nursing Clinics of North America** 39(1): 159-169.
- McIntosh, A. 1989. Sleep deprivation in critically ill patients. **Nursing** 3(35): 44-45.
- McGregor, E. A., Fuller, C., and Lee, M. 1981. Care and relatives in ICU. **Nursing Time** 77(34): 1477-1478.

- Mayes, A. 1983. **Sleep Mechanisms and Function**. Berkshire, England: Van Nostrand Reinhold(UK) Co. Ltd.
- McLaughlin, A., McLaughlin, B., Elliott, J., and Campalani, G. 1996. Noise levels in a cardiac surgical Intensive care unit: preliminary in secret. **Intensive and Critical Care Nursing**, 12, 226-230.
- Meyer, T. J, Eveloff , S. E, Bauer, M. S., Schwartz, W. A., Hill, N. S., Millman, R.P. 1994. Adverse environmental conditions in the respiratory and medical ICU setting. **Chest** 105, 1211-1216.
- Morris, N. 2002. The effects of lavender (*Lavendula angustifolium*) baths on psychological well-being: two exploratory randomized control trials. **Complementary Therapies in Medicine** 10, 223-228.
- Mynchenberg, T. L., and Dungan, J. M. 1995. A relaxation protocol to reduce patient anxiety. **Dimensions of Critical Care Nursing** 14(2): 78-85.
- Nelson et al. 2001. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving Intensive care. **Critical Care Medicine** 29(2): 277-282.
- Parker, K. P. 1995. Promotion sleep and rest in ICU promote rest and healing. **Critical Care Nurse** 20(5): 104.
- Parkes, J. D. 1985. **Sleep and Its Disorders**. Eastbourne, England: W. B. Saunders Company.
- Phillips, B. A., Cooper, K. R., and Burke, T. V. 1987. The effect of sleep loss on breathing in chronic obstructive pulmonary disease. **Chest** 91(1): 29-32.
- Poepsel, M. 1984. Modified nursing routines: Their effects on the sleep of patient in the intensive Care unit. **Heart & Lung** 13(3): 299-300.
- Redeker, N. S. 2000. Sleep in acute care setting: an integrative review. **Journal of nursing scholarship** 32(1): 31-38.
- Richards, K. C.1987. Techniques for measurement of sleep in critical care. **Focus on Critical Care** 14(4): 34-40.
- Richards, K. C. 1998. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. **American Journal of Critical Care** 7(4): 288-299.
- Richards, K. C., Bairnsfather, L. 1988. A description of night sleep patterns in the critical Care unit. **Heart & Lung** 17, 35-42.

- Saeki, Y. 2000. The effect of foot - bath with or without the essential oil of lavender on the autonomic nervous system: A randomized trial. **Complementary therapy in Medicine** 8, 2-7.
- Schiffman, P. L., Trontell, M. C., Mazar, M. F., and Edelman, N. H. 1983. Sleep deprivation decreases Ventilatory response to CO₂ but not load compensation. **Chest** 84(6): 695-698.
- Selye, H. 1976. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill.
- Shapiro, C. M., and Flanigan, M. J. 1993. Function of sleep. **British Medical Journal** 306, 383-385.
- Sheely, L. C. 1996. Sleep disturbances in hospital patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 23(1): 109-111.
- Snyder, M. 1992. **Independent nursing intervention**. 2nd ed. U.S.A.: Delmar publisher Inc.
- Snyder-Halpern, R., and Verran, J. A. 1987. Instrumentation to describe subjective sleep characteristic in health subjects. **Research in Nursing & Health** 10(3): 155-163.
- Snyder-Halpern, R. 1985. The effect of critical care unit noise on patient sleep cycles. **Critical Care Quarterly** 7, 41-51.
- Southwell, M. T., and Wistow, G. 1995. Sleep in hospital at night: are patients' needs being met?. **Journal of advanced nursing**, 21, 1101-1109.
- Stephenson, N. L. N., Weinrich, S. P., and Tavakoli, A. S. 2000. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. **Oncology Nursing Forum** 27(1): 67-72.
- Stevensen, C. J. 1994. The psychophysiological effect of aromatherapy massage following cardiac surgery. **Complementary Therapies in Medicine** 2, 24-35.
- Snyder-Halpern, R. 1985. The effect of critical care unit noise on patient sleep cycles. **Critical Care Quarterly** 7. 41-51.
- Topf, M., and David, J. E. 1993. Critical care unit noise and rapid eye movement (REM) sleep. **Heart & Lung** 22(3): 252-258.
- Topf, M., Bookman, M., and Arand, D. 1996. Effect of critical care unit noise on the subjective quality of Sleep. **Journal of advanced nursing** 24(3): 545-551.
- Topf, M. 2000. Hospital noise pollution: an environmental stress model to guide research And clinical intervention. **Journal of Advance Nursing** 31: 520-528.

- Topf and Thompson. 2001. Interactive relationships between hospital patients' noise induced stress and other stress with sleep. **Heart & Lung** 30(4): 237-243.
- Webster, R. A., Thompson, D. R. 1986. Sleep in hospital. **Journal of advanced nursing**, 11, 447-457.
- Williams, D. H. 1971. Sleep and disease. **American Journal of Nursing** 71(21): 2321-2324.
- World Health Organization. 1998. Sleep and health. In **The third Asian Sleep Research Society Congress in the year 2000 in Thailand** December 3-7, 2000. (pp.A23). Bangkok, Thailand.
- Wright, S., et al. 2002. Client' perceptions of the benefits of reflexology on their quality of life. **Complementary Therapies Nursing & Midwifery** 8, 69-76.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ พ. ต. ต. หญิง พวงเพ็ญ ชุณหปราณ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงษ์ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศุภาวี เพื่อกเทศ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติรีเวช
วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
5. นางสาว อารยา เจริญกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย
6. นางสาว อัจฉนา แทนจำ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
7. นางสาว กนกพร จิวประสาท พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วย
วิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
8. นางสาว พรสวรรค์ โรจนกิตติ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หอผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์
9. ร้อยตำรวจตรี หญิง กัลยา สรรพอุดม พยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยวิกฤต
ศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ



ภาคผนวก ข

จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอบผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางสาว อัจฉา แทนจำ พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
2. นางสาว กนกพร จิวประสาท พยาบาลวิชาชีพระดับ 6
3. นางสาว พรสวรรค์ โรจนกิตติ พยาบาลวิชาชีพระดับ 6

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้
ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาว อัจฉา แทนจำ, นางสาวกนกพร จิวประสาท และ
นางสาวพรสวรรค์ โรจนกิตติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศร 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน แพทย์ใหญ่ ส.บ. 8

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.ด.ค. หญิง กัลยา สรรพอุดม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ร.ด.ค. หญิง กัลยา สรรพอุดม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศษ 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรม การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุ รกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการ นี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาวีย์ เผือกเทศ
2. นางสาว อารยา เจริญกุล

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาวีย์ เผือกเทศ และนางสาว อารยา เจริญกุล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824
ชื่อนิสิต นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศธ 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ พ. ต. ต. หญิง พวงเพ็ญ ชูณหปราณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ พ. ต. ต. หญิง พวงเพ็ญ ชูณหปราณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศบ 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.รองศาสตราจารย์ ดร. พัสนฉา กุ่มทวีพร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. พัสนฉา กุ่มทวีพร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศธ 0512.11/2208

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

25 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาว จรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรม การให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุ รกรรม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการ นี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประ โยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวัง เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

ที่ ศธ 0512.11/123

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 มกราคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาวจรีพรรณ เจริญพร นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 45 คน ณ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 และ 2 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และคู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่องวัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรีพรรณ เจริญพร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศุภัญญา ประจุศิลป์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9824

ชื่อนิสิต

นางสาว จรีพรรณ เจริญพร โทร. 0-1755-5625

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14

ที่ วจ. 503/2548

วันที่ 20 ธันวาคม พ. ศ. 2548

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นางสาวจริพรณ เจริญพร

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 17/2548 ในวันจันทร์ที่ 19 ธันวาคม พ. ศ. 2548 ได้พิจารณาโครงการวิจัย และเอกสารดังรายละเอียดต่อไปนี้

- โครงร่างวิทยานิพนธ์
- ใบยินยอมของผู้ป่วย
- ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

เรื่อง ผลของ โปรแกรมการ ให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวจริพรณ เจริญพร คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

วิไล ชินนาศ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินนาศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์

สำเนา คณบดีคณะแพทยศาสตร์

เพื่อทราบ



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ : ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับ
ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาว จริพรธณ เจริญพร ที่อยู่ 1873

ถ. พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ซึ่งได้ลงนามท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์
ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้า
ร่วมการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

ลงนามพยาน

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

ลงนามผู้วิจัย

ข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจรีพรรณ เจริญพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ตึกพานิช ภัคดี ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถนน พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน (02) 2564574, 2564250

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ (01) 7555625

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน

2) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดเท้า และการให้การพยาบาลตามปกติ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่าง โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนและการให้การพยาบาลตามปกติ มีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการให้ข้อมูล คือ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้เข้าร่วมการวิจัย 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องลักษณะและการใช้งานชิ้นพื้นฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์ที่สำคัญและผู้เข้าร่วมการวิจัยใช้สภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพของเตียงและห้องที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยพัก ภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา การทำหัตถการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ การให้การพยาบาลของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การตรวจรักษาของแพทย์ และการเข้าเยี่ยมของญาติ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบแผ่นภาพ และแจกคู่มือการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง โดยเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที 3) ให้ข้อมูลเรื่องวัน เวลา วันที่ เดือนปี และสภาพอากาศภายนอกหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จะให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

อายุรกรรม เวลา 07.00 น., 15.00น.และ20.00 น. โดยเป็นการให้ข้อมูลด้วยการบอกแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นรายบุคคล

การนวดกดจุดสะท้อนคือ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย2) ทำการนวดกดจุดสะท้อนโดยใช้หลักการนวดเท้าใช้แบบการนวดเท้าเพื่อสุขภาพของสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้น้ำมันหล่อลื่นในการนวดกลิ้งลาเวนเดอร์ โดยใช้มือทั้งสองข้างของผู้วิจัย คลึง ครูด ถูบ กระตุ้น กล้ามเนื้อที่ฝ่าเท้า หลังเท้า ข้างเท้าด้านใน ข้างเท้าด้านนอก รวมถึงกล้ามเนื้ออง เภา ได้ข้อพับเท้า ทั้ง 2 ข้าง และมีการใช้ไม้เพื่อกดจุดต่าง ๆ บนฝ่าเท้า จำนวน 26 จุด

เมื่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้รู้สึกไม่สบายขณะทำการนวดกดจุดสะท้อนสามารถบอกผู้วิจัยให้ทำการหยุดนวดกดจุดสะท้อนได้ทันที ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่ระบุถึงผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถูกถอดเป็นรหัส ผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ยกเว้นได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจึงจะเปิดเผยต่อสาธารณชน

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในการวิจัยนี้ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมทั้งเพศหญิงและเพศชาย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างจะเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติแล้ว ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 15 ราย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล 15 รายและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน 15 ราย

5. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจและอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกขณะโดยไม่ได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้

6. ไม่มีค่าตอบแทน หรือค่าใช้จ่ายแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ต้องยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่มีอาการแพ้หรือไม่ชอบกลิ่นลาเวนเดอร์ 2) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ไม่ชอบนวดกดจุดสะท้อน 3) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ต้องให้สารละลายทางเส้นเลือดที่บริเวณหลังเท้า 4) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมน้อยกว่า 3 วัน 5) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ได้รับบาดเจ็บความปวดและทำให้ส่งทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง 6) มีภาวะซีด (จากการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ) 7) ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ได้รับยานอนหลับ

8. ระยะเวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมีระยะเวลา 4 วัน

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 45 คน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลทั่วไปที่รวบรวมจากเวชระเบียนและสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยรายที่ () กลุ่มทดลอง () กลุ่มควบคุม

อายุ ปี (นับจำนวนเต็ม)

เพศ () ชาย () หญิง

สถานภาพสมรส

() สมรส () หม้าย

() โสด () หย่า/แยก

ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน () มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ประถมศึกษา () อาชีวศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น () อุดมศึกษา/สูงกว่า

อาชีพปัจจุบัน

() รับราชการ () เกษตรกรรม

() ธุรกิจส่วนตัว () ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() รับจ้าง () อื่น ๆ

ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

() ไม่เคย

() เคย ระบุจำนวนครั้ง ครั้ง

การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

() เบิกค่ารักษาพยาบาลได้

() ได้รับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์

() จ่ายเองทั้งหมด

() อื่น ๆ

เป็นผู้อุปการะหรือมีภาระการเลี้ยงดูผู้ใดหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() มี () ไม่มี

() บุตร จำนวน คน

() หลาน จำนวน คน

() คู่สมรส

() อื่น ๆ ระบุ จำนวน คน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับในภาวะปกติ

- 1. เวลาที่เข้านอนโดยประมาณ..... น.
- 2. หลังเข้านอนปกติท่านใช้เวลาานานเท่าไรจึงจะหลับ.....นาที่

1.3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

วันที่รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม..... เวลา.....

วันที่เก็บข้อมูล..... เวลา.....

การวินิจฉัยโรคขณะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....

สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

.....

คะแนนระดับความรุนแรงของโรคที่ประเมินโดย APACHE II เมื่อทำการเก็บข้อมูล

..... คะแนน

อาการผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

- วันที่ 1.....

.....

- วันที่ 2

.....

- วันที่ 3

.....

การได้รับยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาที่ทำให้สงบ (sedative and relaxant drug)

ชนิด..... เวลา..... น. ขนาด.....Mg.

ชนิด..... เวลา..... น. ขนาด.....Mg.

ชนิด..... เวลา..... น. ขนาด.....Mg.

ชนิด..... เวลา..... น. ขนาด.....Mg.

ชนิด..... เวลา..... น. ขนาด.....Mg.

ยาที่ได้รับขณะทำการวิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ มี 15 ข้อ แต่ละข้อถามถึง **"ความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับการนอนหลับ**

ในคืนที่ผ่านมา" ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อจะอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความทางซ้ายมือซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นจนถึงข้อความทางขวามือซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของเส้นตรง และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงซึ่งตรงกับตัวเลข ซึ่งท่านพิจารณาแล้วว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. หลังจากล้มตัวลงนอน ท่านใช้เวลาานเพียงใดจึงนอนหลับ?



นอนหลับได้ทันที

ใช้เวลาานมาก

2. เมื่อนอนหลับแล้ว ท่านตื่นในระหว่างการนอนหลับบ่อยเพียงใด ?



ไม่ตื่นเลยระหว่างหลับ

ตื่นนอนบ่อยมากแทบไม่ได้หลับเลย

3. ท่านรู้สึกว่าคุณกรบกวนในขณะที่นอนหลับมากน้อยเพียงใด?



ไม่ถูกรบกวนเลย

ถูกรบกวนอย่างมากจนไม่สามารถหลับได้เลย

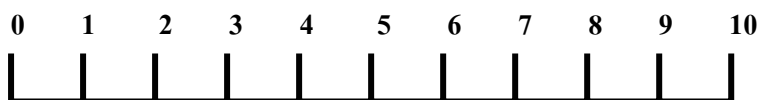
4. ท่านรู้สึกว่านอนหลับได้สนิทแค่ไหน?



นอนหลับสนิท

นอนหลับตื่นๆตลอดคืน

5. เมื่อนอนหลับแล้วท่านรู้สึกว่ามีอาการเคลื่อนไหวบ่อยเพียงใด ?



ไม่พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวเลย

พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวตลอดคืน

6. การตื่นกลางดึกเป็นปัญหากับท่านบ่อยเพียงใด ?



ไม่เป็นปัญหา

เป็นปัญหามาก

7. ท่านเป็นคนนอนหลับยากมากเพียงใด?



หลับง่าย

หลับยากมาก

8. ความรู้สึกของท่านเมื่อตื่นนอนตอนเช้า?



รู้สึกอ่อนเพลีย

รู้สึกสดชื่น

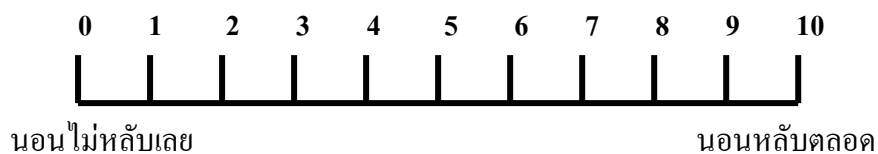
9. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการนอนหลับของท่านในคืนที่ผ่านมา?



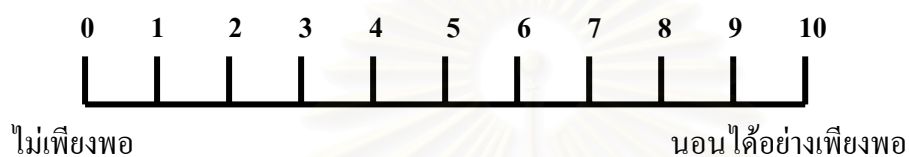
เป็นช่วงเวลาที่เยี่ยมมาก

เป็นช่วงเวลาที่แย่ที่สุด

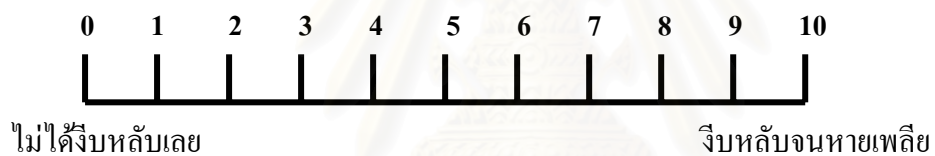
10. ใน 1 วัน ท่านนอนหลับได้มากน้อยเพียงใด?



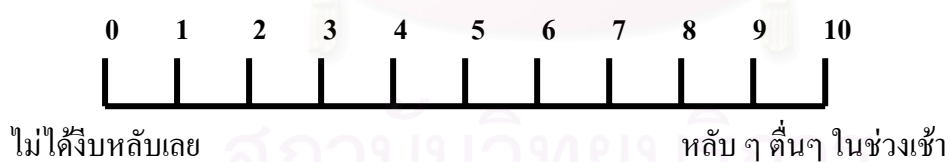
11. ท่านรู้สึกว่าคุณนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่?



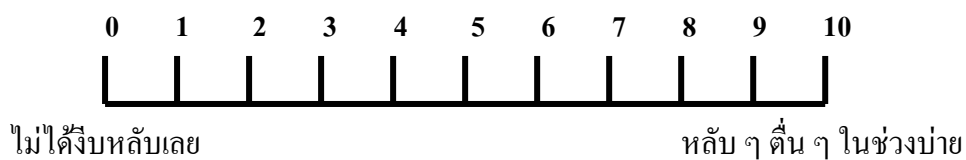
12. ท่านงีบหลับในช่วงกลางวันมากน้อยเพียงใด?



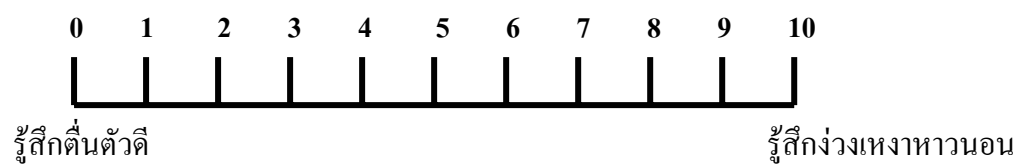
13. เมื่อวานนี้ท่านงีบหลับในช่วงเช้า มากน้อยเพียงใด?



14. . เมื่อวานนี้ท่านงีบหลับในช่วงบ่าย มากน้อยเพียงใด?



15. หลังจากการจับหลักแล้วท่านรู้สึกอย่างไร?



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

จากแนวคิดของ Topf (2000) ที่ว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดและระดับการรับรู้ความเครียดของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุม และความสามารถในการพยากรณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม (Topf, 2000; 520-528) ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวในการให้ข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมความสามารถในการควบคุม และความสามารถในการพยากรณ์ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม จะมีผลในการลดการรับรู้ความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

เรื่อง	สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
ผู้ให้ข้อมูล	นางสาว จริพรธม เจริญพร
สถานที่	หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ระยะเวลาในการให้ข้อมูล	30 นาที
ช่วงเวลาในการให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเช้าเวลาประมาณ 09.00 น. ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม
วิธีการให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลด้วยการบรรยายประกอบสื่อร่วมกับการอภิปรายกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูล	คู่มือการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองและแผ่นภาพถ่ายแสดงสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม <ol style="list-style-type: none"> 1. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญ 2. การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ 3. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ 4. การให้การพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมในเรื่อง เครื่องมือและอุปกรณ์สำคัญที่ผู้ป่วยใช้การให้การพยาบาลภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม การเข้าเยี่ยมของแพทย์และญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการควบคุมและพยากรณ์ต่อสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง เครื่องมือและอุปกรณ์สำคัญที่ผู้ป่วยใช้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
- เพื่อผู้ป่วยสามารถบอกถึงประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญที่ผู้ป่วยใช้เมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	<p>เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจึงมีการใช้อุปกรณ์เพื่อประเมินสัญญาณชีพ ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นดังต่อไปนี้</p> <p>1. เตียงนอน เป็นเตียงไฟฟ้าสามารถปรับระดับขึ้นลง ยกศีรษะและปลายเท้าสูงขึ้นได้โดยปุ่มกดข้างเตียง รอบเตียงจะมีที่กั้นเตียงเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกจากเตียง โดยผู้ป่วยสามารถกดปรับระดับเตียงขึ้นลงเองหรือสามารถเรียกพยาบาลให้ช่วยปรับระดับเตียงให้ได้เพื่อความสะดวกสบายในการนอนหลับของผู้ป่วยเอง</p> <p>2. เตียงลม เตียงลมเป็นเตียงที่จะมีการบรรจุลมเอาไว้ภายในโดย</p>	<p>- ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และความสำคัญของการให้ข้อมูล</p> <p>- สอบถามความรู้ทั่วไปและกระตุ้นให้ออกความคิดเห็น</p> <p>- บรรยายถึงเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม</p>	<p>- ภาพถ่ายของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ ได้แก่ เตียงนอน เตียงลม เครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อุปกรณ์ช่วยหายใจ และสายสวนต่าง ๆ</p> <p>- คู่มือการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง ตัวอย่างของอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ แผ่นสื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แผ่นผ้าวัดความดัน</p>	<p>- ประเมินผลจากผู้ป่วยสามารถบอกถึงประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้อย่างน้อย 3 ชนิด</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>สามารถปรับความอ่อนหรือแข็งได้โดยบอกพยาบาลเพียง ๑ ครั้งนี้ไว้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและเป็นการช่วย บรรเทาการปวดเมื่อยจากการนอนนาน ๆ</p> <p>3. เครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นชุดเครื่องมือที่มีจอภาพแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการ เต้นของหัวใจ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือด และ ค่าความดันโลหิต โดยจอภาพจะติดอยู่ที่ผนังด้านบนของ หัวเตียง จากจอภาพจะมีสายเชื่อม 3 สายมายังตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย</p> <p>3.1 สายสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะต่อกับแผ่นลือคลื่นไฟ ไฟฟ้าหัวใจที่ติดอยู่บริเวณหน้าอกผู้ป่วยจำนวน 4 แผ่นซึ่งจะ แสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จำนวนครั้งที่หัวใจเต้นต่อนาที</p> <p>3.2 สายสัญญาณค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดจะ ต่อกับอุปกรณ์วัดความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดที่ ติดอยู่บริเวณปลายนิ้วของผู้ป่วยซึ่งสามารถติดได้ทุกนิ้วตาม ความเหมาะสมของขนาดนิ้วหรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกรำคาญ สามารถเปลี่ยนนิ้วได้เอง ซึ่งอุปกรณ์นี้จะแสดงค่าเป็น เปอร์เซนต์</p>		<p>อุปกรณ์การให้ ออกซิเจน เป็นต้น</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>3.3 สายสัญญาณค่าความดันโลหิตซึ่งจะต่อกับแผ่นผ้าความดันที่พันไว้บริเวณต้นแขนของผู้ป่วย โดยเครื่องจะดันลมเข้าสู่แผ่นผ้าจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกบีบรัดบริเวณแขน และจะวัดทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>โดยค่าที่วัดได้ทุกอย่างจะไปแสดงที่จอภาพส่วนกลางซึ่งวางอยู่บนเคาเตอร์พยาบาลเมื่อมีการหลุดของสายหรือมีความผิดปกติของค่าต่าง ๆ จะมีเสียงสัญญาณเตือนซึ่งพยาบาลจะทราบได้และจะมาตรวจสอบพร้อมทั้งกดปิดเสียงสัญญาณให้ผู้ป่วย</p> <p>4. อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ</p> <p>โดยแพทย์จะพิจารณาใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสมและความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจจะต่อเข้ากับท่อช่วยหายใจที่ใส่ในคอผู้ป่วย โดยเครื่องจะทำงานอัตโนมัติ ด้วยการเป่าลมเข้า-ออก และเครื่องจะส่งเสียงเตือนเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยก่อนจะเกิดอันตราย เช่น เมื่อหายใจเร็วหรือช้าผิดปกติ มีการอุดตันในบางตำแหน่งของทางเดินหายใจ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>พยาบาลจะตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ช่วยหายใจอย่างสม่ำเสมอ และหากมีเสียงเตือนหรือความผิดปกติเกิดขึ้นพยาบาลจะมาตรวจสอบและแก้ไขให้ท่าน</p> <p>5. เครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นอุปกรณ์ช่วยควบคุมการไหลของสารน้ำ เช่น น้ำเกลือ และยาที่ให้ทางหลอดเลือด โดยเครื่องจะส่งเสียงเตือนเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการไหลของสารน้ำก่อนจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น สารน้ำหมด มีฟองอากาศ เกิดการอุดตันทำให้สารน้ำไหลไม่สะดวก ปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับครบตามที่ได้กำหนดไว้ เป็นต้น</p> <p>โดยปกติพยาบาลจะตรวจสอบการทำงานของเครื่องควบคุมปริมาณสารน้ำอย่างสม่ำเสมอ และหากมีเสียงเตือนพยาบาลจะมาตรวจสอบและแก้ไขให้ท่าน</p> <p>6. สายสวนต่าง ๆ</p> <p>แพทย์อาจจะมีการพิจารณาใส่สายส่วนต่าง ๆ เข้าในร่างกายของผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะผิดปกติ หรือเพื่อการรักษา เช่น สายสวนปัสสาวะที่ใส่ในท่อทางเดินปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ สายสวนที่ใส่เพื่อประเมินการ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>สายสวนที่ใส่เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจหรือประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกาย สายน้ำเกลือซึ่งจะมีเข็มพลาสติกสอดเข้าหลอดเลือดดำบริเวณผิวหนังเพื่อให้น้ำเกลือหรือยาเป็นต้น พยาบาลจะติดพลาสติกเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของสายสวนต่าง ๆ และคอยตรวจตำแหน่งของสายอย่างสม่ำเสมอ</p>			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง การเยี่ยมรักษาของแพทย์

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
- เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงรูปแบบและแนวทางการเยี่ยมรักษาของแพทย์	<p>1.แพทย์เจ้าของไข้ที่คุณแลท่านจะทำการประเมินอาการและการรักษาในช่วงเช้าของทุกวันโดยจะมีอาจารย์แพทย์รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันในการวางแผนการรักษาท่าน</p> <p>2. ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจะมีแพทย์อยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง 2 ท่าน โดยจะมีแพทย์ประจำบ้านปี 3 เป็นผู้ควบคุมดูแลอีกทีหนึ่ง เมื่อมีปัญหาในการรักษาสามารถให้การช่วยเหลือท่านได้ตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>3.สำหรับการเข้าเยี่ยมของญาติ สามารถเยี่ยมได้ตามเวลาดังนี้</p> <p>- วันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) เวลา 06.00 น.- 07.00 น. และ 12.00 น. – 20.00 น.</p> <p>- วันหยุด (เสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา 06.00 น. – 07.00 น. และ 10.00 น. – 20.00 น.</p> <p>*ระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม โดยต้องแจ้งให้พยาบาลหัวหน้าเวรในเวรนั้น ๆ รับทราบเป็นกรณีไป</p>	<p>- สอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมรักษาของแพทย์ตามความเข้าใจของผู้ป่วยและทำการให้ข้อมูลการเข้าเยี่ยมรักษาของแพทย์เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม</p>	<p>- คู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกการดูแลรักษาของแพทย์ที่ตนเองจะได้รับได้อย่างถูกต้อง</p>

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพแวดล้อมทางกายภาพภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม</p>	<p>1. หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีจำนวนเตียงในการรับผู้ป่วยทั้งหมด 8 เตียง แบ่งเป็นห้องแยก 2 ห้องกันด้วยกระจก จะมีเครื่องปรับอากาศแยก และอีก 6 เตียงจะมีม่านกันเพื่อแยกให้เป็นสัดส่วนใช้เครื่องปรับอากาศที่เป็นส่วนกลาง</p> <p>2.เตียงนอนเป็นเตียงไฟฟ้าสามารถปรับระดับขึ้นลงยกศีรษะและปลายเท้าสูงขึ้นได้โดยปุ่มกดข้างเตียง รอบเตียงจะมีที่กันเตียงเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกจากเตียง โดยผู้ป่วยสามารถกดปรับระดับเตียงขึ้นลงเองหรือสามารถเรียกพยาบาลให้ช่วยปรับระดับเตียงให้ได้เพื่อความสบายในการนอนหลับของผู้ป่วยเอง</p> <p>3. เคาเตอร์พยาบาลจะเป็นพื้นยกระดับขึ้นสามารถมองเห็นผู้ป่วยทั้ง 8 เตียงได้ทั่วถึง จะอยู่กึ่งกลางหอผู้ป่วย</p> <p>3. ในแต่ละเตียงจะมีจอแสดงสัญญาณชีพติดติดกับผนังหัวเตียง</p>	<p>- อธิบาย ร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยและภาพถ่ายจากสถานที่จริง</p>	<p>- ภาพถ่ายภายในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมจากแฟ้มภาพ</p> <p>- คู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนเองอยู่ตำแหน่งไหนของหอผู้ป่วยและสามารถบอกสภาพแวดล้อมทางกายภาพในหอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างน้อย 2 ข้อ</p>

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง การให้การพยาบาล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
- เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการให้การพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม	<p>1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตจะมีการคัดเปลี่ยนเวรทุก 8 ชั่วโมง ดังนี้</p> <p>1.1 เวรเช้า จะมีพยาบาล 8 – 9 คน ในวันและเวลาราชการ</p> <p>1.2 เวรบ่ายและเวรดึกมีพยาบาล 6 คน</p> <p>โดยพยาบาลจะได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยในอัตราพยาบาล 1 คน ดูแลผู้ป่วย 1-2 คน</p> <p>2. พยาบาลจะให้การพยาบาลตามเวลา เช่น ดูแลพลิกตะแคงตัว ดูแลเสมหะ เปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น อย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ซึ่งผู้ป่วยสามารถกดกริ่งซึ่งจะมีแจกให้เมื่อแรกรับในการเรียกพยาบาลเมื่อต้องการที่จะได้รับการพยาบาลหรือเมื่อมีรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติได้ตลอด 24 ชั่วโมง</p> <p>3. พยาบาลจะบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมงหรืออาจถี่ขึ้นเมื่อมีอาการผิดปกติ สำหรับการวัดความดันโลหิตและการวัดออกซิเจนสามารถถอดออกได้เมื่อพยาบาลอนุญาต</p> <p>4. การเช็ดตัวและการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง ในเวลา 05.00 น. และ 13.00 น. สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและอาการของผู้ป่วย</p>	- อธิบายประกอบคู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง	- คู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง	- ผู้ป่วยสามารถบอกลักษณะการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้อย่างน้อย 3 ข้อ

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง การให้การพยาบาล

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>5. ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อมีข้อสงสัยกับพยาบาลได้ตลอดเวลา โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำและคำปรึกษารวมทั้งจะเป็นผู้ประสานงานให้กับสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูล เรื่อง การเยี่ยมของญาติผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงรูปแบบการเยี่ยมของญาติ</p> <p>- เพื่อญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย</p>	<p>1. สำหรับการเข้าเยี่ยมของญาติ สามารถเยี่ยมได้ตามเวลาดังนี้</p> <p>- วันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) เวลา 06.00 น.- 07.00 น. และ 12.00 น. – 20.00 น.</p> <p>- วันหยุด (เสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา 06.00 น. – 07.00 น. และ 10.00 น. – 20.00 น.</p> <p>*ระยะเวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม โดยต้องแจ้งให้พยาบาลหัวหน้าเวรในเวรนั้น ๆ รับทราบเป็นกรณีไป</p> <p>2. เมื่อญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ เช่น สภาพความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว การทำงานของผู้ป่วย เป็นต้น โดยข้อมูลที่ให้ควรเป็นไปในทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง</p> <p>3. บอกวัน เวลาและสถานที่ให้ผู้ป่วยรับทราบ รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจในการรักษาต่อไป</p>	<p>- สอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าเยี่ยมของญาติตามความเข้าใจของผู้ป่วยและทำการให้ข้อมูลการเข้าเยี่ยมของญาติในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม</p>	<p>- คู่มือควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง</p>	<p>- ผู้ป่วยทราบช่วงเวลาที่ญาติสามารถเข้าเยี่ยม</p> <p>- ญาติทราบการปฏิบัติตนเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วย</p>

การดำเนินการนวดกดจุดสะท้อน

การเตรียมการนวดกดจุดสะท้อน

1. อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการนวดและการปฏิบัติตนให้ผู้ป่วยทราบ
2. จัดท่าผู้ป่วยในท่าที่สบาย
3. ผู้นวดและผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ผ่อนคลายไม่เกร็งตัว
4. ผู้นวด ต้องถอดแหวน กำไล นาฬิกาเพื่อป้องกันการครูดกับผิวหนังผู้ป่วยในกรณีที่มีผมยาวรวมไว้ด้านหลังให้เรียบร้อย

การเตรียมอุปกรณ์นวดกดจุดสะท้อน

1. ผ้าขนหนูสำหรับพันเท้าจำนวน 2 ผืน
2. น้ำนํ้ากักัน Lavender เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นและลดแรงสัมผัส
3. ไม้กดจุด เพื่อใช้กดจุดต่าง ๆ ของฝ่าเท้า
4. แป้งฝุ่น
5. อัลกอฮอล์ 70 % เพื่อใช้ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณเท้า ก่อนการนวด

ขั้นตอนการนวดกดจุดสะท้อน

การนวดตามหลักของสถาบันแพทยแผนไทย มีขั้นตอนการนวดดังต่อไปนี้

(สถาบันแพทยแผนไทย, 2542)

1. ก่อนทำการนวด เช็ดเท้าทั้ง 2 ข้างด้วย อัลกอฮอล์ 70 % เพื่อใช้ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณเท้าก่อนการนวด
2. ให้ผู้ถูกนวด นอนบนเตียง ส่วนผู้นวดนั่งบนเก้าอี้บริเวณปลายเท้า ใช้ผ้าขนหนูพันห่อเท้าของผู้ถูกนวดเข้าข้าง(ข้างที่นวดทีหลัง)
3. ใช้สันมือทั้งสองข้าง วางบริเวณใต้ข้อมือทั้งสองข้างพร้อมใช้สันมือป้อนข้อเท้า 10 ครั้ง
4. เคลื่อนมือทั้งสองมาที่ปลายเท้า แล้วป้อนปลายเท้า 10 ครั้ง
5. ขมิบครีมนที่บริเวณหลังเท้าและฝ่าเท้าโดยใช้สองมือถูสลับเข้าหาตัวผู้นวดจำนวน 10 ครั้ง
6. ใช้มือขวาจับสันเท้าบริเวณเอ็นร้อยหวาย แล้วใช้มือทั้งสองข้างนวดตีสลับมือที่เอ็นร้อยหวายพร้อมกับถูเข้าหาตัวผู้นวด จำนวน 10 ครั้ง
7. ใช้หัวแม่มือทั้งสองวางจรดกึ่งกลางสันเท้า ทุกริ้วนิ้วทั้งสองเป็นเส้นตรงไปยังปลายนิ้วกลาง ทำต่อเนื่องกันไป 10 ครั้ง
8. ใช้นิ้วแม่มือทั้งสองวางเกยกันที่ตำแหน่งสันเท้า แล้วดึงนิ้วออกพร้อมสลับนิ้วบนล่างนวดไล่จากตำแหน่งสันเท้าไปจนถึงคอนิ้วนาง ขึ้นลง 10 ครั้ง
9. ใช้มือซ้ายจับปลายนิ้วเท้าตั้งประคองไว้ แล้วใช้มือขวากำมือในลักษณะมะเขงกว่ากดสันนิ้วลงในตำแหน่งเนินอุ้งเท้าด้านบนจรดลงมาถึงสันเท้า ทุกริ้วนิ้ว 10 ครั้ง
10. จับเท้าและกำมือขวาในลักษณะเดิม ใช้มะเขงก ทุกริ้วจากเนินอุ้งเท้าได้นิ้วก้อย ผ่านมาที่เนินอุ้ง

เท้าได้นิ้วหัวแม่เท้า โดยใช้นิ้วหัวแม่มือขวาเป็นจุดศูนย์กลางของจุดหมุน ทำซ้ำ 10 ครั้ง

11. จับเท้าและกำมือในลักษณะเดิม **ครูดแนวคลื่น** จากนิ้วก้อยมายังคือนิ้วหัวแม่เท้าไปทางเดียวกับตลอด ทำซ้ำ 10 ครั้ง

12. ใช้มือซ้ายจับไม้กดจุด ใช้หัวเข่าบน มือเดียวกับไม้ประคองไม้ไว้ และใช้มือขวาจับปลายเท้า ประคองไว้ ใช้ไม้กดจุดที่จุดฝ่าเท้าด้านใน ตั้งแต่ข้างนิ้วหัวแม่เท้าถึงส้นเท้าได้คาตุ่ม ทำซ้ำ 10 ครั้ง

13. ใช้มือซ้ายจับนิ้วหัวแม่เท้าในลักษณะบีบล็อคด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ ใช้ไม้ปาดคาดที่บริเวณปลายนิ้วหัวแม่เท้า ปาดไปทางนิ้วก้อยทางเดียว ทำซ้ำ 5 ครั้ง เปลี่ยนเป็นนิ้วอื่น ๆ เรื่อยไปจนถึงนิ้วก้อย แล้ววกกลับมาทำจนถึงนิ้วหัวแม่เท้า ทำน้ำละ 5 ครั้ง

14. ใช้มือซ้ายจับนิ้วหัวแม่เท้า มือขวาจับไม้ แล้วสอดนิ้วชี้ไประหว่างร่องนิ้วชี้กับนิ้วกลาง ใช้ไม้กดจุดอย่างเดียที่บริเวณข้างนิ้วหัวแม่เท้า 10 ครั้ง และข้างนิ้วชี้ 10 ครั้ง แล้วใช้ไม้กดจุดที่ซอกนิ้วพร้อมกับหมุนตามเข็มนาฬิกา 1 รอบแล้วเปลี่ยนเป็นนิ้วอื่นเรื่อย ๆ ไปจนถึงนิ้วก้อย

15. ใช้มือซ้ายจับปลายเท้ามือขวาจับไม้กดจุดที่ข้างฝ่าเท้าด้านนอก ตั้งแต่ข้างนิ้วก้อยจนถึงข้างคาตุ่มด้านนอกครูดลงอย่างเดียว

16. ใช้มือซ้ายจับนิ้วหัวแม่มือขวาจับไม้ใช้นิ้วชี้ประคองนิ้วก้อยด้านนอก ใช้ไม้สอดเข้าไปซอกนิ้วก้อยแล้วครูดข้างนิ้วก้อย 10 ครั้ง และข้างนิ้วนาง 10 ครั้ง แล้วใช้ไม้กดที่ซอกนิ้วพร้อมกับหมุนตามเข็มนาฬิกา 1 รอบทำเรื่อยไปจนถึงซอกนิ้วหัวแม่เท้า

17. ใช้หัวแม่มือซ้ายจับปลายนิ้วโป้งมือขวาจับไม้กดจุดที่บริเวณจุดกึ่งกลาง หน้านิ้วหัวแม่มือเท้าครูดลงมาที่คือนิ้วหัวแม่เท้า โดยใช้นิ้วก้อยที่จะครูดเอาไว้ แปะออก ทำซ้ำ 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนเป็นนิ้วอื่น ๆ แล้วย้อนกลับมาที่นิ้วหัวแม่เท้าอีก นิ้วละ 5 ครั้ง

18. ใช้ไม้คาดคือนิ้วตั้งแต่นิ้วหัวแม่เท้า โดยใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายช่วยยันไม้ จากนั้นคาดนิ้วอื่น ๆ จนครบ แล้วย้อนกลับมาที่นิ้วหัวแม่เท้า ทำไป 5 ครั้ง มา ครั้ง

19. ใช้มือขวากำไม้หงายมือ ปลายไม้แตะที่จุดซอกนิ้วหัวแม่เท้า แล้วใช้มือซ้ายประคองหลังเท้า ให้หัวแม่มือซ้ายมากดพุงไม้ แล้วครูดโค้งอ้อมอุ้งเท้าด้านบน ทำซ้ำ 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนเป็นตำแหน่งกึ่งกลางเนินเท้า ครูดตรงลงมาทางเนินฝั่งนิ้วก้อย จำนวน 5 ครั้ง

20. มือขวากำไม้หงายมือ ปลายไม้แตะที่ตำแหน่งกึ่งกลางเนินฝ่าเท้าด้านบน ครูดลงมาที่กึ่งกลางส้นเท้า ทำ 5 ครั้ง และถัดมาทางฝ่าเท้าด้านใน 2 ซม. ครูดลงขนานเส้นกลางฝ่าเท้าลงมา ถัดจากนั้นวัดจากเส้นกลางฝ่าเท้ามาทางเท้าด้านนอก 2 ซม. ครูดลงขนานเส้นกลางฝ่าเท้าทำ 5 ครั้ง

21. ใช้มือขวาจับไม้ นิ้วหัวแม่มือซ้ายช่วยพุงกดขวางซิกแซกจากกลางส้นเท้า สลับซ้ายขวาลงไปกลางเนินฝ่าเท้า ซีน 1 รอบ และลง 1 รอบ

22. ใช้มือซ้ายประคองเท้าไว้ แล้วใช้ไม้กดเฉียงลงบริเวณเนินส้นเท้า มาบริเวณหน้าเท้าด้านใน และบริเวณเนินส้นเท้าตำแหน่งเดิม มาที่บริเวณข้างเท้าด้านนอก และกดครูดลงจนทั่วเนินส้นเท้า

23. ใช้มือซ้ายคว่ำประคองหลังเท้า มือขวาประสานสอดนิ้วมือและนิ้วเท้า ใช้นิ้วหัวแม่มือกดนวด

บริเวณข้างนิ้วหัวแม่เท้าด้านใน นวดมาทางข้างเท้าด้านในและโค้งอ้อมเนินฝ่าเท้าด้านบนวนกลับมาที่ซอกนิ้วหัวแม่เท้าใช้นิ้ว 4 นิ้ว เป็นจุดหมุน

24. มือซ้ายกำมือลักษณะมะเหงกกว่า มือขวาจับปลายนิ้วเท้าตั้งประคองกระดูกมะเหงกกลางที่ข้างฝ่าเท้าด้านใน จากค่อน้ำคั้งลงมาที่ได้ตามุมโดยใช้นิ้วแม่มือข้างยึดเกาะเป็นเส้นตรงแนวกลางฝ่าเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง

25. กำมือซ้ายลักษณะมะเหงกกว่าแล้ววางนิ้วหัวแม่มือยึดเป็นจุดหมุนที่กึ่งกลางสันเท้าใช้มะเหงกหมุนคลึงได้ตามุมเป็นส่วนโค้ง ทำซ้ำ 10 ครั้ง

26. ใช้นิ้วหัวแม่มือเกาะกลางสันเท้าใช้นิ้วชี้กระดูกข้างเอ็นร้อยหลายลงมาที่สันเท้าด้านล่าง ทำซ้ำ 10 ครั้ง

27. ใช้มือขวาจับเท้าขึ้นตั้งตรง มือซ้ายกำมือลักษณะมะเหงกแบบหงาย ใช้ร่องนิ้วชี้กับกลางมะเหงก ครอบคลุมเอ็นร้อยหลายจากน่องมายังสันเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง วางเท้าลง

28. ใช้มือซ้ายจับปลายเท้าเกือบจะให้เท้าคว่ำลง มือขวากำมือแบบมะเหงกกว่า ครอบคลุมที่ข้างฝ่าเท้าด้านนอกแนวนิ้วก้อยถึงสันเท้า โดยนิ้วหัวแม่มือขวาแตะยึดอยู่ได้ฝ่าเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง

29. มือซ้ายจับสันเท้ายกไว้ มือขวากำลักษณะมะเหงกกว่าใช้นิ้วหัวแม่มือเป็นจุดหมุนและที่จุดกึ่งกลางสันเท้า ครอบคลุมเป็นแนวโค้งไล่ตามุด้านนอกมาทางสันเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง

30. มือซ้ายจับสันเท้ายกไว้ มือขวากำลักษณะมะเหงกแบบหงาย ครอบคลุมจากเอ็นร้อยหลายบริเวณน่องมายังสันเท้า จำนวน 10 ครั้ง และวางสันเท้าลง

31. มือซ้ายจับปลายเท้าและคว่ำข้อเท้า มือขวากำมือแบบมะเหงกกว่า ใช้หน้านิ้วของมือกดแล้ววนเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกาให้หัวหลังเท้า

32. มือซ้ายจับเท้าและคว่ำข้อเท้าขวากำมือแบบมะเหงกคาดขวางข้อเท้ามาด้านนิ้วทำซ้ำ 3 ครั้ง

33. ใช้มือซ้ายจับพุงที่ได้ฝ่าเท้าด้านบน ใช้มะเหงกมือขวาครอบคลุมข้อเท้ามาปลายนิ้วเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง

34. ใช้มือซ้ายจับพุงปลายเท้าไว้มือขวากำมือในลักษณะมะเหงกกว่า นิ้วหัวแม่มือขวาแตะใช้นิ้วหัวแม่เท้า ใช้สันนิ้วชี้ข้อสุดท้ายกดและที่สันนิ้วหัวเท้าข้อสุดท้ายในลักษณะกำมูหนีบแล้วนวดซ้ำ 3 ครั้ง จากนั้นเปลี่ยนเป็นนิ้วอื่น ๆ จนถึงนิ้วก้อย แล้วสลับจากนิ้วก้อยมานิ้วหัวแม่เท้า นิ้วละ 5 ครั้ง

35. ใช้ 2 มือ จับพุงที่ข้อเท้า ให้นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 บรรจบกันที่จุดกึ่งกลาง แล้วครูดขึ้นตามแนวกึ่งกลางฝ่าเท้าจนถึงปลายนิ้ว โดยใช้นิ้วมือที่เหลือประคอง และออกแรงครูดขึ้นเมื่อ

36. ใช้นิ้วหัวแม่มือกดคล้อบริเวณกึ่งกลางเนินฝ่าเท้าด้านบนที่ร่องกระดูกของนิ้วโป้งกับนิ้วชี้และร่องกระดูกนิ้วางกับนิ้วก้อย นับหนึ่งถึงสิบแล้วปล่อย

37. ใช้มือทั้งสองข้างแยกนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือลักษณะกีบ คีบจับบริเวณข้อเท้า ให้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองกดลงที่จุดเหนือกึ่งกลางสันเท้า แล้วรูดมือทั้งสองข้างพร้อมกันมาที่ปลายเท้าทำซ้ำ 10 ครั้ง

38. ทำมือลักษณะระเหงกตั้งนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างและที่รองข้อเท้าจรูดสลับซ้ายขวาและสลับข้างลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง

39. ใช้มือขวาผลักปลายเท้าไว้ให้เท้าว่าใช้มือซ้ายจับข้อเท้าและใช้นิ้วแม่มือกด จรดที่ได้คาตุ่มด้านนอกมาที่สันข้อเท้า เคลื่อนที่เฉพาะนิ้วหัวแม่มือเท่านั้น จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือวนรอบคาตุ่มด้านนอกตามเข็มนาฬิกา ทำซ้ำ 10 ครั้ง

40. ใช้มือซ้ายจับปลายเท้าไว้ใช้นิ้วหัวแม่มือขวาและไว้ที่หลังเท้า บริเวณนิ้วกลาง กดจรูดมาจนถึงข้อเท้า ทำซ้ำ 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนมาเป็นมือซ้าย ทำซ้ำ 5 ครั้ง

41. มือซ้ายจับปลายเท้าไว้ใช้นิ้วหัวแม่มือขวาและไว้ที่หลังเท้า บริเวณนิ้วกลาง กดจรูดมาจนถึงข้อเท้า ทำซ้ำ 5 ครั้ง แล้วเปลี่ยนมาเป็นมือซ้าย ทำซ้ำ 5 ครั้ง

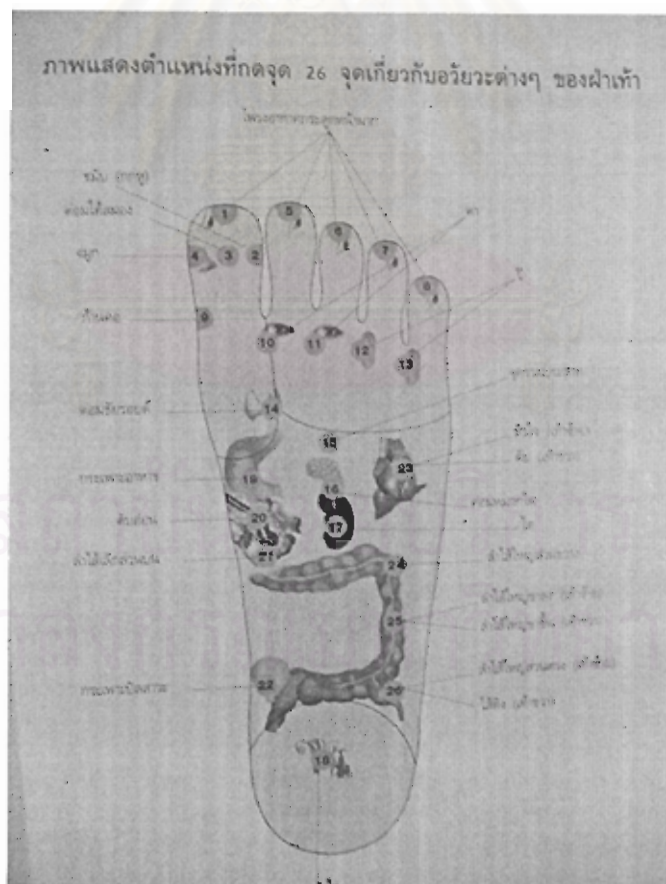
42. นิ้วหัวแม่มือวางเกยกับที่บริเวณข้อเท้าจรูดสลับนิ้วที่ ข้อเท้า ทำซ้ำ 10 ครั้ง

43. ใช้น้ำมันก๊าดกลิ่น Lavender แล้วใช้มือทั้งสองคลึงลูบคลายกล้ามเนื้อบริเวณเท้า

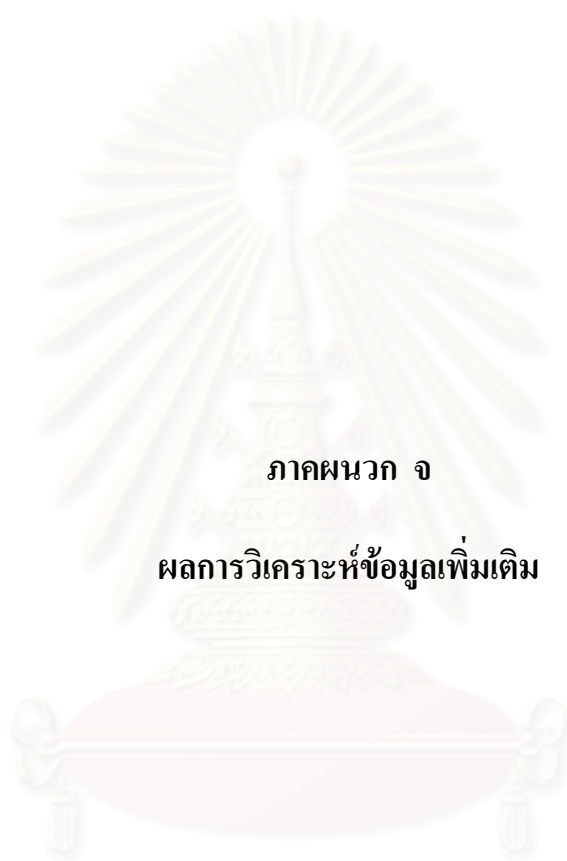
44. ใช้น้ำมันจุด 26 จุด ดังนี้

- จุดที่ 1 โพรงอากาศระดูคหน้าผาก ให้กดบริเวณ ปลายนิ้วหัวแม่มือเท้า
- จุดที่ 2 ขมับ (กกหู) เส้นประสาทคู่ที่ 5 ให้กดบริเวณ ข้างนิ้วหัวแม่มือเท้าด้านนอก
- จุดที่ 3 ต่อมใต้สมอง ให้กดบริเวณ กึ่งกลางนิ้วหัวแม่มือเท้า
- จุดที่ 4 จมูก ให้กดบริเวณ ข้างนิ้วหัวแม่มือเท้าด้านใน
- จุดที่ 5 โพรงอากาศระดูคหน้าผากตำแหน่งที่ 2 ให้กดบริเวณ ปลายนิ้วชี้
- จุดที่ 6 โพรงอากาศระดูคหน้าผากตำแหน่งที่ 3 ให้กดบริเวณ ปลายนิ้วกลาง
- จุดที่ 7 โพรงอากาศระดูคหน้าผากตำแหน่งที่ 4 ให้กดบริเวณ ปลายนิ้วนาง
- จุดที่ 8 โพรงอากาศระดูคหน้าผากตำแหน่งที่ 5 ให้กดบริเวณ ปลายนิ้วก้อย
- จุดที่ 9 ก้านคอ ให้กดบริเวณ คอนิ้วหัวแม่มือเท้าด้านใน
- จุดที่ 10 ตา ตำแหน่งที่ 1 ให้กดบริเวณ ระหว่างร่องนิ้วหัวแม่มือเท้ากับนิ้วชี้
- จุดที่ 11 ตา ตำแหน่งที่ 2 ให้กดบริเวณ ร่องนิ้วชี้กับนิ้วกลาง
- จุดที่ 12 หู ตำแหน่งที่ 1 ให้กดบริเวณ ร่องนิ้วกลางกับนิ้วนาง
- จุดที่ 13 หู ตำแหน่งที่ 2 ให้กดบริเวณ ระหว่างร่องนิ้วนางกับร่องนิ้วก้อย
- จุดที่ 14 ต่อมธัยรอยด์ ให้กดบริเวณ ร่องเนินนิ้วหัวแม่มือเท้าได้จุดตาตำแหน่งที่ 1
- จุดที่ 15 จุดรวมประสาท ให้กดบริเวณ ใต้เนินนิ้วกลาง
- จุดที่ 16 ต่อมหมวกไต ให้กดบริเวณ แนวนิ้วกลางได้จุดรวมประสาทลงมาประมาณ 1 เซนติเมตร
- จุดที่ 17 ไต ให้กดบริเวณเหนือกึ่งกลางฝ่าเท้าได้จุดต่อหมวกไตลงมาประมาณ 1 เซนติเมตร
- จุดที่ 18 อัณฑะหรือรังไข่ ให้กดบริเวณ กึ่งกลางสันเท้า

- จุดที่ 19 กระเพาะอาหาร ให้กดบริเวณ ใต้เนินนิ้วหัวแม่เท้า
 - จุดที่ 20 ตับอ่อน ให้กดบริเวณ แนวนิ้วหัวแม่เท้าได้จุดกระเพาะอาหาร
 - จุดที่ 21 ลำไส้เล็กส่วนบน ให้กดบริเวณแนวนิ้วหัวแม่เท้าได้จุดตับอ่อนจุดคัตแนว
นิ้วหัวแม่เท้ากับแนวกลางฝ่าเท้า
 - จุดที่ 22 กระเพาะปัสสาวะ ให้กดบริเวณสันเท้าเฉียงไปทางด้านใน
 - จุดที่ 23 หัวใจ(เท้าซ้าย) ตับ (เท้าขวา) ให้กดบริเวณ ใต้เนินระหว่างร่องนิ้วนางกับ
นิ้วก้อย
 - จุดที่ 24 ลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง ให้กดบริเวณ แนวร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อยได้จุดหัวใจ
จุดคัตแนวร่องนิ้วนางกับนิ้วก้อยกับแนวกลางฝ่าเท้า
45. ซิลิมน้ำมันก๊ากัน Lavender แล้วใช้มือทั้งสองคลึงลูกกลายกล้ามเนื้อบริเวณเท้า
46. ใช้ผ้าห่อเท้าซ้ายไว้ แล้วเปลี่ยนมานวดเท้าขวา
55. เริ่มนวดเท้าขวา ทำเหมือนเท้าซ้ายตั้งแต่ ข้อ 1-45ใช้เวลาประมาณ 30 นาที



ภาพแสดง ตำแหน่งในการกดจุดทั้ง 26 จุด



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 1 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	24.4000	33.2667	15.6000
	Std. Deviation	12.7100	16.9683	5.3023
Most Extreme Differences	Absolute	.131	.142	.221
	Positive	.110	.132	.221
	Negative	-.131	-.142	-.126
Kolmogorov-Smirnov Z		.508	.551	.857
Asymp. Sig. (2-tailed)		.959	.921	.454

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 8 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 2 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	22.6667	34.2667	17.6000
	Std. Deviation	12.3385	18.0889	4.9252
Most Extreme Differences	Absolute	.127	.123	.154
	Positive	.083	.123	.110
	Negative	-.127	-.112	-.154
Kolmogorov-Smirnov Z		.491	.475	.595
Asymp. Sig. (2-tailed)		.969	.978	.871

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 9 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับวันที่ 3 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	26.7333	23.0000	19.0000
	Std. Deviation	10.5049	14.7793	6.4365
Most Extreme Differences	Absolute	.130	.206	.162
	Positive	.130	.112	.111
	Negative	-.125	-.112	-.162
Kolmogorov-Smirnov Z		.505	.799	.626
Asymp. Sig. (2-tailed)		.961	.545	.828

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 10 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 1 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับใน ระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 1 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	21.0000	38.3333	18.5333
	Std. Deviation	10.2887	20.0345	5.6299
Most Extreme Differences	Absolute	.120	.181	.141
	Positive	.115	.181	.141
	Negative	-.120	-.148	-.123
Kolmogorov-Smirnov Z		.465	.703	.545
Asymp. Sig. (2-tailed)		.982	.707	.928

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 11 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 2 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 1 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	17.9333	39.4444	15.5333
	Std. Deviation	9.7575	13.4791	5.6425
Most Extreme Differences	Absolute	.128	.281	.119
	Positive	.123	.153	.077
	Negative	-.128	-.281	-.119
Kolmogorov-Smirnov Z		.497	1.087	.461
Asymp. Sig. (2-tailed)		.966	.188	.984

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 12 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 3 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 1 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	14.2667	43.3333	13.4000
	Std. Deviation	8.7625	9.6041	5.8895
Most Extreme Differences	Absolute	.133	.194	.149
	Positive	.133	.151	.127
	Negative	-.081	-.194	-.149
Kolmogorov-Smirnov Z		.516	.753	.575
Asymp. Sig. (2-tailed)		.953	.623	.895

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 13 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 1 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	26.4000	31.4667	18.6000
	Std. Deviation	9.4021	13.6322	4.7929
Most Extreme Differences	Absolute	.159	.151	.240
	Positive	.154	.149	.240
	Negative	-.159	-.151	-.169
Kolmogorov-Smirnov Z		.614	.584	.928
Asymp. Sig. (2-tailed)		.845	.885	.355

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 14 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 2 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	18.2000	42.7333	12.2000
	Std. Deviation	7.3407	9.4451	3.9857
Most Extreme Differences	Absolute	.182	.178	.154
	Positive	.085	.127	.154
	Negative	-.182	-.178	-.113
Kolmogorov-Smirnov Z		.706	.690	.596
Asymp. Sig. (2-tailed)		.702	.728	.870

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data

ตารางที่ 15 การแจกแจงคะแนนคุณภาพการนอนหลับ วันที่ 3 โดยแบ่งเป็นมิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านผลรวมเวลางีบหลับในระหว่างวันและรวมทั้ง 3 มิติ ของกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sleep disturbance	Sleep effectiveness	Sleep supplementation
N		15	15	15
Normal Parameters (a,b)	Mean	12.2000	51.6667	8.2000
	Std. Deviation	5.1713	6.9248	2.1112
Most Extreme Differences	Absolute	.169	.122	.204
	Positive	.165	.117	.204
	Negative	-.169	-.122	-.108
Kolmogorov-Smirnov Z		.656	.472	.792
Asymp. Sig. (2-tailed)		.782	.979	.558

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางที่ 16 การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนระหว่างผลคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (Homogeneity of variance test) ของกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ซึ่งได้จากการประเมินในวันที่ 1,2 และ3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมด้วย Levene test

Dimension of unpleasant symptoms	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Sleep disturbance day 1	.988	2	42	.381
Sleep effectiveness day 1	.228	2	42	.797
Sleep supplementation day 1	.065	2	42	.937
Sleep disturbance day 2	2.657	2	42	.082
Sleep effectiveness day 2	2.529	2	42	.092
Sleep supplementation day 2	1.282	2	42	.288
Sleep disturbance day 3	4.131	2	42	.023
Sleep effectiveness day 3	2.274	2	42	.115
Sleep supplementation day 3	4.232	2	42	.021


ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ได้ในวันที่ 1, 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยใช้สถิติ One way Analysis of Variance

Dimension of unpleasant symptoms		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sleep disturbance day 1	Between Groups	223.600	2	111.800	.943	.398
	Within Groups	4981.200	42	118.600		
	Total	5204.800	44			
Sleep effectiveness day1	Between Groups	380.311	2	190.156	.652	.526
	Within Groups	12252.000	42	291.714		
	Total	12632.311	44			
Sleep supplementation day 1	Between Groups	88.044	2	44.022	1.595	.251
	Within Groups	1158.933	42	27.594		
	Total	1246.978	44			
Sleep disturbance Day 2	Between Groups	212.133	2	106.067	1.056	.357
	Within Groups	4218.667	42	100.444		
	Total	4430.800	44			
Sleep effectiveness day 2	Between Groups	545.733	2	272.867	1.369	.266
	Within Groups	8373.467	42	199.368		
	Total	8919.200	44			

ตารางที่ 17 (ต่อ)

Dimension of unpleasant symptoms		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sleep supplementation day 2	Between Groups	222.711	2	111.356	4.641	.015*
	Within Groups	1007.733	42	23.994		
	Total	1230.444	44			
Sleep disturbance Day 3	Between Groups	1854.533	2	927.267	13.007	.000*
	Within Groups	2994.267	42	71.292		
	Total	4848.800	44			
Sleep effectiveness day 3	Between Groups	6523.333	2	3261.667	27.285	.000*
	Within Groups	5020.667	42	119.540		
	Total	11544.000	44			
Sleep supplementation day 3	Between Groups	875.200	2	437.600	16.294	.000
	Within Groups	1128.000	42	26.857		
	Total	2003.200	44			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

ประกาศนียบัตรการเข้าฝึกอบรมการนวดเท้าเพื่อสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



๖๐พท. ๕๘/๐๕๘๐

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า



นางสาวจรีพรรณ เจริญพร

ได้สำเร็จหลักสูตร นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ (๖๐ ชั่วโมง) รุ่นที่ ๒๑๔

ตามโครงการอบรมนวดฝ่าเท้าไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนโดย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๘ เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช ๒๕๕๘

(แพทย์หญิงเพ็ญนภา ทวีทรัพย์เจริญ)

ประธานกรรมการบริหาร

สถาบันส่งเสริมการแพทย์แผนไทย มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา

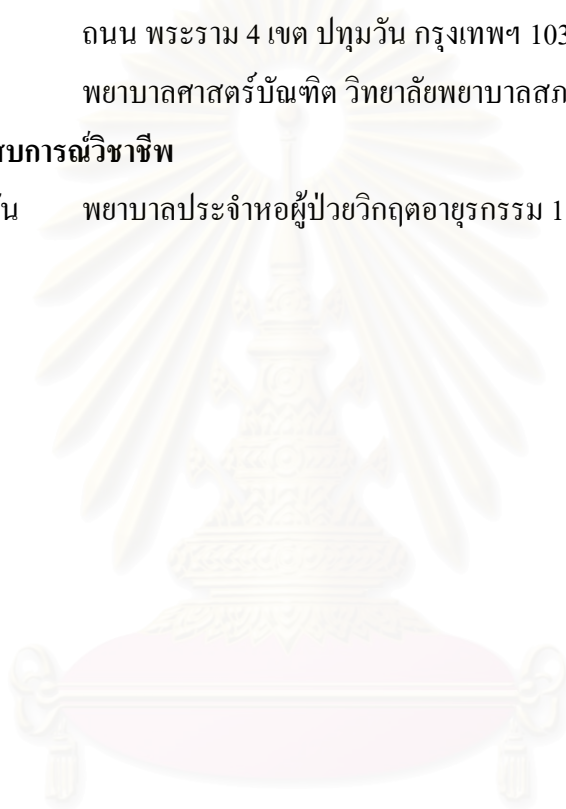
(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	จรีพรรณ เจริญพร
วัน เดือน ปีเกิด	19 มิถุนายน 2522
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพระดับ 5
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนน พระราม 4 เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี 2544
ตำแหน่งและประสบการณ์วิชาชีพ	
พ. ศ. 2544- ปัจจุบัน	พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย