

ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์
คนชราวาระณะเวศม์



นางสาวยุวดี แจ่มกังวาล

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MEDITATION AND MEDITATION MUSIC ON SLEEP QUALITY
AMONG ELDERLY IN WADSANAWEAD HOME FOR THE AGED



Miss Yuwadee Jamkangwan

สถาบันวิทยบริการ

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine


Chulalongkorn University

Academic Year 2006

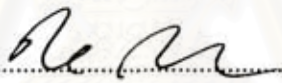
Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ
สถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์
โดย นางสาวยูดี แจ่มกั้งวาล
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิวัตพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงดวงใจ กสานติกุล)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิวัตพันธุ์)


.....กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยูดี แจ่มกั้งวาล : ผลของสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถาน
สงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์. (THE EFFECT OF MEDITATION AND MEDITATION MUSIC
ON SLEEP QUALITY AMONG ELDERLY IN WADSANAWEAD HOME FOR THE AGED)
อ. ที่ปรึกษา ผ.ศ.พญ.รวิวรรณ นิเวศพันธุ์ 98หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิ
เบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จำนวน 56 คน โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติ
ที่กำหนดไว้และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มละ
14 คน กลุ่มทดลองที่1 คือกลุ่มที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง กลุ่มทดลองที่2 คือกลุ่มที่ได้รับฟังดนตรี
บรรเลงและกลุ่มทดลองที่3 คือกลุ่มที่ทำสมาธิ กลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมเฉพาะของกลุ่มร่วมกับผู้วิจัย
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ
แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ และการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่า
กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟังดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิ มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีคุณภาพการนอนหลับไม่ต่างจากก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยสรุปว่าการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง ดนตรีบรรเลง และสมาธิ สามารถนำไปใช้
เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์
สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต.....*Carli*
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*Som*

4874907330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: MEDITATION/ MEDITATION MUSIC/ SLEEP QUALITY/ ELDERLY

YUWADEE JAMKANGWAN : THE EFFECT OF MEDITATION AND MEDITATION MUSIC ON SLEEP QUALITY AMONG ELDERLY IN WADSANAWEAD HOME FOR THE AGED. THESIS ADVISOR : ASST.PROF.RAVIWAN NIVATAPHAND,M.D. 98 pp.

The purposes of this experimental research were to study of the effect of basic Buddhist meditation and meditation music on sleep quality among elderly. Sample were 56 elders in wadsanawead home. The subject were sampled assigned to 3 experimental group and control group, 14 in each group. The experimental group 1 received the meditation and meditation music , group 2 received the meditation music and group 3 received the meditation. The research instruments were Thai General Health Question and Quality of sleep with developed from The Pittsburgh Sleep Quality Index.The data were analyzed by using mean, standard deviation ANCOVA and repeated ANOVA

The finding of this study were as follows:

1. The quality of sleep in elders after received the meditation and meditation music was signification higher than control group at the 0.05 level.
2. The quality of sleep in elders after received meditation music was signification higher than control group at the 0.05 level.
3. The quality of sleep in elders after received the meditation was signification higher than control group at the 0.05 level.
4. The quality of sleep in elders control group wasn't signification higher than before experiment at the 0.05 level.

In conclusion, meditation and meditation music, meditation music, meditation could be used for promoting sleep quality in the elderly.

Department Psychiatry
Field of study Mental Health
Academic year 2006

Student's signature.....*yuwadee J.*.....
Advisor's signature.....*Son y*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เพราะได้รับความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวิวรรณ นิวัตพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้ข้อคิดคำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการและสวัสดิการสังคมวาศนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างและเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมพัฒนาการและสวัสดิการสังคม ท่านผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการและสวัสดิการสังคมวาศนะเวศม์ รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์ และพี่เลี้ยงทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยรวมถึงอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ได้ให้กำลังใจ และทุนสนับสนุนในการทำวิจัย รวมทั้งความช่วยเหลือในทุกๆด้าน เสมอมาจนผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดและทฤษฎี.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสมาธิ.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับ.....	31

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 34
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 34
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 35
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 39
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 39
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 40
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 51
	อภิปรายผลการวิจัย..... 52
	ปัญหาและอุปสรรค..... 55
	ข้อเสนอแนะ..... 56
	รายการอ้างอิง..... 57
	ภาคผนวก..... 64
	ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์..... 65
	ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย... 67
	ภาคผนวก ค แบบสอบถาม..... 71
	ภาคผนวก ง การทำสมาธิเบื้องต้นในผู้สูงอายุ..... 75
	ภาคผนวก จ การทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลง..... 80
	ภาคผนวก ฉ เพลงที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงสำหรับการวิจัย..... 95
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 98

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ตารางข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	41
ตารางที่ 2	ตารางแสดงคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง.....	43
ตารางที่ 3	การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	45
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	46
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง1 (การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง) ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง.....	47
ตารางที่ 6	การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง2 (การฟัง ดนตรีบรรเลง) ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง ครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลอง ครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง.....	48
ตารางที่ 7	การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง3 (การทำสมาธิ)ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง.....	49
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง.....	50

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1	แสดงลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองของการนอนหลับขั้นต่างๆ.....	13
แผนภาพที่ 2	กราฟแท่งแสดงคะแนนคุณภาพการนอนหลับของแต่ละกลุ่ม.....	44



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรโลก ของสหประชาชาติเมื่อปี 2525 พบว่าในปี 2518 ประชากรโลกทั้งหมดมี 4.1 พันล้านคน เป็นผู้สูงอายุ (อายุเกิน 60 ปี) จำนวน 350 ล้านคน ปี 2543 ประชากรโลกจะเพิ่มเป็น 6.5 พันล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 390 ล้านคน ปี 2568 คาดว่า ประชากรโลกเพิ่มเป็น 8.2 พันล้านคนซึ่งเพิ่มจากปี 2518 เท่าตัวหรือ 100% เป็นผู้สูงอายุ 1,100 ล้านคน เพิ่มจากปี 2518 สองเท่าตัวกว่า หรือ 214% ในช่วงระยะเวลา 50 ปีจากปี 2518 คนในโลกทั้งหมดมากขึ้นเท่าตัว (100%) ในขณะที่วัยคนในโลกที่สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัวกว่า ทั้งนี้ก็เพราะว่าคนอายุยืนยาวออกไปทุกปีเนื่องจากการที่วิทยาการทางการแพทย์ดีขึ้น ขณะเดียวกันจำนวนคนเกิดใหม่เพิ่มขึ้นไม่มาก เพราะการวางแผนครอบครัวที่ได้ผล ดังนั้น อัตราส่วนของคนในโลกที่เป็นผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับในประเทศไทยของเรา ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2513 เป็น 5.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.6 ในปี 2543 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2563 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.3 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2543 ส่วนผู้สูงอายุชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี 2543 และคาดการณ์ว่า จะมีผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 18.5 ในปี 2563 ขณะที่ผู้สูงอายุชายเพียงร้อยละ 15.0 ในปี 2563 [1]

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชากรทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน การดำรงชีวิตจะอยู่กันเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นการแยกตัวออกมาจากครอบครัวใหญ่ ส่วนหนึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังในครอบครัวเดิม ซึ่งจะต้องพึ่งพิงตนเองมากขึ้น แต่สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและการดูแลตนเองได้น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆเป็นพิเศษมากกว่ากลุ่มอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก และต่างมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่ [2] ผู้สูงอายุ จะนอนหลับที่ชั่วโมงจึงจะเพียงพอ นั้น แล้วแต่สภาพของร่างกายของแต่ละคน บางคน 6-7 ชั่วโมง บางคนนอนหลับ 3-4 ชั่วโมงก็เพียงพอ การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้ร่างกายทรุดโทรม สุขภาพชราเร็วกว่าที่ควร ต้องนอนหลับให้สนิทจริงๆ

การนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่สนิท สาเหตุมาจาก ความคิดกังวลใจ เป็นคนเจ้าทุกข์ วางไม่ลง ละไม่ได้ บางคนไปพึ่งยานอนหลับ ซึ่งจะออกฤทธิ์ไปกดระบบศูนย์ควบคุมการตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมา ร่างกายจะไม่สดชื่นเหมือนกับการนอนหลับเองตามธรรมชาติ เมื่อต้องคิดแก้ปัญหา ควรกระทำเมื่อตื่น ถึงเวลานอนต้องหยุดคิด นอนให้หลับไปก่อน ตื่นขึ้นมาค่อยนำมาคิด จึงต้องควบคุมจิตให้ตั้งอยู่ในอารมณ์เดียว จุดเดียว สกัดกังวลออกให้หมด แล้วเข้านอนตามเวลาปกติ สม่่าเสมอ ถึงเวลาหลับก็ให้หลับได้ ถึงเวลาตื่นก็ให้ตื่นได้ตามกำหนดเวลา [3]การนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจเนื่องจากขณะหลับ ร่างกายใช้พลังงานลดลง ทำให้มีการสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ เพื่อการสำรองพลังงานเพื่อใช้ในวันถัดไป [4] การนอนหลับในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน โดยระยะเวลาการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น [5] ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การนอนหลับในช่วงอายุที่มากขึ้น อาจมีผลต่อชั่วโมงการนอนหลับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะนำ การทำสมาธิมาผสมผสานกับดนตรีบรรเลงเพื่อศึกษาถึงคุณภาพการนอนหลับว่าจะจะเป็นเช่นใด ซึ่งยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาวิจัยมาก่อนหน้านี้

คำถามการวิจัย

การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงจะมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นก่อนการเข้าร่วม
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมการฝึกสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงจะมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็น การศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์เพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในที่อื่นๆ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สมาธิ (meditation) หมายถึง การทำสมาธิตามวิธีการผ่อนคลายจากกรมสุขภาพจิต หลักการของการทำสมาธิคือการเอาใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งในที่นี้จะใช้การ นับลมหายใจเป็นหลัก

ดนตรีบรรเลง (meditation music) หมายถึง การนำดนตรีที่ไม่มีเสียงร้อง เป็น ดนตรีเพื่อ การทำสมาธิชุดนิพพาน จุดหมายปลายทางเพื่อชีวิต, เปียโนในสวนและริมฝั่งน้ำเนรัญชราของ จำรัส เสวตภรณ์

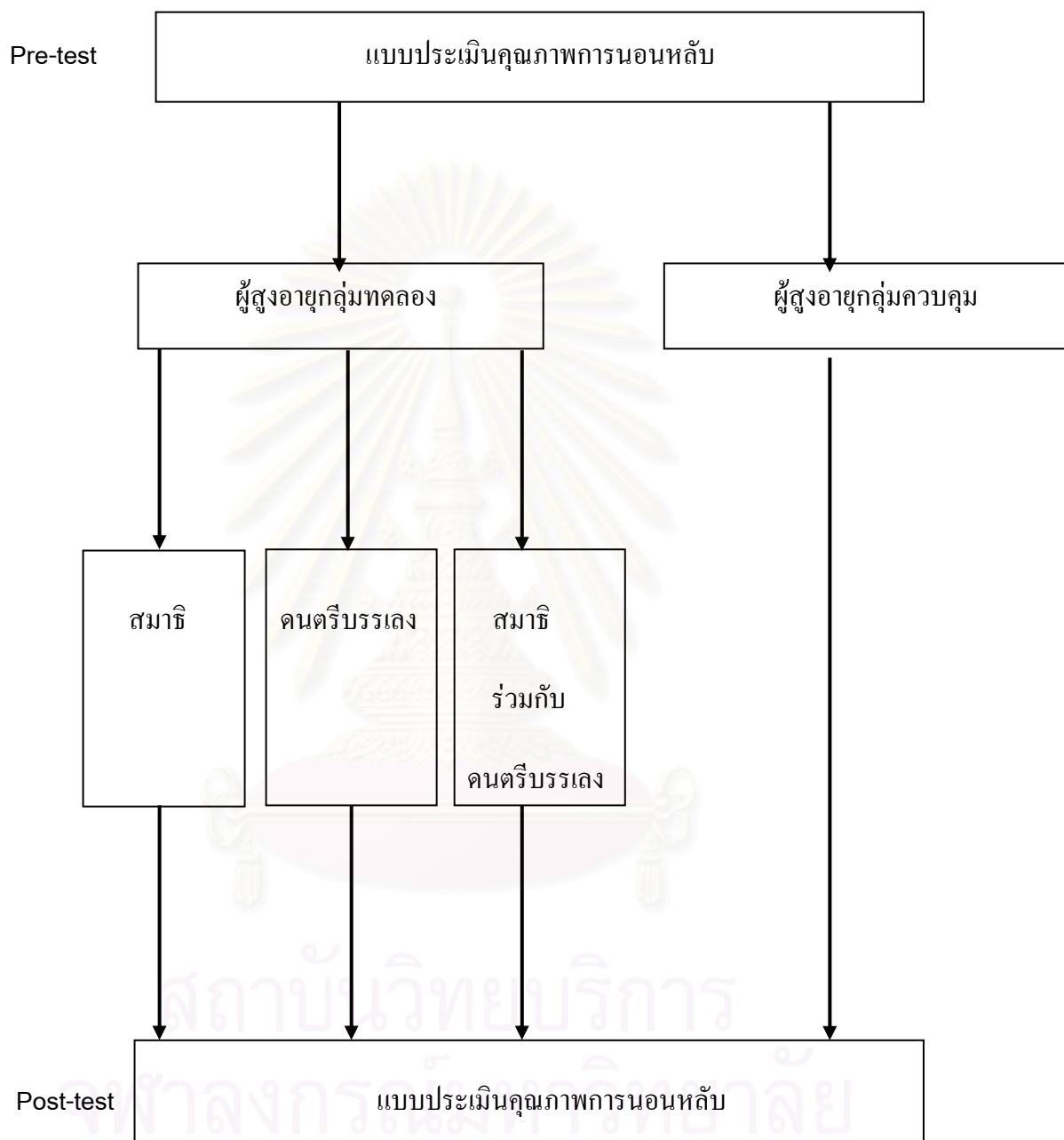
คุณภาพการนอนหลับ (Sleep Quality) หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคลซึ่งเป็นการประเมินการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลา ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืนและประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย และการประเมินการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้ด้วย ความรู้สึกของตนเองได้แก่ ความสามารถในการนอนหลับสนิท ความรู้สึกเพียงพอในการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันโดยประเมินจากแบบ วัดคุณภาพการนอนหลับของตะวันตกซ์ จิรมุขพิทักษ์และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์(2540) แปลและ ดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา วาสนะเวศม์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นอีกแนวทางในการใช้สมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงสำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกองค์การสหประชาชาติ ซึ่งมีสมาชิกของประเทศต่างๆ ได้ประชุมที่นครเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ดังนั้นใครก็ตามเมื่อมีอายุ 60 ปี ก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ [6]

กรมสุขภาพจิต [7] กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือคนชรา หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คนในวัยนี้ถือว่าเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และทางสังคม

ประสพ รัตนากร [8] ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับภาระเกษียณอายุราชการแต่อย่างใด ซึ่งการให้ความหมายนี้คล้ายกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ บรรลุ ศิริพานิช (2526) กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทิน

ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ [9] กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือผู้ชราคือผู้ที่อยู่ในวัยแห่งการเสื่อมของร่างกาย เป็นวัยที่มีแต่ความหลังเหลืออยู่ วัยที่มีประสบการณ์ ภาควิชาจิตในความสำเร็จที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าคนอายุเกิน 60 ปีเป็นวัยชราหรืออายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นวัยชรา ทั้งนี้จะคำนึงถึงความชราของแต่ละคน ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป ขึ้นอยู่กับสภาพการเสื่อมของร่างกายแต่ละคน

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเสื่อมตามธรรมชาติเกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมต่างๆ ในสังคม

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนเรามีอยู่ 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะไปในทางเจริญงอกงาม ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป จะเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมโทรม โดยอัตราการเจริญเติบโตจะลดลง อัตราการเสื่อมโทรมจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งภาวะการถดถอยเหล่านี้จะผูกพันกับการสูงอายุ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะการถดถอยไม่หลับเป็นปัญหาที่มักพบในวัยสูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อธิบายได้ด้วย ทฤษฎีสูงอายุดังนี้ [10]

1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ

ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) อธิบายว่าสิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนยาว บุตรหลานก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) อธิบายว่าความแก่เกิดจากนิวเคลียสมีการถ่ายทอด DNA (Deoxyribonucleic Acid) ที่ผิดไปจากเซลล์ปกติ ทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการสูงอายุว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานก็ย่อมมีการเสื่อมถอย และเสนอเป็นกลุ่มทฤษฎีต่างๆ เช่น ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear Theory) กล่าวว่า การแก่เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่อเซลล์มีการใช้งานเป็นเวลานานก็จะมีอาการเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) ระบบสมองประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ปกติเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะลดลง ส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายให้ทำงาน ผิดปกติและตายในที่สุด และทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ระบบภูมิคุ้มกันจะเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น และมีการสูญเสียการควบคุมระหว่างร่างกายและเซลล์ มีผลทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Disease) และมีเซลล์ผิดปกติ เช่น เซลล์มะเร็งเกิดขึ้น

ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการสูงอายุในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้แก่ ทฤษฎีความเครียด และการปรับตัว (Stress

Adaptation Theory) เมื่อคนเราอยู่ภาวะเครียด ร่างกายจะปรับตัวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่หากร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเครียดมากๆ และบ่อยครั้งร่างกายจะเสื่อมและอาจตายได้ ส่วนทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation Theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลผลิตที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน อีกทั้งทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่าในร่างกายมีอนุมูลอิสระซึ่งมีปฏิกิริยาไวมาก เมื่อทำปฏิกิริยาก็จะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่ อนุมูลอิสระเกิดจากสารต่างๆไป เช่น จากอาหาร รังสี มลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ดี ลดมลภาวะของอากาศ และเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีนทำให้เส้นใย (Collagen fiber) หดสั้นเข้า การทำหน้าที่ของเซลล์ เสื่อมลง

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า กลุ่มทฤษฎีอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ ข้อคิดที่ได้คือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยการกำจัดอาหาร การลดอุณหภูมิของร่างกาย เหล่านี้จะทำให้อายุยืน ดังคำกล่าวที่ว่าสิ่งที่เรารับประทานมีความหมายยิ่งใหญ่ต่อกรรมอายุของเรา[11]

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ดังทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้หากมีความสนใจค้นคว้าและพยายามเรียนรู้ส่วนทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ในอดีตได้รับการยอมรับดี มีสภาพอารมณ์มั่นคงก็มีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความรอบคอบ สุขุมตามไปด้วย ฉะนั้นถ้าผู้สูงอายุมีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงก็จะส่งผลต่อการนอนหลับที่ดีขึ้น ส่วนความสามารถในการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ควรนำมาใช้ในการหาวิธีที่ช่วยให้การนอนหลับดีขึ้นในรายที่มีปัญหาภาวะ การนอนไม่หลับ

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม ลักษณะครอบครัว และการมีกิจกรรมใน

สังคม ซึ่งทฤษฎีสังคมวิทยาที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับกระบวนการอันหลักของผู้สูงอายุมากเช่นเดียวกัน ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.2.2 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) กระบวนการของความสูงอายุ จะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ ถดถอยจากคนอื่นในสังคมมีความสุขความพอใจจากการได้รับอิสระจากกฎต่างๆของสังคม ทฤษฎีไม่ได้บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ถดถอยหนี แต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม ถ้าสิ่งแวดล้อมลักษณะทางสังคมมีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพผู้สูงอายุถดถอยจากสังคมก็เนื่องมาจากต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ บุตรแยกครอบครัว หมดสภาพหัวหน้าครอบครัว หรือคู่สมรสเสียชีวิต

1.2.3 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมเท่ากับคนวัยกลางคน จะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุนานเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจะต้องสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่างๆ มีความสนใจและเกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน การรักษาระดับของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ จะทำให้สภาวะร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น รวมทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในเวลากลางวัน อาจเป็นการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมในชมรมต่างๆช่วยให้สามารถนอนหลับได้ดีขึ้นในเวลากลางคืน

1.2.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ คือ แรงจูงใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม บุคลิกภาพและความยืดหยุ่น [11]

1.2.5 ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้นอยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปี และวัยปลาย อยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไปซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะแตกต่างกันทั้งด้านกายภาพและจิตสังคม ความรู้สึกความภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่าของผู้สูงอายุขึ้นกับงานที่มีทำอยู่ แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไป โดยการหางานอื่นทำทดแทน เช่น เข้าร่วมกิจกรรมชมรม ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น ต่อจากนั้นผู้สูงอายุควรยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลง ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้ชีวิตจะมีความสุข สุดท้ายยอมรับว่าร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม เป็นกระบวนการของความสูงอายุก่อนวัยผู้ใหญ่ทุกคนยากจะหลีกเลี่ยงได้ องค์ประกอบทางชีวภาพเป็นการบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุแล้ว ประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกายเป็นไปตามอายุขัยเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ โดยดูได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของร่างกายที่เสื่อมโทรมตามวัย ส่วนองค์ประกอบทางจิตวิทยานั้นเป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลว่าควรจะเปลี่ยนแปลงอย่างไรจึงจะเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป พิจารณาความสามารถในการทำงานดูได้จาก ความจำ ความรู้ การเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึกเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับวัยของตนเองและองค์ประกอบทางสังคมนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมที่กว้างขวางจากการที่เป็นผู้มีประสบการณ์มีบทบาทในสังคมเดียวกัน แม้ว่าสังคมจะกว้างขึ้นแต่หน้าที่การรับผิดชอบจะลดลงเนื่องจากความจำกัดของอายุและความสามารถ การทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและสามารถประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นสิ่งจำเป็นและควรตระหนักถึง เพื่อนำมาวางแผนในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุตามวัย ทำให้จิตใจเกิดความรู้สึกหวาดกลัว สับสน วุ่นวาย หงุดหงิด ไม่พอใจในกิจวัตรประจำวันที่ได้ปฏิบัติ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เป็นต้น ฉะนั้นเมื่อจิตใจมีความวิตกกังวล เกิดความเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ลดการใช้แรง และสมองใช้ความคิดต่างๆ จนกระทั่งถึงเวลาเข้านอนจึงไม่สามารถนอนหลับได้สนิท เกิดปัญหาการนอนไม่หลับตามมา ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้จิตใจไม่สับสน กังวล อันก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะสุขภาพจิตไม่ปกติ สุขภาพกายเสื่อมโทรมเร็วเกินกว่าปกติ ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับติดตามมา ซึ่งเป็นปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุนั้น เป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีหลายสาเหตุที่ทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาได้คือ การฝึกการทำสมาธิ และการฟังดนตรี เพื่อให้จิตใจสงบขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับอีกทางหนึ่งด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนคลายที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งได้รับการระบุว่า เป็นความจำเป็นและเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยทั้ง ในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วยเนื่องจากในระหว่างการนอนหลับเซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน พื้นฟูซ่อมแซมส่งเสริมสภาพที่เสื่อมถอยและการสะสมพลังงานไว้ใช้เพื่อการ

ปฏิบัติงานในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางยังมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย

การศึกษาเรื่องการนอนหลับได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ สรีรวิทยา จิตวิทยาและสาขาอื่นๆ จึงมีผู้ให้ความหมายของการนอนหลับไว้ต่างๆ กันดังนี้

เกษม ต้นติผลชีวะ (2534) [12] กล่าวว่า การนอนหลับคือ การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับการรู้สึกตัวหรือความรู้สึกตัว มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ ไปในทางผ่อนคลายอวัยวะต่างๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน

สันต์ หัตถิรัตน์ (2534) [13] กล่าวว่า การนอนหลับคือ การหยุดพักของร่างกายชั่วคราว ซึ่งชั่วคราวโดยไม่รู้สึกร่วมกับการนอนหลับ การเงิบ การหลับตา การนอนกรนหรืออื่นๆ ที่แสดงว่าหลับแล้ว

บุญชู อนุศาสนนันท์ (2531) [14] กล่าวว่า การนอนหลับหมายถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่สอดคล้องกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ โดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในทางผ่อนคลาย ลักษณะการนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวของร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมโดยเอนร่างกายนอนสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวถูกปลุกให้ตื่นโดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

ดารัสณี โพธารส (2539) [15] กล่าวว่า การนอนหลับคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงหรือไม่มีเลย โดยแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่งและหลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ถูกปลุกให้ตื่นได้ด้วยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม ซึ่งความต้องการการนอนหลับของแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับตัว ความพึงพอใจในตน เป็นต้น

Fordham [16] กล่าวว่า การนอนหลับ คือภาวะที่ร่างกายลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก หรือเป็นภาวะที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ซึ่งสามารถปลุกให้ตื่นได้ถ้าได้รับการกระตุ้นที่เพียงพอ เป็นช่วงเวลาที่มึลักษณะเฉพาะของคลื่นไฟฟ้าสมองและร่างกายจะมีอัตราการเผาผลาญลดลง

Guyton [17] กล่าวว่า การนอนหลับเป็นสรีรวิทยาพื้นฐานของมนุษย์เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียความรู้สึกตัว แต่สามารถถูกปลุกให้ตื่นได้โดยสิ่งเร้าที่เพียงพอ ซึ่งลักษณะการนอนหลับ คือ ร่างกายเคลื่อนไหวลดลง ระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง

2.1 การนอนตามปกติ (Normal Sleep) [18]

การนอนตามปกติสามารถแบ่งได้เป็น 5 ระยะ คือ 4 ระยะของ Non Rapid Eye Movement (NREM) Sleep ซึ่งประกอบไปด้วยระยะที่ 1,2,3 และ 4 และ Rapid Eye Movement (REM) Sleep ความแตกต่างที่สำคัญของการนอนสองชนิดนี้ คือ ในระยะ REM Sleep ผู้หลับจะมีการกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว ซึ่งการกลอกตาดังกล่าวไม่พบในระยะ NREM Sleep รายละเอียดของการนอนแต่ละระยะมีดังนี้คือ

ระยะที่ 1 (stage 1 NREM) เป็นระยะง่วงซึม กล้ามเนื้อหย่อนตัว หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อเสียความตึงตัว คออ่อนพับได้ง่าย คลื่นไฟฟ้าสมองยังมีลักษณะคล้ายขณะตื่น คือทำงานแบบไม่พร้อมเพรียงกัน (desynchronized) มีความแรงต่ำและความถี่สูง คลื่นสมองจะเปลี่ยนจากคลื่นอัลฟา (alpha wave) เป็นคลื่นเบตา (beta wave) และคลื่นเทตา (theta wave) ความเร็วของคลื่นสมองประมาณ 1-6 รอบต่อนาที การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การขับเหงื่อ ถ้าถูกปลุกหรือกระตุ้นระยะนี้จะตื่นได้ง่าย ปกติการนอนหลับระยะนี้นาน 1-7 นาที

ระยะที่ 2 (stage 2 NREM) เริ่มหลับลึกลง ร่างกายจะผ่อนคลายมากขึ้น การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ระดับการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จังหวะการหายใจเริ่มสม่ำเสมอ ในช่วงต้นของระยะการนอนหลับลักษณะคลื่นสมองเป็นคลื่นเทตา และมีคลื่นสองชนิด คือ คลื่นสปินเดิล (spindle) ซึ่งเป็นคลื่นที่มีความถี่ประมาณ 12-14 รอบต่อนาที และคลื่นเคคอมเพล็กซ์ (k-complex) ซึ่งคลื่นทั้งสองชนิดนี้ บ่งบอกว่ามีการนอนหลับจริง และแสดงถึงการเข้าสู่การนอนหลับ ระยะที่ 2 ของ NREM การนอนหลับมักไม่มีการกลอกตาหรือมีน้อยมาก อัตราการเผาผลาญอาหารและอุณหภูมิลดต่ำลง และจะสะดุ้งตื่นได้ถ้าถูกกระตุ้นอย่างแรง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อ 1 วงจรการนอนหลับหรือประมาณร้อยละ 50-55 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด

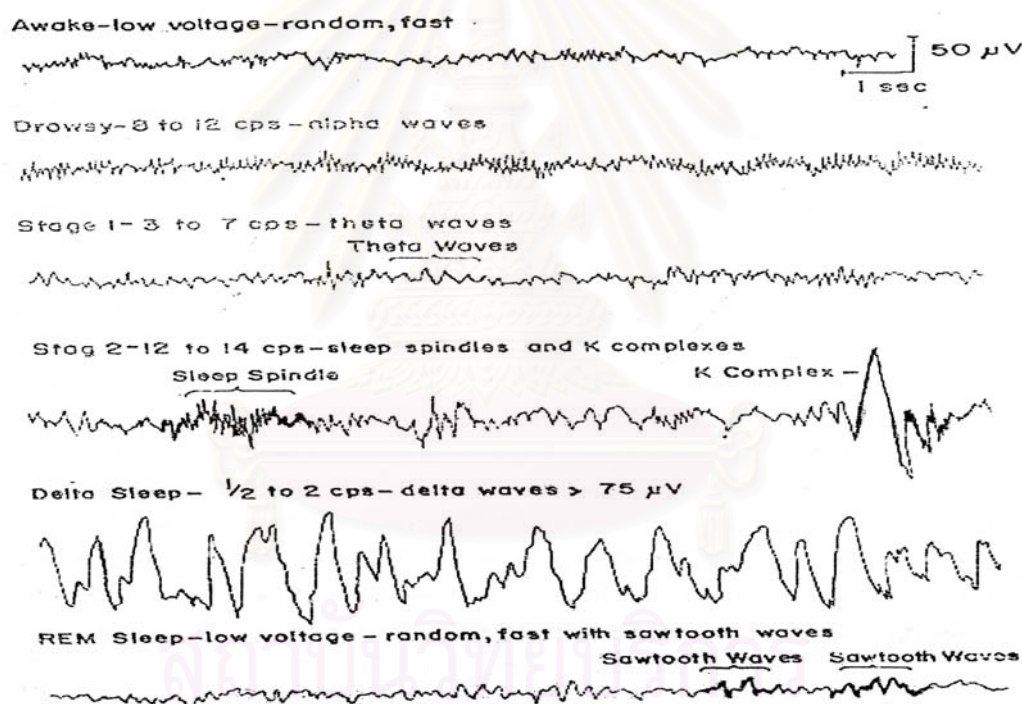
ระยะที่ 3 (stage 3 NREM) เป็นระยะเริ่มหลับสนิท เกิดหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับประมาณ 30-45 นาที ปลุกตื่นได้ยาก คลื่นสมองช้าลงและมีขนาดใหญ่ คลื่นที่พบเป็นคลื่นเดลต้า

(delta wave หรือ slow wave sleep) ซึ่งเป็นคลื่นที่มีความสั้นสะเทือนสูง (high amplitude) มีความเร็วประมาณ 1-4 รอบต่อนาที ซึ่งพบได้ร้อยละ 20-50 ของคลื่นสมองที่เกิดขึ้นในระยะนี้ (19) การนอนหลับระยะที่ 3 ของ NREM พบว่า กล้ามเนื้อคลายตัวมากขึ้น ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะทำให้อัตราการหายใจ และระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการเผาผลาญอยู่ในระดับต่ำ พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของระยะเวลาการเข้านอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 4 (stage 4 NREM) เป็นระยะที่หลับลึก (deep sleep) ระยะนี้หลับสนิทที่สุด เกิดหลังจากการนอนหลับระยะที่ 1 ของ NREM ประมาณ 40 นาที พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด คลื่นสมองมากกว่าร้อยละ 50 เป็นคลื่นเดลต้า (delta) ความแรงไฟฟ้า 75 ไมโครโวลต์ขึ้นไป ความถี่ประมาณ 1.5-2 รอบต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจลดลงร้อยละ 20-50 จากขณะตื่น ระยะนี้มีการหลั่งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) และฮอร์โมนอื่นๆ ซึ่งกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ส่งเสริมการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อและกระดูก ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย มีการเพิ่มขนาดของเซลล์ และสะสมพลังงาน อาจพบปัสสาวะรดที่นอน การกรน การผื่นเปียกกร่วมด้วย และเมื่อตื่นสามารถจำความฝันได้ร้อยละ 20 การนอนหลับในระยะนี้จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับในคืนนั้น

การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (REM sleep) หรือเรียกการนอนหลับในระยะนี้ว่า การนอนหลับพาราโดกซ์คัล (paradoxical sleep) เนื่องจากมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในบางส่วน แต่บางส่วนถูกยับยั้งไว้ในขณะที่ร่างกายนอนหลับสนิท เกิดหลังจากเริ่มต้นของการหลับประมาณ 90-100 นาที สามารถปลุกตื่นได้ยากกว่าระยะอื่นๆ คลื่นไฟฟ้าในสมองเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น ความแรงไฟฟ้าต่ำ และมีลักษณะคล้ายตอนตื่น กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเต็มที่ และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ยกเว้นกล้ามเนื้อตามีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น จะทำให้มีการหลั่งอะดรีนาลีนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากปกติ ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระบบความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น มีการหลั่งเหงื่อ และมีการกลอกตาเป็นระยะ ฝันเป็นเรื่องราวชัดเจน และเมื่อตื่นนอนสามารถจำความฝันได้ถึงร้อยละ 80 อาจมีการแสดงออกทางใบหน้าเช่น หัวเราะ ร้องไห้ เป็นต้น การนอนหลับช่วงนี้จะมีการจัดระบบความจำของสมอง จากความจำระยะสั้น (short term memory) เป็นความจำระยะยาว (long term memory) เพิ่มการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางในการทบทวนและรวบรวมเก็บไว้เป็นความทรงจำ จึงมีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำ การรับรู้ และการปรับตัว

การนอนแต่ละครั้งจะมีระยะ NREM และ REM เกิดหมุนเวียนเป็นวงจรโดยเมื่อเริ่มต้นหลับจะเริ่มด้วยระยะที่ 1 ของ NREM ต่อด้วยระยะ 2, 3 และ 4 ของ NREM และกลับมาที่ระยะ 3 และ 2 ของ NREM ก่อนเข้าสู่ระยะ REM แล้วกลับมาที่ระยะที่ 2 อีกครั้งโดยข้ามระยะที่ 1 ไป และจะดำเนินระยะต่างๆเช่นนี้เรื่อยๆตลอดการนอนหลับ หากตื่นขึ้นในระยะใดก็จะเริ่มต้นใหม่ด้วยระยะที่ 1 ของ NREM ทุกครั้ง ในวงจรการนอนหลับแรกๆ ระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM จะยาว ส่วนระยะ REM จะสั้นเมื่อการนอนหลับดำเนินต่อไป ระยะที่ 3, 4 จะค่อยๆสั้นลงและระยะ REM ยาวขึ้น โดยเฉลี่ยระยะ NREM คิดเป็นร้อยละ 75-80 ของการนอนหลับทั้งหมด ซึ่งการนอนหลับแต่ละครั้งเฉลี่ย 7-8 ชั่วโมง จะมีวงจรการนอนหลับประมาณ 4-5 วงจร ใช้เวลาแต่ละวงจรประมาณ 90-110 นาที



แผนภาพที่ 1 ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองของการนอนหลับขั้นต่าง ๆ
(Hauri P. Sleep disorder. Michigan, Upjohn; 1982:7 อ้างถึงใน สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536:2)

2.2 ประโยชน์ของการนอนหลับ

ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโตซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอสร้างและสะสมพลังงาน ในช่วงเวลาหลับสนิทโดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงของการนอนหลับ เป็นภาวะที่เหมาะสมในการสังเคราะห์โปรตีน เนื่องจากการสร้างและสะสมพลังไว้ในเซลล์เพิ่มขึ้นจนมีระดับสูงพอที่จะช่วย

ให้มีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มมากขึ้น และเผาผลาญกรดไขมันให้เป็นพลังงาน เซลล์ของอวัยวะต่างๆ แบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะการสังเคราะห์ไขกระดูก และผิวหนัง และใช้เวลาเวลาน้อยกว่าครึ่งของเวลาการแบ่งตัวในขณะตื่น[19] ในเวลาที่หลับสนิทเป็นเวลาของกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งถูกกดในภาวะเครียด การหลับสนิทเป็นช่วงเวลาที่ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต และอัตราการใช้ออกซิเจนในสมองเพิ่มสูงขึ้น จึงเชื่อว่าเป็นระยะการซ่อมแซมและสะสมพลังงานของสมอง โดยผ่านกลไกการทำงานของสารแคทีโคลามีน ทั้งนี้เพื่อปรับหรือรักษาสมดุลของศูนย์ประสาทต่างๆ หลังจากการทำงานของเซลล์ประสาทบางกลุ่มในขณะตื่น ตามทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุงที่เชื่อว่าช่วงเวลาหลับ ช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ [20]

ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงานด้านจิตใจ การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่มีความสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน การนอนหลับที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยรักษาสุขภาพกาย และจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ โดยการชดเชยพลังงานเพื่อการทำกิจกรรมประจำวัน และการดำรงชีวิตในสังคม การนอนหลับที่มีคุณภาพและช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุนั้นการนอนหลับที่เพียงพอ และมีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี ลดภาระที่ผู้ดูแลจะต้องเอาใจใส่ อีกทั้งการนอนหลับยังช่วยส่งเสริมความจำ และการเรียนรู้ในชีวิตประจำวันอีกด้วย [21] ช่วงเวลาการหลับจะมีการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมและการทำงานของจิตใจยังดำเนินต่อไป การหลับที่มีจึงมีบทบาทในการกระตุ้นสมอง ซึ่งการกระตุ้นนี้ช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบประสาทส่วนกลางเข้าสู่สภาวะ ให้มีการเก็บความทรงจำโดยร่วมกับเมลาโตนิน (melatonin) และโมโนเอมีน(monoamine) โดยการรวบรวมข้อมูลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในแต่ละวัน จัดระบบข้อมูลใหม่ รวบรวมประสบการณ์ที่สำคัญไว้ และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็น เพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับวันใหม่[22]

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ

อายุ ประสิทธิภาพการนอนจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมักจะมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากวัยหนุ่มสาว บุคคลจะเริ่มพบปัญหาการหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี เนื่องจากการหลับคลื่นสั้นจะสูงสุดช่วงวัยรุ่นจะลดลงอย่างสม่ำเสมอ โดยจะเหลือการหลับคลื่นสั้นประมาณร้อยละ 15-20 ของการหลับทั้งหมดในคนอายุ 20 ปี และจะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มีการหลับคลื่นสั้นเลยในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป คนหนุ่มสาวจะหลับยาก แต่ถ้าเริ่มหลับได้จะหลับตลอด ส่วนในคน

สูงอายุไม่มีปัญหาในการเข้านอน แต่จะหลับยาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อยมีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ตื่นบ่อยตลอดคืน และมักตื่นเช้าตรู่พร้อมความรู้สึกว่านอนหลับไม่เพียงพอ[23] จากการศึกษาของแมคคีและรัสเซลพบว่าในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่หลับได้น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน เหตุผลของการตื่นบ่อยครั้งมาจากความไม่สุขสบายของร่างกาย หรือจากการถ่ายปัสสาวะ[24] แต่จากการศึกษาของสเตปโนวสกี พบว่า เวลานอนหลับทั้งหมดของผู้สูงอายุจะไม่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากสมองที่เสื่อมลง ทำให้วงจรชีวภาพแปรปรวนได้ง่ายนอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีโอกาสตื่นเนื่องจากเสียงรบกวนได้ง่ายขึ้น [25]

เพศ จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการนอนหลับพบว่าเพศชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่า และเร็วกว่าเพศหญิง และประมาณ 10-20 ปีตามระยะพัฒนาการระหว่างเพศชายและเพศหญิง [26] แต่จากการศึกษาของแมคคีและรัสเซล ไม่พบมีความแตกต่างของเพศ แต่พบปัญหาการใช้ยานอนหลับในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและจากการศึกษาของ คิวาภรณ์ โกศล [27] พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เมนเดลสันและคณะ ที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสประสบปัญหาการนอนหลับไม่ต่างกัน

ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ จากการศึกษาที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตประจำวัน อาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือแม้แต่อารมณ์ตื่นเต้นมีผลต่อการนอนหลับ ร่างกายจะมีการหลั่ง นอร์แอดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นให้ระบบประสาทซิมพาเทติกในร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับยาก หรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกนอนไม่เพียงพอ หรือในบางคนอาจหลับมากกว่าปกติ และปลุกให้ตื่นได้ยากจากการเปลี่ยนการนอนหลับเร็วเกินไป ทำให้นอนหลับได้ไม่ครบวงจรการนอนหลับ [28] จากการศึกษาของ บุญชูอนุศาสนันท์ [29] พบว่า ความกลัวและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของคิวาภรณ์ โกศล [30] ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ไม่ปกติเนื่องมาจากความกลัว ความวิตกกังวล หรือความเครียด นั้น จะนอนหลับได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ที่ปกติ

วงจรชีวภาพในรอบวัน การนอนหลับของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับวงจรชีวภาพในรอบวันอย่างมาก สำหรับบุคคลทั่วไป ในเวลาเช้าตรู่จะเป็นช่วงเวลาที่บุคคลนอนหลับสนิทที่สุด เพราะจะเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีระดับการทำงานลดลงต่ำที่สุด แต่ในบุคคลบางกลุ่มนอนหลับในช่วงพลบค่ำและตื่นเช้าตรู่ และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเช้า ในขณะที่อีก

กลุ่มหนึ่งชอบนอนหลับดึกๆ ตื่นสาย และมักทำงานได้ดีในช่วงบ่ายถึงกลางคืน ซึ่งวงจรชีวภาพนี้จะสอดคล้องกับอุปนิสัย บุคลิกภาพ และความสะดวกของแต่ละบุคคล และอาชีพ[31]

อาหารและเครื่องดื่ม สำหรับเครื่องดื่มที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือ คาเฟอีนผสม โดยเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระดับต่ำจะช่วยให้นอนหลับง่าย เพิ่มระยะเวลาของการนอนหลับ และลดการตื่นระหว่างการนอนหลับ แต่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนนอนในปริมาณที่มากเกินไป แม้จะช่วยให้นอนหลับง่าย แต่ก็มีผลรบกวนให้มีการตื่นระหว่างการนอนหลับบ่อยเพื่อถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ขัดขวางการทำงานที่ของสมองในการคงสภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะการหลับแบบ REM [32] ส่วนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา หรือ ช็อกโกแลต ถ้าร่างกายได้รับใกล้เวลานอน จะทำให้นอนไม่หลับ ไม่รู้สึกง่วงหรือนอนหลับไม่สนิท เนื่องจากคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้ตื่นตัวไม่ง่วงนอน นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไต ให้หลั่งสารที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เส้นเลือดบีบตัว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีความตื่นตัว [33]

การนอนหลับในคืนที่ผ่านมา บุคคลที่มีการอดนอนในคืนก่อนๆ เมื่อมีโอกาสนอนหลับชดเชยในคืนถัดมาพบว่ามีการนอนหลับที่ลึกและนานขึ้น ส่วนบุคคลที่นอนหลับตลอดทั้งวัน หลังจากการทำงานในช่วงกลางคืน ก็จะไม่รู้สึกง่วงนอนในเวลานอนหลับตามปกติ ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่นอนหลับได้น้อยในคืนที่ผ่านมา หรือตื่นนอนเช้ากว่าปกติจะรู้สึกง่วงนอนก่อนถึงเวลาหลับปกติ ซึ่งการอดนอนเรื้อรัง หรือการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา นั้นมีผลให้การนอนหลับในระยะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเริ่มต้นการนอนหลับที่ไม่มีเวลาแน่นอน เมื่อมีการนอนหลับแล้วอาจนอนหลับสนิทได้เร็วขึ้นแต่ระยะเวลาสั้นลง จากการศึกษาของแคลนซี และแมควิคาร์ ศึกษาถึงเวลาของการปรับตัวในวงจรการนอนหลับและการตื่นพบว่าร้อยละ 55-66 ของกลุ่มตัวอย่างมีวงจรการนอนหลับและการตื่นได้ใหม่ เมื่อจัดเวลาการนอนหลับและการตื่นซ้ำติดต่อกัน 7 วัน[34]

2.4 คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เช่น ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ หรือจำนวนครั้งของการตื่น เป็นต้น
2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ [35] เป็นต้น หรืออาจกล่าวได้ว่าคุณภาพการ

นอนหลับเป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน [36] และการที่บุคคลจะกล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้นสามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลนั่นเอง

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 วิธี คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective Sleep Quality) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ซึ่งการที่จะเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ [37] และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ ซึ่งประเมินได้จากการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับ หรือจากการบันทึกลักษณะของการนอนหลับตลอดคืน เช่น การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง เป็นต้น ด้วยวิธีการใช้โพลีซอมโนกราฟฟิค ซึ่งเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ การวัดคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้ให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด [38]

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ เพราะบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้ายสามารถกำหนดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพได้ [39] การประเมินคุณภาพ การนอนหลับอาจทำได้หลายวิธี เช่น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเวลานอนหลับปกติ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน การรบกวนการนอนหลับ เวลาที่อยู่นอนคนเดียว [40] หรือการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ

2.5 ความผิดปกติของการนอนหลับ แบ่งออกเป็น [41]

- อาการนอนไม่หลับ หรือการนอนหลับ ไม่เพียงพอ (Insomnia)
- อาการหลับมาก หรืออ้วนง่วงเหงาหาวนอนมาก (Hypersomnia)
- อาการที่เกิดร่วมกับการหลับ หรือพฤติกรรมขณะหลับ (Parasomnia) เช่นการกระตุก ละเมอพูด ละเมอเดิน หรือขบเคี้ยวฟันขณะหลับ

อาการนอนไม่หลับ หรือการนอนหลับไม่เพียงพอ [42] เป็นเพียงอาการไม่ใช่โรค ปัญหาการนอนที่พบได้คือ การนอนไม่หลับ หรือหลับลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมากกลางดึก หรือหลับๆตื่นๆ การตื่นเช้าหรือเร็วกว่าปกติและตื่นแล้วแต่ไม่สดชื่น

2.6 การนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ [43]

การนอนหลับในแต่ละช่วงอายุมีความแตกต่างกัน โดยระยะเวลาของการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ในแต่ละระยะของการนอนหลับในผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงโดยมีการเพิ่มขึ้นของระยะ NREM 1 และ 2 และลดระยะ NREM 4 และ REM เวลาการนอนในระยะ NREM 1 นี้จะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8-15 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ความทนต่อการกระตุ้นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหลับยากขึ้น และถูกสิ่งเร้าต่างๆ ปลุกให้ตื่นได้ง่าย ทำให้ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน และเมื่อตื่นขึ้นจะรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับ ไม่สดชื่น ผู้สูงอายุการนอนหลับระยะ NREM 2 นี้ไม่เปลี่ยนแปลง แต่บางการศึกษาพบว่าการนอนระยะนี้เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ในผู้สูงอายุการนอนหลับระยะ NREM 3 และ 4 จะลดลง ร้อยละ 15-20 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด การนอนในระยะ NREM 4 จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับในคืนนั้น และผลของการลดลงของ NREM 4 ซึ่งเป็นระยะหลับลึกทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับไม่สนิท หลับได้ไม่เพียงพอ และรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน เพราะระยะนี้เป็นระยะที่ร่างกายผ่อนคลายที่สุด มีการสร้าง ซ่อมแซมร่างกายและสำรองพลังงานมากที่สุด ระยะ REM ในผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 20-25 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด รวมทั้งจังหวะในรอบวันของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงจากหลายสาเหตุ ทั้งจากการเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางเนื่องจากกระบวนการของความชรา ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง การรับและการส่งกระแสประสาทช้าลง มีความบกพร่องในการรับรู้ความรู้สึก ทำให้มีข้อจำกัดในการตอบสนองต่อสัญญาณบอกเวลาจากภายนอก

การนอนไม่หลับเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการศึกษพบว่าความชุกของการนอนไม่หลับเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ นอกจากผู้สูงอายุจะมีการนอนหลับยากและตื่นง่ายแล้วปัญหาการหายใจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ปัญหาการนอนไม่หลับรุนแรงขึ้น ส่วนใหญ่แล้วการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุจะพบร่วมกับโรคทางจิตเวช (โดยเฉพาะ Major Depresson Generaized Anxiety Disorder และ Dementia) โรคทางกายผลข้างเคียงของยาหรือการใช้สารเสพติดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับนั้น ผู้รักษาควรให้ความมั่นใจว่าการนอนหลับไม่หลับเพียงเล็กน้อยถือว่าเป็นเรื่องปกติ หากการนอนไม่หลับนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดการง่วงนอนอย่างมากในเวลากลางวัน(Excessive Daytime Sleepiness) ไม่ทำให้ขาดสมาธิ (Concentration deficits) ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (mood change) และไม่มีการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคม ด้านอาชีพหรือด้านอื่นๆที่สำคัญการรักษาหลักสำหรับผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ คือการรักษาโรค หรือหยุดยาที่เป็นสาเหตุร่วมไปกับการปรับปรุงสุขอนามัยของการนอน ยานอนหลับที่ใช้

ในผู้ป่วยทั่วไปก็สามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุได้ แต่ผู้รักษาควรใช้ในขนาดต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ร่วมกับการระมัดระวังเกี่ยวกับผลข้างเคียงและการสะสมยาในร่างกายแต่การรักษาด้วยการใช้ยา เพียงอย่างเดียว นั้น อาจได้ผลดีในระดับหนึ่ง หากต้องการให้ร่างกายแข็งแรง ขึ้นก็ควรมีการ บำรุงรักษาจิตใจควบคู่กันไปด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ

Brassington [44] ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายแอโรบิคและ คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นรายบุคคล จำนวน 46 คน อายุ 60-82 ปี พบว่า กลุ่มที่ ได้รับการออกกำลังกาย มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่า ในเรื่องของระยะเวลาในการนอนหลับดีขึ้น ใช้เวลาในการนอนหลับลดลง และมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันน้อยลง นอกจากนี้กลุ่มที่ออกกำลังกายมีรายงานว่า ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด และ อาการทางกายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

Barzargan [45] ศึกษาปัจจัยที่รบกวนระหว่างการนอนหลับในผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า สภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 998 คน เป็นคนผิวดำ พบว่าผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาก่อนนอนหลับมากกว่า 30 นาทีร้อยละ 13 ต่ำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อคืน ร้อยละ 14.5 ตื่นนอนและใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีที่ก่อนจะหลับ ต่อไปอีกถึงร้อยละ 45.3 และเพศหญิงจะใช้เวลาก่อนนอนหลับมากกว่าเพศชายรวมทั้งตื่นนอน ระหว่างการหลับบ่อยกว่าด้วย มักจะไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย

Tanaka และคณะ [46] ได้ศึกษาเรื่องสุขภาพการนอนหลับ ชีวิตความเป็นอยู่ และ สุขภาพจิตในผู้สูงอายุญี่ปุ่น พบว่า การออกกำลังกายปานกลาง เช่น การเดิน ทำให้คุณภาพการ นอนหลับและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยพบว่าการใช้เวลาในการที่จะนอนหลับลดลงและ การนอนหลับลึกเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งทำให้สุขภาพกายดีขึ้นด้วย

เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย [47] ได้ศึกษาเรื่องผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในกลุ่ม ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวนตัวอย่างกลุ่มเดียว 63 คน ระยะเวลาก่อนหลับของการ เข้าโปรแกรมการออกกำลังกายกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาก่อนหลับสั้น ลง และคุณภาพการนอนหลับสูงขึ้น

ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ [21] ได้ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อ ความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวนตัวอย่าง 30 คนกลุ่มละ 15 คน จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง เขตภาษีเจริญ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร และคณะ [48] ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุ สมาชิกของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 126 คน ด้วยแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการนอนหลับยากร้อยละ 31.7 นอนหลับไม่สนิทตื่นบ่อยๆ กลางดึกร้อยละ 23 นอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเร็วกว่าปกติร้อยละ 12.7 และมีอาการง่วงนอนมากตลอดวันร้อยละ 14.4 ซึ่งปัจจัยด้านสภาพบุคคล กิจวัตรประจำวัน สิ่งแวดล้อมขณะหลับ ภาวะสุขภาพและภาวะจิตสังคม สามารถทำนายแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 81.75

วันดี คหะวงศ์ และคณะ [49] ศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 187 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในด้านนิสัยการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมส่งเสริมการนอนหลับ พบว่านิสัยการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่เด่นชัด คือ เข้านอนค่อนข้างดึกเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุอื่น โดยเข้านอนเวลา 21.00-24.00 น. ใช้เวลาก่อนหลับไม่เกิน 30 นาที นอนหลับสนิทคืนละไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ตื่นขึ้นมาระหว่างช่วงเวลาหลับ ใช้เวลาในการตื่นขึ้นมาแต่ละครั้งประมาณครึ่งชั่วโมง ตื่นนอนเช้าโดยตื่นเวลาประมาณ 05.00-06.00 น. หลังตื่นนอนลุกจากเตียงภายในเวลา 15 นาที จับหลับกลางวัน ใช้เวลาในการจับหลับแต่ละครั้งประมาณ 30-60 นาที และปัญหาการนอนที่พบมากที่สุดคือ การตื่นขึ้นมาจากเข้านอนแล้ว รองลงมาคือ ความรู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน และการหลับยากเมื่อเข้านอน

พัสมณฑิ์ คุ่มทวี และลิวรรณ อุณาภิรัช [50] ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยสามัญโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 134 คน ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจกิจกรรมการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า

1. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุเป็นกิจกรรมต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง เวรบายเป็นเวรที่กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหลับมากที่สุด

2. กิจกรรมการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การลดหรือกำจัดสิ่งรบกวนในร่างกายของผู้สูงอายุ การเพิ่มความสุขสบายและลดสิ่งรบกวนภายนอกร่างกายของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหลับ

2) การพยาบาลที่เข้าใจว่าส่งเสริมการนอนหลับตอนกลางคืน แต่กลับมีผลรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุคือ การปลุกให้ผู้ป่วยสูงอายุตื่นแต่เช้า (ร้อยละ 35.8) การดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนกลางวัน ทดแทนการนอนไม่หลับตอนกลางคืน (ร้อยละ 15.7) การดูแลให้ผู้ป่วยสูงอายุตื่นมมาก่อนนอน (ร้อยละ 14.9) และการรายงานแพทย์เพื่อขอยานอนหลับให้ผู้ป่วยสูงอายุภายหลังเวลา 02.00 นาฬิกา (ร้อยละ 66.4)

ฉิววรรณ อุณนาภิรักษ์ และพัศมณฑิ คุ่มทวีพร [51] ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีอายุ 60-88 ปี จำนวน 126 คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช อย่างน้อย 3 วัน ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เป็นผู้ไม่มีประวัติของโรคหรือยาที่มีผลต่อวงจรการนอนหลับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในตอนเช้าภายในเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง นับจากเวลาตื่นนอน ผลการวิจัยพบว่าแบบแผนการนอนหลับที่บ้าน และโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในส่วนของเวลาที่ใช้ในการนอนเพื่อให้หลับ ปริมาณการนอนหลับจริง ความรู้สึกหลับยาก เวลาที่ใช้ในการนอนต่อสาเหตุของการตื่นเพื่อปัสสาวะและจากความไม่สุขสบาย รวมทั้งปริมาณการนอนหลับกลางวัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปรที่ใช้ทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 84.24 ได้แก่ ปริมาณการนอนหลับจริง ความไม่ชินกับเตียงและเครื่องนอนของโรงพยาบาล เสียงรบกวนจากผู้ป่วยอื่นเวลาที่ใช้ในการนอนเพื่อให้หลับที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

กุสุมาลย์ รามศิริ [52] ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยวิธีการสุ่มหลายลำดับขั้นจากผู้สูงอายุในจังหวัดเลยตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 336 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2543 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับดี และร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ปัจจัยด้านต่างๆที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดนั้นพบว่า ด้านร่างกายคือความเจ็บปวด ด้านจิตใจและอารมณ์คือความวิตกกังวล และด้านสิ่งแวดล้อมคือเสียง การจัดการกับปัญหาการนอนหลับต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดนั้นพบว่า ด้านร่างกายคือการเปลี่ยนท่านอน ด้านจิตใจและอารมณ์คือการทำสมาธิ และด้านสิ่งแวดล้อมคือหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน

3. แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ

ความหมายของสมาธินั้นได้มีผู้ให้ความหมายของสมาธิในทางที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้
พระศรีวิสุทธิกวี [53] ให้ความหมายของสมาธิว่า หมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต ความที่จิต
มั่นคง ไม่หวั่นไหว

ชินโอสถ หัสบำเรอ[54] ให้ความหมายของสมาธิ หมายถึงการที่จิตตั้งมั่นระลึกรั้งถึงสิ่งใดสิ่ง
เดียวอย่างเหนียวแน่น ไม่ส่ายไประลึกรั้งถึงสิ่งนั้นบ้างสิ่งนี้บ้าง

เตชธมฺโม ภิกขุ [55] ให้ความหมายของสมาธิว่า หมายถึง การกระทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดย
ให้จิตพร้อมที่อยู่กับสิ่งนั้น เรื่องนั้นเรื่องเดียว ไม่วอกแวก ไม่ฟุ้งซ่านหรือส่ายไป

จากความหมายของสมาธิดังกล่าว สรุปได้ว่าสมาธิเป็นเรื่องของจิตใจที่มีความตั้งมั่นในสิ่ง
ใดสิ่งหนึ่งที่กำลังกระทำอยู่ ไม่มีใจวอกแวกหรือคิดถึงเรื่องราวทั้งในอดีต อนาคตและงานการ
ดำรงชีวิตอื่นๆ เป็นภาวะที่จิตสงบมุ่งรวมกำลังความคิดให้เป็นหนึ่งเดียวไม่กระจายความคิด ไม่
ฟุ้งซ่าน ก่อให้จิตมีพลัง

งานวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสมาธิ

Benson and Wallace[56] ได้ศึกษา ระดับความดันโลหิตของคนที่ใช้ความดันโลหิตสูง
ขณะฝึกสมาธิ เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่า การฝึกสมาธิทำให้ลดความดันของผู้ที่มีความดันโลหิต
สูงได้ ผู้ถูกทดลองเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 22 คน ทุกคนได้รับการวัดความดันอย่างเป็น
ระบบตั้งแต่ 1 ถึง 119 ครั้ง ในระยะเวลามากกว่า 4 ถึง 63 สัปดาห์ โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต
แบบสุ่มศูนย์(Random Zero Sphygmometer) ทำการวัดควบคุมก่อนจะเริ่มฝึกสมาธิ ได้ผลคือ
กลุ่มมีความดันขณะหัวใจบีบตัวเป็น 150 ± 17 มิลลิเมตรปรอท ($X \pm SD$) และความดันขณะหัวใจ
คลายตัวเป็น $94 + 9$ มิลลิเมตรปรอท โดยการทดสอบค่าที่แบบจับคู่(t-Test:Paired) แสดงว่า
ความดันโลหิตสูงอาจลดลงได้จากการฝึกสมาธิ ($p < .001$ สำหรับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว
และ $p > .005$ สำหรับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว)

Tsai & Crockett[57] ได้ศึกษา “ผลของการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตภาพและ
สมาธิต่อระดับความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลไต้หวัน” กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 137 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตภาพ
และสมาธิ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก หลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม จะใช้แบบสอบถาม
ความเครียดของพยาบาลและสุขภาพโดยทั่วไป และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า การ

ฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตภาพและสมาธิจะช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงาน และช่วยให้คุณภาพทางจิตสังคัมของพยาบาลดีขึ้น

ชื่นชม สมประเสริฐ[58]ได้ศึกษา ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 64 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มนักศึกษาที่เข้าฝึกสมาธิโดยมีระยะเวลาในการฝึกมากกว่าร้อยละ 75 มีความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการฝึกสมาธิ และกลุ่มที่มาฝึกร้อยละ 50-70 และกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้ฝึกสมาธิมีระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการฝึกสมาธิไม่แตกต่างกัน

เสาวนีย์ พงษ์ [59] ได้ศึกษา ผลของการฝึกสมาธิ(วิปัสณากรรมฐาน)ต่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัด ระนอง จำนวน 25 คน ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพ การนำไฟฟ้าทางผิวหนัง อุณหภูมิที่ปลายนิ้ว สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่าชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. แนวคิดเกี่ยวกับดนตรี

ดนตรี คือ[60] ลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียบเรียงไว้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย โดยมีแบบแผนและโครงสร้างชัดเจน สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ เพื่อความสุนทรีย์, เพื่อการบำบัดรักษา และเพื่อการศึกษา

ดนตรี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการทำงานของสมองในหลาย ๆ ด้าน จากการศึกษาวิจัยพบว่ามีผล ดังนี้

ดนตรีบำบัด (Music Therapy) คือศาสตร์ที่ว่าด้วย การนำดนตรี หรือองค์ประกอบอื่น ๆ ทางดนตรี มาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยน พัฒนา และคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยนักดนตรีบำบัดเป็นผู้ดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผ่านทางกิจกรรมทางดนตรีต่าง ๆ อย่างมีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน มีหลักเกณฑ์ และระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ เป้าหมายของดนตรีบำบัด ไม่ได้เน้นที่ทักษะทางดนตรี แต่เน้นในด้านพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลที่มารับการบำบัด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในหลายบริบท เช่น ด้านการศึกษา ด้านการแพทย์

Snyder [61] ให้คำจำกัดความของดนตรีบำบัดว่า เป็นดนตรีที่มีอิทธิพล และใช้ควบคุมมนุษย์ ใช้รักษาในด้านสรีระวิทยา พยาธิสรีระวิทยา และอารมณ์ ให้ผู้ป่วยและผู้พิการ จึงเป็นคำจำกัดความที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย

Chlan and Tracy M.F. [62] กล่าวว่า ดนตรี คือประสบการณ์ที่เป็นพลวัต ก่อให้เกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากความไม่พอใจ ความไม่สุขสบาย สู่อารมณ์ที่ดีด้วยการใช้ดนตรี

Seaward [63] กล่าวว่า ดนตรีบำบัดคือการใช้ดนตรีช่วยให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพร่างกายและอารมณ์ และมีประสบการณ์ในการใช้กระบวนการของจังหวะและเสียงที่แตกต่างกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงร่างกายและอารมณ์ตนเอง

พิชัย ปรัชญานุสรณ์ [64] กล่าวว่า ดนตรีบำบัดเป็นการนำดนตรีและกิจกรรมดนตรีต่างๆ ไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์โดยคำนึงถึงวัยของผู้ป่วย ลักษณะของโรค อาการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองให้ดำเนินชีวิตทั้งต่อตนเองและสังคมได้อย่างปกติสุข

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ดนตรีบำบัดเป็น การประยุกต์ใช้องค์ประกอบทางดนตรีอย่างมีหลักเกณฑ์เพื่อผลทางสรีระวิทยาและจิตวิทยา ในการรักษา บรรเทา ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิต ของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีเจ็บป่วย

ชนิดของดนตรีที่นำมาใช้ในการบำบัด ได้แก่

- ดนตรีที่ไม่มีคำร้อง (ดนตรีบรรเลง)
- ดนตรีที่เป็นเสียงจากธรรมชาติ เช่นเสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม
- ดนตรีที่มีคำร้อง ได้แก่ Classical ,Country, Rock, Pop . Jazz

องค์ประกอบและคุณสมบัติของดนตรี [65]

ดนตรีเป็นลักษณะของเสียงที่ได้รับการจัดเรียงไว้อย่างเรียบร้อย โดยมีแบบแผนและโครงสร้างที่ชัดเจน ถือเป็นวิทยาศาสตร์ประยุกต์เป็นการผสมผสานกันระหว่างศิลปะกับวิทยาศาสตร์จึงมีคุณค่าทำให้เกิดความอบอุ่นก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจได้สูงกว่าเสียงที่ขาดระเบียบ โดยผลของดนตรีจะขึ้นอยู่กับคุณลักษณะ และการเรียบเรียงของดนตรีดังต่อไปนี้

1. จังหวะ (rhythm) หมายถึง การเคลื่อนไหวของเสียงในช่วงเวลาหนึ่ง ดนตรีแต่ละชนิดจะมีจังหวะหรือลีลาเฉพาะที่แตกต่างกัน จังหวะเป็นหัวใจสำคัญของดนตรี ความเร็วหรือช้าของ

จังหวะสามารถกระตุ้นกลไกการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย และทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ได้ โดยลักษณะจังหวะของดนตรีบรรเลงจะมีจังหวะที่ช้า มั่นคง สม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เยือกเย็นลง และช่วยในการผ่อนคลาย

2. ระดับเสียง (pitch) หมายถึง เสียงสูง – ต่ำที่มีความถี่เป็นรอบต่อวินาทีที่มีหน่วยเป็นเฮิรตซ์ เสียงที่มีความถี่สูง คือ เสียงสูง ส่วนเสียงที่มีความถี่ต่ำ คือ เสียงต่ำ มนุษย์สามารถรับฟังเสียงที่มีความถี่ตั้งแต่ 20 – 20,000 เฮิรตซ์ ระดับเสียงดนตรีที่จะทำให้เกิดการผ่อนคลายควรมีระดับเสียง ปานกลาง – ต่ำ หรือทุ้มนุ่มนวลจะทำให้รู้สึกผ่อนคลายและสงบ

3. ความดังของเสียง (dynamics) คือปริมาณความเข้มของเสียงที่วัดได้มีหน่วยเป็นเดซิเบล มนุษย์และสัตว์จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับความดังของเสียงต่างๆเสียงที่เบาและนุ่มนวลจะทำให้เกิดความสงบสุขและทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ การรับฟังดนตรีให้เกิดความผ่อนคลาย ควรใช้ความดังของเสียงที่อยู่ในช่วง 40-60 เดซิเบล และไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล เพราะจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และการฟังเสียงที่ใกล้กับหูที่ดังมากอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อเยื่อแก้วหู และเป็นสาเหตุให้หูหนวกได้

4. ทำนองเพลง (melody) หมายถึงการนำเอาระดับเสียงสูง-ต่ำต่างกันมาจัดเรียงกันอย่างมีศิลปะ จังหวะหลักที่ชัดเจน ความช้า – เร็วของจังหวะ ความเข้มของเสียง และสีสันทันของเสียงซึ่งนำไปสู่ความสมบูรณ์ของทำนองเพลงที่ผู้ฟังจะสังเกตเห็นได้ ทำนองเพลงที่มีความสอดคล้องกลมกลืนจะช่วยลดความวิตกกังวลทำให้รู้สึกคลายความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ และทำให้เกิดความคิดริเริ่ม

5. ความช้าเร็วของจังหวะ (tempo) หมายถึง การกำหนดจังหวะหลักที่มีความช้าเร็วต่างกันซึ่งมีอุปกรณ์ที่ช่วยกำกับความช้า – เร็ว ของจังหวะเรียกว่า เครื่องวัดจังหวะดนตรีเมโทรโนม (metronome) โดยปกติจังหวะที่เร็วมักหมายถึงอารมณ์ความรู้สึกที่ตื่นเต้น เร้าใจ แต่จังหวะช้ามักทำให้เกิดความสงบ

6. สีสันทันของเสียง (timbre) จะเป็นตัวที่จะช่วยให้สามารถแบ่งแยกเสียงของบุคคลหนึ่งออกจากบุคคลอื่นๆ หรือเครื่องดนตรีหนึ่งออกจากเครื่องดนตรีอื่นได้ เมื่อมีการใช้สีสันทันของเสียงร่วมกับระดับเสียงจะสามารถสร้างสรรค์ผลที่ยิ่งใหญ่ในการบำบัดได้ โดยจะไปทำให้เกิดความสมดุลทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ

7. ความรู้สึก (expression) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ กล่าวคือดนตรีที่มีความไพเราะสามารถสื่อความหมายได้อย่างมีศิลปะ มักต้องประกอบด้วยอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความเร็ว- ช้าของจังหวะที่สอดคล้องกับความรู้สึกของเสียงดนตรี

ผลของการฟังดนตรีต่อร่างกายและจิตใจ

ผลของดนตรีต่อร่างกาย สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของชีพจร, ความดันโลหิต, การตอบสนองของม่านตา, ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการไหลเวียนของเลือด ผลของดนตรีต่อจิตใจและสมอง สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ อารมณ์, สติสัมปชัญญะ, จินตนาการ, การรับรู้สภาพความเป็นจริง และการสื่อสารทางอวัจนภาษา ดนตรีมีอิทธิพลต่อมนุษย์ทั้งร่างกายจะจิตใจ รวมไปถึงพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์

1. ผลของการรับฟังดนตรีต่อร่างกาย [66]

1.1 ทางระบบประสาทสรีรวิทยา

เมื่อได้ฟังดนตรีเสียงดนตรีจะถูกส่งจากปลายประสาทแอกซอน (axon) ของใยประสาทรับสัมผัสขาขึ้น (ascending sensory fiber) ไปยังเซลล์ประสาทของระบบ เรติคูลาร์ แอคติเวติง (reticular activating system) แล้วกระตุ้นต่อไปยังทาลามัส จากนั้นก็ถูกส่งขึ้นไปไปที่ ซีรีบรัม คอร์เท็กซ์เพื่อไปประมวลผลที่สมองบริเวณขมับ(temporal lobe) แล้วส่งต่อไปยังระบบลิมบิกซึ่งเสียงดนตรีจะเหนี่ยวนำให้มีการหลั่งสารฟีนิลเอธิลทาลามีน(phenylethylamine) จากระบบนี้ สารฟีนิลเอธิลทาลามีน จะทำหน้าที่ให้เกิดความรู้สึกชื่นชอบ จากนั้นจะมีการส่งการกระตุ้นผ่านไปยังสมองอีกด้านหนึ่งเพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันของสมองทั้งสองด้านผ่านทางคอร์ปัส คอลลูซัม (corpus callosum) จากนั้นจะมีการกระตุ้นลงมายังที่ตำแหน่งของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ระบบซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติก การฟังดนตรีจะมีผลทำให้การทำงานของระบบพาราซิมพาเทติกไปข่มการทำงานของระบบซิมพาเทติกส่งผลให้เกิดภาวะผ่อนคลาย ซึ่งแสดงลักษณะดังต่อไปนี้ มีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง หายใจลึกสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และก่อให้เกิดความถี่อัลฟาในคลื่นสมองซึ่งจะเกิดในภาวะที่สติมีการผ่อนคลายอย่างเต็มที่

1.2 ทางระบบประสาทและฮอโมน

ระบบนี้จะทำหน้าที่รักษาสสมดุลของร่างกายโดยการหลั่งฮอโมนและสารเคมีที่พอเหมาะเข้าไปในกระแสเลือด ซึ่งผลของการฟังดนตรีจะมีผลต่อระบบนี้ 3 ทางต่อไปนี้

1.2.1 การฟังดนตรีจะทำให้มีการหลั่งเอนโดฟินจากต่อมพิทูอิทารีมีผลไปลดความเจ็บปวด และมีผลทางอารมณ์

1.2.2 การฟังดนตรีจะไปมีผลลดการหลั่งแคทีโคลามีนที่หลั่งมาจากต่อมหมวกไตชั้นในมีผลให้ไปลดอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเผาผลาญ ความดันโลหิต กรดไขมันอิสระ และการใช้ออกซิเจน

1.2.3 การฟังดนตรีจะไปลดระดับของฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน รีลีสซิ่ง และฮอร์โมนอะดรีนัลคอร์ติโคโทรปิก ซึ่งจะหลั่งออกมาในสภาวะที่มีความเครียด

2. ผลของการรับฟังดนตรีต่อจิตใจ

ดนตรีมีอิทธิพลอย่างมากต่อศูนย์ควบคุมสมองระดับสูง ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจ แรงจูงใจ ความจำ ความฝัน รวมทั้งภาวะอารมณ์ การศึกษาผลของดนตรีต่อจิตใจเริ่มครั้งแรกโดย ดร.เวียมเนอร์ ในคริสต์ศตวรรษ 1890 โดยเล่นเปียโนให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่มีปัญหาทางด้านจิตใจจำนวน 1,400 คน พบว่าจังหวะจะกระตุ้นให้มีการตอบสนอง สำหรับดนตรีที่ไม่มีจังหวะกำกับจะไม่มีผลกระตุ้นความทรงจำ ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษ 1940 อัลท์ชูลเลอร์ได้ทำการศึกษาผลของดนตรีแล้วเชื่อว่าดนตรีสามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ทั้งในภาวะที่มีและขาดสติสัมปชัญญะ ซึ่งดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองระดับคอร์ติคอลโดยไปกระตุ้นการสร้างจินตนาการและสติปัญญาความเฉลียวฉลาด ส่วนในภาวะที่ขาดสติสัมปชัญญะ ดนตรีจะไปปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่สมองระดับธาลามิก ซึ่งเป็นสถานีใหญ่ในการส่งและถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกไปสู่ ซีรีบรัม เฮมิสเฟียร์(cerebral hemisphere) โดยนำส่งไปตามวิถีประสาท [67]

4.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับดนตรีบำบัด

Biochemical theory ดนตรีมีผลต่อสรีระวิทยาของมนุษย์โดยตรง ผ่านทางระบบประสาท การได้ยินด้วยการสั่นสะเทือนของเสียง ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของใยประสาท ไปยังสมองซีกขวาสุดต่อมใต้สมอง และต่อมใต้สมองส่วนหน้า กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรฟิน และลดระดับคอร์ติซอล ในเลือดเป็นผลให้ความเครียดในผู้ป่วย ลดน้อยลง (Seawaed,1999:365)

Entrainment theory กล่าวถึงการรับและส่งทางดนตรีโดยเริ่มจากการส่งทางดนตรีและการรับเข้าสู่สนามพลังงานของมนุษย์ อาศัยหลักความพหุเหมาะสมพอดีกันของจังหวะที่ส่งและสนามพลังที่รับ จังหวะที่เหมาะสมดังกล่าวเรียกว่า matched rhythm(Seawaed,1999:363)

Metaphysical theory มีแนวคิดที่ว่าดนตรีเป็นการหยั่งรู้ในธรรมชาติ อาศัยการรวมหลักทางกายภาพหลายด้านเข้ามาผสมผสานกันอย่างกลมกลืน (Seawaed,1999:365)

4.2 แนวคิดในการนำดนตรีมาใช้ในการบำบัด

ดนตรีบำบัด เป็นการรักษาซึ่งจัดว่าเป็นจิตบำบัดอย่างหนึ่งซึ่งไม่ต้องใช้คำพูด โดยอาศัยคุณสมบัติต่างๆของเสียงดนตรี ซึ่งได้แก่ จังหวะ ระดับเสียง การประสานเสียง หรือผลที่ได้รับจากการทดสอบแล้ว แต่ต้องเลือกคุณสมบัติของเสียงและประเภทของดนตรีให้เหมาะสม เพราะเสียงของดนตรีมีพลังและอำนาจที่จะเข้าไปสู่จิตวิญญาณของมนุษย์ได้โดยที่คำพูดไม่สามารถสัมผัสถึง กล่าวโดยสรุปดนตรีสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดดังนี้

ดนตรีช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย เพราะจังหวะและท่วงทำนองของดนตรีทำให้ฟังแล้วรู้สึกสุขสบายอยากพักผ่อน ไดม็อทโท (Dimotto) ได้แนะนำว่าดนตรีที่ใช้จะเป็นประเภทใดก็ได้ถ้าฟังแล้วทำให้มีความรู้สึกอยากพักผ่อน แต่เพลงคลาสสิกจะดีที่สุด สำหรับช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยอารมณ์ความคิดให้ล่องลอยไกลจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่างๆ ให้กลับกลายเป็นความรู้สึกสบายใจ ได้แนวความคิดใหม่สำหรับการต่อสู้กับปัญหาต่างๆในชีวิต เพราะขณะที่เข้าสู่ภาวะผ่อนคลายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงของระดับสติสัมปชัญญะ อยู่ระหว่างภาวะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์กับภาวะที่ขาดสติสัมปชัญญะ ซึ่งในระดับนี้ระดับกระบวนการความคิดที่เกี่ยวกับความเป็นจริงจะลดลง แต่จะเพิ่มความคิดทางด้านสร้างสรรค์ มีความสามารถสูงในการรวมจุดความคิดหรือมโนภาพไว้ที่จุดใดจุดหนึ่ง หรือมีสมาธิอยู่กับภาพคิดฝัน การใช้ดนตรีเพื่อช่วยให้เกิดการผ่อนคลายนี้ ถ้าเป็นจังหวะลีลาและท่วงทำนองซ้ำๆ เบาๆ สม่่าเสมอ ประเภทที่ฟังแล้วก่อให้เกิดความสงบสุขได้ ยิงจะทำให้เกิดการผ่อนคลายได้อย่างลึกอย่างเต็มที่ ดังนั้นดนตรีที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้จัดได้ว่าเป็นดนตรีที่สามารถจะทำให้เกิดความสงบและรู้สึกผ่อนคลายได้

ดนตรีช่วยในการเบี่ยงเบนหรือดึงดูความสนใจ เนื่องจากองค์ประกอบที่พิเศษและแตกต่างของดนตรี เมื่อนำมาประมวลเข้าเป็นดนตรีที่มีความไพเราะและกลมกลืนกันในจังหวะลีลา หรือทำนองแล้ว น่าจะเป็นสิ่งที่มีอำนาจต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลได้ สามารถโน้มน้าวชักจูงอารมณ์ของผู้ฟังให้เคลิบเคลิ้มตามได้ บันดาลให้เกิดความรู้สึกรื่นรมย์หรือเปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิตใจในขณะนั้นให้เป็นที่ฟังปรารถนาได้ ซึ่งแมคเคลล์แลนด์ [68] กล่าวว่า จังหวะ ลีลา ท่วงทำนอง เสียงประสานและความรู้สึกทางดนตรีจะเป็นตัวกำหนดวิธีการตอบสนองของอารมณ์จิตใจ และในการเลือกดนตรีมาใช้เป็นเครื่องเบี่ยงเบนความสนใจนั้น ดนตรีจะต้องมีองค์ประกอบและคุณลักษณะที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ฟังด้วยจึงจะทำให้ประสิทธิภาพในการเบี่ยงเบนความสนใจ

จากคุณประโยชน์ของดนตรีดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำดนตรีมาใช้เพื่อการทำให้เกิดความผ่อนคลายและเพื่อดึงดูดความสนใจ ให้มีความจดจ่ออยู่ที่การฟังเพลงและเพื่อลดความวิตกกังวลซึ่งคาดว่าน่าจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ การฟังดนตรีก่อนนอนน่าจะทำให้เกิดความเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และยังทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่นและสุขสบายการมาจดจ่ออยู่กับเสียงดนตรีของบทเพลงต่างๆ จะทำให้เกิดความสงบในจิตใจและมีสมาธิ

4.3 ดนตรีบำบัดสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มักมีปัญหาที่เฉพาะและเป็นพิเศษไป การใช้นวัตกรรมบำบัดถือว่าเป็นวิถีทางที่ช่วยในการฟื้นฟูผู้สูงอายุเหล่านั้น ให้สามารถคงอยู่และส่งเสริมหน้าที่ทางกาย จิตใจและสังคม ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความสนใจและความสามารถที่จะพัฒนาทักษะทางดนตรีได้ โปรแกรมดนตรีบำบัดที่ดีจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถทั้งด้านร่างกายและความคิด ได้รู้จักสร้างสรรค์ Prinsley [69] ได้เสนอจุดมุ่งหมายในการใช้นวัตกรรมบำบัดในการรักษาผู้สูงอายุดังนี้

1. ทางด้านสังคม เป็นการเพิ่มความร่วมมือและปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อปรับปรุงพฤติกรรมทางสังคม
2. ทางด้านจิตวิทยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เพื่อขยายพฤติกรรมและเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีการแสดงออก
3. ทางด้านสติปัญญา เพื่อปรับปรุงโครงสร้างของกระบวนการทางจิตใจ เพื่อช่วยในการพัฒนาทางด้านคำพูดและเพื่อกระตุ้นการรับรู้
4. ทางด้านร่างกาย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูโดยการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวช่วยในการกระตุ้นการทำงานของเส้นประสาทรับรู้และการเคลื่อนไหว และช่วยเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวและเป็นการสอนทักษะใหม่ๆทางด้านดนตรีด้วย

Davis William [70] ได้เสนอโปรแกรมดนตรีบำบัด 3 ชั้นเพื่อผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมในดนตรีบำบัดดังนี้

1. การฝึกประสาทสัมผัส เป็นการใช้นวัตกรรมกระตุ้นเพื่อช่วยผู้สูงอายุเกิดการตระหนักถึงสภาพแวดล้อมทันที โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถที่จะติดต่อกับสภาพแวดล้อม โดยการจัดกิจกรรมที่ช่วยปรับปรุงหน้าที่ทางด้านสังคม กาย ใจ ในขั้นนี้ใช้กิจกรรมที่ง่ายและมีโครงสร้าง โดยเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ตา หู ผิวหนัง เป็นต้น การฝึกประสาทสัมผัส สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 มี

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง เพิ่มทักษะของกล้ามเนื้อใหญ่และมัดเล็กและสร้างปฏิสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งการตอบสนองด้วยคำพูดของผู้สูงอายุนั้นไม่จำเป็นในระดับนี้ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติมาก ซึ่งผู้สูงอายุนั้นจะมีสมาธิที่สั้นมากขาดการทำงานที่ประสานกันของกล้ามเนื้อใหญ่และกล้ามเนื้อเล็ก มีทักษะทางการสื่อสารน้อยดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้อาจมีการตอบสนองออกมาในลักษณะที่พูดหรือไม่พูดก็ได้ กิจกรรมที่ใช้นั้นจะต้องเป็นรูปธรรม มีโครงสร้างและไม่ยุ่งยาก มักเป็นกิจกรรมที่ต้องการการตอบสนองด้วยคำพูดเพียงเล็กน้อย หรือการตอบสนองด้วยการแสดงออกทางร่างกายที่เรียกว่ากิจกรรมทางอ้อม ซึ่งเป็นการใช้ส่วนต่างๆของร่างกายเช่น แขน ขา เพื่อปรับปรุงหน้าที่ของกล้ามเนื้อ กิจกรรมนี้จะสั้นและใช้คำถามเพียงเล็กน้อยและมีทิศทางที่รัดกุม เช่น ยกแขนของคุณขึ้นลง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุมีการก้าวหน้าทางการรักษาเพิ่มขึ้นก็เข้าสู่ขั้นที่ 2 ขั้นที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นแต่ลักษณะกิจกรรมก็ยังเป็นกิจกรรมที่ง่าย สามารถทำนายได้ และมีความเป็นโครงสร้างสูง

2. การตระหนักถึงความเป็นจริง คือการให้ข้อมูลซ้ำเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่รู้ลึกลับสนแต่ยังคงมีการตระหนักรู้ในสภาพแวดล้อม มีจุดหมายเพื่อช่วยผู้สูงอายุนั้นเกิดความแม่นยำเที่ยงตรงในข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองและเพิ่มความมั่นใจในตนเองขั้นตอนนี้ใช้กับผู้สูงอายุที่มีระดับของสัมพันธภาพและมีการพูดคุยมากกว่าขั้นการฝึกประสาทสัมผัส ใช้ได้ดีกับผู้สูงอายุที่มีความสับสนเนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก (stroke) อุบัติเหตุทางสมอง (brain trauma) หรือกลุ่มโรคทางสมอง(organic brain syndrome) แต่ได้ผลน้อยในกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางสมองที่ไม่สามารถกลับมาหายได้เช่นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer' s disease)

3. การสร้างแรงจูงใจใหม่ เป็นการช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุเกิดการสนใจในสภาพแวดล้อมเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิคในการกระตุ้นความคิดและปฏิสัมพันธ์ทางการพูดและปรับปรุงทักษะทางด้านสังคม เหมาะกับผู้สูงอายุที่เชื่องช้า ไม่สนใจสภาพแวดล้อม แต่ยังมีทักษะทางการพูดและมีการตระหนักรู้ทางสภาพแวดล้อมที่ดีอยู่ ผู้สูงอายุโปรแกรมนี้ต้องใช้สมาธิมากกว่าการฝึกประสาทสัมผัส และการตระหนักถึงความเป็นจริง แต่อย่างไรก็ตาม กิจกรรมนั้นควรจะสั้นและมีโครงสร้างสูง จำนวนคนในกลุ่มมีจำนวนน้อย และเรื่องที่จะเลือกมาพิจารณานั้นควรจะมีวัตถุประสงค์ที่ไม่ขัดแย้ง มักจะมุ่งความสนใจที่สถานการณ์ของตัวผู้สูงอายุทั้งที่ผ่านมาหรือในปัจจุบัน และสำหรับคนตานั้น ถือว่าเป็นส่วนประกอบที่มีประสิทธิภาพในหลายๆโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ โดยช่วยสร้างแรงกระตุ้น สร้างสรรค์อารมณ์ ตลอดจนกระตุ้นการสนทนา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่ายังไม่มียงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ แต่พอจะมีงานวิจัยในลักษณะใกล้เคียงที่จะใช้เป็นแนวทางประกอบการพิจารณาดังนี้

บังอร เครียดชัยภูมิ [71] ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลขณะได้รับการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากเสียงดนตรีที่ดึงความสนใจผู้ป่วยจากสถานการณ์การผ่าตัด

บำเพ็ญจิต แสงชาติ [72] ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่จัดดนตรีให้ฟังกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้จัดดนตรีให้ฟัง ผลการวิจัยพบว่า ดนตรีสามารถนำมาใช้ลดหรือบรรเทาความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยใน 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและดนตรียังช่วยผ่อนคลายภาวะทางอารมณ์ได้เป็นอย่างดี

Guzzetta [73] ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้การผ่อนคลายกับดนตรีบำบัด สำหรับอาการเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการสันนิฐานขั้นต้นว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างฉับพลัน ที่หน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดและ หัวใจกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 80 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดนตรีบำบัด (n=26) ให้ฟังเทปดนตรีวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ทั้งหมด 6 ครั้ง กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย (n=27) ให้ฟังเทปการผ่อนคลายของเบนสันวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ทั้งหมด 6 ครั้ง และกลุ่มควบคุม (n=27) เครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดทางกายได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจใน 1 นาทีเต็ม ปรอทวัดอุณหภูมิปลายนิ้ว อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการศึกษา และแบบประเมินผู้ป่วย โดยผู้ช่วยเป็นผู้เก็บบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดทั้ง 3 กลุ่ม ทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มในแต่ละครั้ง โดยใช้การทดสอบค่าที เปรียบเทียบข้อมูลนามบัญญัติโดยใช้สถิติไค- สแควร์ χ^2 ผลปรากฏว่าการใช้ดนตรีบำบัดและการผ่อนคลายในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ต่างก็ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดต่ำลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $P < .0001$ และผู้ป่วยทุกคนรู้สึกมีความสุขกับการกับการใช้การผ่อนคลายและดนตรีบำบัด อันเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ต่อการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายขณะที่รักษาตัวอยู่ในหน่วยการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจ และยังเป็นวิธีทางหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมทางกายและจิตแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีหนึ่ง

ความเป็นมาและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ประวัติศูนย์

เมื่อครั้งที่สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก วัดราชบพิธสถิตมหาสีมาราม สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (วาสนมหาเถระ) ได้ทรงหายจากการประชวร %ในปี พ.ศ. 2528 คณะศิษยานุศิษย์ ถือเป็นสิริมงคลและพระบารมีธรรม จึงได้ดำเนินการจัดสร้างสถานสงเคราะห์ ขึ้นเพื่อ ช่วยเหลือสงเคราะห์คนชราที่ได้รับความลำบากและประสบปัญหาทางสังคมซึ่งสมเด็จพระสังฆราช เสด็จวางศิลาฤกษ์ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2529 และได้ทำพิธีเปิดอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2530 โดยสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เสด็จพระราชดำเนินเป็น องค์ประธาน สมเด็จพระสังฆราชทรงโปรดประทานชื่อสถานสงเคราะห์แห่งนี้ว่า “วาสนะเวศม์” ซึ่งมีความหมายว่า ที่อยู่ของผู้มีบุญ ปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ฯ มีพื้นที่ทั้งหมด 53 ไร่

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

06.00 -06.30 น.	ออกกำลังกายตอนเช้า
6.30 – 8.00 น.	ทำกิจวัตรส่วนตัว
8.00 – 8.30 น.	รับประทานอาหารเช้า
8.30 – 9.00 น.	ทำวัตรเช้า
9.30 – 11.00 น.	กายภาพบำบัด, อาชีวบำบัด
11.30 – 12.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
14.30 – 16.00 น.	งานอดิเรกตามความถนัดของแต่ละบุคคล
16.30 – 17.00 น.	รับประทานอาหารเย็น
17.00 – 17.30 น.	ทำวัตรเย็น
18.00 น. เป็นต้นไป	พักผ่อนตามอัธยาศัย

การบริการสวัสดิการของศูนย์

การให้บริการรักษาสุขภาพเบื้องต้น

โดยมีพยาบาลประจำศูนย์ฯ คอยดูแล หากเจ็บป่วยเกินกว่าที่สถานสงเคราะห์จะดูแล ได้ ศูนย์ฯ จะส่งต่อโรงพยาบาลตามขั้นตอนต่อไป

การบริการด้านอนามัย

การจัดให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในการดูแลตนเอง จัดเสียงตามสาย เพื่อให้ ความรู้เรื่องสุขภาพทุกสัปดาห์

การส่งเสริมสุขภาพ

การจัดให้มีการออกกำลังกาย ตลอดจนการจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับ โรคเบาหวานและโรคความดัน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยนักรภาพบำบัด และพยาบาลที่มีประสบการณ์

การบริการด้านอาชีพบำบัด

การจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ สามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ตามความถนัดของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี และสร้างรายได้สำหรับตนเอง

การบริการด้านสังคมสงเคราะห์

การบริการให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ อยู่รวมกันได้อย่างมีความสุข

การบริการด้านศาสนิก

เนื่องจากมีพระภิกษุประจำศูนย์ 1 รูป ผู้สูงอายุทุกคนสามารถทำบุญตักบาตรได้ทุกวัน รวมถึงการทำวัตร เข้า-เย็น และการจัดพิธีสำคัญทางศาสนาต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมทางศาสนา นอกสถานที่

คุณสมบัติของผู้รับบริการ

1. เป็นคนสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ต้องมีความสมัครใจ ไม่อยู่ในระหว่างต้องหาว่ากระทำความผิดทางอาญา
3. ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง
4. ช่วยเหลือตัวเองได้
5. มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้ดูแล หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง(Experimental Research) แบบทดลองก่อนและหลัง โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before-After experimental with one control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ในปี 2549

ตัวอย่าง (Sample) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ในปี 2549 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ละ 14 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาในการมองเห็นหรือการได้ยิน
3. มีความยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
4. คะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยประเมินจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับที่ดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) มีคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 Sp^2}{d^2}$$

ค่าคะแนนที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้มาจากการวิจัยของ ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ [21] ซึ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดย $n = 15$, $X_1 = 21.75$, $X_2 = 10.23$, $S_1 = 7.15$, $S_2 = 11.53$ กำหนดค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$ และมีผลการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{2(1.96+0.84)^2 92.0317}{11.52^2}$$

$$= 10.87$$

ดังนั้นจึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างในการคำนวณในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 10.87 เพื่อความสะดวกในการวิจัย และป้องกันการ drop out ผู้วิจัยจึงขอกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 14 คน

เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

เลือกจาก ผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย Simple Random Sampling โดยการจับสลากที่เขียนชื่อกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างละเท่าๆกัน เมื่อจับเสร็จแล้วไม่นำสลากกลับสู่ที่เดิม ไม่เอาสลากที่มีชื่อซ้ำ

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปร

ตัวแปรอิสระ : การทำสมาธิ, การฟังดนตรีบรรเลงและการทำสมาธิร่วมกับดนตรี บรรเลง

ตัวแปรตาม : คุณภาพการนอนหลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1.แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไปและแบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ

1.1 แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป (Thai GHQ – 12) Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจากGHQ ของGoldberg(1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ คุณสมบัติของแบบสอบถามมีผลการทดสอบที่มีความเชื่อถือได้ และมีความแม่นยำของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดีได้แก่ ความสอดคล้องภายใน(Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมี ค่าความไว (sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ(Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 และสมควรนำไปเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยได้ Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็น แบบ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มาก กว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดีโดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหา สุขภาพจิต

หรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใด Thai GHQ เป็นแบบสอบถามที่ประชาชนสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำไปใช้กับบุคคลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านด้วยตนเองได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามของ Thai GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามี โรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypochondriasis)

การให้คะแนนของ GHQ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score 0–0–1–1 Thai GHQ – 12 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 1/2 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ อย่างไรก็ตาม Thai GHQ เป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และบอกเพียงว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้นแต่ไม่สามารถบอกได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด

1.2 แบบสอบถามการประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงมาจาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) โดยตะวันชัย จิรมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ [74] และได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.83 โดย กุสุมาลย์ รามศิริ [52] จากคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ โดยการประเมินตนเองถึงคุณภาพในการนอนหลับช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและองค์ประกอบมีการประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 - คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 5)

การแปลผล	ดีมาก	0	คะแนน
	ดี	1	คะแนน
	ไม่ค่อยดี	2	คะแนน
	ไม่ดีเลย	3	คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 - ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

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

- ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากนอนไม่หลับหลังจากเข้า

นอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถามข้อ 9.1)

การแปลผล	ไม่มีปัญหาเลย	0	คะแนน
----------	---------------	---	-------

มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	1	คะแนน
มีปัญหาน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	2	คะแนน
3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	3	คะแนน
ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2	0	ให้
	1-2	ให้
	3-4	ให้
	5-6	ให้

องค์ประกอบที่ 3 - ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน (คำถามข้อ 4)

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

องค์ประกอบที่ 4 - ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย (คำถามข้อ 1, 3 และ

4) โดยคำนวณจากชั่วโมงในการหลับจริง (คำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาที่ตื่นนอน (คำถามข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ 1)

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

องค์ประกอบที่ 5 - การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 9.2-9.10)

การแปลผล	ไม่มีปัญหา	0	คะแนน
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	3	คะแนน
ผลรวมคะแนนข้อ 9.2-9.10	0 คะแนน	ให้	0
	1-9 คะแนน	ให้	1
	10-18 คะแนน	ให้	2
	19-27 คะแนน	ให้	3

องค์ประกอบที่ 6 - การเข้านอนหลับ (คำถามข้อ 6)

การแปลผล	ไม่เคยใช้เลย	0	คะแนน
	ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	1	คะแนน
	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	2	คะแนน
	3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า	3	คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (คำถามข้อ 7 และ 8)

- การมีอาการง่วงนอนหรือเพลอหลังขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถาม

ข้อ 7)

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

- ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

(คำถามข้อ 8)

การแปลผล	ไม่มีปัญหา	0	คะแนน
	มีปัญหาเล็กน้อย	1	คะแนน
	มีปัญหาพอสมควร	2	คะแนน
	เป็นปัญหามาก	3	คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 7 และ 8	0	ให้	0	คะแนน
	1-2	ให้	1	คะแนน
	3-4	ให้	2	คะแนน
	5-6	ให้	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมิน อยู่ระหว่างคะแนน 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ การฝึกสมาธิ, การฟังดนตรีบรรเลงและการฝึกสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที รวม 6 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัย
2. รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่พักอยู่ ณ สถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์
3. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย เพื่อหาอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยโดยทำแบบทดสอบก่อนการทดลอง คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและร่วมการฝึกสมาธิ, การฟังดนตรีบรรเลงและการฝึกสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างการทดลองจะมีการประเมิน 2 ครั้ง และประเมินหลังการทดลองภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. นำข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้มาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละสถิติที่ใช้ Pearson Chi-Square
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ ANCOVA
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ระหว่างทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Repeated ANOVA

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 3 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม แบ่งออกเป็นกลุ่มละ 14 คน กลุ่มทดลองประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 การทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลง กลุ่มที่ 2 การฟังดนตรีบรรเลง กลุ่มที่ 3 การทำสมาธิเบื้องต้น และกลุ่มที่ 4 กลุ่มควบคุม และได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science Program) และผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไป

ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง
2. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
3. การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป (n=14)	กลุ่มทดลอง 1 *		กลุ่มทดลอง 2*		กลุ่มทดลอง 3 *		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ								0.096
ชาย	7	50.0	5	35.71	1	7.14	4	28.57
หญิง	7	50.0	9	64.29	13	92.86	10	71.43
รวม	14	100	14	100	14	100	14	100
2. อายุ								0.451
60-69 ปี	2	14.29	3	21.43	6	42.86	3	21.43
70 ปีขึ้นไป	12	85.71	11	78.57	8	57.14	11	78.57
รวม	14	100	14	100	14	100	14	100
3. ด้านสุขภาพจิตทั่วไป								0.372
ระดับคะแนนGHQ-12								
0	4	28.6	4	28.6	10	71.4	8	57.1
1	3	21.4	4	28.6	3	21.4	2	14.3
2	3	21.4	3	21.4	-	-	1	7.1
3	1	7.1	3	21.4	-	-	1	7.1
4	1	7.1	-	-	1	7.1		
5	1	7.1	-	-	-	-	1	7.1
6	-	-	-	-	-	-	1	7.1
7	1	7.1	-	-	-	-	-	-
รวม	14	100	14	100	14	100	14	100

กลุ่มทดลอง 1 * การทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลง

กลุ่มทดลอง2* การฟังดนตรีบรรเลง

กลุ่มทดลอง3* การทำสมาธิเบื้องต้น

ทดสอบทางสถิติด้วย Pearson Chi-Square

จากตารางที่ 1 ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมปรากฏดังนี้

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 50 มีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 85.71 และมีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 14.29 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 71.40 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 28.6

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 35.71 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 64.29 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.57 และมีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 21.43 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 78.60 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 21.40

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 7.14 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 92.86 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 57.14 และมีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 42.86 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 92.90 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 7.10

กลุ่มควบคุม เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 28.57 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 71.43 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.57 และมีช่วงอายุ 60-69 ร้อยละ 21.43 86 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 78.60 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 21.4

สรุปได้ว่า ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันโดยเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า เพศ อายุ และคะแนน GHQ 12 เทียบกับกลุ่มของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง

สมาธิและดนตรีบรรเลง	กลุ่มทดลอง												กลุ่มควบคุม						
	คน				คน				คน				คน						
	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q			
คนที่	S	S	S	S	คนที่	S	S	S	S	คนที่	S	S	S	S	คนที่	S	S	S	S
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4
1	8	7	6	6	1	13	9	9	9	1	6	3	5	5	1	7	8	9	8
2	8	5	7	6	2	8	5	5	5	2	7	5	5	5	2	6	9	12	8
3	10	5	4	4	3	8	6	5	5	3	9	5	5	4	3	6	6	7	8
4	12	6	5	5	4	9	4	6	6	4	7	6	4	5	4	8	7	9	8
5	12	10	7	6	5	9	6	3	5	5	7	7	8	5	5	8	8	11	10
6	10	9	5	5	6	8	7	6	6	6	7	4	9	9	6	6	10	9	11
7	8	8	5	5	7	10	9	7	7	7	7	4	4	3	7	8	11	10	11
8	9	5	5	5	8	6	4	5	5	8	8	8	7	5	8	13	10	11	12
9	6	4	4	4	9	8	7	5	6	9	12	8	9	9	9	7	8	11	12
10	8	4	5	5	10	8	4	5	5	10	8	6	5	2	10	9	8	6	7
11	8	2	6	6	11	10	5	5	5	11	8	4	6	4	11	13	10	10	10
12	8	5	6	6	12	9	4	5	5	12	14	8	7	6	12	10	7	8	8
13	8	3	8	6	13	9	6	5	5	13	9	7	6	6	13	9	7	3	5
14	9	3	5	5	14	10	6	6	6	14	8	7	7	5	14	8	9	7	9
\bar{X}	8.86	5.43	5.57	5.29	\bar{X}	8.93	5.86	5.50	5.71	\bar{X}	8.36	5.86	6.21	5.21	\bar{X}	8.43	8.43	8.79	9.07

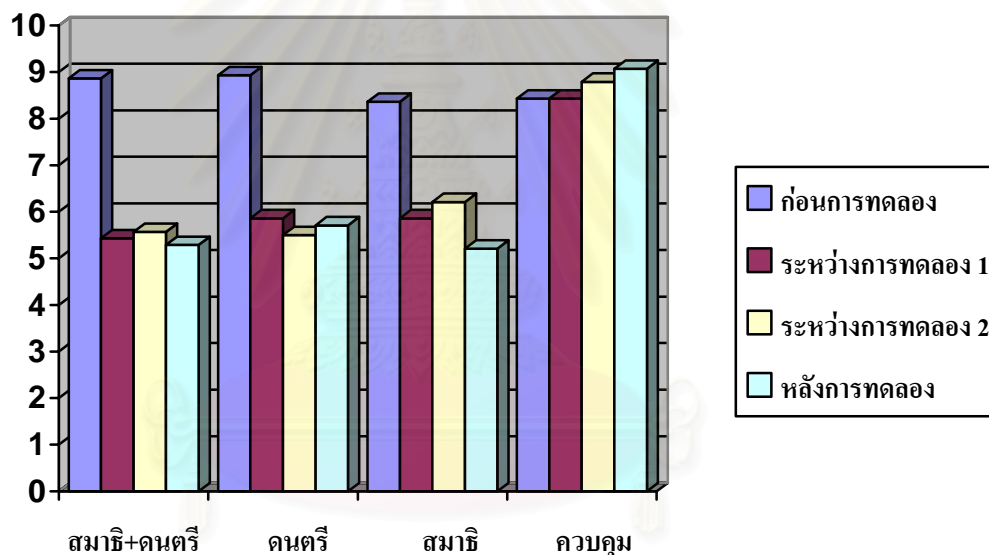
QS1 : คะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง

QS2 : คะแนนคุณภาพการนอนหลับครั้งที่ 2

QS3 : คะแนนคุณภาพการนอนหลับครั้งที่ 3

QS4 : คะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง กลุ่มที่1ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.86 5.43 5.57 และ 5.29 ตามลำดับ กลุ่มทดลองกลุ่มที่2ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.93 5.86 5.50 และ 5.71 ตามลำดับ กลุ่มทดลองกลุ่มที่3ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.36 5.86 6.21 และ 5.21 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.43 8.43 8.79 และ 9.07 ตามลำดับ



แผนภาพที่ 2 กราฟแท่งแสดงคะแนนคุณภาพการนอนหลับของแต่ละกลุ่ม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพการนอนหลับ	กลุ่มสมาธิและ ดนตรี (n=14)		กลุ่มดนตรี (n=14)		กลุ่มสมาธิ (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=14)		P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ก่อนการทดลอง	8.86	3.48	8.93	2.08	8.36	2.17	8.43	2.27	0.064
หลังการทดลอง	5.29	0.72	5.71	1.13	5.21	2.06	9.07	2.01	0.001

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเริ่มต้น เท่ากับ 8.86, 8.93, 8.36 และ 8.43 ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.064$) โดยควบคุมคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.29, 5.71, 5.21 และ 9.07 ตามลำดับ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) แสดงว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งของความแปรปรวน	Adjusted Sum of Squares	df	Adjusted Mean Square	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	139.144	3	46.381	19.158	0.000
ภายในกลุ่ม	123.473	51	2.421		
รวม	262.617	54			

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลที่ได้นี้รวมค่า Sum of Squares ของ pretest เข้าไปด้วยแล้วและนำเสนอดีค่า Sum of Squares ที่ได้ปรับค่าแล้วด้วยวิธีของ ANCOVA จะเห็นว่าเมื่อปรับความแตกต่างของคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองออกแล้ว พบว่าคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้ คุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม และ คุณภาพการนอนหลับหลังการทดลองเป็นตัวแปรตาม

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง1 (การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง) ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=14)	คุณภาพการนอนหลับ		P-value	Pair wise Comparisons
	\bar{x}	S.D		
ก่อนการทดลอง	8.86	3.48	0.001	1-2, 1-3, 1-4
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1	5.43	2.34		
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2	5.57	1.15		
หลังการทดลอง	5.29	0.73		

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบรายคู่ (Pair wise Comparisons) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่ม ก่อนการทดลองแตกต่างจากกลุ่มระหว่างการทดลองครั้งที่ 1, 2 และหลังการทดลองเท่ากับ 8.86, 5.43, 5.57 และ 5.29 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับภายหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง2 (การฟัง ดนตรีบรรเลง) ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=14)	คุณภาพการนอนหลับ		P-value	Pair wise Comparisons
	\bar{x}	S.D		
ก่อนการทดลอง	8.93	2.08	0.001	1-2, 1-3, 1-4
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1	5.86	1.70		
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2	5.50	1.34		
หลังการทดลอง	5.71	1.13		

จากตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบรายคู่ (Pair wise Comparisons) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่ม ก่อนการทดลองแตกต่างจากกลุ่มระหว่างการทดลองครั้งที่ 1, 2 และหลังการทดลองเท่ากับ 8.93, 5.86, 5.50 และ 5.71 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับภายหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง3 (การทำสมาธิเบื้องต้น) ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=14)	คุณภาพการนอนหลับ \bar{X}	S.D	P-value	Pair wise Comparisons
ก่อนการทดลอง	8.36	2.17	0.001	1-2, 1-3, 1-4
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1	5.86	1.70		
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2	6.21	1.67		
หลังการทดลอง	5.21	2.06		

จากตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบรายคู่ (Pair wise Comparisons) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่ม ก่อนการทดลองแตกต่างจากกลุ่มระหว่างการทดลองครั้งที่ 1, 2 และหลังการทดลองเท่ากับ 8.36, 5.86, 6.21 และ 5.21 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับภายหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1 ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง (n=14)	คุณภาพการนอนหลับ \bar{X}	S.D	P-value	Pair wise Comparisons
ก่อนการทดลอง	8.43	2.27	0.404	1-2, 1-3, 1-4
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 1	8.43	1.45		
ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2	8.79	2.42		
หลังการทดลอง	9.07	2.02		

จากตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลองครั้งที่ 2 และหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบรายคู่ (Pair wise Comparisons) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างจากกลุ่มระหว่างการทดลองครั้งที่ 1, 2 และหลังการทดลอง เท่ากับ 8.43, 8.43, 8.79 และ 9.07 ตามลำดับ แสดงว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีคุณภาพการนอนหลับไม่ต่างจากหลังการทดลอง ทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ โดยเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ คัดผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 14 คนประกอบด้วย กลุ่มที่1 การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง กลุ่มที่2 การฟังดนตรีบรรเลง กลุ่มที่ 3 การทำสมาธิ และกลุ่มที่4 กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมกราคม 2550 ถึง มีนาคม 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไปและแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ(PSQI)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ค่าความถี่และร้อยละ Pearson Chi-Square ANCOVA และRepeated ANOVA

ผลการวิจัยเป็นดังนี้

1. ข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 เป็นผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 50 มีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 85.71 และมีช่วงอายุ 60-69ปี ร้อยละ14.29 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 71.40 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 28.6

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 35.71 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 64.29 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.57 และมีช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 21.43 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 78.60 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 21.40

กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 3 เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 7.14 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 92.86 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 57.14 และมีช่วงอายุ 60-69ปี ร้อยละ 42.86 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 92.90 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 7.10

กลุ่มควบคุม เป็นผู้สูงอายุชายร้อยละ 28.57 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 71.43 ผู้สูงอายุมีอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.57 และมีช่วงอายุ 60-69 ร้อยละ 21.43 86 มีค่าคะแนน GHQ ต่ำกว่า 2 ร้อยละ 78.60 และมากกว่า 2 ขึ้นไปร้อยละ 21.4

สรุปได้ว่าข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน โดยข้อมูลสุขภาพจิตทั่วไปในกลุ่มที่มีคะแนน GHQ12 ต่ำกว่า 2 หมายความว่า เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นเป็นส่วนใหญ่ของทุกกลุ่ม ส่วนคะแนน GHQ12 ที่สูงกว่า 2 ขึ้นไปมีไม่ถึงร้อยละ 30 ของทุกกลุ่ม แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและเมื่อนำข้อมูลไปทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า เพศ อายุ และคะแนน GHQ12 ของทั้งสี่กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่1 (การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง) มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่2 (การฟังดนตรีบรรเลง) มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกลุ่มที่3 (การทำสมาธิ) มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชวาระยะเวศม์ พบว่า

กลุ่มทดลองทั้งสามกลุ่มมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งพบว่าคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.86, 8.93, 8.36 และ 8.43 ตามลำดับ เมื่อทดสอบข้อมูลดังกล่าวด้วยวิธีทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 5.29, 5.71, 5.21 และ 9.07 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบข้อมูลดังกล่าวด้วยวิธีทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลง 3.57, 3.21, 3.14 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเพิ่มขึ้น 0.64 จากผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง ดนตรีบรรเลงและการทำสมาธิ สามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้น และด้วยวิธีการทั้งสามต่างก็ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้นไม่แตกต่างกัน

ในกลุ่มทดลองที่ฟังดนตรีบรรเลงผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้ให้ความเห็นว่าฟังแล้วเพลินดีมีเสียงธรรมชาติเหมือนว่าได้ไปนั่งอยู่ในที่ที่เงียบสงบ ไม่คิดมาก กล่อมให้หลับง่ายขึ้นดีกว่าที่ไม่ได้ฟังอะไรเลย จิตใจสบาย ไม่คิดกังวลกับสิ่งต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chlah [76] ซึ่งพบว่าการใช้ดนตรีที่มีลักษณะเป็นเสียงบรรเลงที่ไม่มีเนื้อร้องประกอบเสียงจากธรรมชาติ ได้แก่ เสียงน้ำไหล เสียงคลื่น เสียงลม และเสียงนกร้อง บรรเลงต่อเนื่องกัน ด้วยทำนองช้าและคงที่ โดยมีจังหวะอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาทีและระดับเสียงสูงปานกลางจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล นอกจากนี้การศึกษาของ Komenthai [77] ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าหลังฟังดนตรีคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักสูงกว่าก่อนฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zimmerman [78] และคณะ ที่ได้ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงหัวใจ จากการวัดด้วย Richard Sleep Questionnaire พบว่ากลุ่มทดลองมีการนอนหลับดีกว่ากลุ่มควบคุมนอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของบังอร เครียดชัยภูมิ [71] ซึ่งศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญจากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นแสดงว่า ดนตรีมีผลในการลดความกังวล ทั้งนี้เพราะดนตรีมีจังหวะ ลีลา และท่วงทำนอง ช้าๆ เบาๆ อย่างสม่ำเสมอ ประเภทที่ฟังแล้วให้เกิดความสงบสุข จะทำให้เกิดการผ่อนคลายอย่างเต็มที่และเพิ่มความคิดในทางสร้างสรรค์ มีสมาธิ [75] และยังพบว่าดนตรีที่มีท่วงทำนองที่สงบ ปลอดภัย และสุขสบายมีผลต่อการลดความกังวลนอกจากนี้ดนตรีจะกระตุ้นให้ผู้ฟังเกิดความรู้สึก คล้อยตาม เกิดจินตนาการขึ้นในจิตใจเป็นภาพแห่งความคิดฝันที่ประหลาดและงดงามและมหัศจรรย์แล้วจึงเกิดความรู้สึกประทับใจและพึงพอใจจนสามารถปิดกั้นสภาพความเป็นจริงในสภาพแวดล้อมนั้นๆ

กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธินั้นเป็นการทำสมาธิด้วยท่าที่ผ่อนคลายไม่เพียงแต่นั่งขัดสมาธิเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการทำสมาธิในผู้สูงอายุและเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุทำสมาธิได้ง่ายขึ้นอีกด้วย และผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้ให้ความเห็นว่า ถึงแม้ตนเองจะมีโรคประจำตัวอยู่มาก ชอบคิดมาก แต่พอได้มาทำสมาธิแล้วทำให้จิตใจสงบมากขึ้น มีสติ หลับง่ายขึ้น ไม่ฝันร้าย ทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างดี ไม่วิตกกังวล รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับการทำสมาธิต่อคุณภาพการนอนหลับนั้นพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน แต่จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนั้นได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวนีย์ พงษ์ [59] ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพ

ในผู้สูงอายุผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพ การนำไฟฟ้าทางผิวหนัง อุณหภูมิที่ปลายนิ้วสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในกลุ่มที่ทำสมาธินี้ยังพบว่ามีบางคนที่ไม่สามารถที่จะทำสมาธิได้ในระดับที่น่าพึงพอใจเนื่องจากว่าไม่ชอบที่จะทำสมาธิแต่ที่เข้าร่วมกลุ่มด้วยเพราะว่าสนใจและต้องการที่จะเอาชนะใจตัวเอง และต้องการมีสติแต่ก็ได้พยายามทำตามที่ผู้วิจัยแนะนำอย่างเต็มที่ และผู้สูงอายุในกลุ่มปฏิบัติสมาธิส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า เป็นการทำให้จิตใจให้สงบ มีสติอยู่กับตัว ไม่ล่องลอยมา หลับแล้วตื่นขึ้นมาสดชื่น ตื่นมากก็ได้ทำบุญใส่บาตร รู้สึกจิตใจปลอดโปร่ง

ในกลุ่มทดลองที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองให้ความเห็นว่า เป็นการฝึกสมาธิและทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับเสียงเพลงที่ฟังอยู่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ขณะที่ทำสมาธิ จิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน หลับง่ายขึ้นและเท่าที่ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้านั้นพบว่ายังไม่มีงานวิจัยใดที่ได้มีการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงแต่พอจะมีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน ดังการศึกษาของ Tsai & Crockett [57] ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตภาพและสมาธิต่อระดับความเครียดซึ่งพบว่าการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้จินตภาพและสมาธิจะช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงานและช่วยให้คุณภาพทางชีวิตจิตสังคมดีขึ้น

ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากในช่วงเวลากลางวันผู้สูงอายุมีการงีบหลับในช่วงเวลากลางวันเฉลี่ยคนละประมาณ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งมีผลต่อการนอนในช่วงเวลากลางคืนซึ่งอาจทำให้เกิดการหลับยาก นอกจากนี้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีกิจกรรมที่ทำในช่วงเวลากลางวันน้อยจึงทำให้มีเวลาอยู่บนเตียงนอนและใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมส่วนตัวอาทิเช่น อ่านหนังสือ นั่งเล่น บางครั้งก็เผลอหลับไป เพียงจึงมีที่ที่พักผ่อนเพียงอย่างเดียวเท่านั้น อีกทั้งโรคประจำตัวยังมีผลต่อสภาพร่างกายและภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกุสุมาลย์ รามศิริ[52] ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับดีและร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ปัจจัยต่างๆที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดนั้นพบว่า ด้านร่างกายคือความเจ็บปวด ด้านจิตใจและอารมณ์คือความวิตกกังวลและด้านสิ่งแวดล้อมคือเสียง การจัดการกับปัญหาการนอนหลับต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดนั้นพบว่าด้านร่างกายคือการเปลี่ยนท่านอน ด้านจิตใจและอารมณ์คือการทำสมาธิและด้านสิ่งแวดล้อมคือหลีกเลี่ยงจากเสียงรบกวน

จากผลการวิจัยในกลุ่มทดลองซึ่งได้แก่กลุ่มที่สามารถร่วมกับดนตรีบรรเลง ดนตรีบรรเลง และการทำสมาธิ ต่างก็เป็นวิธีการในการช่วยผ่อนคลายซึ่งมีผลทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นไม่แตกต่างกันและก็นับว่าการวิจัยในครั้งนี้ ได้เพิ่มทางเลือกให้กับผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับให้มีหลายทางเลือกในการปฏิบัติ ตามสภาพร่างกาย ภาวะจิตใจ และความชอบส่วนบุคคล ในการควบคุมตนเองซึ่ง Madder กล่าวว่า วิธีการผ่อนคลายทำให้นอนหลับแต่ต้องมีความมั่นใจ และมีระเบียบวินัย เพราะปัญหาการนอนหลับอยู่ภายใต้การควบคุมตนเอง และจากการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายถือว่า ไม่มีผลต่อการทดลองเพราะจากการวิจัยของ Voderhozer[79] พบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกันในการนอนหลับและในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดูแลกลุ่มทดลองอย่างใกล้ชิดรวมถึงพูดคุยและแนะนำถึงวิธีการนอนหลับที่ถูกต้องให้ จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณภาพการนอนหลับของกลุ่มควบคุมดีขึ้นอย่างชัดเจน ในส่วนของการใช้ยานอนหลับนั้นช่วงก่อนการทดลองพบว่าทั้งผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการใช้ยานอนหลับไม่แตกต่างกัน แต่พอมีการทดลองไประยะหนึ่งปริมาณการใช้ยานอนหลับบนอนหลับของกลุ่มทดลองทั้งสามกลุ่มลดลงแสดงว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้นี้ช่วยลดการยานอนหลับของผู้สูงอายุได้ ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมยังคงมีการใช้ยานอนหลับเท่าเดิม

ปัญหาและอุปสรรค

การวิจัยในครั้งนี้ใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการบรรเลงเพลงเป็นเครื่องเล่นวิทยุ และ เครื่องเล่นMP 3 ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำวิจัยในช่วงแรก ซึ่งจำเป็นต้องแนะนำและคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุและต้องฝึกเป็นรายบุคคลในการใช้เครื่องเล่นซึ่งทำให้ต้องใช้เวลาในช่วงแรกมากพอสมควร

ผู้สูงอายุบางท่านอาจไม่เข้าใจในคำถามส่วนที่สองข้อที่ 6 ที่เกี่ยวกับการใช้ ยานอนหลับ ซึ่งอาจเป็นความคาดเคลื่อนของการวิจัย เนื่องจากผู้สูงอายุมีการใช้ยาบางตัวที่มีผลต่อการนอนหลับ

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ถึงผลของสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงผลของดนตรีร่วมกับการทำสมาธิกับบุคคลกลุ่มอื่นๆเช่น ผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่ต้องการแสวงหาความสุข ผู้สูงอายุที่แยกตัวเองไม่เข้าสังคม
4. ควรมีการจัดสภาพแวดล้อมในการทำสมาธิร่วมกับการเปิดดนตรีบรรเลงในช่วงเวลาก่อนนอนอย่างเป็นแบบแผนในสถานสงเคราะห์คนชรา
5. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มควบคุมไม่ได้รับ Intervention ใดๆเลยซึ่งการทำการวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับหรือคู่มือสุขภาพลักษณะในการนอนแก่กลุ่มควบคุมด้วยเพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกมีความแตกต่างกับกลุ่มทดลอง

รายการอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ มติชนรายวัน วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2547 ปีที่ 27 ฉบับที่ 9 531.
- [2] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2544 .
- [3] วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. สรีรวิทยาของการนอนหลับ. ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (บรรณาธิการ). การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ . สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2536.
- [4] Closs, S.J. Sleep. IN M.F Alexander, J.N Fawcett & P.J. Runciman (Eds), Nursing practice: Hospital and home – the adult. Edinburg: Churchill Livingstone. 1999 .
- [5] Blackman, M.R. Age-related alterations in sleep quality and neuroendocrine function. Jama, 284(7). 2000: 879-811 .
- [6] กองสาธารณสุขต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2532. รายงานการประชุมกรมการประสานงานด้านสหประชาชาติ. (อัดสำเนา).
- [7] กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2540.
- [8] ประสพ รัตนกร. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- [9] ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. จิตเวชศาสตร์สำหรับสำหรับประชาชน. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์ , 2542. 238.
- [10] จันทนา รณฤทธิวิชัย. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 35-61. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร: i6 รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- [11] ประนอม โททกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรม และสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- [12] เกษม ตันติผลชีวะ . การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. ใกล้หมอ. 2534; 15(5): 81-2.
- [13] สันต์ หัตถ์รัตน์. การตรวจรักษาอาการหลับไม่ปกติ. หมอชาวบ้าน. 2534; 13(148): 26-8.

- [14] บุญชู อนุศาสนนันท์.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- [15] ดาร์สนี โภธารส.ทำอย่างไรเมื่อนอนไม่หลับ.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยบูรพา.2539;4(1):13-8.
- [16] Fordham,M.Sleep and Rest. In Redfen,S.J.(eds). Nursing Elderly People.2thed. Edinburg:Churchill Living stone,1991:234.
- [17] Guyton AC.Textbook of Medical Physiology. 8th Philadelphia:W.B. Saunders; 1990.
- [18] มานิต ศรีสุรภานนท์,จำลอง ดิษยวาณิช.ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงทิพย์,2542:332-4.
- [19] Closs, J. Patient's Sleep-wake Rhythms in hospital part 1.Nursing Times 84 (1988) :48-50.
- [20] Shapiro, C.M.:Davis, G.M.; and Hussain,M.R. Sleep problem in patients with medical illness.British Medical Journal 360(June 1993):1532-1535.
- [21] ศิริเพ็ญ วานิชานันท์.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2544.
- [22] Taylor, C.; Lillis, C. and Lemone, P. Fundamental of Nursing : The art and science of nursing care. Philadelphia: Lippincott, 1989.
- [23] Matteson, M.A and McConnell, E.S. Gerontological nursing: Concepts and practice. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988.
- [24] McGhie, A. and Russell, S.M. The subjective assessment of normal sleep patterns.Jornal of Mental Science 108(1962): 154.
- [25] Stepnowsky, C.; kullen, A.and Parker, L. et al. Sleep measure change over time in elderly. In Chase, M.H.; Krueger, J. and O'Connor, C.(eds.) Sleep Research, pp71. Los Angeles: University of California Los Angeles, 1993

- [26] Robinson, C. Impaired Sleep. In Carrieri, V.K.;Lindsey, A.M.; and West, C.M.(eds.). Pathophysiological Phenomena in Nursing Human Responses to Illnes, pp390-417. Philadelphia:W.B.Saunders,1986.
- [27] ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [28] Kozier,B., Erb, G. and McBufalino, P. Introduction to nursing. Menlo Park: Addison-Wesley,1989.
- [29] บุญชู อนุศาสนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- [30] ศิวาภรณ์ โกศล. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- [31] สันต์ หัตถิรัตน์. การตรวจรักษาอาการหลับไม่ปกติ.หมอชาวบ้าน.2534;13(148):26-8.
- [32] Closs, J. Patient's Sleep-wake Rhythms in hospital part 1.Nursing Times 84 (1988) :48-50 .
- [33] Morton, P.G. Health assessment in nursing. 2nd ed.StLouis:Springhouse,1993.
- [34] Clancy, J. and McVicar, A. Circadian rhythms II.British Journal of Nursing 3 (1994):712-717.
- [35] Buysse,D.J.,Reynolds, C.F.,Monk,T.H.,Berman.,&Kupfer,D.J.(1989).The Pittsburgh Sleep Quaility Index : A new instrument for psychiatric practice and research.Psychiatry Research,28(2):193-213.
- [36] Synder-Halpern R.,&Verran,J.A.(1987).Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subject.Research in Nursing & Health 10:155-163.
- [37] Hilton,B.A.(1976).Quality and quality patients'sleep disturbing factors in a respiratory intensive care unit Journal of Advanced Nursing,1(3):453-463.

- [38] Beck,S.L.(1992).Measuring Sleep.In M.Frank-Stromborg.(Ed.),Instruments of clinical nursing research.Norwalk:Jones&Bartlett:255-267.
- [39] Closs,S.J.(1988).Assessment of Sleep of sleep in hospital patient : A review of methods. Journal of Advanced Nuring,13:501-510.
- [40] Johns,M.W.(1975).Factor analysis of objective and subjective characteristics of a night's sleep.Psychological Medicine,5:413-418.
- [41] สันต์ หัตถิรัตน์.นอนไม่หลับ.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน,2537:26-8.
- [42] สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ.คลินิกวารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยาปีที่ ฉบับที่ 1(มกราคม 2544):5-6.
- [43] มานิต ศรีสุรภานนท์,จำลอง ดิษยวาทินช.ตำราจิตเวชศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงทิพย์,2542:332-4.
- [44] Brassington, Glenn Sidney. Relationship between aerobic exercise and sleep quality in elderly individuals. Master's Thesis San Jose State University, 1993.
- [45] Barzargan, M.Self-reported sleep disturbance among African-American elderly : the effects of depression,health status,exercise, and social support.International Journal of Aging Human Development 42(1996):143-160.
- [46] Tanaka H, Shirakani S. Sleep health, lifestyle Mental Health in the Japanese elderly Ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. Journal of Psychosomatic Research 56 (May 2004) : 465-477.
- [47] เบญจมาศ ถิ่นหัวเตย. ผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ (นานาชาติ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2545.
- [48] พัสมณท์ คุ่มทวีพร. การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ. วารสารพยาบาล 44 (2538): 177-181.
- [49] วันดี คหะวงศ์, สุนุดรา ตะปนพงศ์และวงศ์จันทร์ เพชรพิเชฐเขียว. แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์16(ตุลาคม – ธันวาคม 2539): 23-26.

- [50] พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร และ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์. การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อผู้สูงอายุนอนไม่หลับ.วารสารพยาบาล4. (ตุลาคม- ธันวาคม 2540):224-231.
- [51] ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และพัสมณฑท์ คุ่มทวีพร.ปัจจัยที่รบกวนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลรามธิบดีพยาบาลสาร(2540):217-229.
- [52] กุสุมาลย์ รามศิริ.คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาล ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- [53] พระศรีวิสุทธิกวี.หลักธรรมสำหรับพัฒนาจิต.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์การศาสนา,2526.
- [54] ชินโอสถ หัสบำเรอ. หัวใจพระพุทธศาสนา.โครงการเผยแพร่ธรรมะของเครือข่ายศิษย์ไทย. กรุงเทพมหานคร:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง,2530.
- [55] เตชธมฺโมภิกขุ .หลักการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับวัตถุและการฝึกจิตเบื้องต้น.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:บริษัทอักษรเจริญทัศน์,2539.
- [56] Wallace,Robert Keith and Benson,Herbert. Decreased Blood Pressure in Hypertensive Subjects who practiced Meditation.Circulation,Vol.XLV,No.3(October1972):515.
- [57] Tsai, S.L.& Crockett, M.S.Effect of Relaxation Training Combining Imagery and Meditation on the stress Level of Chiness Nurses Working in Modern Hospital in Taiwan..Mental Health Nursing,1993.
- [58] ชื่นชม สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล,2526.
- [59] เสาวนีย์ พงษ์ผึ้ง. ผลของการฝึกสมาธิ(วิปัสณากรรมฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล,2542.
- [60] White ,J.M.2000. State of science of music intervention.Critical Care Nursing Clinics of North of American 12(2):219-223.
- [61] Snyder,M.1992. Independent nursing interventions. 2nded. U.S.A.:Delmer publishers Inc.
- [62] Chlan,L.,and Tracy, M.F.1999.Music therapy in critical care:indication and guideline for intervention.Critical Care Nurse 19(3):35-41.

- [63] Seaward, B.L. 1999. Managing stress: principles and strategies for health and wellbeing. 2nd ed. London : Jones & Bartlett publishers.
- [64] พิชัย ปรัชญานุสรณ์. 2534. ดนตรีบำบัดและเทคนิคการใช้. เอกสารประกอบการฝึกอบรมดนตรีศึกษาโครงการศึกษาต่อเนื่อง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [65] ดุษฎี แซ่แข็ง. ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลก่อนการแข่งขันในนักกีฬาหญิงวัยป็นสมัครเล่นระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์การกีฬา แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- [66] Chiu, P. and Kumar, A. Music Therapy: Loud Noise or Soothing Note. Int Pediatr 18(2003):204-208.
- [67] Cook, J.D. The therapeutic use of music: A literature review. Nursing Forum 20(1981):253-267.
- [68] MacClelland, D.C. Music in the Operating Room. A ORN Journal 16 (February 1979):255-260.
- [69] Prinsley, D.M. "Music Therapy in Geriatric Care" The Australian Nurses Journal. 15(9): 48-49; April 1986.
- [70] Davis, William B. "Music Therapy and Elderly Populations" in An Introduction to Music Therapy : Therapy and Practice. Pp.155-158. Edited by William B. Davis, Kate E. Gfeller and Micheal H. Thaut. Dubuque, I.A.: Wm. C. Brown, 1992.
- [71] บังอร เครียดชัยภูมิ . ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,2533.
- [72] บำเพ็ญจิต แสงชาติ. การนำดนตรีมาใช้เพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- [73] Guzzetta, Cathie E. "Effects of Relaxation and Music Therapy on Patients in a Coronary Care Unit with Presumptive Acute Myocardial Infarction".

- [74] ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์,วรัญ ตันชัยสวัสดิ์.ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาล
ประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
,(กรกฎาคม-กันยายน) 2540:42.
- [75] Dimotto, J.W. Relaxation. American Journal of Nursing.84(June 1984).
- [76] Chlan,L. 1998.Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and
anxiety for patients receiving ventilatory assistance. Heart &Lung
27(3):169-179.
- [77] Komenthai, S.2003. Effect of music on quality of sleep in critically ill
patients.Master's thesis, Faculty of Nursing Science, Mahidol University.
- [78] Zimmerman,L., Nieveen, J., Barnason,S., and Schmaderer, M.1996. The effect of
music Interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery
bypass graft(CABG) Patients. Scholarly inquiry for nursing
practice.10(2):153-170.
- [79] Voderholzer, U., Al-shajlawai, A., Weske, G., et al. Are there gender differences in
objective and subjective sleep measures? A study of insomniacs and
healthy controls. Depression Anxiety 17, 3 (2003) : 162-172.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว.พิเศษ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง ขอความร่วมมืออนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูล

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ด้วย นางสาวยุวดี แจ่มกังวาล นิสิตปริญญาโท (วท.ม) สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาพิเศษ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รวีวรรณ นิวัตพันธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวยุวดี แจ่มกังวาล เก็บข้อมูล ณ สถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและใช้ดนตรีบรรเลง ร่วมกับการทำสมาธิเบื้องต้น โดยจะรับอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยจำนวน 56 คน ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ นิสิตต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดกิจกรรมฟังดนตรีบรรเลงและการทำสมาธิเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์จึงขอเข้าเก็บข้อมูลดังกล่าว ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 9.00-15.00 น. ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2550 ถึงมีนาคม 2550

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์แก่นิสิตตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

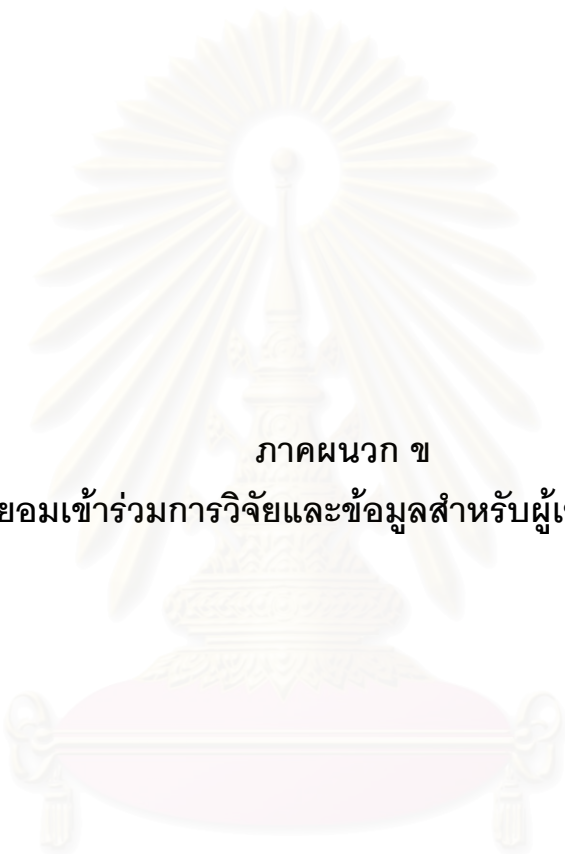
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรวีวรรณ นิวัตพันธ์)

ประธานหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346



ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์ (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับใน
ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน พ.ศ

สถานที่ เวลา

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลของสมาธิบำบัดร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุและนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ และเพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการผู้สูงอายุต่อไป

วิธีในการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเข้าร่วมทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลง โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยให้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้โดยสมัครใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าอ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่องผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับ
ในผู้สูงอายุสถาน สงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัย เพื่อประเมินผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ก่อนที่ท่านตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้

งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประเมินผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับใน ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นประโยชน์ในการให้บริการผู้สูงอายุต่อไป โดยจะรับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 56 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม (ผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ที่ได้เข้าร่วมการฝึกสมาธิเบื้องต้น,ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ที่ฟังดนตรีบรรเลงและผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ที่ได้เข้าร่วมการฝึกสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลง)จำนวนกลุ่มละ 14 คน และกลุ่มควบคุม(ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์) จำนวน 14 คน อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองผู้สูงอายุเข้าร่วมการฝึกสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที จำนวน 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ พักอยู่ตามปกติ ของสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับการสุ่มอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งข้างต้น จะมีข้อปฏิบัติร่วมกันดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถามซึ่งท่านต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมด อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยเหตุใดๆ ท่านสามารถเว้นการตอบได้โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน แต่ถ้าท่านตอบแบบสอบถามหมดทุกข้อก็จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการสรุปผล

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป 12 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ 9 ข้อ การตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ซึ่งจะมีการประเมินคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง 2 ครั้ง และหลังการทดลอง 1 ครั้ง

อาสาสมัครดัดไม้ชา กาแฟ หรือเครื่องดัดที่มีคาเฟอีน หลัง 15.00 น. ทุกวันในระหว่าง
การวิจัย

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัย
จะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม
การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่ยินยอมโดย
ผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวยุวดี แจ่มกังวาล ศึกษ
ธนาคารกรุงเทพ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือ
หมายเลขโทรศัพท์ 081-8548xxx ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ และหากท่านมีข้อร้องเรียน
ใดๆต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อแจ้งสำนักงานจริยธรรมการวิจัย คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 02-2564455, 02-2564493 ต่อ
ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์
คนชราวาสนะเวศม์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ – 12)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสาม
สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยเขียนเครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียง
กับสภาพของท่านใน ปัจจุบันหรือในช่วงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต
และกรุณาตอบคำถาม ทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา อายุ ปี เพศ () 1.ชาย () 2.หญิง

1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่ง 1. ดีกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
ที่กำลังทำอยู่ได้
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
3. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็น 1. มากกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
ประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ
4. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจใน 1. มากกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
เรื่องต่าง ๆ ได้
5. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
6. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะ 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
เอาชนะความ ยากลำบาก
ต่าง ๆ ได้
7. สามารถมีความสุขกับ 1. มากกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
กิจกรรมในชีวิตประจำวัน
ตามปกติได้
8. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับ 1. ดีกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
ปัญหาต่าง ๆ ของตัวเองได้
9. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้า 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
หมอง
10. รู้สึกเสียความมั่นใจใน 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
ตัวเองไป
11. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า 1. ไม่เลย 2. ไม่มากกว่าปกติ 3. ค่อนข้างมากกว่าปกติ 4. มากกว่าปกติมาก
12. รู้สึกมีความสุขดี ตาม 1. มากกว่าปกติ 2. เหมือนปกติ 3. น้อยกว่าปกติ 4. น้อยกว่าปกติมาก
สมควร เมื่อดูโดยรวม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการนอนหลับโดยทั่วไปของคุณ กรุณาตอบโดยเติมข้อความในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความการนอนส่วนใหญ่ของคุณเป็นอย่างไรใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่คุณมักจะเข้านอนเวลาประมาณ.....น.
2. ในช่วง 2 สัปดาห์มาคุณต้องใช้เวลาานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป.....นาที่
3. ในช่วง 2 สัปดาห์มาปกติคุณจะถูกจากที่นอนเวลาประมาณ..... น.
4. ในช่วง 2 สัปดาห์มาปกติแล้วคุณนอนหลับได้คืนละประมาณ..... ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้ อาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่คุณเริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
5. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร

ดีมาก 1

ดี 2

ไม่ค่อยดี 3

ไม่ดีเลย 4
6. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่ง หรือซื้อเอง เพื่อช่วยให้การนอนหลับบ่อยเพียงใด)

ไม่เคยใช้เลย 1

ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2

ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3

ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4
7. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใดในขณะที่ทำกิจกรรมประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ซักเสื้อผ้า เป็นต้น

ไม่เคยเลย 1

น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 2

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3

3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 4
8. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการทำงานให้สำเร็จ ล่วงไป

ไม่เป็นปัญหาเลย 1

เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย 2

เป็นปัญหาพอสมควร 3เป็นปัญหามาก 4

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้
(กรุณาตอบทุกข้อ)

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ไม่มีปัญหาเลย |
| 2 | หมายถึง | มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 3 | หมายถึง | มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 4 | หมายถึง | มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ |

9. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
	1	2	3	4
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอ หรือ กรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่นๆ ถ้ามี (โปรดระบุ)				



ภาคผนวก ง
การทำสมาธิเบื้องต้นในผู้สูงอายุ

สถาบันวิทย์บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทำสมาธิเบื้องต้นในผู้สูงอายุ

วิธีการฝึกการทำสมาธิบำบัด เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

คำว่า “สมาธิ” หมายถึง การเอาใจไปจดจ่อ หรือตั้งมั่นอยู่ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพียงเรื่องเดียว การทำสมาธิ ถือได้ว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียด ที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะทำให้จิตใจสงบนิ่ง ปลอดจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หรืออารมณ์ด้านลบทั้งหลาย แต่มีสติรู้เท่าทันต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งต่างๆ ที่มากระทบอยู่ตลอดเวลา

หากฝึกเป็นประจำ จะทำให้จิตใจเบิกบาน อารมณ์เย็น สงบแจ่มใส จิตใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ด้วยความมั่นใจในตัวเอง เมื่อมีสมาธิที่เข้มแข็ง เราก็จะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเปี่ยมประสิทธิภาพ

ประโยชน์ของการนั่งสมาธิ

- ช่วยลดความเครียด
- บำบัดอาการปวดหัวข้างเดียว
- ช่วยลดความรู้สึกซึมเศร้า
- ช่วยลดปัญหานอนไม่หลับ
- ช่วยลดความรู้สึกวิตกกังวล
- ทำให้จิตใจผ่อนคลาย สงบ
- ทำให้โลหิตหมุนเวียนดีขึ้น
- ทำให้หัวใจเต้นเป็นปกติ
- ทำให้การย่อยและขับถ่ายเป็นปกติ
- ช่วยทำให้มีความจำดีขึ้น

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้ง่วงนอน
- การหาสถานที่ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสรีจากธุระภารกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้ว เป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆ ได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อยและเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่น ตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

นับไปเรื่อยๆจนถึง 5

แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่

นับจนถึง 6 แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่

นับจนถึง 7 แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่

นับจนถึง 8 แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่

นับจนถึง 9 แล้วเริ่มนับ 1 ใหม่

นับจนถึง 10 ครบ 10 ถือเป็นหนึ่งรอบ แล้วเริ่มนับ 1-5 ใหม่ ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,6,6

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,6,6,7,7

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,6,6,7,7,8,8

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,6,6,7,7,5,5,9,9,

1,1,2,2,3,3,4,4,5,5,6,6,7,7,8,8,9,9,10,10

ในการฝึกครั้งแรกๆ อาจยังไม่มีสมาธิพอ ทำให้นับเลขผิดพลาด หรือบางทีมีความคิดอื่นแทรกเข้ามาทำให้ลืมนับเป็นบางช่วง ถือเป็นเรื่องปกติ ต่อไปให้พยายามตั้งสติใหม่ เมื่อมีความคิดอื่นแทรกเข้ามา ก็ให้รับรู้แล้วปล่อยให้ผ่านไป ไม่เก็บมาคิดต่อ ในที่สุดก็จะสามารถนับได้ต่อเนื่องและไม่ผิดพลาด เพราะมีสมาธิดีขึ้น

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5

หายใจเข้านับ 1 ใหม่ จนถึง 6,7,8,9,10 ตามลำดับ ดังนี้

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5 6

1 2 3 4 5 6 7

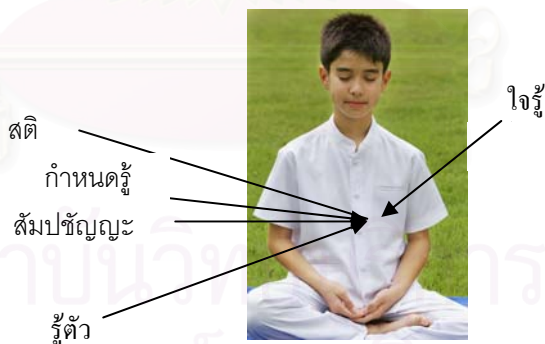
1 2 3 4 5 6 7 8

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น



ขั้นที่ 4

เริ่มเปิดดนตรีบรรเลงร่วมกับการทำสมาธิ เป็นเวลา 30 นาที ขณะที่ได้ยินเสียงเพลง ก็กำหนดสติรับรู้การได้ยิน จากนั้นก็ผ่อนคลายอารมณ์ไปตามดนตรี บรรเลง ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการนับ ลมหายใจ ปล่อยความรู้สึกให้สบาย

หมายเหตุ : การปฏิบัติในชั้นที่ 1 – 3 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับชั้นที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที
รวมเวลาทั้งสิ้น 45 นาที



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
กิจกรรมการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง

กิจกรรมครั้งที่ 1

กลุ่มทดลองที่ 1 การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 1 (การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง)
2. เริ่มทำสมาธิเบื้องต้นด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้หิวหงอน
- การหาสถานที่ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสร็จจากธุระภาระกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้วเป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3

หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5

หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7

หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9

หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

ขั้นที่ 4

เริ่มเปิดดนตรีบรรเลงร่วมกับการทำสมาธิ เป็นเวลา 30 นาที ขณะที่ได้ยินเสียงเพลง ก็กำหนดสติรับรู้การได้ยิน จากนั้นก็ผ่อนคลายอารมณ์ไปตามดนตรี บรรเลง ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการนับ ลมหายใจ ปล่อยความรู้สึกให้สบาย

หมายเหตุ : การปฏิบัติในขั้นที่ 1 – 3 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับขั้นที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 45 นาที

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 1

1. Journey (On the earth)
2. Catummaharajika (1st Heaven)
3. Tavatimsa (2nd Heaven)
4. Yama (3rd Heaven)
5. Tusita (4th Heaven)

กลุ่มทดลองที่2 การ ฟังดนตรีบรรเลง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 2 (การฟัง ดนตรี บรรเลง)
2. เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
 1. Journey (On the earth)
 2. Catummaharajika (1st Heaven)
 3. Tavatimsa (2nd Heaven)
 4. Yama (3rd Heaven)
 5. Tusita (4th Heaven)

กลุ่มทดลองที่3 การทำสมาธิ

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 3 (การทำสมาธิ)
2. เริ่มทำสมาธิเบื้องต้นด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลา ทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้่วงนอน
- การหาสถานที่ ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสรีจากธุระภาระกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้ว เป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3

หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5

หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7

หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9

หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้
ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความ
สงบเท่านั้น

ผู้วิจัยแจกอุปกรณ์การฟังซึ่งได้แก่เครื่องเล่นวิทยุเทป เครื่องเล่น MP3 และตลับ
เทปแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองที่ 1 และ 2 พร้อมทั้งฝึกการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวแก่

ผู้สูงอายุ เพื่อให้ใช้เปิดในเวลาก่อนนอนของทุกคืน และกำชับให้ใช้อุปกรณ์ดังกล่าวเพื่อ
การวิจัยเท่านั้นห้ามเปิดในเวลากลางวันหรือฟังรายการวิทยุอื่นใด เด็ดขาด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมครั้งที่ 2

กลุ่มทดลองที่ 1 การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง

1. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์พบว่ายังมีผู้สูงอายุบางคนที่ยังใช้เครื่องเล่นเทปเองไม่เป็นแต่ได้ให้เพื่อนร่วมที่ฝึกเป็นผู้เปิดให้ในทุกๆคืนผู้วิจัยและมีผู้สูงอายุ 4 คนที่ต้องการหูฟัง เพราะไม่ต้องการให้เสียงรบกวนผู้อื่น จึงขอพบผู้สูงอายุหลังทำกิจกรรมจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 1 (การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง) อีกครั้ง

2. เริ่มทำสมาธิด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้หึ่งงนอน
- การหาสถานที่ ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสรีจากธุระภาระกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้วเป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3

หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5

หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7

หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8
 หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9
 หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2
 หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4
 หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6
 หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8
 หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

ขั้นที่ 4

เริ่มเปิดดนตรีบรรเลงร่วมกับการทำสมาธิ เป็นเวลา 30 นาที ขณะที่ได้ยินเสียงเพลง ก็กำหนดสติรับรู้การได้ยิน จากนั้นก็ผ่อนคลายอารมณ์ไปตามดนตรี บรรเลง ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการนับ ลมหายใจ ปล่อยความรู้สึกให้สบาย

หมายเหตุ : การปฏิบัติในขั้นที่ 1 – 3 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับขั้นที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 45 นาที

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 2

1. Nimmanarati (5th Heaven)
2. Paranimmitavasavatti (6st Heaven)
3. Rupabrahma
4. Arupabrahma
5. Nirvana (Eternity)

กลุ่มทดลองที่2 การ ฟังดนตรีบรรเลง

1. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์พบว่ายังมีผู้สูงอายุบางคนไม่ต้องการส่งเสียงรบกวนผู้อื่นหรือห้องจึงขอสายเคเบิลหูฟังเพื่อไม่เป็นการรบกวนผู้อื่นผู้วิจัยจึงจัดเตรียมให้หลังการทำกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 2(การฟังดนตรีดนตรีบรรเลง) อีกครั้ง
2. เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที
 1. Nimmanarati (5th Heaven)
 2. Paranimmitavasavatti (6st Heaven)
 3. Rupabrahma
 4. Arupabrahma
 5. Nirvana (Eternity)

กลุ่มทดลองที่3 การทำสมาธิ

1. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำสมาธิพบว่าในกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในการปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 3 (การทำสมาธิ) อีกครั้ง
2. เริ่มทำสมาธิด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้ง่วงนอน
- การหาสถานที่ ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสรีจากรุระภาวะกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้วเป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเพื่อกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3

หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5

หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7

หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9

หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้
ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความ
สงบเท่านั้น

กิจกรรมครั้งที่3 - 6

กลุ่มทดลองที่1 การทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง

1. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ในทุกครั้งที่ทำกิจกรรมร่วมกับระยะหลังไม่พบปัญหาใดๆและในการทำกิจกรรมร่วมกันทุกๆครั้งผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบละซักถามเป็นรายบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อปฏิบัติขณะเข้าร่วมการวิจัยเป็นที่น่าพอใจ
2. เริ่มทำสมาธิเบื้องต้นด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลาใกล้เที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้ง่วงนอน
- การหาสถานที่ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสรีจากธุระภาระกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้วเป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช้การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1

หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3

หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5

หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7

หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9

หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4

หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6

หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8

หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

ขั้นที่ 4

เริ่มเปิดดนตรีบรรเลงร่วมกับการทำสมาธิ เป็นเวลา 30 นาที ขณะที่ได้ยินเสียงเพลง ก็กำหนดสติรับรู้การได้ยิน จากนั้นก็ผ่อนคลายอารมณ์ไปตามดนตรี บรรเลง ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการนับ ลมหายใจ ปล่อยความรู้สึกให้สบาย

หมายเหตุ : การปฏิบัติในขั้นที่ 1 – 3 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที สำหรับขั้นที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมเวลาทั้งสิ้น 45 นาที

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 3

1. Auruvarasaenanikom อรุโหวฟ้าเสนานิคม
2. Morality Stream สายธารธรรม
3. Suchada มหาอุบาสิกา นามสุชาดา

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 4

1. Naerunchara River ริมฝั่งน้ำเนรัญชรา
2. The Jewel Bo Three โฟธิ์แก้ว

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 5

1. Butterflies & flowers ผีเสื้อกับดอกไม้
2. Rainbow รุ้งกินน้ำ

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 5 (ต่อ)

3. The bulbul นกกางเขนบ้าน
4. Strolling in the garden เดินเล่นริมสวน
5. Fog สายหมอก

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 6

1. Dragonfly แมลงปอเคย
2. Fly to imagination นกเจ้าโฉบบิน
3. The couple birds คู่รัก
4. Evening ฅน ยามเย็น
5. Sundown อาทิตย์อัสดง

กลุ่มทดลองที่ 2 การ ฟังดนตรีบรรเลง

เพลงที่ใช้ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3- 5 ครั้งละประมาณ 30 นาที

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 3

1. Auruvarasaenikom อรุโรวาเสนานิคม
2. Morality Stream สายธารธรรม
3. Suchada มหาอุบาสิกา นามสุชาดา

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 4

1. Naerunchara River ริมฝั่งน้ำเนรัญชรา
2. The Jewel Bo Three โปธิ์แก้ว

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 5

1. Butterflies & flowers ผีเสื้อกับดอกไม้
2. Rainbow รุ้งกินน้ำ
3. The bulbul นกกางเขนบ้าน
4. Strolling in the garden เดินเล่นริมสวน
5. Fog สายหมอก

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 6

1. Dragonfly แมลงปอเคย
2. Fly to imagination นกเจ้าไฟบิน
3. The couple birds คู่รัก
4. Evening ฅน ยามเย็น
5. Sundown อาทิตย์อัสดง

กลุ่มทดลองที่3 การทำสมาธิ

1. ผู้วิจัยซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำสมาธิพบว่าในกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในการปฏิบัติ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัยแก่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ 3 (การทำสมาธิเบื้องต้น) อีกครั้ง
2. เริ่มทำสมาธิด้วยการ แนะนำการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิดังนี้

ข้อแนะนำและการเตรียมตัวก่อนการทำสมาธิ

- การหาเวลาที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้เวลากลับเที่ยง เพราะจะทำให้หิวข้าว หรือทำใกล้เวลาทำอาหาร และทานอิ่มเกินไปเพราะจะทำให้ง่วงนอน
- การหาสถานที่ ที่เหมาะสม ไม่ใช่ที่อึกทึก
- เสร็จจากธุระภาระกิจต่างๆ และกิจวัตรประจำวันแล้ว เช่น หลังอาบน้ำ ขับถ่ายเรียบร้อยแล้ว ไม่ได้มีนัดหมายกับใครแล้วเป็นต้น
- อยู่ในอาการที่สบาย คือ นั่งในท่าที่สบาย ท่าที่จะทำให้อยู่นิ่งๆได้ นาน โดยไม่ปวดเมื่อย และเกิดเหน็บชา อาจไม่ใช่การนั่งขัดสมาธิก็ได้
- ตั้งเป้าหมายในการนั่งแต่ละครั้ง เช่นตั้งใจว่าจะต้องนั่งให้ครบ 15 นาที เป็นต้น
- เมื่อได้เริ่มแล้วก็ควรจะทำทุกวันให้เกิดความเคยชินเป็นนิสัยติดตัว

วิธีการฝึกการทำสมาธิเบื้องต้น เพื่อการกำหนดการรับรู้เท่าทันอารมณ์ และการเจริญสติ

ขั้นที่ 1

นั่งในท่าที่สบาย จะเป็นการนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนอนก็ได้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย
หลับตาหายใจเข้า หายใจออกช้าๆ เริ่มนับลมหายใจเข้าออก ดังนี้
หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1
หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2

หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 3
 หายใจเข้านับ 4 หายใจออกนับ 4
 หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 5
 หายใจเข้านับ 6 หายใจออกนับ 6
 หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 7
 หายใจเข้านับ 8 หายใจออกนับ 8
 หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 9
 หายใจเข้านับ 10 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 2

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้นให้เริ่มนับเลขแบบเร็วขึ้นไปอีกคือ

หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 2
 หายใจเข้านับ 3 หายใจออกนับ 4
 หายใจเข้านับ 5 หายใจออกนับ 6
 หายใจเข้านับ 7 หายใจออกนับ 8
 หายใจเข้านับ 9 หายใจออกนับ 10

ขั้นที่ 3

เมื่อนับลมหายใจได้เร็วและไม่มีผิดพลาด แสดงว่าจิตใจสงบมากแล้ว คราวนี้ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ต้องนับเลขอีก และไม่ต้องคิดเรื่องใดๆ ทั้งสิ้น มีแต่ความสงบเท่านั้น

สถาบันนวัตยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
เพลงที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงสำหรับการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพลงที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงสำหรับการวิจัย

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 1

1. Journey (On the earth)
2. Catummaharajika (1st Heaven)
3. Tavatimsa (2nd Heaven)
4. Yama (3rd Heaven)
5. Tusita (4th Heaven)

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 2

1. Nimmanarati (5th Heaven)
2. Paranimmitavasavatti (6st Heaven)
3. Rupabrahma
4. Arupabrahma
5. Nirvana (Eternity)

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 3

1. Auruvarasaenanikom อรุโหวฟ้าเสนานิคม
2. Morality Stream สายธารธรรม
3. Suchada มหาอุบาสิกา नामสุชาดา

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 4

1. Naerunchara River ริมฝั่งน้ำเนรัญชรา
2. The Jewel Bo Three โปธิ์แก้ว

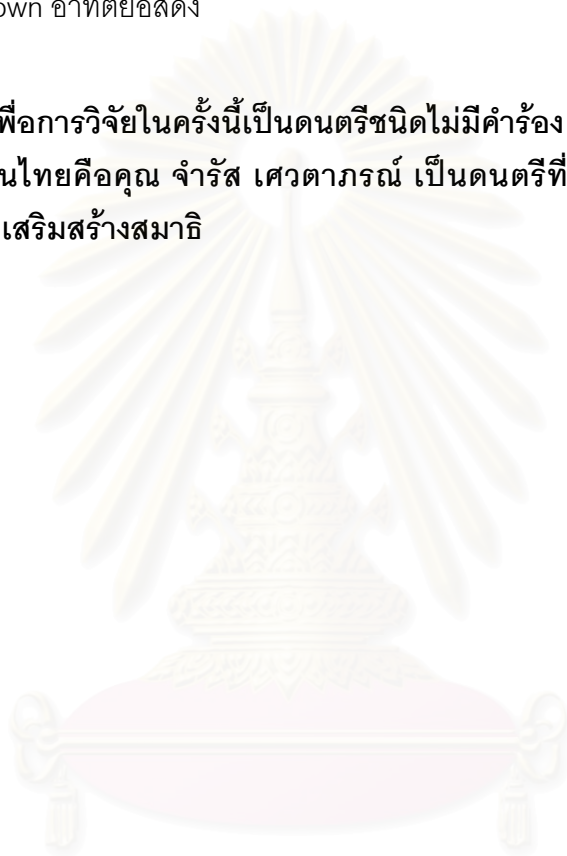
เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 5

1. Butterflies & flowers ผีเสื้อกับดอกไม้
2. Rainbow รุ้งกินน้ำ
3. The bulbul นกกางเขนบ้าน
4. Strolling in the garden เดินเล่นริมสวน
5. Fog สายหมอก

เพลงที่ใช้บรรเลงในกิจกรรมครั้งที่ 6

1. Dragonfly แมลงปอเคย
2. Fly to imagination นกเจ้าไฟบิน
3. The couple birds คู่นก
4. Evening ฦ ยามเย็น
5. Sundown อาทิตย์อัสดง

เพลงที่นำมาใช้เพื่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นดนตรีชนิดไม่มีคำร้อง (ดนตรีบรรเลง) ที่แต่งและเรียบเรียงโดยคนไทยคือคุณ จำรัส เศรษฐาภรณ์ เป็นดนตรีที่ฟังเพื่อการพักผ่อน คลายความเครียดและเสริมสร้างสมาธิ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวยุวดี แจ่มกั้งวาล เกิดวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2522 ที่อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษา บัณฑิตบัณฑิต สาขาต้นทุน จากคณะบัญชี มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ปี 2544 และเข้าศึกษาต่อใน หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ. 2548



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย