

ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ  
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



นางสายฝน อินศรีชื่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF NURSING CARE USING AROMATHERAPY ON SLEEP QUALITY  
IN OLDER PERSONS WITH DEMENTIA

Mrs. Saifon Insrichuen



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2015  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนธบำบัดต่อ
	คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
โดย	นางสายฝน อินศรีชื่น
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สายฝน อินศรีชื่น : ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF NURSING CARE USING AROMATHERAPY ON SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH DEMENTIA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณม์, 158 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระยะที่ 1 และ 2 เพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 85 ปี ในสถานพยาบาลเดชะชีเนียร์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย เพศ อายุ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการนอนหลับ การรับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ โปรแกรมการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัด ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหา .92 การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test Independent) ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการนอนหลับ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ )
2. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577227836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF SLEEP / NURSING CARE USING AROMATHERAPY / OLDER PERSONS WITH DEMENTIA

SAIFON INSRICHUEN: THE EFFECT OF NURSING CARE USING AROMATHERAPY ON SLEEP QUALITY IN OLDER PERSONS WITH DEMENTIA. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 158 pp.

This quasi-experimental research aimed to compare sleep quality in older persons with dementia before and after receiving nursing care using aromatherapy, and to compare sleep quality in older persons with dementia between the experimental group and control group. The subjects were 44 men and women aged 60 – 85 years in the Senior Hospital. They were divided into 2 groups: 22 persons in each group, and were matched pair by sex, age, stage of dementia, medication affecting to sleep. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the nursing care using aromatherapy for four weeks. The instruments of this study were the nursing care with aromatherapy program which was approved by 5 experts, obtaining a CVI of .92. The Pittsburgh Sleep Quality Index, acceptable reliability at .83. The data were analyzed using descriptive and t- test statistics. The results are summarized as follows:

1. The quality of sleep in older persons with dementia after received the nursing care using aromatherapy was significantly better than before received program. ( $p < .05$ ).

2. The quality of sleep in older persons with dementia after received the nursing care using aromatherapy was significantly better than the subject receiving conventional care. ( $p < .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศู วรธนะปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ทุ่มเททั้งเวลา ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และความอดทนอย่างสูงยิ่ง ในการตรวจสอบและช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ทั้งคอยดูแล ห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำชี้แนะ และข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ที่ให้ความเมตตาและให้ทุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว โดยเฉพาะ นายสมชาย และนางอารีย์ หนองหลิ่ง ผู้ซึ่งเป็นบิดามารดาของผู้วิจัย และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ และให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยสำเร็จการศึกษาครั้งนี้ได้อย่างดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	7
คำถามการวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	9
ขอบเขตการวิจัย .....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.....	13
2. การนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม .....	22
3. กระบวนการพยาบาล.....	36
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขคนธบำบัด .....	42
5. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมต่อการนอนหลับ .....	49
6. แนวคิดการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวันในผู้สูงอายุ.....	52

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	61
รูปแบบการวิจัย .....	61
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง .....	61
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	72
การดำเนินการทดลอง .....	73
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	89
สรุปผลการวิจัย.....	97
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง .....	106
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	117
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล .....	119
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย และเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย .....	125
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	146
ภาคผนวก จ ประมวลภาพการทำกิจกรรมในโปรแกรม .....	155



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ ..... 158



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	สรุปขั้นตอนการดำเนินตามกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนธบำบัดเปรียบเทียบกับ กระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1983).....	68
ตารางที่ 2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	81
ตารางที่ 3	แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการนอนหลับรายบุคคล ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรม การพยาบาลโดยใช้ สูวคนธบำบัด.....	83
ตารางที่ 4	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและ หลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนธบำบัด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่ม ทดลอง (n= 44) .....	85
ตารางที่ 5	ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนธ บำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n <sub>1</sub> = 22, n <sub>2</sub> = 22, n <sub>รวม</sub> = 44) .....	87
ตารางที่ 6	ผลบันทึกพฤติกรรมการนอนหลับของผู้สูงอายุเมื่อได้รับกิจกรรมพยาบาล ร่วมกับการ ใช้สูวคนธบำบัด จำนวน 22 ราย.....	88

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงวงจรการนอนหลับพื้นฐาน1 วงจร (Book, 2002).....	26
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	60
ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการ ให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัต ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n= 44). 86	



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าทั่วโลก มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 35 ล้านคน ในแถบเอเชียอาคเนย์พบจำนวน 2.4 ล้านคน (Alzheimer's Disease International [ADI], 2010) ในปี พ.ศ.2552 พบผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) ร้อยละ 4 พบในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี และร้อยละ 20 พบในกลุ่มอายุมากกว่า 85 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอาการผิดปกติหลายอย่าง ได้แก่ การรู้คิด ความจำ อารมณ์ พบความผิดปกติด้านระบบประสาท ปัญหาด้านพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งปัญหาอื่นไม่หลัก (McCurry et al., 2000)

ผู้สูงอายุโดยทั่วไปต้องการการนอนหลับวันละประมาณ 6.5 ชั่วโมง โดยต้องเป็นการนอนที่มีคุณภาพ (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2552) แต่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรวัยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีปัญหาการนอนไม่หลับ (insomnia) และอาการนอนหลับแปรปรวน (sleep disturbance) (Ring, 2001) ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุใช้เวลาหลับจริงน้อยกว่าภาวะปกติ หลับๆ ตื่นๆ ไม่มีคุณภาพ มักใช้เวลานานกว่าปกติในการเข้าสู่การนอนหลับ ส่วนปัญหาการนอนหลับแปรปรวน เป็นการนอนหลับที่ช่วงจังหวะในการหลับลึกนั้นเปลี่ยนไปคือ มีช่วงเวลาหลับสนิทสั้นลงมาก ผู้สูงอายุปกติทั่วไปมีปัญหาการนอนหลับทั้งสองประเภท และพบว่าร้อยละ 20.2 มีการใช้ยานอนหลับ (ปองขวัญ พีรพัฒน์โกศล, 2549) กล่าวโดยสรุป การสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับเป็นเบื้องต้นอยู่แล้ว การเป็นโรคเรื้อรังหรือรับประทานยาบางชนิด จะเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดปัญหาการนอนหลับมากยิ่งขึ้น

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกิดปัญหาการนอนหลับได้มากขึ้นและรุนแรงขึ้นทั้ง 2 แบบ (Dauvillier, 2007) ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์พบปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 27.6 (Tractenberg et al., 2005) จากข้อมูลในคลินิกผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศอิตาลี พบปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 60 (Guarnieri et al., 2012) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบสมองส่วน Suprachiasmatic nucleuse ใน Anterior hypothalamus ซึ่งควบคุมการหลับและตื่นที่สัมพันธ์กับจังหวะทางชีวภาพมีการฝ่อและเสื่อมลง ส่งผลให้การหลั่งสารสื่อประสาทมีความผิดปกติ การบกพร่องทางการรับรู้ พฤติกรรมกระวนกระวาย และมีปัญหาการนอนไม่หลับ ส่วนใหญ่พบความผิดปกติของการนอนหลับลึก (Boeve et al., 2004) มีระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนหลับนานกว่าปกติ นอนหลับช่วงกลางวันมาก ตื่นบ่อยและเดินไปมา ช่วงกลางวัน ทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสมองเสื่อมลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ (Krystal

et al., 2009) คุณภาพการนอนหลับประเมินได้จากลักษณะการนอนหลับ และการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับตามแบบวัด The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI] (Buysse et al., 1989) คือ ตั้งแต่ระยะเวลาการเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน การนอนหลับสนิท การนอนหลับเพียงพอ ผลจากปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเชื่อมโยงต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ (McKeith et al., 2005) การนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายตื่นตัวตลอดเวลา หัวใจต้องทำงานมาก การบีบตัวแรงในการสูบฉีดโลหิตทำให้ความดันโลหิตสูงในตอนกลางคืนก่อนเกิดโรคความดันโลหิตสูง และยังเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดอัมพาต นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคในระบบหัวใจได้ง่ายขึ้น (Redeker & Stein, 2005) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่สดชื่น ง่วง หาวบ่อยๆ ไม่มีสมาธิ อารมณ์แปรปรวน ทำให้เกิดความเครียดบางรายเกิดโรคจิตประสาท (Cole & Dendukuri, 2003) การดำเนินโรคสมองเสื่อมจะทรุดลงเร็ว หากคุณภาพการนอนหลับลดลง ระยะหลับลึกลดลง จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับเพิ่มมากขึ้น (Glass et al., 2005) ความบกพร่องทางการรับรู้ก็จะมากขึ้น (Krystal et al., 2009) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะค่อยๆ ลดลง (Lee, 2007) ต้องใช้ยานอนหลับเพิ่มมากขึ้น (Glass et al., 2005) มีอาการสับสน เดินไปมาช่วงกลางคืน อาจเกิดหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้าสู่วิทยาลัย (Fiona, 2006)

ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ 1) อายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพตามกระบวนการชราส่งผลต่อการนอนหลับ (Friedman, 2006) จึงพบว่าผู้ที่มีอายุมากมีปัญหาการนอนมากกว่าคนอายุน้อยกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมของ Bombois et al. (2010) เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าวงจรการนอนหลับถูกรบกวนเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น 2) เพศ หญิงมีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือนทำให้มีโอกาสเกิดโรคอัลไซเมอร์ (Tabloski, 2006) ผู้ป่วยอัลไซเมอร์เพศหญิงร้อยละ 54 มีปัญหาการนอนหลับ (Tractenberg et al., 2005) สอดคล้องกับ Ohayon & Roth (2001) พบว่า เพศหญิงมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับ McCurry et al. (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 46 ราย พบว่าเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 54 3) ระยะของภาวะสมองเสื่อม การบกพร่องของการรู้คิดและการรับรู้ หลงเวลา การเห็นภาพหลอนจากภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อการนอนหลับ (Krystal et al., 2009) Gehman et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในซานดิเอโกที่พฤติกรรมกระวนกระวายสูง มีปัญหาการนอนหลับมากขึ้น Haung et al. (2012) พบว่าคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับที่ลดลง รวมทั้งระยะการเข้าสู่การนอนหลับที่ทำได้นานขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้มากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับ Rao et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและการนอนหลับในช่วงกลางวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 124 คน พบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะ

กลางพบปัญหาการนอนหลับมากที่สุด และ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะรุนแรงพบปัญหาการนอนหลับ ในช่วงกลางวันมากที่สุด 4) ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีอาการกระวนกระวาย สับสน หลงเวลา ซึมเศร้า วิดกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Krystal et al., 2009) ปัจจัยภายนอก คือ 1) ยาที่ได้รับ 2) กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสง เสียงมีผลต่อการนอนหลับ (Vitiello, 2006) สอดคล้องกับ อรษา มณีธัญ (2553) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ จำนวน 120 คน พบว่า การเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับได้ถึงร้อยละ 53 การบำบัดปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม อาจถูกมองข้ามไป เนื่องจากส่วนใหญ่มักใช้ยานอนหลับเป็นหลักในการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ โดยพบการใช้ยานอนหลับมากถึง ร้อยละ 58 เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยหลับสนิท (Anderson et al., 2009) ซึ่งการใช้ยานอนหลับ ทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น สับสน ผิดปกติด้านการรับรู้ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย สูญเสียการทรงตัว หรือหกล้ม (Glass et al., 2005) จากการศึกษาของ Buysee (1992) พบว่าการใช้ยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepine พบอุบัติการณ์ของการเกิดหกล้ม และกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 50-80 จึงได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้การพยาบาลที่ไม่ใช้ยาเข้ามาช่วยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่ไปกับการรักษาปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักวิทยาศาสตร์และถือเป็นบทบาทอิสระ (พรศิริ พันธุ์ศรี, 2552) Yura and Walsh (1983) อธิบายว่า กิจกรรมการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามหลักกระบวนการพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยดำรงสุขภาวะดี พ้นหายจากความเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตดีตามศักยภาพของแต่ละคนเท่าที่จะเป็นไปได้ซึ่งกระบวนการพยาบาลนั้นประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในแต่ละราย การทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน โดยการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ข้อมูลด้านการรักษา อาการและระยะของภาวะสมองเสื่อม ประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน PSQI 2) การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา หรือการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาการนอนหลับ 3) การวางแผนกิจกรรม โดยวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบและคัดเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ และอยากเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความสามารถของตนเอง โดยอาจมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคล หรือกลุ่มบุคคล การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดแบบแผนการนอนหลับที่ดี การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล 4) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยจัดตารางกิจกรรมในช่วงกลางวันเพิ่ม ดูแลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้ ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการนอนหลับ 5) ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI จากขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวของกระบวนการทางพยาบาล สามารถวางแผนกิจกรรมการพยาบาลได้หลากหลาย ทั้งการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวันเพื่อหลีกเลี่ยง

การงีบหลับ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ การพยาบาลโดยตรงกับบุคคล คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อม รวมทั้งการใช้สுவคนบำบัดเสริมเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น จะเน้นการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความคุ้นเคย กระตุ้นการรับรู้เพื่อลดการสับสน ดูแลเรื่องแสง เสียง ในระดับคงที่ อุณหภูมิที่เหมาะสม สร้างบรรยากาศภายในห้องนอนให้เกิดความผ่อนคลาย ตามแนวคิดของ Hall (1998) เพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆภายนอกที่กระทบต่อการนอนหลับ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆต่อสภาพแวดล้อม จะส่งผลกระทบต่อเกิดการสับสน หวาดกลัว จึงส่งผลต่อการนอนหลับได้ ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกเหนือจากจะจัดเพื่อลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสับสน ที่กระทบต่อการนอนหลับ จึงคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆตามความสามารถและศักยภาพของผู้สูงอายุ และต้องคำนึงถึงความปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2548) และทำให้เกิดความเจ็บสงบส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

การจัดกิจกรรมต่างๆในช่วงกลางวัน ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการนอนหลับ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเกี่ยวกับสมองส่วนควบคุมการหลับ และตื่นผ่อนคลายการจัดให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการออกกำลังกาย มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว หลีกเลียงการงีบหลับในช่วงกลางวัน และถือเป็นการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ส่งผลให้จังหวะการนอนหลับ และการตื่นสมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร่างกายจะมีการหลั่งสารเคมีในสมอง Norepinephrine และ Dopamine ส่งผลให้ลดอาการอ่อนเพลีย และยังมีสาร Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยทำให้เกิดอาการผ่อนคลาย และนอนหลับดี จากศึกษาการให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นเวลา 40 นาที อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ามีการนอนหลับดีขึ้น (The Joanna Briggs Institute, 2004) จากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการต่างๆต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่าการจัดงานสังสรรค์ต่างๆตามประเพณี มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 41 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬา มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 31 (พัสมณท์ คุ่มทวี, 2551) จากการศึกษาของ Reid, et al. (2010) เกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยใช้การเดินแอโรบิคร่วมกับการดูแลเรื่องสุขนิสัยการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่า มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขนิสัยการนอนเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Du, et al. (2015) พบว่าการออกกำลังกายโดยการรำไทชิ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีระยะเวลาการนอนหลับนานขึ้น การเข้าสู่การนอนหลับลดลง

Lin et al. (2007) อธิบายว่า สิวคนธบำบัด ช่วยลดพฤติกรรมวุ่นวาย ทำให้เกิดการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มเซลล์และส่งสัญญาณเป็นสารสื่อประสาทแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านทางเส้นประสาทคู่ที่ 1 ไปยังสมอง Lymbic system ระบบสมองจะส่งการต่อมใต้สมอง pituitary gland จะหลั่งสาร Endorphins และ หลั่ง serotonin ทำให้ผ่อนคลาย ลดอาการกระวนกระวาย ทำให้นอนหลับดีขึ้น ซึ่งน้ำมันหอมระเหยมีหลายกลิ่นแต่ละกลิ่นมีฤทธิ์เด่นในการออกฤทธิ์บำบัดแตกต่างกัน สามารถเลือกใช้ตามความชอบและพิจารณาตามคุณสมบัติ กลิ่นที่นิยมเพื่อเป้าหมายส่งเสริมการนอนหลับคือ กลิ่นลาเวนเดอร์ซึ่งกระตุ้นให้ร่างกายผลิต serotonin จะส่งผลต่อระบบพาราซิมพาเทติกเกิดความผ่อนคลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการอ่อนเพลีย หดหู่ ส่งเสริมการนอนหลับได้อย่างชัดเจน ส่วนน้ำมันหอมระเหยอื่นมีฤทธิ์ที่แตกต่างกัน เช่น กลิ่นมะกรูดช่วยดับกลิ่น รู้สึกสดชื่น กลิ่นมะลิช่วยบรรเทาความเจ็บปวด กลิ่นดอกกุหลาบช่วยผ่อนคลายลดการติดเชื้ (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) การจัดการปัญหาอนไมหลับด้วยสิวคนธบำบัดจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปฏิบัติได้ง่าย มีผลข้างเคียงน้อย ราคาไม่แพง นิยมใช้การสูดดม (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2551) นวดอโรมาที่มือ (Seo & Chang, 2009)

จากวรรณกรรมการใช้สิวคนธบำบัดส่งเสริมการนอนหลับ Seo & Chang (2009) ใช้สิวคนธบำบัดนวดที่มือ ครั้งละ 5 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่อนคลาย คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น Lin et al. (2007) ใช้การสูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมในฮองกงมีพฤติกรรมกระวนกระวายลดลงผ่อนคลายมากขึ้นและนอนหลับดี Lewith et al. (2005) พบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ช่วยรักษาอาการอนไมหลับได้ดีกว่าการใช้้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนต์ Jimbo et al. (2009) ใช้การสูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์ในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ญี่ปุ่นพบว่ามีารรับรู้ การรู้คิดที่ดีขึ้น Lee (2005)

รายงานการศึกษา 7 เรื่องเกี่ยวกับการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ที่ส่งผลต่อการปรับอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดความผ่อนคลายในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ในเกาหลี ในประเทศไทยพบมีการศึกษาการใช้สิวคนธบำบัดอยู่หลายท่าน สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สุชาติพิทย์ เกษตรลักษมี (2550) ใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายต่ำสุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายสูงสุด พรศิริ เมืองนิล (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนวดน้ำมันหอมระเหยครั้ง 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันและเวลา



เดียวกัน อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุหญิงที่พักในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ภายหลังจากนวดน้ำมันหอมระเหยในสัปดาห์ที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงทันที และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จวง เผือกคง (2550) ใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุคนธบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์ในผู้ป่วย หลังผ่าตัดหน้าท้อง โดยได้รับการสุดดมน้ำมันหอมระเหยร่วมกับการใช้เทคนิคหายใจแบบผ่อนคลาย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับ ลักขณา ทานะผล (2551) ใช้ น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดในการนวดหน้าท้องต่อความ เจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดระยะที่หนึ่งของการคลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนระดับ ความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ กรองกานต์ จุสะปาโล (2553) ใช้การจุดตะเกียงน้ำมันกลิ่นกระดังงา กลิ่นโมก กลิ่นมะลิวันละ 45 นาที ร่วมกับฟังซีดีเพื่อให้เกิดการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้นจากคืนที่ 1, 2, 3 กลุ่ม ทดลองมีคุณภาพการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จริยา เขียวผึ้ง (2554) ใช้ การนวดกดจุดฝ่าเท้าตามคู่มือการนวดกดจุดฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ข้างละ 15 นาที รวม 30 นาที จำนวน 1 ครั้งก่อนเข้ารับการตรวจวัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการ นอนหลับ ในด้านมิติแปรปรวน ด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ก่อนและ หลังการรับโปรแกรม พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สัมพันธ์กับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ปาลกวงค์ ณ อรุณยา (2555) ใช้การเช็ดตัวด้วยน้ำผสมน้ำมันหอมระเหย กลิ่นมะลิ กลิ่นลาเวนเดอร์ กลิ่นกุหลาบ บริเวณละ 5 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมภายหลัง การผ่าตัด พบว่ามีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้เกิด การผ่อนคลาย ชาคริต สัตยารมณ (2557) ใช้การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และประคบสมุนไพรวัน ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที ติดต่อกัน 3 วัน ร่วมกับการได้รับยา diclofenac 25 mg และ Toliperisone 50 mg ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่าง และปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลประจำหน่วยงานที่เน้นการจัดบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ จึงได้ ตระหนักถึงปัญหา และเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องการให้ได้รับการจัดบริการเพื่อช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้น และลดการใช้ยา เพื่อให้เกิด ความปลอดภัย ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพการดูแลที่สูงขึ้น จึงดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลยึดตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1983) ที่ผสมผสานการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมกับการ ใช้สุคนธบำบัด เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

### คำถามการวิจัย

1. การใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือไม่ อย่างไร
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มที่ได้รับการใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการให้การพยาบาลที่ไม่ใช่ยา โดยใช้กิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ของ Yura and Walsh (1983) ร่วมกับแนวคิดการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ Lin et al. (2007) เพื่อลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถจัดการได้ เกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ การทำกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการนอนหลับ ซึ่งดำเนินการดังนี้

1. ประเมินปัญหา เป็นการรวบรวม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการ ชักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ศึกษารายละเอียดจากทีมสุขภาพตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล นำมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ ในการประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตามแนวคิดของ Yesavage et al. (2003) คือ หากพบอาการนอนหลับผิดปกติ 2 ใน 4 อาการคือ 1) ใช้เวลานานกว่าจะหลับ 2) มีระยะเวลาการนอนหลับบนเตียง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง 3) มีอาการง่วงนอนและหลับกลางวันมาก 4) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ เช่น ตื่นบ่อย ตื่นเช้าเกิน หรือ หลับๆ ตื่นๆ ถือว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาการนอนหลับ
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกดังกล่าวเพื่อระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย และกำหนดเป้าหมาย และกำหนดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

3. การวางแผนกิจกรรม ผู้วิจัยวางแผนเกี่ยวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อมด้านแสง เสียง กลิ่น และการกระตุ้นการรับรู้ วันเวลา การลดปัจจัยที่ขัดขวางการนอนหลับ รวมทั้งการจัดลำดับการพยาบาลที่เหมาะสม ร่วมกับการทำกิจกรรมการสาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหยในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

4. ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน เช่น การบริหารออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา การช้กรอก การปรับสิ่งแวดล้อมสาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ รวมทั้งมอบคู่มือวิธีการใช้สுவคนธบำบัดเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 2 ชั่วโมงจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม และใช้สுவคนธบำบัดโดยวิธีการสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 1-5 หยด หยดลงฝ่ามือถูฝ่ามือ 2-3 ครั้ง แล้วสูดดมซ้ำๆ เป็นจังหวะนาน 5 นาที ก่อนนอนทุกวัน (วารสารณัฏฐศาสตร์, 2547) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มเซลล์และส่งสัญญาณเป็นสารสื่อประสาทแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านทางเส้นประสาทไปยังสมอง Lymbic system ระบบสมองจะหลั่งสาร Endorphin ลดความเจ็บปวด สาร Enkephaline ทำให้อารมณ์ดี และ Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลายลด เมื่อได้รับการดูแลเรื่อง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการนอนหลับ และดูแลให้ทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน เพื่อลดการงีบหลับ และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเคมีในสมอง Norepinephrine และ Dopamine จึงลดอาการอ่อนเพลีย และยังมีสารหลั่งสาร Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยทำให้เกิดอาการผ่อนคลาย และทำให้นอนหลับดีขึ้น

5. ประเมินผล เป็นการประเมินผลหลังได้รับการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ โดยการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล และพิจารณาผลการประเมินผล โดยตัดสินจากผลสัมฤทธิ์ว่า บรรลุตามจุดมุ่งหมายหรือไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540)

จากกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน เพื่อลดการงีบหลับ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมทางสังคม เป็นการลดความสับสน หลงเวลา และส่งเสริมการเผาผลาญใช้พลังงานของร่างกายในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องพักที่มีบรรยากาศผ่อนคลาย กระตุ้นการรับรู้ ลดการสับสนเรื่องวันเวลา ร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ทำให้เกิดความผ่อนคลายจิตใจ ลดอาการซึมเศร้า กระวนกระวาย และเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทคือ serotonin ซึ่งช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น จากกิจกรรมการพยาบาลและผลของลาเวนเดอร์ จึงช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีการนอนหลับที่มีคุณภาพมากขึ้น

## สมมุติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังได้รับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สுவคนธบำบัดดีกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด
2. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

## ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอายุไม่เกิน 85ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ก่อนการศึกษา มีคุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมิน PSQI (Buysse et al.,1989)ในเกณฑ์ไม่ดี คือ มีคะแนนรวม > 5 คะแนน พักอยู่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ซึ่งเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม พักค้างคืนได้ ส่วนใหญ่เป็นประเภทอยู่ประจำ ปัจจุบันมีผู้ป่วย ประมาณ 250 – 300 คน และพบมีปัญหาเรื่องการนอนหลับมาก มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ ซึ่งสถานที่ที่เลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ตึกฟูลเฮาส์ ตึกเดอะซีเนียร์ 3 และตึกพหลโยธิน 30 ตามลำดับ แต่ละตึกมีความคล้ายคลึงเรื่องของโครงสร้างอาคารที่ทำด้วยคอนกรีต ตั้งอยู่ในย่านที่ไม่พลุกพล่าน มีขนาดห้องพัก 3 x 4 ตารางเมตร และ 3 x 5 ตารางเมตร มีจำนวนผู้สูงอายุเข้าพัก 30- 40 คน ในแต่ละแห่ง มีทีวี เครื่องระบายอากาศ แอร์ พัดลม มีห้องน้ำในห้องพัก โดยเลือกห้องพักเดี่ยว

### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยการใช้สுவคนธบำบัด

2.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพการนอนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานที่ใช้ทั้งการจัดการจากภายนอกตัว และภายในของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ จัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารร่วมกันและฟังเพลงผ่อนคลาย การทำกิจกรรมสนทนา การเล่นเกม การประดิษฐ์สิ่งของ ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้สுவคนธบำบัด ซึ่งมีผลช่วยในการนอนหลับในระดับเซลล์สมอง

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**คุณภาพการนอนหลับ** หมายถึง ลักษณะการนอนหลับตามการรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับ โดยนับตั้งแต่ระยะเวลาการเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ และตื่นขึ้นมาในตอนเช้า ระยะเวลาในการนอนหลับในช่วงแต่ละคืน มีลักษณะการนอนหลับสนิท หรือหลับๆตื่นๆ ได้ตามเหตุปัจจัยในแต่ละคน ลักษณะและความเพียงพอของการนอนหลับนี้ ได้ตามแบบวัด The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI] (Buysse et al., 1989) แปลฉบับภาษาไทยจาก ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญต์ตันชัยสวัสดิ์ (2540) โดยประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวม ระยะเวลาการเข้านอนและการตื่นนอน ระยะเวลาการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ ผลกระทบต่อกิจกรรมในช่วงกลางวัน

**กิจกรรมทางการแพทย์โดยใช้สுவคนธบำบัด** หมายถึง การทำกิจกรรมทางการแพทย์ ทั้ง 5 ขั้นตอนที่ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ตามแนวคิดของ Line et al. (2007) สูดดมก่อนนอนทุกวัน และการประเมินผลเพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยพยาบาลเป็นผู้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ปลอดภัย ฟังพอใจทั้งผู้ป่วย และญาติ ไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ ซึ่งดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Yura & Walsh ดังนี้

1. **การประเมินปัญหา** หมายถึง การรวบรวม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการ ชักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ศึกษารายละเอียดจากทิวสุขภาพตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ นำมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ในการประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ตามแนวคิดของ Yesavage et al. (2003) คือ หากพบอาการนอนหลับผิดปกติ 2 ใน 4 อาการคือ 1) ใช้เวลานานกว่าจะหลับ 2) มีระยะเวลาการนอนหลับบนเตียง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง 3) มีอาการง่วงนอนและหลับกลางวันมาก 4) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ เช่น ตื่นบ่อย ตื่นเช้าเกิน หรือ หลับๆ ตื่นๆ ถือว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาการนอนหลับ

2. **การวินิจฉัยทางการแพทย์** หมายถึง การวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกดังกล่าวเพื่อระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย และกำหนดเป้าหมายและกำหนดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

3. **การวางแผนกิจกรรม** หมายถึง ผู้วิจัยวางแผนจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ช่วยลดระยะเวลาการเข้านอนลดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ลดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการนอน และเพื่อเพิ่มระยะเวลาการนอนหลับ

**4. การปฏิบัติกิจกรรม** หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ปรับเปลี่ยน ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจัดการปัญหาการนอนหลับ

#### 4.1 กิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน ได้แก่

**4.1.1 การออกกำลังกาย** คือ การออกกำลังกายกลุ่มโดยการยืดเหยียดแขนขา และการใช้อุปกรณ์ เช่น การชักกรอก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการนอนหลับ

**4.1.2 การเปิดดนตรีขณะรับประทานอาหาร** คือ การจัดให้ผู้สูงอายุมารับประทานอาหารร่วมกันในแต่ละมื้ออาหารและเปิดเพลงผ่อนคลายในระหว่างการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย ใช้เวลาในการรับประทานอาหารได้นานขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น และไม่รีบรับประทานอาหารจนเร็วเกินไป ทำให้ใช้เวลาอยู่นอกห้องพักนานขึ้น ลดการงีบนอน

**4.1.3 การจัดกิจกรรมสันทนาการ** คือ การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การเล่นเกม การประดิษฐ์สิ่งของ เป็นการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวนกระวาย และมีคุณภาพการนอนที่ดี และเป็นการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล

**4.2 การจัดสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เน้นความสะดวกใช้ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) จัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น ติตรูปภาพ การกระตุ้นการรับรู้เรื่อง วัน เวลาของผู้สูงอายุส่องเสียง เช่น การจัดปฏิทิน หรือ นาฬิกาแขวนผนัง (Hall, 1988) การปรับแสงไม่ให้สว่างเกินไป

**4.3 การใช้สุคนธบำบัด** หมายถึง การใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ตามแนวคิดของ Line et al.(2007) สูดดม ก่อนนอนทุกวัน (วรารักษ์ แยมมีศรี, 2547) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อสร้างเสริมและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสุข โดยใช้รูปแบบการสูดดมที่ปฏิบัติง่ายและปลอดภัย เมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มช่องจมูกและส่งสัญญาณเป็นสารสื่อประสาทแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านทางเส้นประสาทไปยังสมอง Lymbic system ระบบสมองจะหลั่งสาร Endorphin ลดความเจ็บปวด สาร Enkephaline ทำให้อารมณ์ดี และ Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลายลดอาการกระวนกระวาย ทำให้นอนหลับ

**5. การประเมินผล** หมายถึง การประเมินผลหลังได้รับการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ โดยการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล และพิจารณาผลการประเมินผล โดยตัดสินจากผลสัมฤทธิ์ว่า บรรลุตามจุดมุ่งหมายหรือไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุส่องเสียงให้ได้รับการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดสันทนาการโดยเป็นกิจกรรมที่ทีมดูแลจัดเตรียมไว้ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ตามความสนใจของผู้สูงอายุ คือเข้าร่วมทำกิจกรรมหรือไม่ก็ได้ ใส่บาตรตอนเช้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนา พุทธตามความสะดวก 1ครั้ง/สัปดาห์ และการออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียดแขน ขา วันละ 15

นาที่ การจัดทำกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกันวันละ 1 ครั้ง ได้รับการดูแลแบบแผนการนอนหลับ คือ ทำกิจกรรมทุกอย่างให้เสร็จตามสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน จัดทำนอนที่สุขสบาย

**ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะที่ 1 และ 2 ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ ที่พักในห้องเดี่ยว ดิกพูลเฮ้าส์ ดิกเดอะซีเนียร์ 3 และดิกพหลโยธิน 30 ตามลำดับ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 85 ปีได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ก่อนการศึกษา และมีคะแนนจากการประเมินจากแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) คือ

คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ในกลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ในกลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบำบัดปัญหาการนอนหลับและมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้ศึกษาดำเนินการเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
2. การนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. กระบวนการพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับสுவคนธบำบัด
5. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุ
6. แนวคิดการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านการรับรู้ หรือสติปัญญา ความจำ ส่งผลทำให้มีปัญหาทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว การตัดสินใจ ความคิดต่างๆ และมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา สับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้สูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 35 ล้านคนในแถบเอเชียอาคเนย์ 2.4 ล้านคน และในประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ในปี พ.ศ.2552 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 โดยพบถึง ร้อยละ 20 พบในกลุ่มอายุมากกว่า 85 ปี และร้อยละ 4 พบในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Alzheimer's Disease International [ADI], 2010) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบความผิดปกติหลายด้าน โดยเฉพาะ ด้านการรู้คิด ความจำ พบปัญหาด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง และปัญหาอื่นไม่หลัก

**1.1 ภาวะสมองเสื่อม** เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้ความสามารถทางด้านสมองเสื่อมถอย ทั้งในด้านการรับรู้ การรู้คิดและสติปัญญา โดยมีอาการเด่นคือ อาการความจำเสื่อมทั้งที่มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ การรับรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง มีความผิดปกติทางด้านการคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว มีการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมบุคลิกภาพและอารมณ์ ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม (abstract thinking) ลดลง ส่งผลทำให้มีความบกพร่องในการตัดสินใจ มีการสูญเสียความจำระยะสั้น และระยะยาว บางรายไม่สามารถพูดหรือเข้าใจในภาษาพูดตามปกติได้ และอาการจะเกิดขึ้นมีความรุนแรงที่ทำให้รบกวนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน การดำรงชีวิตในสังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

## 1.2 สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามสาเหตุการเกิดได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด โรคพาร์กินสัน ประเภทนี้สมองจะเสื่อมลงเรื่อย ๆ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

1.2.2 secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่จะเกิดจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม แบ่งเป็นหลายด้านได้แก่

1) โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง ภาวะหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงที่สมองได้ไม่ดี มีผนังหลอดเลือดหนาตัว ผนังหลอดเลือดแข็ง จากการเกิดไขมันอุดตัน) ส่วนใหญ่พบได้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองที่เรียกว่า Vascular dementia

2) โรคติดเชื้อต่างๆทำให้สมองเกิดการอักเสบ เซลล์สมองบางส่วนอาจได้รับความเสียหายจากการอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสทำให้ส่งผลต่อการรับรู้ของสมอง

3) โรคทางเมตาบอลิซึม ที่เกิดจากระบบการเผาผลาญของร่างกาย การทำงานของต่อมไทรอยด์ที่ทำงานผิดปกติ หรือการทำงานของต่อมหมวกไต และตับที่มีความผิดปกติ ทำให้เกิดการสร้างฮอร์โมนที่ผิดปกติ ทำให้สมองทำงานมากกว่าปกติ

4) เกิดจากการขาดสารอาหาร เช่น วิตามินบี 1 (พบได้ในกลุ่มที่ชอบทานแอลกอฮอล์ หรือมีปัญหาโรคพิษสุราเรื้อรัง) วิตามินบี 12 (พบได้ในกลุ่มที่รับประทานอาหารพวกมังสวิรัต้อย่างเคร่งครัด เนื่องจากไม่ได้ทานเนื้อสัตว์)

5) สมองได้รับความกระทบกระเทือน หรือการเกิดเนื้องอกในสมอง เกิดฝี โดยเฉพาะการเกิดเนื้องอกในตำแหน่งสมองส่วนหน้า ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำและการตัดสินใจ

6) โรคจากสารพิษและยา ซึ่งในประเภทนี้หากสามารถแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดได้อาการของสมองเสื่อมอาจลดลงและอาจจะหายไปด้วย (สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล, 2544)

**1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม** ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในหลายปัจจัย ซึ่งอาจเกิดจากตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) คือ

1) อายุ เป็นปัจจัยที่ พบเป็นอุบัติการณ์ทั่วโลก จะพบว่าเมื่ออายุมาก สมองจะทำงานเสื่อมถอยลง จากการที่เกิดการเสื่อมและตายของเนื้อสมอง อีกทั้งกระบวนการซ่อมแซม หรือสร้างเซลล์เนื้อสมองลดลง

2) โรคประจำตัว เนื่องจากโรคประจำตัวบางอย่างเกิดพยาธิสภาพกับสมอง ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งส่งต่อการนำเลือดไปเลี้ยงยังสมองส่วนต่างๆ ทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกายที่อาจจะขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆในร่างกาย

3) พฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพมีความเสี่ยงในการเกิดสมองเสื่อมโดยจะพบว่าคนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักพบพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมสูบบุหรี่ และจะพบว่า มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคที่ลดลง จึงส่งผลต่อสุขภาพเท่าที่ควร

4) สัมพันธภาพภายในครอบครัวและสภาพสังคม เนื่องจากในปัจจุบัน ลักษณะครอบครัวกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวและต้องอยู่ในสังคมเมืองที่มีมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องลดบทบาทความสามารถจากอุปสรรคต่างๆ การได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เกิดอาการซึมเศร้า การขาดการกระตุ้นเลย ก็ส่งผลทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม

**1.4 อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม** ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาการรู้คิด ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์และอาการทางจิต (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ทำให้เกิดอาการและอาการแสดง คือ

1) ด้านสติปัญญาการรู้คิด (cognition) เป็นอาการที่เห็นได้เด่นชัดที่สุดในระยะแรก และพบทุกราย คือ มีความจำบกพร่อง เริ่มสูญเสียความจำใหม่ ๆ ความจำระยะสั้น ช่วงแรกจะสังเกตว่าผู้สูงอายุลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคนคุ้นเคย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหนลืมการนัดหมาย เลือกลงใช้คำและการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของผิดไปจากเดิม พูดคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาวอ้อมค้อมวกวน พูดจาซ้ำ ๆ การเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความบกพร่อง มีความผิดปกติในการคิดเชิงนามธรรมการวางแผน การเรียงลำดับ ทำให้การทำกิจกรรมที่แปลกใหม่หรืองานที่ซับซ้อนมีความยากลำบากมากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้น ความบกพร่องต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น เช่น สูญเสียความจำในเรื่องต่าง ๆ ในอดีตที่จำได้อย่างดีมาก่อน พูดไม่ได้ พูดตามเสียงที่ได้ยิน หรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ จำบุคคลในครอบครัวไม่ได้ จำเงาสะท้อนของตนเองในกระจกไม่ได้ และไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ ได้

2) ด้านพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง มีอาการวุ่นวาย (agitation) เดินหลงทางออกนอกสถานที่โดยไม่มีจุดหมายและหาทางกลับไม่ได้ (wandering) และพบว่าส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจเฉยเมยไม่สนใจผู้อื่นหรือสิ่งแวดลอม มีปัญหาในการนอนอาจนอนกลางวัน และตื่นตอนกลางคืนมารื้อค้นของ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สูญเสียความอยากอาหาร ลืมว่าหิวและไม่รับประทานอาหารเช้า การขาดการยับยั้งชั่งใจ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมเอาแต่ใจตนเอง

3) ด้านอารมณ์และอาการทางจิต การเปลี่ยนแปลงอาการทางด้านอารมณ์และอาการทางจิตมักจะเกิดไปพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงในด้านสติปัญญาการรู้คิดและด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ส่วนอาการทางจิตนั้นมักจะพบอาการหลงผิด (delusions) ชนิดหวาดระแวง (paranoids) และประสาทหลอน (hallucinations) ภาวะวิตกกังวล เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะ และจะพบปัญหาทางด้านจิตและพฤติกรรมแตกต่างกันในแต่ละราย

### 1.5 ระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1.5.1 ระดับไม่รุนแรงหรือระยะเริ่มแรกของอาการผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและด้านสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองได้และสามารถตัดสินใจเรื่องทั่ว ๆ ไปได้ด้วยตนเองแต่อาจมีข้อบกพร่องบ้างในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน โดยจะลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปไม่นาน มักถามซ้ำๆ เริ่มมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษา พูดไม่ค่อยถูก บางครั้งเริ่มสับสนทิศทางและสถานที่ บางคนมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป บางรายหงุดหงิดง่าย บางรายมีภาวะเฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดลอม บางรายเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากรับรู้ถึงภาวะผิดปกติของตนเอง บางครั้งคนในครอบครัวอาจเข้าใจว่าเป็นอาการหลงลืมตามวัยชรา ระยะเวลาดำเนินอาการอยู่ในช่วง 1-4 ปี อาการที่มักแสดง ได้แก่

- 1) ลืมชื่อคนที่รู้จักเป็นอย่างดี
- 2) ลืมว่าวางของไว้ที่ไหน
- 3) หลงทางเมื่อเข้าไปในสถานที่ใหม่ หรือสถานที่ที่ไม่ค่อยคุ้นเคย
- 4) เริ่มจับใจความสำคัญ หรือประเด็นของข้อความไม่ได้เมื่ออ่านหนังสือ
- 5) ผู้ร่วมทำกิจกรรมด้วยเริ่มรู้สึกถึงความผิดปกติ
- 6) เริ่มนึกคำหรือชื่อไม่ออก
- 7) จำชื่อคนที่เพิ่งรู้จักหรือได้รับการแนะนำใหม่ๆ ไม่ได้

8) วางของไว้ผิดตำแหน่ง

9) มีความสามารถในการเข้าสังคมได้น้อยลง

1.5.2 ระดับปานกลางหรือระยะกลางของโรค ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลาสถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ถ้าหากปล่อยให้ ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ด้วยตนเอง อาจเกิดอันตรายได้ จึง จำเป็นจะต้องมีผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด เนื่องจากในระยะนี้อาจมีอาการแสดงทางพฤติกรรมที่ ผิดปกติและรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาการเปลี่ยนแปลงนั้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและจะเปลี่ยนแปลงใน แต่ละวัน มีระยะเวลาดำเนินอาการ ในช่วง 4- 8 ปี อาการที่มักแสดงให้เห็นได้แก่

- 1) การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ในปัจจุบันลดลง
- 2) ความสามารถในการเคลื่อนย้าย หรือการเดินทางลดลง
- 3) มีท่าทีเฉยเมย
- 4) ไม่สามารถทำความเข้าใจกับเรื่องราวต่างๆ เมื่อเกิดการขัดแย้ง
- 5) สิ้นสิ่งของที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวัน
- 6) ไม่สามารถนับ เลข บวกเลข ลบเลขได้
- 7) เริ่มมีปัญหาเรื่องการดูแลกิจกรรมการแต่งตัว
- 8) หลงลืมวันเวลา สถานที่
- 9) ความสามารถในการใช้จ่าย หรือ จดจำประวัติไม่ได้

1.5.3 ระดับรุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่าง ๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถจำบุคคลใกล้ชิดได้ ส่วนใหญ่จะพูดไม่รู้เรื่องหรือไม่พูดอาจเป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือมีความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทส่วนอื่นร่วมด้วย จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ในผู้ป่วยบางรายอาจเสียชีวิตจาก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ และบางรายมีแผล กัดทับ มีอายุดำเนินอาการ ในช่วง 8 ปี

- 1) มีความคิดหลงผิด
- 2) มีภาวะย้ำคิดย้ำทำ
- 3) มีความวิตกกังวล และร้อนใจ แม้ว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- 4) ขาดความสามารถในการตัดสินใจ
- 5) ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตั้งใจให้สำเร็จได้
- 6) กลืนปัสสาวะไม่ได้

- 7) ความสามารถในการรับประทานอาหารหรือเลือกรับประทานอาหารได้ลดลง
- 8) ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เช่น การเดิน การยืน การพุด
- 9) ตรวจพบว่ามีวามผิดปกติของระบบประสาทที่เปลือกสมอง และเนื้อสมอง

### 1.6 การรักษาภาวะสมองเสื่อม วิธีการรักษาโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 แบบ คือ

1.6.1.การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic approaches) การเริ่มต้นรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมเริ่มแรกคือ ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยถือเป็นภาวะเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัว จึงควรให้ความสำคัญต่อข้อมูลต่างๆและคำแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นสิ่งจำเป็นที่เราต้องนำมาใช้ควบคู่ไปกับการรักษาโดยการใช้ยา เพื่อให้ได้ประสิทธิผลของการรักษา โดยเลือกให้เหมาะสมกับศักยภาพ การรับรู้ ความเข้าใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะการดำเนินการของโรค การสอนผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องอาศัยความอดทน ความตั้งใจ และความพยายามมากกว่าปกติ (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) ดังนี้

1) เริ่มจากการรักษาที่เน้นชาร์ปัญญา (cognition- Orientated) ได้แก่ การฝึกการรับรู้ (cognitive training หรือ Reality orientation) เรื่องวัน เวลา สถานที่ และบุคคล พฤติกรรม การแสดงออก โดยการใช้สถานการณ์ หรืออุปกรณ์ต่างๆที่อยู่ในกิจกรรมประจำวัน เช่น การใช้ปฏิทิน หนังสือพิมพ์ หรือคนในครอบครัว หรืออาจจะฝึกการจำหน้าคน หรือการฟังเพลงที่ชื่นชอบหรือคุ้นเคย เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการฝึกการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่วนต่อมาคือการฝึกความจำ (memory training) ซึ่งวิธีนี้ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการยังไม่มาก ความจำยังพอใช้ได้ เราจัดทำขึ้นเพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำให้อยู่ในระดับเดิมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้มากที่สุด โดยต้องประเมินระดับความสามารถทางด้านระบบประสาท เช่น การฝึกจำหน้าคน การร้องเพลง และอีกหนึ่งวิธีคือ วิธีที่ใช้การเรียนรู้ การฝึกทักษะต่างๆ (skill training) เพื่อคงความสามารถและศักยภาพเดิมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การวาดภาพ (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2007)

2) การรักษาโดยวิธีการกระตุ้น (stimulation- orientation) โดยการใช้การทำกิจกรรมกลุ่ม การเล่นเกม หรือการวาดภาพ ซึ่งถือเป็นศิลปะบำบัดอย่างหนึ่ง

3) การรักษาโดยเน้นการดูแลเรื่องอารมณ์ (emotion-oriented) เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์ อาจใช้การพูดถึงเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย เช่น บุคคลในอดีต ดนตรี หรือรูปภาพในอดีต เป็นการใช้จิตบำบัดเพื่อเป็นการประคับประคอง และเพื่อเป็นการสื่อสารกับผู้ป่วย ด้วยการแสดงท่าทีในการยอมรับ และเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย

4) การรักษาโดยเน้นผู้ดูแล (caregiver- orientation) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล หรือให้ความช่วยเหลือกับญาติผู้ดูแลให้ได้รับทราบเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรค แนว

ทางการดูแล แนวทางการรักษา แนวทางการป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายต่างๆ ซึ่งอาจรวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือ

5) การรักษาโดยเน้นพฤติกรรม (behavior-orientation) เป็นการค้นหาสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาพฤติกรรม เพื่อนำมาปรับ และสร้างแรงจูงใจ รวมถึงการให้กำลังใจ รางวัล หรือการกล่าวคำชมเชย จะส่งผลให้เกิดการสร้างแรงจูงใจที่จะทำให้พฤติกรรมเหล่านั้นลดลงน้อยลงหรือหายไป

#### 1.6.2 การใช้ยาเพื่อรักษาปัญหาทางสมอง และความจำของผู้ป่วยสมองเสื่อม

1) การใช้ยาเพื่อยับยั้งเอนไซม์ acetylcholinesterase เพื่อลดการขาด acetylcholine รักษาอาการ ของปัญหาความจำเสื่อม และความผิดปกติ ได้แก่

1.1) ยา Donepezil เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor ออกฤทธิ์จำเพาะต่อ สารสื่อประสาทAcetylcholinesterase ในสมองจึงมีผลข้างเคียงต่ระดับ และอวัยวะอื่นๆ น้อย มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ยาวสามารถใช้ยาเพียงวันละครั้ง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเป็นน้อยถึงปานกลาง ได้รับยา donepezil ขนาด 5 และ 10 มก. /วัน นาน 24 สัปดาห์ ทำให้อาการทางสมองดีขึ้นจากการประเมินด้วยแบบทดสอบ และความรู้สึของผู้ดูแลรวมทั้งสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (ขนาดยา 5 มก./วัน ได้ผลดีใกล้เคียงกับ 10 มก./ วัน) แต่มีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย นอนไม่หลับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ทนต่อยาได้ดี

1.2) ยา Rivastigmine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor มีคุณสมบัติที่คล้ายกับยา donepezil จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเป็นน้อยถึงปานกลางที่ได้รับยาชนิดนี้ในขนาด 6- 12 มก./ วัน นาน 26 สัปดาห์ จะมีอาการทางสมองดีขึ้นจากการประเมินจากแบบทดสอบและความรู้สึกของแพทย์ มีความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดีขึ้น

1.3) ยา Galantamine เป็นยา acetylcholinesterase inhibitor มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะเป็นน้อยถึงปานกลางที่ได้รับยานี้ขนาด 16- 24 มก./ วัน มีอาการทางสมองความสามารถในการดูแลตนเองและพฤติกรรมดีขึ้นป้องกันอาการกระวนกระวาย (agitation) อาการทางจิต (psychosis)

2) การใช้ยาเพื่อลดหรือชะลอความเสื่อมของสมอง หลังจากสมองเสื่อมแล้วได้แก่

2.1) ยาด้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ได้แก่ Vitamin E และ selegiline (เป็นยาในกลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสัน) พบว่าผู้ป่วย Alzheimer's disease ระยะปานกลางที่รับยา Vitamin E วันละ 2000 IU, selegiline วันละ 10 มก. และ Vitamin E และ selegiline ร่วมกัน มีการดำเนินโรคช้าลงหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง หรือมีอาการสมองเสื่อมขั้นรุนแรงหรือเสียชีวิตช้ากว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกประมาณ 200 วัน

2.2) ยา Gingko biloba เป็นสมุนไพรสกัดจากใบแปะก๊วย ไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัด เริ่มใช้ในประเทศทางทวีปยุโรป และมีการศึกษาในการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งที่เกิดจาก Alzheimer's disease และ vascular dementia พบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับยา Gingko biloba ขนาดวันละ 120 มก. นาน 1 ปี มีอาการทางสมองดีขึ้นเล็กน้อย แต่มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ถอนตัวจากการศึกษาก่อนครบกำหนด จึงยังมีข้อมูลสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1.6.3 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรม (management of behavior disturbances) ปัญหาทางพฤติกรรม ได้แก่ อาการไม่อยู่นิ่ง (agitation) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมักมีพฤติกรรมอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวดุร้าย บางทีทำร้ายผู้อื่นโดยไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเกิดจากปัญหาจากโรคทางกายบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวดทิวท้อผูก นอกเหนือไปจากหรือปัญหาทางจิตใจ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า เปลี่ยนที่อยู่หรือเปลี่ยนผู้ดูแลกะทันหัน ซึ่งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การจัดแสงสว่างที่เหมาะสม เสียงดนตรีหรือสัตว์เลี้ยงที่ผู้ป่วยชอบอาจช่วยให้ผู้ป่วยสงบลงได้บ้างสำหรับการใช้ยาเพื่อลดอาการ Agitation ของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ปัจจุบันมีการใช้ยา กลุ่ม anti-psychotics agent เรียกว่า atypical antipsychotics เช่น clozapine, risperidone และ olanzapine ซึ่งควบคุมอาการ agitation ได้พบผลข้างเคียงน้อย แต่ยามีราคาแพง (สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2007)

## 1.7 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.7.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินของโรคการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงศักยภาพในการดูแลตนเองได้มากที่สุดการแนะนำให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความตึงเครียดของผู้ดูแลได้ โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

### 1) การส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1) การรับประทานอาหาร และยา โดยการดูแลเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมหรือสถานที่ บรรยากาศที่พร้อมต่อการรับประทานอาหาร จัดให้เกิดความคุ้นเคยในเรื่องของภาชนะที่ใส่อาหาร ตำแหน่งของการจัดวางบนโต๊ะอาหารที่สามารถส่งเสริมให้หยิบจับหรือทำกิจกรรมได้สะดวก ตำแหน่งเก้าอี้ที่จัดนั่งในตำแหน่งเดิม ลักษณะอาหารควรเป็นอาหารที่ไม่หลากหลายจนเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความสับสน หากมีความจำเป็นในบางรายอาจต้องมีผู้คอยดูแลกระตุ้นการรับประทานอาหาร หรือบอกวิธีการรับประทานอาหารให้ทานช้าๆ เคี้ยวช้าๆ กลืนช้าลง โดยที่ไม่ต้องเน้นหรือเคร่งครัดมารยาทบนโต๊ะอาหารมากนัก ส่วนการรับประทานยา ควรจัดยาสำหรับหนึ่งวันเพื่อป้องกันการรับยาเกินขนาด หรือไม่ได้รับยา

1.2) การอาบน้ำและการแต่งตัว โดยพยายามคงกิจกรรมการอาบน้ำ ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองไว้ หากไม่ยอมอาบน้ำตามเวลาที่กำหนดควรเลื่อนเวลาออกไป จัดให้มีราว

จับข้างผนังห้องน้ำเพื่อป้องกันการทกล้ม จัดให้มีเก้าอี้รองอาบน้ำ จัดให้อาบน้ำโดยใช้ฝักบัว ส่วนการแต่งตัวนั้นควรจัดเสื้อผ้าที่ใช้ก่อนหลังไว้ให้ผู้สูงอายุ พยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

1.3) การขับถ่าย โดยจัดเวลาในการเข้าห้องน้ำให้เป็นเวลา เช่นการจัดเวลาเข้าห้องน้ำก่อนหรือหลังอาหาร หรือก่อนนอน ไม่ควรดื่มน้ำมากเมื่อใกล้เวลานอน ดูแลจัดสถานที่ที่อำนวยความสะดวกในการเดินไปห้องน้ำ เช่นการเปิดไฟให้สว่างบริเวณทางเดิน หรือในห้องน้ำ แสดงสีห้องที่ชัดเจนหรืออาจทำสัญลักษณ์ห้องน้ำไว้ หรือหากมีข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหว หรือการทรงตัวดูแลเตรียมเรื่องแผ่นรองขับ หรือกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้

1.4) การนอน ควรจัดเวลานอนที่เป็นประจำ พยายามหลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน ดูแลทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

2) การดูแลเกี่ยวกับการสูญเสียความจำในด้านทักษะต่างๆ เช่น การจัดปฏิทิน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบันทึกการนัดหมายได้ด้วยตนเอง และเป็นการช่วยเตือนให้ทราบถึง การรับรู้เรื่องวัน เวลา การจัดสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยประจำ ไม่ควรเคลื่อนย้ายสิ่งของบ่อยๆ และกระตุ้นให้คงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้

3) การดูแลปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ อาการประสาทหลอน โดยไม่ควรกล่าวโต้เถียงกับผู้สูงอายุ แต่ให้แสดงกิริยาที่อ่อนโยน ยอมรับหรือสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยสร้างความมั่นใจและหาวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจโดยเฉพาะหากมีอาการถามซ้ำๆ ให้วางแผนการทำกิจกรรมเมื่อใกล้ถึงเวลาเพื่อลดความวิตกกังวล ในบางรายพบมีอาการเดินหลง ควรทำเครื่องหมายเกี่ยวกับสถานที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุคุ้นเคย หากต้องออกไปนอกบ้านควรทำป้ายที่มี ชื่อ ที่อยู่ของผู้สูงอายุและเบอร์ติดต่อญาติไว้ด้วย เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในครอบครัว ส่วนการสื่อสารกับผู้สูงอายุควรใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ควรเปิดโอกาสและให้เวลากับผู้สูงอายุทำความเข้าใจในการตอบคำถาม ควรใช้การสัมผัสหรือการใช้ภาษากายในการประกอบการสื่อสาร การยิ้ม การจับมือ หากผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายควรบอกชื่อผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากในระยะนี้ผู้สูงอายุจะลืมชื่อของตนเอง

1.7.2 แนะนำทางเลือกการรักษาต่างๆ จากแหล่งที่สามารถหาความรู้และความช่วยเหลือได้ เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1.7.3 แนะนำเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางทรัพย์สินและทางกฎหมาย

1.7.4 แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุหรือมีภาวะเดินหลงทางเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่คนเดียว หรือเพื่อลดความเครียด และอารมณ์ซึมเศร้าของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลที่จำเป็น รวมทั้งการสนับสนุน ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ต้องส่งผู้ป่วยไปดูแลที่สถานอภิบาลคนชรา (nursing home)



## 2. การนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**2.1 การนอนหลับ (sleep)** เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ถือเป็นการพักผ่อนของร่างกาย ภาวะนอนไม่หลับ เป็นปัญหาที่พบบ่อย ส่งผลต่อสมรรถนะของการทำงานด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ซึม หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ สับสน การรับรู้ช้า ความอดทนหรือความสามารถในการปรับตัวกับความเครียดลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทในการเรียนรู้ การจดจำ (Iyer, 2001)

**2.2 ความหมายของการนอนหลับ (Definition)** มีผู้กล่าวถึงความหมายของการนอนหลับไว้หลายแนวคิด ดังนี้

การนอนหลับ หมายถึง ปรากฏการณ์ทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ทำให้การทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ โดยส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย (Kumar, 2010)

การนอนหลับ หมายถึง การที่ร่างกายมีการลดลงของระดับสติปัญญาหรือความรู้สึก มีสถานะที่รับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมได้ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆไปในลักษณะผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆมีการทำงานลดลงทุกส่วน ถือเป็นการทำหน้าที่ของร่างกายตามธรรมชาติ (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2552)

การนอนหลับ คือ การที่ระดับความรู้สึกตัว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมากหรือไม่มีเลย มีภาวะสงบนิ่งซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และสามารถถูกปลุกให้ตื่นได้ หากมีการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม (Vitiello, 2006)

กล่าวโดยสรุป การนอนหลับ คือ การที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะผ่อนคลาย ส่งผลให้ความรู้สึกตัว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมลดลง

**2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง** ความต้องการการนอนหลับมีหลายคนพยายามอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

**2.3.1 ทฤษฎีผลโดยอ้อม (Passive theory of sleep)** โดยกระบวนการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่สมองส่วน ascending reticular activation system (ARAS) ส่งผลลดการกระตุ้นสมองส่วนคอร์เท็กซ์ทำให้บุคคลง่วงนอนและเข้าสู่วงจรการนอนหลับ โดยจะลดการทำงานลงเมื่อดึ้นนอน (Kumar, 2010)

**2.3.2 ทฤษฎีผลโดยตรง (Active theory of sleep)** โดยการนอนหลับเกิดจากการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มในก้านสมองบริเวณใต้ midpons ได้แก่ raphe nuclei ซึ่งเซลล์ประสาทบริเวณ rostral solitary tract nucleus reticularis ventralis จะหลั่งสารสื่อประสาทชื่อ serotonin ซึ่งเมื่อสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึกลดลง ร่วมกับเกิดการกระตุ้นด้วยสิ่ง

เร้าที่เหมาะสม เช่น ความอบอุ่นความอึด หรือสิ่งเร้าที่เกิดซ้ำๆและสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดการนอนหลับ 2 แบบ (Judith, et al., 2010)

1) การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement sleep: NREM) เมื่อเซลล์ประสาททำงานเพิ่มขึ้น จะมีผลยับยั้งการทำงานของสมองส่วนอื่นๆคือส่วนเปลือกสมองคอร์เทกซ์ (cortex) ส่งผลขัดขวางการทำงานของส่วน reticular

2) การนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep: REM) ซึ่งถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาท locus coeruleus และ gigantocellular tegmental field (GTF) ในสมองส่วนพอนส์หลังสารนอร์แอดรีนาลีน และอะซีทิลโคลีนโดยมีกลไกการควบคุมการนอนหลับระยะ REM ซึ่งเกิดเมื่อสิ้นสุดการยับยั้ง GTF เซลล์ของ GTF จะปล่อยกระแสประสาทเข้าสู่ lateral geniculate และส่งต่อไปยัง occipital cortex ทำให้กระแสประสาทถูกแปลความหมายจากจอตาเกิดกระบวนการจินตภาพของการฝัน กลไกทั้งหมดเรียกว่า pontine – geniculate- occipital spikes ถือเป็นลักษณะของการเริ่มต้นระยะ REM (Kumar, 2010)

2.3.3 ทฤษฎีสารชีวเคมี (Human theory) โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง (Lee, 2000) คือ

1) ช่วงเวลาตื่น เป็นช่วงที่ร่างกายมีกิจกรรมจะมีการสร้างของเสีย (chemical toxin) ส่งผลให้อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และต้องการนอนหลับ

2) ระหว่างการนอนหลับ เป็นช่วงที่ร่างกายมีการขจัดสารที่ทำให้หลับ (hypnotic toxin) ออกจากร่างกายทำให้เราตื่นขึ้น ในปัจจุบันมีการค้นพบสารเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเหนี่ยวนำให้ร่างกายผ่อนคลายและนอนหลับได้ ได้แก่ gammaaminobutyricacid: (GABA), peptide, melatonin Prostaglandins

2.3.4 ทฤษฎีการซ่อมแซมบำรุง (Restorative theory) เมื่อร่างกายเกิดการนอนหลับ ทำให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ จะเห็นได้ว่าก่อนการนอนหลับร่างกายจะรู้สึกอ่อนล้า อ่อนเพลียแต่หลังการนอนหลับจะรู้สึกสดชื่นขึ้น (Webb, 1979)

2.3.5 สมมติฐานการสงวนพลังงานของร่างกาย (Energy conservation hypothesis) เมื่อเกิดการนอนหลับ ร่างกายและจิตใจได้หยุดพักเป็นการประหยัดพลังงานที่ต้องใช้เพื่อการทำกิจกรรมต่างๆขณะตื่น ระบบต่างๆในร่างกายจะทำงานช้าลง (Lee, 2000)

2.3.6 ทฤษฎีการป้องกัน (Protective theory) การนอนหลับ จะช่วยป้องกันความเสียหายของอวัยวะต่างๆ จากการทำงาน เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับ จะมีการยับยั้งการทำงานของคอร์เทกซ์ (cortex inhibition) ทำให้ได้พัก (Kumar, 2010)

2.3.7 ทฤษฎีสาเหตุ (Etiology theory) การนอนหลับเกิดจากระบบการควบคุมพฤติกรรมของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆเป็นการตัดสาเหตุของสิ่งรบกวนร่างกายและจิตใจ ทำให้ปรับตัวต่อความกดดันและอยู่รอดได้ (Webb, 1979)

2.3.8 ทฤษฎีการแสดงออกตามสัญชาตญาณ (Instinctive theory) การนอนหลับเป็นการปฏิบัติตามสัญชาตญาณของการเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือเรียกได้ว่า เป็นความต้องการพื้นฐานส่วนบุคคล (Webb, 1979)

**2.4 ขั้นตอนการนอนหลับ (Sleep stages)** นักวิจัยแบ่งวงจรการนอนหลับโดยอาศัยวิธีการที่เรียกว่า โพลีซอมโนกราฟี (polysomnography) เป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram: EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram: EOG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyogram: EMG) การนอนหลับในคนปกติแบ่งเป็น 2 ระยะ (Judith, et al., 2010)

2.4.1 ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกลูกตา (non-rapid eye movement sleep: NREM) เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมกัน (synchronized) ภายใต้ออกตาที่ปิดอยู่ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) ลดลง เมื่อดูจากคลื่นไฟฟ้าสมองพบว่า คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (slow voltage and fast or high frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูงและความถี่ต่ำ (high voltage and slow wave) ซึ่งการนอนหลับในช่วงนี้เป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงจากตื่นเป็นหลับหรือกำลังเคลิ้มหลับ (falling A sleep) มีความคิดไม่ผูกพันกับความจริง ปฏิกริยาต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ในระยะนี้จะนานแค่ 1-7 นาที ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่น อัลฟา (alpha wave) เป็นคลื่นเธตา (theta wave) โดยความถี่ (frequency) ลดลงแต่ยังเร็ว ส่วนความแรงของไฟฟ้า (amplitude) ยังอยู่ในระดับต่ำ การนอนหลับช่วงนี้แบ่งเป็น 4 ระยะ (Dines-Kalinowski, 2002) คือ

ระยะที่ 1 (stage 1 sleep) ลูกตางจะกลอกไปมาช้าๆ เริ่มรู้สึกเคลิ้มๆ เริ่มผ่อนคลาย ชีพจรเต้นช้าลง และหายใจลดลง บางครั้งพบกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า และอาการแขนขากระตุก (myoclonic jerks) ปลุกตื่นได้ง่ายแม้เสียงเบาๆเช่น เสียงพูด เสียงปิดประตู หรือการสัมผัสอย่างเบา มือ ถ้าตื่นขึ้นมาจะรู้สึกเหมือนยังไม่ได้หลับ หรือเคลิ้มหลับเท่านั้น เนื่องจากยังมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ รอบตัว และตอบสนองทันทีเมื่อถูกปลุก ระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของปริมาณการนอนหลับ (Luggen, 2004)

ระยะที่ 2 (stage 2 sleep) เป็นระยะหลับตื้น (light sleep) ซึ่งถือเป็นการหลับใน ระยะแรก มีการกลอกลูกตาน้อยมากหรือไม่มีเลย ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น อัตราเผาผลาญอาหาร และอุณหภูมิร่างกายลดลง การหายใจเริ่มสม่ำเสมอและช้าลง พบอาการถอนหายใจเป็นครั้งคราว เริ่ม

หลับลึกลงเรื่อยๆ จะสะดุ้งตื่นถ้าถูกกระตุ้นแรงๆ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ภาชนะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 45-55 ของปริมาณการนอนหลับ (Elipoulos, 2005)

ระยะที่ 3 (stage 3 sleep) เป็นระยะหลับปานกลาง (medium sleep) หรือหลับสนิท เริ่มเข้าสู่ระยะนี้ใน 30-45 นาที หลังเริ่มต้นการนอนหลับ มีการกลอกลูกตาน้อยลง กล้ามเนื้อต่างๆ คลายตัวมากขึ้น สัญญาณชีพและอัตราการเผาผลาญอาหารลดลงในระดับต่ำ เริ่มปลุกตื่นได้ยาก การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง การหลับระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3-8 ของปริมาณการนอนหลับ (Dines-Kalinowski, 2002)

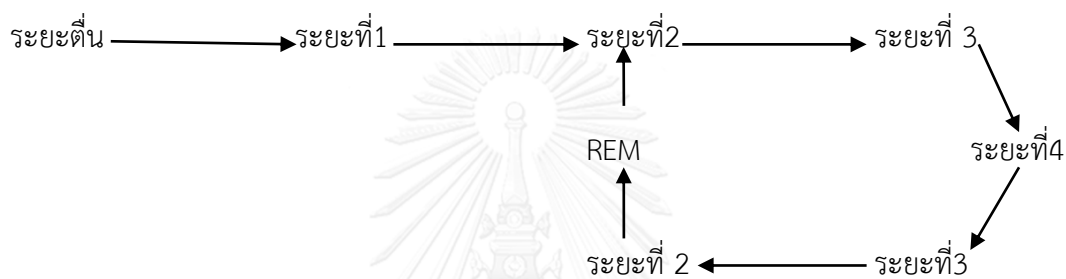
ระยะที่ 4 (stage 4 sleep) เป็นระยะหลับลึก (deep sleep) หรือหลับสนิท ร่างกายสามารถเข้าสู่ระยะนี้หลังการหลับระยะที่ 1 ประมาณ 40 นาที ระยะนี้อาจมีการกลอกลูกตาบ้างเล็กน้อย อัตราการเผาผลาญอาหารอยู่ในระดับต่ำและคงที่ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย อัตราและการหายใจลดลงถึงร้อยละ 20-25 เมื่อเทียบกับขณะตื่น ปลุกตื่นยาก ตื่นช้า อาจมีละเมอ หรือฝันเปียก ร่างกายได้รับการพักผ่อนเต็มที่ ส่งผลต่อกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ และสะสมพลังงานของร่างกาย มีระดับของserotonin, growth hormone, somatotrophic hormone เพิ่มขึ้น หากอดนอนจะนอนหลับในระยะนี้เพิ่มขึ้น นานขึ้น ปริมาณและเวลาของการนอนหลับในระยะนี้บอกถึงคุณภาพของการนอนหลับ การหลับระยะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของปริมาณการนอนหลับ (Coll, 2001)

การหลับชนิด NREM ระยะ 3 และ 4 อาจเรียกรวมกันว่า การหลับระยะคลื่นช้า (slow wave sleep: SWS หรือ Delta) เนื่องจากคลื่นสมองช้า สม่่าเสมอ ความถี่ต่ำ ระบบประสาทพาราซิมพาเธติกทำงานมากขึ้น จะพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตจะต่ำสุดในรอบ 24 ชั่วโมง แต่การเคลื่อนไหวลำไส้เพิ่มขึ้น ซึ่งการถูกปลุกให้ตื่นในการหลับชนิด NREM ไม่ว่าจะระยะใดจะต้องเริ่มใหม่ด้วยการเริ่มต้น ระยะที่หนึ่งเสมอ (Judith, et al., 2010)

2.4.2 ระยะนอนหลับที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep: REM) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวมาก เนื่องจากการทำงานของ ประสาทซิมพาเธติกเด่นกว่าพาราซิมพาเธติก ร่างกายไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น กล้ามเนื้อมีการคลายตัวมากที่สุด ยกเว้นกล้ามเนื้อตาไม่มีการเคลื่อนไหว ระยะนี้มีลักษณะการตื่นและหลับสนิทรวมกัน จึงเรียกว่า การหลับแบบพาราดอกซ์คัล (paradoxical sleep or desynchronized sleep or activity sleep) มีการฝันชัดเจน มักเป็นเรื่องราวที่ไม่เป็นเป็นผล มีการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้ม หัวเราะ เสร้า ร้องไห้ ปลุกตื่นยาก ถ้าปลุกตื่นจะรู้สึกใจหวิวเหมือนตกจากที่สูง จำความฝันได้มาก พบความดันโลหิต อัตราชีพจร และการหายใจเพิ่มขึ้น บางครั้งไม่สม่่าเสมอ บางรายอาจมีภาวะหายใจตื่นผิดปกติ หายใจ มีอาการเจ็บหน้าอก มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ อัตราการเผาผลาญอาหาร อุณหภูมิร่างกาย การใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในผู้ชายมักมีการแข็งตัวขององคชาติ

เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว การหลับช่วงสุดท้ายของระยะ REM เป็นระยะเตรียมตัวตื่น (intermediate stage) มักมีการถอนหายใจนำมาก่อน แล้วเริ่มเหยียดแขนขา พลิกตัว อาจกลับนอนหลับต่อไปใหม่ สามารถปลุกตื่นง่ายในช่วงนี้ การหลับปกติมีการหลับ REM เป็นวงจรทุกๆ 70- 100 นาที ยิ่งหลับนานเท่าใด ระยะเวลาการหลับชนิด REM จะนานมากขึ้นเท่านั้น (Dines-Kalinowski, 2002)

ในวงจรการนอนหลับพื้นฐาน 1 วงจร จะเริ่มจากการหลับแบบ NREM ในระยะ 1- 4 แล้วจะเริ่มปรับเข้าสู่ระยะ 3 , 2 และเข้าสู่ระยะ REM จากนั้นกลับเข้าวงจรการหลับ NREM ระยะ 2 ในวงจรอีกครั้งหนึ่ง เป็นแบบนี้เรื่อยๆ ประมาณ 5-7 ครั้งต่อคืน



ภาพที่ 1 แสดงวงจรการนอนหลับพื้นฐาน 1 วงจร (Book, 2002)

2.4.3 รูปแบบของการนอนหลับ ปกติการนอนหลับติดต่อกัน 6-7 ชั่วโมง ต้องผ่านวงจรการนอนหลับประมาณ 4- 5 วงจร โดยระยะเวลาของการนอนหลับในวงจรแรกใช้เวลาประมาณ 70-100 นาที ในวงจรต่อมาใช้เวลาประมาณ 90- 120 นาที โดยเฉลี่ยใช้เวลาแต่ละวงจรประมาณ 90- 100 นาที

2.4.4 นาฬิกาชีวภาพ (Biological clock) และวงจรการนอนหลับ (Circadian rhythm) วงจรการนอนหลับถูกควบคุมโดย suprachiasmatic nuclei (SCN) ของไฮโปทาลามัส ทำหน้าที่เป็นนาฬิกาในร่างกายซึ่งมีการติดต่อกับจอตา (retinohypothalamic tract) และยังพบว่า SCN ถูกควบคุมอยู่หลายทางนอกจากสมองแล้ว ได้แก่ ฮอร์โมน หรือวิถีประสาทอื่น การใช้ไฟฟ้ากระตุ้น (Turek, et al. 2001)

## 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ (Vitiello, 2006)

2.5.1 อายุ บุคคลที่มีอายุน้อย ต้องการการนอนหลับมาก บุคคลที่อายุมากต้องการนอนหลับน้อยลง การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพตามกระบวนการชรา ส่งผลต่อการนอนหลับ (Friedman, 2006) พบว่าเมื่อสูงอายุมากขึ้นวงจรการนอนหลับจะมีความเปลี่ยนแปลงไป (Bombois et al., 2010)

2.5.2 เพศ เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในเพศหญิง จะทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับได้มากกว่าเพศชาย (Ohayon & Roth, 2001) หญิงวัยทองมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับฮอร์โมนทำให้เกิดอาการร้อนตามตัวเหงื่อออก ทำให้ตื่นบ่อยและง่วงนอนเวลากลางวัน

2.5.3 สภาพจิตใจและอารมณ์ ความกังวล และอาการซึมเศร้าภาวะนอนกรนวาย สับสนหลงเวลา ซึมเศร้า วิดกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Krystal et al., 2009)

2.5.4 อาหารและเครื่องดื่ม ยาบางชนิดมีผลต่อการนอน บางชนิดกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัว อาหารและเครื่องดื่มบางชนิดทำให้เกิดอาการตื่นตัวมากเกินไป

2.5.5 การออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อหลายมัด มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการใช้ออกซิเจน ในการเผาผลาญให้เกิดพลังงาน ทำให้การสูดเลือด และการไหลเวียนดีขึ้น เซลล์ต่างๆของร่างกายรวมทั้งเซลล์สมองทำงานดีขึ้น หลังสารสื่อประสาทได้ดี ทำให้การนอนหลับได้ดีขึ้น

2.5.6 สิ่งแวดล้อม ซึ่งถือเป็นการลดสิ่งกระตุ้นโดยการจัดสถานที่ให้เกิดความคุ้นเคย หรือหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนสถานที่ในการนอน (Vitiello, 2006) เพื่อลดสิ่งทำให้เกิดความสับสน ดูแลเรื่องอุณหภูมิ ไม่ให้เย็นหรือ ร้อนเกินไป ลดเสียงรบกวน หรือแสงสว่างที่ทำให้นอนไม่หลับ เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดความเงียบสงบส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ

2.5.7 ความรู้สึกไม่สบาย ทำทางการนอนการหายใจ

## 2.6 ประโยชน์ของการนอนหลับ

2.6.1 ส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เมื่อเริ่มเข้าสู่การนอนหลับภายใน 3 ชั่วโมงแรก ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน เซลล์ของอวัยวะต่างๆมีการแบ่งตัวเพิ่ม โดยเฉพาะการสังเคราะห์ไขกระดูกและผิวหนัง มีการหลั่ง Growth hormone เข้าสู่กระแสโลหิต ลดการสร้างฮอร์โมน corticosteroid, glucagon, catecholamine ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่กดการสังเคราะห์โปรตีน ส่งผลทำให้มีการซ่อมแซมและสะสมพลังงานของสมอง (Lee, 2000) จึงส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนสึกหรอของร่างกาย (Nagel et al., 2003)

2.6.2 ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงานด้านจิตใจ (Haung et al., 2012) ในช่วงการนอนหลับหลับมีการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีบทบาทในการเก็บความทรงจำร่วมกับเมลาโตนิน (Melatonin) และโมโนเอมีน (Monoamine) ทำให้เกิดการสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้นและมีการจัดระบบข้อมูลใหม่ของร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ การทำงานด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกิดปัญหาการนอนหลับได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (Dauvillier, 2007) จากแนวคิดของเยเวซ มองว่าหากพบอาการนอนหลับผิดปกติ 2 ใน 4 อาการคือ

- 1) ใช้เวลานานกว่าจะหลับ
- 2) มีระยะเวลาอนหลับบนเตียง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
- 3) มีอาการง่วงนอนและหลับกลางวันมาก
- 4) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ เช่น ตื่นบ่อย ตื่นเช้าเกิน หรือ หลับๆ

ตื่นๆ ถือว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาการนอนหลับ (Yesavage et al., 2003)

**2.7 พยาธิสภาพของสมองต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** ผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบสมองส่วน Suprachiasmatic nuclease ใน Anterior hypothalamus ซึ่งควบคุมการหลับ และตื่นที่สัมพันธ์กับจังหวะทางชีวภาพเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงจากสมองฝ่อส่งผลให้การหลั่งสารสื่อประสาทมีความผิดปกติ ส่งผลให้การนอนหลับในระยะที่ 1 ของ NREM เพิ่มขึ้น ส่วนระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของ NREM และระยะ REM ลดลง การบกพร่องทางการรับรู้ พฤติกรรมกระวนกระวายและอาการทางจิตจากสมองเสื่อมทำให้เกิดปัญหาอนไม่หลับ พบความผิดปกติของการนอนหลับลึก (Boeve et al., 2004) ระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนหลับนานกว่าปกติ นอนหลับในช่วงกลางวันมาก ตื่นบ่อยและเดินไปมาช่วงกลางคืน จึงพบว่าคุณภาพการนอนหลับลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ (Krystal et al., 2009)

**2.8 ปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกิดปัญหาอนไม่หลับ** มีหลายปัจจัยที่ทำให้การนอนของผู้สูงอายุไม่มีคุณภาพ เช่น การรับหลับในเวลากลางวัน การนอนไม่เป็นเวลา การเข้านอนก่อนที่จะง่วง (advanced sleep phase syndrome) หรือเข้านอนเมื่อผ่านเวลานอนไปแล้ว (delayed sleep phase syndrome) หรือใช้เตียงเพื่อจุดประสงค์อื่นเช่นการดูทีวี การอ่านหนังสือ การรับประทานอาหารหรือมีสิ่งรบกวนในห้องนอน เช่นเสียงดัง มีแสง ห้องร้อน นอนจากปัจจัยภายนอกแล้วปัจจัยภายในของผู้ป่วยโรคต่างๆเช่น อาการปวดข้อ โรคหัวใจ ปัญหาทางจิตใจ ปัญหาทั้งหมดจะทำให้การนอนหลับในผู้สูงอายุมีคุณภาพลดลง

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการนอนในผู้สูงอายุ ซึ่งการนอนหลับของคนประกอบไปด้วย 5 ระยะคือระยะที่ 1- 4 และระยะ rapid eye movement ช่วงที่หลับสนิทมากที่สุดคือระยะ 3- 4 แต่ในผู้สูงอายุจะมีช่วงเวลาที่หลับสนิทคือระยะที่ 3- 4 ลดลงทำให้หลับไม่สนิทผู้สูงอายุจะนอนยากขึ้นมีรายงานว่าร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุใช้เวลามากกว่า 30 นาทีในการนอนหลับ สาเหตุเนื่องจากการที่ร่างกายสร้าง melatonin และ growth hormone ลดลง การเจอแสงแดดลดลง และการที่ผู้สูงอายุตื่นบ่อย เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหลับยาก

### 2.8.1 ปัจจัยสภาพร่างกาย

#### 1) อายุ

เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพตามกระบวนการชรา (Friedman, 2006) ซึ่ง Bombois et al. (2010) พบว่าวงจรการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงตามอายุ

2) เพศ พบผู้ป่วยอัลไซเมอร์เพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 54 (Tractenberg et al., 2005) พบว่าเพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะหญิงวัยทองจะพบปัญหาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับฮอร์โมนทำให้เกิดอาการร้อนตามตัวเหงื่อออก ทำให้ตื่นบ่อย และง่วงนอนเวลากลางวัน (Ohayon & Roth, 2001) สอดคล้องกับ ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์เพศหญิง ที่มารับการตรวจที่คลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พบปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50

3) ระยะของภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องของการรู้คิด และการรับรู้ หลงเวลา หลอนจากภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อการนอน (Krystal et al., 2009) ซึ่ง Gehman et al. (2003) พบผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในซานดิเอโก ที่มีพฤติกรรมกระวนกระวายสูงขึ้นพบปัญหาการนอนหลับมากขึ้น Haung et al. (2012) พบว่าคุณภาพการนอนหลับลดลง ระยะเวลาการนอนลดลง ระยะการเข้าสู่การนอนหลับทำได้นานขึ้นในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรับรู้มากขึ้น

4) ปัญหาด้านพฤติกรรม และจิตใจ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีอาการกระวนกระวาย สับสน หลงเวลา อาการซึมเศร้า วิดกกังวล ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Krystal et al., 2009)

5) โรคที่มีผลต่อการนอนของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัว โรคประจำตัวหลายโรคก็มีผลต่อการนอนของผู้สูงอายุโรคต่างๆ เหล่านี้ได้แก่

5.1) โรคข้ออักเสบ (Arthritis) กระดูกพรุน (Osteoporosis) เนื่องจากโรคเหล่านี้ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดเรื้อรัง เมื่อมีอาการเจ็บปวดตามข้อต่างๆมักจะปวดตอนกลางคืนทำให้ต้องตื่นบ่อย เมื่อมีการขยับเพื่อเปลี่ยนท่าทางการนอนก็ทำให้ต้องสะดุ้งตื่นจากอาการเจ็บ ส่งผลทำให้เกิดการนอนหลับได้ไม่สนิท จึงต้องดูแลให้รับยาลดอาการปวด

5.2) โรคกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer) โรคมะเร็ง (Cancer) เนื่องจากโรคนี้จะทำให้เกิดอาการปวดอยู่เกือบตลอดเวลาทำให้ต้องตื่นจากอาการเจ็บ และหลับต่อได้ค่อนข้างยาก

5.3) โรคพาร์กินสัน (Parkinson) เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดอาการสั่นเกร็งของกล้ามเนื้อตลอดเวลา ไม่สามารถควบคุมได้ เกิดความไม่สุขสบาย พักผ่อนได้น้อย เกิดความเครียดได้



5.4) โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) โรคสมองเสื่อม (dementia) เนื่องจาก ระยะของภาวะสมองเสื่อม การบกพร่องของการรู้คิดและการรับรู้ หลงเวลา การเห็นภาพหลอนจาก ภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อการนอนหลับ (Krystal et al., 2009) Gehman et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในซานดิเอโกที่พฤติกรรมกระวนกระวายสูง มีปัญหาการนอนหลับมากขึ้น

5.5) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) จากอาการนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องสะดุ้งตื่นกลางดึก และต้องตื่น เพื่อเดินเข้าห้องน้ำบ่อยในช่วงกลางคืน

5.6) โรคหัวใจวาย (Congestive heart failure) และโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) หากโรคยังคงไม่ดีขึ้นเมื่อนอนราบจะมีอาการแน่นหน้าอกหายใจไม่ออกต้องตื่นลุกขึ้นนั่งเมื่อ หายแน่น มีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้หายใจได้ไม่สะดวก

2.8.2 ปัจจัยภายนอกประกอบด้วย ยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม สิ่งแวดล้อม มี รายละเอียดดังนี้

1) ยาที่ได้รับ ยาหลายประเภท ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม ทั้งที่ฤทธิ์ทำให้ง่วง และเสริมการนอนหลับ ได้แก่ กลุ่มยาคลายกังวล ยากล่อมประสาท เช่น Lorazepam (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) ยากลุ่มต้านอาการทางจิตประสาท เช่น Haloperidol (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) และพบยาที่ส่งผลในแนวตรงกันข้ามที่รบกวนการนอน หลับ ได้แก่ ยาเกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น Digoxin ที่มีผลทำให้เวียนศีรษะ มึนงง ยาเกี่ยวกับโรคพาร์กิน สัน เช่น Levodopa อาจทำให้สับสน ประสาทหลอน และนอนไม่หลับ (Dauvilliers, 2007)

2) กิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรมต่างๆในประจำวันที่อาจเป็นกิจกรรมที่ทำ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือสังคม ถือเป็นการทำงานกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคง ศักยภาพของตนเอง รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย สร้างความสุข ลดความวิตกกังวล และช่วยเบี่ยงเบนจากปัญหาพฤติกรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา (อรชา มณีธนู, 2553)

3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ถือเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ช่วยลดปัจจัยรบกวนในการ นอนหลับ และส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี เนื่องจาก แสง เสียง ส่งผลต่อการนอนหลับ (Vitiello, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับ ชนิตา กาญจนลาภ (2549) ที่กล่าวว่าแสงที่สว่างมากเกินไปทำให้เกิดการ สับสนเวลา เมื่อสะดุ้งตื่นแล้วจะหลับต่อได้ยาก แต่หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีตจนเกินไปก็ส่งผลทำให้ เกิดความหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552) เสียงที่ดังรบกวนจะกระตุ้นให้เกิด อาการนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงสถานที่ทำให้เกิดความไม่คุ้นเคยก็ส่งผลทำให้เกิดอาการกระวน กระวาย สับสนได้ง่ายทำให้ส่งผลต่อการนอนหลับได้เช่นกัน (อรชา มณีธนู, 2553)

**2.9 ผลกระทบของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม** ผลจากปัญหาการนอนไม่หลับ ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมต่อสุขภาพ

### 2.9.1 ด้านร่างกาย

- 1) เกิดโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ
- 2) เกิดโรคระบบหัวใจได้ง่าย (Redeker & Stein, 2005)
- 3) การดำเนินโรคสมองเสื่อมจะทรุดลงเร็ว เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับลดลง ระยะหลับลึกลดลง ความบกพร่องทางการรับรู้ก็จะมากขึ้น (Krystal et al., 2009 )
- 4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากต้องใช้ยานอนหลับเพิ่มมากขึ้น (Glass et al., 2005) และเมื่อกำลังคืนนอนไม่หลับ ตื่นมาสับสน เดินไปมาช่วงกลางคืนเกิดหกล้มได้ เป็นสาเหตุของการเข้าสู่วิทยาศาสตร์ (Fiona, 2006) การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง (Lee, 2007)
- 5) ทำให้จำเป็นต้องเกิดการผูกมัด หรือถูกกักขังได้ จากอาการนอนไม่หลับ เดินไปมา หรือพยายามหนีเพราะหลงผิด

2.9.2 ด้านจิตใจ รู้สึกไม่สดชื่น ง่วง หาวบ่อยๆ ไม่มีสมาธิ อารมณ์แปรปรวน (Cole & Dendukuri, 2003) เนื่องจากเมื่อมีอาการนอนหลับได้น้อย ทำให้เกิดอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน ทำให้มีอาการรบกวน ลูกเดินไปมา ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ (Tractenberg et al., 2005)

## 2.10 เครื่องมือในการวัดความผิดปกติของการนอนหลับ (Sleep disorders)

การประเมินการนอนหลับมี 2 ประเภท คือ การประเมินการนอนหลับทางวิทยาศาสตร์ (Objective sleep measurement) และการประเมินการนอนหลับทางจิตวิสัย (Subjective sleep measurement) ซึ่งการเลือกใช้แบบประเมินตามวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของสถานการณ์

2.10.1 การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective sleep measurement)

1) เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography; [PSG]) เป็นเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่สามารถประเมินการนอนหลับได้ทั้งคุณภาพการนอนและระยะเวลาการนอนได้ดีที่สุดในปัจจุบันผลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำ โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิในร่างกายระดับความดันโลหิต ซึ่งสามารถแยกการนอนระยะ NREM และ REM ได้ แต่มีข้อจำกัดคือ ประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอน ความรู้สึกเกี่ยวกับการนอน ความพึงพอใจในการนอนหลับ และยังมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งผู้ทำการแปลผลต้องชำนาญเนื่องจากมีความซับซ้อน (Englert & Linden, 1998)

2) Wrist actigraph เป็นอุปกรณ์ใช้ในการสวมข้อมือที่คล้ายนาฬิกาวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อวัดปริมาณการนอนหลับและการตื่น โดยแปลผลจากความถี่คลื่นไฟฟ้า ซึ่งมีความสะดวก ไม่รบกวนผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายน้อย แต่มีข้อจำกัดในการแปลผลที่ต้องใช้ผู้ประเมินที่มีความเชี่ยวชาญ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

3) Night cap เป็นการวัดการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย ลูกตา และ ศีรษะซึ่งทำให้สามารถวัดการตื่นและนอนหลับในระยะ NREM และ REM แต่ไม่สามารถแยกแยะ ระยะการนอนหลับ NREM 1 ถึง 4 ได้ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543)

4) Bedside monitor system เป็นการวัดการนอนในระหว่างการนอนหลับ วัด การขยับตัว อัตราการเต้นหัวใจ ความดันโลหิต และการตึงตัวของกล้ามเนื้อและการกลอกตา

2.10.2 การประเมินการนอนหลับทางจิตวิสัย (Subjective sleep disorder) เป็นการประเมินการนอนหลับด้วยตนเอง ซึ่งประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์เฉพาะบุคคล และการรับรู้ เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกหลังตื่นนอน การถูกรบกวน สามารถกำหนดเป็นเชิงปริมาณและ คุณภาพได้ โดยไม่รบกวนผู้ป่วย ทำได้ง่าย สั้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีทางวิทยาศาสตร์ จึงเป็นวิธีที่ ได้รับความนิยมนมาก มีหลายแบบ คือ

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การนอนหลับทั่วไป (General Sleep Habits Questionnaire: GSH) ของ Monroe (1967) เป็นแบบประเมินการนอนหลับที่วัดความแตกต่างของ ผู้ที่นอนหลับดีและไม่ดี คือ ผู้ที่นอนหลับดีจะมีระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่า 10 นาทีไม่ นานเกินกว่า 15 นาที และไม่ตื่นระหว่างการนอนหลับ ส่วนผู้ที่มีการนอนหลับไม่ดี จะมีระยะเวลาเข้า นอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 30 นาที และตื่นในระหว่างการนอนหลับ 1 ครั้ง

2) มาตรฐานวัดการนอนหลับของเวอร์รานและสไนเดอร์-ฮาลเพิน (The Verran Snyder- Halpen sleep scale; VHA sleep scale) เป็นแบบประเมินการนอนหลับจากการ เปรียบเทียบด้วยสายตาที่เป็นมาตรวัดเส้นตรงที่มีความยาว 0-100 มิลลิเมตร ซึ่งประเมินจากความ พึงพอใจในการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ การตื่นหลังการ นอนหลับ และเมื่อตื่นใช้เวลาเท่าไรจึงหลับต่อ และเวลาที่ลุกจากเตียง เหมาะนำไปใช้ในผู้ป่วยหนัก (Snyder- Halpen & Verran, 1987)

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับ (Sleep pattern questionnaire) เป็นแบบประเมินการนอนหลับที่มีการประเมินทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพการนอนหลับโดย ประเมินระยะเวลาการนอนหลับโดยรวมทั้งหมดระยะเวลาการเข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้ง ของการตื่นในขณะนอนหลับ และเมื่อตื่นแล้วใช้เวลาเท่าไรจึงสามารถหลับต่อ มีการตื่นนอนเช้ากว่า ปกติ การพูดถึงความรู้สึกเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและการตื่นนอน (Beck, 1992)

4) แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี่ (St. Marry's Hospital sleep Questionnaire; SMH Sleep Questionnaire) เป็นแบบประเมินที่มีคำถาม 14 ข้อ เป็น คำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยวัดการนอนหลับ 4 ด้าน คือ ระยะตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep Latency) ปริมาณการนอนหลับทั้งหมด (Total sleep time) คุณภาพการนอนหลับ (Sleep

Quality) และความพึงพอใจในการนอนหลับ (Sleep satisfaction) มักใช้ในโรงพยาบาล (Richardson, 1997)

5) แบบประเมินดัชนีการวัดคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเองในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ลักษณะการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ ความแปรปรวนของการนอนหลับ การใช้อานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานจิวัตรประจำวัน (Buysse et al., 1989)

6) แบบบันทึกการนอนประจำวัน เป็นการบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรนอนหลับ กิจกรรมการนอนหลับและการตื่นนอนวันต่อวัน ใช้เวลาบันทึกเป็นระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน โดยทำควบคู่กับเครื่องมือการวัดการนอนแบบอื่น ซึ่งวิธีนี้ได้รับข้อมูลที่ละเอียดกว่าการใช้แบบสอบถาม แต่ยังขาดการทดสอบความเที่ยง (Beck, 1992)

7) การสังเกต เป็นการประเมินพฤติกรรมกรนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ การตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาการหลับตื่น จำเป็นต้องมีผู้คอยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

**2.11 คุณภาพการนอนหลับ (Sleep Quality)** คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของบุคคล การรับรู้การนอนหลับของบุคคลต่อลักษณะการนอนหลับ โดยรวม การประเมินการนอนหลับ 2 ลักษณะคือ การนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ นอนหลับสนิท นอนหลับอย่างเพียงพอ (Buyssee, et al., 1989) ซึ่งคุณภาพการนอนหลับ เป็นพฤติกรรมและความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน มี 3 แบบ คือ

แบบที่ 1 ความแปรปรวนของการนอนหลับ (sleep disturbance)

แบบที่ 2 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (sleep effectiveness)

แบบที่ 3 การงีบหลับระหว่างวันเวลาที่ใช้ตั้งแต่ตื่นนอนจนลุกจากที่นอน (sleep supplementation)

คุณภาพการนอนหลับที่กล่าวถึงลักษณะการนอนหลับ การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับตามแบบวัด The Pittsburgh Sleep Quality Index [PSQI] (Buysse et al., 1989) คือ ตั้งแต่ระยะเวลาการเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน การนอนหลับสนิท การนอนหลับเพียงพอ

2.11.1 เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพการนอนหลับ

1) เครื่องมือโพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography; [PSG]) เป็นเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจคุณภาพการนอนและระยะเวลาการนอนได้ดีที่สุดในปัจจุบัน มี

ความถูกต้องแม่นยำ โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมนอนุมูลอิสระในร่างกาย ระดับความดันโลหิต

2) แบบประเมินดัชนีการวัดคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเองในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ลักษณะการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับแต่ละคืน ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ ความแปรปรวนของการนอนหลับ การใช้นอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานวัฏจักรประจำวัน ซึ่งแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับนี้ มีความครอบคลุมในการประเมินคุณภาพการนอนหลับทุกๆด้าน มีความแม่นยำสูง สามารถใช้กับผู้สูงอายุได้ทั้งที่อยู่บ้าน และสถานพยาบาลทุกประเภท (Carole, 2008) ซึ่งธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ได้นำมาใช้โดยการสังเกตของผู้ดูแลในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .83 และ อรษา มณีธนู (2553) ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ถึง 120 ราย และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .81 ซึ่งเป็นหลักฐานว่า PSQI สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในการศึกษาครั้งนี้จะไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มสมองเสื่อม เช่นเดียวกัน และเป็นกลุ่มที่ผ่านการประเมินความจำแล้วด้วย MMSE ว่าไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสารโดยวัดก่อนการทดลองและหลังจากการร่วมโปรแกรมการพยาบาล 1 เดือน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การส่งเสริมให้มีสุขอนามัยการนอนที่ดี การฝึกสมาธิ ดนตรีบำบัด การออกกำลังกาย ประเมินทั้งทางด้านคุณภาพการนอนหลับและปริมาณ จึงจะใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) ตามแนวคิดของ Buysse et al. (1989) ที่ได้จากการสังเกตของผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ โดยได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยจาก ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) และธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ และผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านการรับรู้ และความเข้าใจจึงทำให้ไม่สามารถทำแบบสอบถามแบบเดิมได้ด้วยตนเองอย่างชัดเจน (Cumming et al., 1994)

## 2.12 สุขนิสัยการนอน (Sleep Hygiene)

2.12.1 ข้อปฏิบัติของสุขนิสัยการนอน ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ มีข้อปฏิบัติบางประการเกี่ยวกับสุขนิสัยการนอน (Sleep Hygiene) ที่ช่วยบรรเทาอาการนอนไม่หลับได้ (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2552) ดังนี้

1) พยายามหลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน หรือจำกัดเวลาการนอนกลางวัน ไม่ควรเกินครึ่งชั่วโมงในช่วงบ่าย

2) หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ โดยเฉพาะเวลาเย็น

3) ไม่ควรดื่มน้ำในช่วงเวลา 4-5 ชั่วโมงก่อนที่จะถึงเวลาเข้านอน ถ้ามีปัญหาปัสสาวะกลางคืนบ่อย ๆ

4) เพิ่มกิจกรรมหรือการออกกำลังกายในช่วงเวลากลางวันให้มากขึ้น

5) หากไม่มีอาการง่วงนอนเมื่อถึงเวลาเข้านอน และไม่สามารถนอนหลับได้ ก็ควรลุกขึ้นมาหาอะไรทำดีกว่าที่จะนอนกลิ้งไปมาบนเตียง

6) กำหนดเวลาอาหารมื้อเย็นให้คงที่สม่ำเสมอและควรจะเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง เมื่อเทียบกับมื้ออื่น ๆ

7) พยายามจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้เงียบและมีอุณหภูมิไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป

2.12.2 การรักษาปัญหาการนอนหลับ ในการรักษาปัญหานอนหลับต้องดูแล ตามสาเหตุร่วมไปกับการให้ผู้ป่วยมีสุขนิสัย (sleep hygiene) ที่ดีดังนี้ (ในรายที่จำเป็นอาจต้องใช้ยาช่วยให้หลับร่วม ควรเป็นช่วงสั้น ๆ เป็นครั้งคราวเท่านั้น)

1) เข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลา

2) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรออกกำลังกายก่อนนอน

3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงเสียงดังหรืออากาศร้อน

4) ทำจิตใจให้สบายก่อนนอน หลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นจิตใจ

5) ไม่ใช่เพียงทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น อ่านหนังสือ รับประทานอาหาร

6) หากนอนไม่หลับนานเกิน 30 นาที ให้ลุกจากเตียง ทำกิจกรรมอื่นจนง่วง จึงเข้านอนใหม่

7) งดสุรา กาแฟ ก่อนนอน

8) ดื่มนม รับประทานกล้วย หรืออาหารอื่นที่มี tryptophan สูงทำให้หลับได้ตีมากขึ้น

### 3. กระบวนการพยาบาล

#### 3.1 ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นการแสดงถึงเอกลักษณ์ เอกลักษณ์ ศาสตร์แห่งวิชาชีพ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน ต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลได้ใช้ทักษะพื้นฐานต่างๆ และมีควบคุมคุณภาพการพยาบาลโดยการบันทึกข้อมูล ถือเป็น การสร้างมาตรฐานการพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละประเภทได้โดยกระบวนการพยาบาลต้องมีเป้าหมาย (Purposeful) มีการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของผู้รับบริการอย่างชัดเจน มีวิธีการและขั้นตอนอย่างเป็นระบบ (system) มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นพลวัต (Dynamic) สร้างความมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) กับผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้รับบริการเฉพาะรายบุคคลมีความยืดหยุ่น (Flexible) เพื่อสามารถปรับใช้ได้ในทุกสถานการณ์โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี (Theoretically base) เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ต้องการ จึงถือเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติพยาบาล (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) มีผู้ให้ความหมายของกระบวนการพยาบาลไว้ในแต่ละแนวคิดดังนี้

กระบวนการพยาบาล หมายถึง ขั้นตอนของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลตามศักยภาพของแต่ละคนเท่าที่จะเป็นไปได้ (Yura & Walsh, 1983)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง แนวทางการพยาบาล หรือรูปแบบการให้พยาบาล โดยใช้ทักษะ ความรู้ ความเชื่อ ในการวินิจฉัย และให้การรักษา จากภาวะที่เกิดจากการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง หรือที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นของผู้รับบริการ (Iyer, 1986)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง พื้นฐานของการปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ทำให้การตัดสินใจการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การมีรูปแบบการวิเคราะห์ และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Carpenito, 2007)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง กระบวนการพยาบาลที่มีขั้นตอน อย่างเป็นระบบ มีวิธีการแก้ปัญหาตามหลักทางวิทยาศาสตร์ ที่อาศัยทักษะ ความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจของพยาบาลอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

#### 3.2 ประโยชน์ของกระบวนการพยาบาล

1) กระบวนการพยาบาล จะเป็นตัวช่วยกำหนดขอบเขตของวิชาชีพ และกำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน และมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของทีมสุขภาพ

- 2) ทำให้เกิดการแก้ปัญหาได้หลากหลาย สามารถเลือกวิธีการที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการ
- 3) มีความเป็นระบบในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เกิดการมอบหมายงาน การสื่อสารที่ชัดเจน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม
- 4) ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายในการทำงานและเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ
- 5) ทำให้สามารถติดตามประเมินผลการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในวิชาชีพ
- 6) ผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาลส่งผลให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามปัญหาของเฉพาะบุคคล รวมทั้งผู้รับบริการสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

### 3.3 องค์ประกอบของกระบวนการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

3.3.1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ที่รวบรวม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) การจัดระบบข้อมูล (Data organization) การบันทึกข้อมูล (Data recording) ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการ ชักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ศึกษารายละเอียดจากทีมสุขภาพ ซึ่งในขั้นตอนนี้ พยาบาลต้องมีความรู้ โดยเก็บรวบรวมตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล นำมาจัดให้เป็นหมวดหมู่ พยาบาลต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในหลายๆด้าน และคิดอย่างเป็นระบบ

3.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมมาได้ นำมาวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการกำหนดข้อความที่เป็นเหตุเป็นผลที่บอกถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้มีจุดมุ่งหมายและแนวทางของการวางแผนการพยาบาล ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในแต่ละราย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ โดยแสดงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ระบุภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือเป็นผลสรุปจากการประเมิน จัดกลุ่มอาการ อาการแสดง โดยผ่านการคิดและตัดสินใจของพยาบาลที่ได้คิดอย่างมีเหตุมีผลอย่างชัดเจน โดยมีขั้นตอนของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ

- 1) การดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลคือการจัดกลุ่มข้อมูลและเปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐาน
- 2) การกำหนดภาวะสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ข้อมูลที่แสดงอาการ มีอาการแสดงชัดเจนว่ามีความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ (Actual diagnosis) มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย



เสี่ยงแต่ยังไม่แสดงหลักฐานชัดเจน (Risk diagnosis) มีโอกาสเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Possible diagnosis)

3) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

3.1) การกำหนดข้อความแบบ 2 ส่วน (Two- part diagnostic system)

คือ ปัญหาสุขภาพ (Problem) + เนื่องจาก +สาเหตุ (Etiology)

3.2) การกำหนดข้อความแบบ 3 ส่วน (Three- part diagnostic system: PES) คือ ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + สาเหตุ + จาก + ปัจจัยเสริมสาเหตุ

ในขั้นตอนนี้ทำให้มีมาตรฐานเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำให้เห็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

3.3.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นขั้นตอนการนำปัญหาที่ได้ประเมินจากขั้นตอนการวินิจฉัยมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ตามความต้องการของผู้รับบริการ ในกระบวนการวางแผนการพยาบาลนั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

1) การเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา คือ เน้นจากปัญหาที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับแรกเนื่องจากต้องได้รับการแก้ไขทันที และต่อมาก็จะเป็นปัญหาที่ต้องการการพยาบาลที่เร่งด่วน เนื่องจากหากทิ้งไว้จะเกิดปัญหารุนแรง

2) การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล คือ ข้อความที่กำหนดไว้เพื่อบ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการหลังได้ให้การพยาบาลแล้ว ซึ่งเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล มีการกำหนดระยะเวลา และที่สำคัญคือต้องเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

3) เกณฑ์การประเมินผล เป็นการกำหนดพฤติกรรมของผู้รับบริการเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับตรวจสอบหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยต้องวัดได้หรือสังเกตได้ ทำได้จริง สิ่งที่เราคาดหวังว่าจะเกิด มีระยะเวลาหรือเงื่อนไข เน้นที่ตัวผู้รับบริการ

4) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เฉพาะเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และสามารถบอกเหตุและผลทางการพยาบาลได้ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้เลือกและนำมาปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยมีความสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ รวมทั้งความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาล หลักในการกำหนดกิจกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาลและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดของกิจกรรมการพยาบาลได้ 3 แบบ ได้แก่ กิจกรรมพยาบาลอิสระ (Independent

Intervention) กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่อิสระ (dependent Intervention) กิจกรรมการพยาบาลกึ่งอิสระ (Interdependent Intervention)

ขั้นตอนนี้ เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลำดับความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ตรงกัน เป็นสื่อกลางการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ

3.3.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนที่นำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งในขั้นตอนนี้ จะประกอบด้วย การ ตรวจสอบแผน (Preparation) การปฏิบัติ (Intervention) การบันทึก (Document) ในขั้นตอนนี้พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะความรู้ การสังเกต การสื่อสาร การสร้างมนุษยสัมพันธ์ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

3.3.5 การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่เป็นการประเมินผลหลังได้รับการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ ซึ่งการประเมินผลต้องพิจารณาถึง ผู้รับบริการ การพยาบาล สมาชิกทีมการพยาบาล ญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้รับบริการ และสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพด้วย ในขั้นตอนนี้นอกจากจะทำให้ทราบถึงผลการปฏิบัติการพยาบาล ยังทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของกิจกรรมและผลที่เกิดขึ้น นำไปสู่การควบคุมมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล และสามารถพัฒนาการเรียนรู้ปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งมีกระบวนการประเมินผลดังนี้

1) ศึกษาทบทวนเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลเทียบกับมาตรฐานการพยาบาลตามระยะเวลาในแผน

2) เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล โดยการสังเกต สัมภาษณ์ การวัด การประเมิน การประชุมปรึกษา การตรวจสอบรายงาน

3) การพิจารณาผลการประเมินผล โดยตัดสินจากผลสัมฤทธิ์ว่า บรรลุตามจุดมุ่งหมายหรือไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมาย ผลที่ได้นั้นบ่งบอกว่าการวินิจฉัยนั้นได้สิ้นสุด หรือต้องได้รับการดูแลต่อ หรือหากไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมายต้องย้อนกลับไปดูข้อมูลพื้นฐาน และปรับปรุงข้อวินิจฉัยการพยาบาลอีกครั้ง และผลที่ได้สามารถนำไปใช้ได้หรือต้องนำกลับมาปรับปรุง

จึงเห็นได้ว่า กระบวนการพยาบาล เริ่มจาก การประเมินสภาพปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล หากประเมินผลแล้วถ้าพบว่าปัญหาทางการพยาบาลนั้นยังคงอยู่ จำเป็นกลับมาเริ่มต้นกระบวนการพยาบาลใหม่ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ วินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่และวางแผนการพยาบาลใหม่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการแก้ปัญหา นั้น ๆ ให้หมดไป ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการตลอดเวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญ (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2552)

**3.4 กระบวนการพยาบาลตามแนวคิด Yura & Walsh** ในปี ค.ศ. 1967 – 1987 Yura and Walsh เริ่มใช้และวางแนวคิดกระบวนการพยาบาลว่า เป็นเครื่องมือและวิธีการในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ เพื่อสร้างข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ถือเป็นระบบการแก้ปัญหาที่มีขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และพึ่งพากันและกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ(พรศิริ พันธุ์ศรี และอรพินท์ สีขาว, 2552) Yura and Walsh (1983) หลักการของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1)การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล การสอบถามข้อมูล การประเมินอาการหรือจากการสอบถามจากผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ ประเด็นปัญหา ของผู้ป่วย 3)การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นการวางแผนทางการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) โดยการดำเนินการพยาบาลตามแนวทางที่วางไว้ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการวัดผลการปฏิบัติผลการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยในด้านนั้น

**การพยาบาล** หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งให้การช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล โดยยึดตามพระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2540 โดยมีคุณลักษณะสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลคือ การให้บริการบนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีและการฟื้นฟูเห็นถึงความสำคัญต่อประสบการณ์และการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในภาวะแวดล้อมทั้งกายภาพและสังคมดูแลบูรณาการข้อมูลทั้งที่เป็นภาวะวิสัย (Objective) และ จิตพิสัย (Subjective) ในขอบเขตการดูแลใช้ความรู้ที่เชื่อถือได้ (Scientific Knowledge) ในกระบวนการวินิจฉัยและบำบัดโดยใช้วิจารณ์ญาณและการตัดสินใจทำให้ความรู้ทางการพยาบาลก้าวหน้าโดยการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ

ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Yura and Walsh (1983) จึงอธิบายได้ว่า เป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อบรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยดำรงสุขภาพดี ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตดีตามศักยภาพของแต่ละคนเท่าที่จะเป็นไปได้

**3.5 บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควบคู่ไปกับการรักษาปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อมตามหลักวิทยาศาสตร์และเป็นบทบาทอิสระ (พรศิริ พันธุ์ศรี และอรพินท์ สีขาว, 2552) ปัญหาการนอนไม่หลับที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งพยาบาลจึงต้องเข้ามามีบทบาทในด้านต่างๆ (Mauk, 2010) ดังนี้

3.5.1 บทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในการแก้ปัญหาการนอนหลับ ซึ่ง กิจกรรมการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย

1) ประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่ดีหรือไม่ ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง เน้นการประเมินแบบองค์รวม โดยการรวบรวมข้อมูลในแต่ละด้านที่มีความเกี่ยวข้อง

2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการวิเคราะห์ ประเด็นปัญหา ของผู้ป่วยข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา หรืออุปสรรคในการทำกิจกรรม หรือผลกระทบของปัญหา ประเมินความพร้อมในการทำกิจกรรมหรือการแก้ไขปัญหา ข้อจำกัดของการจัดกิจกรรม ความสนใจ หรือความต้องการในการจัดกิจกรรมนั้น

3) การวางแผนกิจกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งต้องวางแผนให้เหมาะสม และสอดคล้องกับระยะการดำเนินของโรค เนื่องจากปัจจัยการนอนของผู้สูงอายุสมองเสื่อมอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ โดยเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายหรือการตั้งวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหาการนอนหลับ ความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ ซึ่งในการกำหนดวัตถุประสงค์ หากเกิดการยอมรับกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะเกิดการความร่วมมือ ความไว้วางใจกัน ความเชื่อมั่นในกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการแก้ปัญหาานั้น การช่วยเหลือกันในการคิดวิเคราะห์และการคัดเลือกกิจกรรมเป็นสิ่งที่ต้องช่วยเหลือกันเพื่อกระจายความคิด เป็นการเสนอแนวคิดที่เป็นบทบาทอิสระ และนำเอาประสบการณ์ต่างๆมาวิเคราะห์จนสามารถเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบุคคลเฉพาะราย เพราะหากเกินความสามารถของผู้สูงอายุเกินไปก็อาจจะปฏิเสธ หรือหากง่ายเกินไปอาจจะขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม

4) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้ข้อมูล และการรวบรวมความรู้ จากวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เหตุผลทางคลินิก และหลักทางจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาล ซึ่งบทบาทการพยาบาลที่เราสามารถทำได้และเป็นอิสระคือการ เพิ่มคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา และยังเป็นวิธีที่ดี เพื่อหลีกเลี่ยงอาการอันไม่พึงประสงค์ หรืออาการข้างเคียงพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่เข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติ และสามารถสอน ทั้งให้คำแนะนำแนวทางในการปฏิบัติได้แก่ อธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรค ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดปัญหา ให้แนวทางในการจัดการการนอนหลับที่ดี วิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ทั้งการใช้สมุนไพรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งในแต่ละวิธีนั้นต้องอาศัยความรู้และเทคนิคในการดำเนินกิจกรรมระหว่างการดำเนินกิจกรรมต้องใช้ทักษะทั้งด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การจูงใจ และการจัดการหรือแก้ไขปัญหามาเฉพาะหน้า

5) ประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลของการทำกิจกรรมตามที่วางไว้ เพื่อให้ทราบว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

3.5.2 บทบาทในการติดต่อประสานงาน กับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนและให้การดูแล ได้อย่างครอบคลุม

3.5.3 บทบาทในการให้คำปรึกษา โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา และสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจในการจัดการ

3.5.4 บทบาทในการเป็นผู้ติดตามและประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสนับสนุนให้กำลังใจ การสร้างข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ให้ข้อมูลแหล่งบริการความช่วยเหลือ (White and Truax, 2007)

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับสுகุณธบำบัด

##### 4.1 ความหมายของสுகุณธบำบัด

สுகุณธบำบัด (Aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยที่สกัดจากพืชหอม ที่ระเหยได้ และมีกลิ่นหอม เพื่อสร้างเสริมและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสุข อย่างมีศิลปะ เป็นแนวทางวิทยาศาสตร์ เหมาะกับสุขภาพและความงาม (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007)

การนำน้ำมันหอมระเหยมาใช้ประโยชน์มีหลักฐานการใช้มานานมากกว่า 5,000 ปีโดยเริ่มใช้เป็นเครื่องประพินกลิ่นกาย การถนอมอาหาร เก็บรักษาไร่ที่ไร้วิญญาณ ซึ่งการใช้กลิ่นบำบัดทางกาย และส่งเสริมทางด้านอารมณ์ เราเรียกว่า สுகุณธบำบัด เริ่มใช้ครั้งแรกโดยนักเคมีชาวฝรั่งเศสชื่อ Renee Maurice Gattefosc ที่นำเอาน้ำมันลาเวนเดอร์มารักษาแผลไฟลวกที่มีอันตรายดี ทำให้ศาสตร์นี้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ปัจจุบันประเทศฝรั่งเศสสามารถใช้หลักสுகุณธบำบัดในคลินิกได้ นิยมใช้ในบรรดาผู้ให้การบำบัดโดยเฉพาะในสปา และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับความงาม

##### 4.2 กลไกการออกฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย

การใช้น้ำมันหอมระเหยทำได้หลายรูปแบบ หากใช้ด้วยการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ระบบเส้นเลือดฝอย แล้วกระจายไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตามระบบหมุนเวียนโลหิต การนวดจึงมีผลทำให้เลือดที่ผิวหนังไหลเวียนได้ดีขึ้น ทำให้อุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มขึ้น มีผลกระตุ้นการขับเหงื่อและไขมัน ทำให้ผิวหนังเต่งตึงกว่าเดิม และทำความสะอาดง่าย แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อทางผิวหนังก็อาจติดต่อมายังผู้นวดได้ด้วย

อีกรูปแบบหนึ่งคือการใช้น้ำมันหอมระเหยผ่านเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม เมื่อมีการสูดดม โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะจับกับตัวรับบนเยื่อช่องจมูกซึ่งมีประสาท Olfactory มาเลียง มี receptor รับกลิ่นโดยตรง จะส่งสัญญาณสารสื่อประสาทแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าผ่านทางเส้นประสาทสมองคู่ที่หนึ่งไปยังสมอง Lymbic system ที่ควบคุมความรู้สึก อารมณ์ ระบบประสาทการกระตุ้น การรับรู้การตื่นตัวทำงานลดลง นอกจากนั้นน้ำมันหอมระเหยบางส่วนยังถูกดูดเข้าไปในปอดโดยติดไปกับออกซิเจนที่จะเข้าสู่ระบบหมุนเวียนเลือด เข้าสู่ส่วนต่างๆตามร่างกาย (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) ทำให้ระยะในการเข้าสู่การนอนหลับเร็วขึ้น สมองส่วนชารามส์หลังสารสื่อประสาท Endorphin ลดความเจ็บปวด สาร Encephaline ทำให้อารมณ์ดี สมองส่วนพิทูอิทารีหลังสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย ลดอาการกระวนกระวายช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

น้ำมันหอมระเหยจะเกิดฤทธิ์ตามสรรพคุณได้ ก็ต้องอาศัยระบบประสาทในการสั่งงาน โดยเฉพาะระบบลิมบิก (Limbic System) ซึ่งประกอบไปด้วย

4.2.1 ทาลามัส (Thalamus) ทำหน้าที่ส่งผ่านข้อมูลตัวรับความรู้สึกสัมผัสไปยังเปลือกสมอง

4.2.2 ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำหน้าที่ ควบคุมแรงกระตุ้นทางเพศ และสิ่งเร้าอื่น ๆ

4.2.3 อะมิกดาลา (Amygdala) ทำหน้าที่ควบคุมความกระวนกระวายใจ และความกลัว

4.2.4 ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ และความจำ

4.2.5 น้ำมันหอมระเหยมีหลายกลิ่นแต่ละกลิ่นมีฤทธิ์เด่นในการออกฤทธิ์บำบัดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับโครงสร้างโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยชนิดนั้น สามารถเลือกใช้ตามความชอบ และพิจารณาตามคุณสมบัติ เช่น กลิ่นมะกรูดช่วยดับกลิ่น รู้สึกสดชื่น ทำให้เกิดความพึงพอใจ กลิ่นมะลิช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ลดอาการซึมเศร้า กลิ่นดอกกุหลาบ ไปกระตุ้นสมองส่วน Thalamus หลังสาร Encephalin ช่วยผ่อนคลาย ลดการติดเชื้อ (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) กลิ่นที่นิยมเพื่อเป้าหมายส่งเสริมการนอนหลับคือ กลิ่นลาเวนเดอร์ซึ่งกระตุ้นให้ร่างกายผลิต serotonin จะส่งผลต่อระบบพาราซิมพาเทติกเกิดความผ่อนคลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการอ่อนเพลีย หดหู่ ลดอาการเครียด ส่งเสริมการนอนหลับได้อย่างชัดเจน การจัดการปัญหาอนไม่หลับด้วยสุคนธบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายมีหลายวิธี มีผลข้างเคียงน้อย ราคาไม่แพง นิยมใช้การสูดดม (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2551) นวดอโรมาที่มือ (Soon & So, 2009) แต่ที่เลือกการสูดดม เพราะหากใช้การนวดอาจเกิดความไม่ปลอดภัยหากผู้นวดไม่มีทักษะที่เพียงพอ และต้องใช้พื้นที่ เพราะทำได้ค่อนข้างง่ายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ต้องใช้ขั้นตอน

ที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ง่ายสามารถทำได้ด้วยตนเองเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งวิธีนี้ส่งผลต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทั้งความดันโลหิตลดลง หรือการปรับฮอร์โมน (พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ, 2547)

4.2.6 น้ำมันหอมระเหยเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วน้ำมันหอมระเหยจะถูกส่งไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในด้านร่างกาย จะทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆเกิดการคลายตัว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง ความจำเพิ่มขึ้น นอนหลับได้ ในด้านจิตใจ เกิดความพึงพอใจ ผ่อนคลาย มีสมาธิสงบ ลดความเครียด ลดอาการซึมเศร้า เมื่อร่างกายจะได้นำเอาไปใช้แล้วร่างกายจะขับออกภายใน 48 ชั่วโมง

### 4.3 ทฤษฎีการรับกลิ่น การรับกลิ่นของร่างกาย สามารถรับกลิ่นได้ 3 ทาง

#### 4.3.1 การรับประทาน จะใช้เมื่อมีผู้เชี่ยวชาญควบคุมเท่านั้น

4.3.2 การทา โดยการแช่ การอาบ และทาบนผิว โดยยึดหลักของการเข้าสู่เซลล์เมื่อน้ำมันหอมระเหยเข้าสู่เซลล์ผิวหนังโดยซึมผ่านชั้น Epidermis และเข้าสู่ชั้น Dermis แตกต่างแล้วซึมผ่านเข้าไปในส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อที่มี โลโปโปรตีน หรือไขมัน เพราะ Essential oil จะละลายและจะเข้าสู่ส่วนต่างโดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อเรียบที่เป็นเยื่อผนังเส้นเลือด ท่อน้ำเหลือง และเส้นประสาทต่าง ๆ ส่งผลให้สามารถเข้าสู่ระบบการไหลเวียนโลหิต การสั่งการของประสาท และการฆ่าเชื้อต่าง ๆ ในระบบน้ำเหลือง (วิไลลักษณ์ ปาลกวงศ์ ณ อยุธยา, 2555)

4.3.3 การดม น้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่เนื้อเยื่อส่วนรับรู้กลิ่นโดยผ่านจากรูขนจมูก เข้าไปด้านในต่อกับเนื้อเยื่อในโพรงจมูก (Olfactory epithelium) มีเซลล์ที่รับกลิ่น (Receptor cells) จำนวนนับล้าน ๆ เซลล์แต่ละเซลล์จะมีปลายประสาทอยู่ 2 ข้าง โมเลกุลของ Essential oil จะถูกส่งต่อไปที่พื้นผิวด้านในของจมูก ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งถูกส่งต่อไปยังสมองส่วนรับรู้กลิ่น (Limbic system) น้ำมัน Essential oil บางส่วนถูกดูดเข้าไปในปอดพร้อมกับอากาศบริสุทธิ์ที่เราหายใจเข้าไปในกระบวนการที่ปอด ซึ่งทำหน้าที่ฟอกเลือดเสียที่หัวใจส่งมาฟอกนั้น (เป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ที่ถูกลมในปอด) คาร์บอนไดออกไซด์จะถูกหายใจออกมา ส่วนออกซิเจนและ Essential oil ที่ติดออกมากับออกซิเจนที่จะเข้าสู่ระบบหมุนเวียนเลือดดี (Circulatory system) เข้าสู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สมองส่วนรับรู้กลิ่น (Limbic system) และจำแนกออกเป็นกลิ่นต่าง ๆ จะกระตุ้นให้สมองหลังสารเคมีที่มีผลไปสร้าง ความสมดุลให้กับระบบประสาทส่วนที่มีผลต่ออารมณ์ จิตใจ เช่น ถ้าหากเศร้า หรือหดหู่ก็จะช่วยคลายความเศร้า เป็นต้น(สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007)

#### 4.4 อันตรายที่อาจเกิดได้จากน้ำมันหอมระเหย (essential oil hazard)

4.4.1 ปฏิกริยาต่อผิวหนัง (skin reaction) มีอาการระคายเคือง ซึ่งมีการเป็นเฉพาะที่ (local irritation) อาการแพ้ ซึ่งเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน (immune response) แต่จะเกิดได้ยากมาก ส่วนใหญ่แล้วจะไม่มีผลใด ๆ

4.4.2 มีความไวต่อแสง ultra violet (UV) (Phototoxicity) ได้แก่ Bergamot oil เมื่อใช้แล้วหากถูกแสงแดดจะทำให้เกิดผื่นแพ้ที่ผิว

4.4.3 เกิดการกระตุ้นการเจริญเติบโต ของ cancerous cells (Carcinogenic) ได้แก่ Tropical Basil Oil และ Holy Basil Oil อาจก่อให้เกิดมะเร็งได้ (เป็นcarcinogen)

4.4.4 เกิดพิษต่อระบบประสาท (Neurotoxicity) ได้แก่ น้ำมันหอมระเหย พวก ketone

4.4.5 เกิดพิษต่อดับ (Hepatotoxicity) ได้แก่ น้ำมันหอมระเหยพวก phenols

4.4.6 ควรหลีกเลี่ยงหรือใช้อย่างระมัดระวังสำหรับสตรีมีครรภ์ โดยเฉพาะน้ำมันหอมที่มีส่วนประกอบเป็น ketones และ phenols รวมถึง Tropical Basil เพราะสารกลุ่มนี้มีฤทธิ์เป็น hormone link behaviors และ uterine stimulating

4.4.7 ข้อห้ามใช้ (Contra-indication)

1) ควรศึกษาข้อห้ามใช้เมื่อเลือกใช้น้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิด เช่นผู้ป่วยโรคลมชัก (epilepsy) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็นหอบหืด

2) ห้ามรับประทานน้ำมันหอมระเหยโดยตรง

3) ห้ามใช้น้ำมันหอมระเหยกับผิวหนังในสภาพที่ยังไม่ได้เจือจาง ยกเว้นเมื่อใช้ในปริมาณน้อย เช่น lavender และ Tea tree กรณี burn (ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก)

4) ห้ามใช้โดยตรงกับตา ถ้าเกิดอุบัติเหตุกับตา ให้ล้างด้วยน้ำเย็นที่สะอาด 5 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 15 นาที ให้รีบส่งแพทย์

5) ควรใช้น้ำมันหอมระเหยในขนาดที่เหมาะสม ถ้าใช้มากเกินไป อาจจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองผิวหนัง ปวดศีรษะ วิงเวียน

การใช้น้ำมันหอมระเหย จะพิจารณาถึง เพศ อายุ สุขภาพ ความชอบเฉพาะบุคคล กลิ่นวัตถุดิบประสงค์การบำบัด ซึ่งองค์ประกอบเป็นตัวกำหนด และมีผลต่อการเลือกน้ำมันหอมระเหย กำหนดสัดส่วนในการผสม และการคาดหวังผลในการบำบัด เป็นตัวกำหนดความเข้มข้นของอัตราส่วนของน้ำมันหอมระเหยที่จะเลือกใช้ เช่น เพศชายสามารถรับน้ำมันหอมระเหยที่มีความเข้มข้นสูงได้มากกว่าผู้หญิง วัยรุ่นและวัยกลางคนรับน้ำมันหอมระเหยที่มีความเข้มข้นสูงได้มากกว่าวัยเด็กและวัยชรา (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007)



**4.5 รูปแบบการใช้น้ำมันหอมระเหย** การเลือกรูปแบบการใช้น้ำมันหอมระเหยขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ที่ต้องการจะบำบัดและความพร้อมของผลิตภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการบำบัด เป็น 3 แนวทาง (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) ดังนี้

4.5.1 การบำบัดโดยการดูดซึมทางผิวหนัง ได้แก่ การบำบัดโดยการนวด การบำบัดโดยการแช่ การบำบัดโดยการประคบ การบำบัดโดยการอบ ซึ่งการบำบัดจะมีการซึมผ่านน้ำมันหอมระเหยได้ 2 ทาง (พรศิริ เมืองนิล, 2550) คือ การผ่านผิวหนังกำพืด เข้าไปยังชั้นหนังแท้ที่ประกอบด้วยเส้นโลหิตต่าง ๆ ของระบบการไหลเวียนของโลหิต และการผ่านรูขุมขนและต่อมเหงื่อเพื่อผ่านไปยังเส้นโลหิตต่าง ๆ ของระบบการไหลเวียนของโลหิต ปริมาณในการใช้สำหรับวิธีการดูดซึมทางผิวหนังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของผิวหนังโครงสร้างของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังชั้นบนสุด และพื้นที่ของผิวหนังที่เราจะนวด

1) การบำบัดโดยการนวด เป็นการนวดเบา ๆ หรือที่เรียกว่า การนวดอโรมา มีเทคนิคในการนวดหลายรูปแบบ เช่น การลูบวนการกดจุด การนวดกระตุ้นระบบน้ำเหลือง รวมทั้งการใช้พลังธรรมชาติประกอบการนวด ซึ่งการนวด คือ การให้น้ำมันหอมระเหยซึมเข้าไปในร่างกายให้ได้มากที่สุดและทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย (Soe & Chang, 2009)

2) การบำบัดโดยการแช่ การแช่ตัว มือ และเท้า เป็นวิธีปฏิบัติที่ได้รับความนิยมอีกวิธีหนึ่งน้ำมันหอมระเหยสามารถซึมผ่านทางผิวหนังได้ง่าย

3) การบำบัดโดยการประคบเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถรับการนวดได้นำมาใช้เพื่อลดอาการเจ็บปวด อาการบวม จากการอักเสบมี 2 ลักษณะ คือ ประคบด้วยความเย็นและประคบด้วยความร้อน (ชาคริต สัตยารมณ, 2557) ยาลึ

4) การบำบัดโดยการอบ การใช้น้ำมันหอมระเหยโดยการอบแห้ง หรือเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายตามที่เรียกว่าการทำซาวน่า ซึ่งนิยมในศูนย์การออกกำลังกาย และสปาช่วยลดบรรเทาอาการคัดจมูกได้เป็นอย่างดี แต่วิธีนี้ต้องใช้ห้องร่วมกับบุคคลอื่น

4.5.2 การบำบัดโดยการสูดดม การสูดดมเป็นวิธีการบำบัดรักษาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมและได้ผลค่อนข้างดี ซึ่งการซึมผ่านของน้ำมันหอมระเหยได้ 2 ทางคือ

1) การสูดดมทางอ้อม เป็นการสูดดมโดยการผ่านทางหลอดลม แขนงปอด และถุงลมซึ่งเป็นจุดที่น้ำมันหอมระเหยผ่านเข้าไปยังระบบการไหลเวียนโลหิต เช่น การใช้ในรูปแบบของน้ำหอมปรับสภาพห้องการจุดเตาเผา หรือตะเกียง การใช้กับพัดลม การใช้กับเครื่องทำความชื้น การใช้กับเครื่องทำให้ฟุ้งกระจาย และการใช้กับอุปกรณ์พ่นฉีด โดยมีวิธีปฏิบัติสำหรับการสูดดมทางอ้อมหลายวิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 การเพิ่มความสดชื่นให้แก่ห้อง โดยการใส่น้ำร้อนในภาชนะที่ต้องการ หยดน้ำมันหอมระเหยประมาณ 2-5 หยดลงไปในภาชนะที่เตรียมไว้ จัดวางภาชนะลงในพื้นที่ที่ต้องการ น้ำ

ร้อนจะทำให้เกิดไอน้ำและ น้ำมันหอมระเหยจะระเหยขึ้นไปในอากาศพร้อมกับไอน้ำ ทำให้รู้สึกสดชื่น เหมาะสำหรับผู้ที่อยู่ในห้องปรับอากาศที่มีลักษณะอากาศแห้ง (กรองกานต์ จุสะปาโล, 2553)

วิธีที่ 2 การจุดตะเกียงเผา แบบเทียนไขและแบบไฟฟ้า โดยการใส่น้ำลงในอุปกรณ์ที่เตรียมไว้ หยดน้ำมันหอมระเหยประมาณ 1-5 หยดลงไปในภาชนะตั้งแล้วจุดเทียนไข หรือเปิดสวิทช์ไฟ เพื่อให้ไอน้ำมีอุณหภูมิที่เหมาะสมในการทำระเหย

วิธีที่ 3 การใช้กับพัดลมโดยการหยดน้ำมันหอมระเหยลงบนแผ่นอุปกรณ์ที่สามารถดูดซับน้ำมันหอมระเหยได้ เช่นอาจเป็นผ้าลิ้น แผ่น ประมาณ 1-5 หยดลงบนแผ่นอุปกรณ์ นำแผ่นอุปกรณ์ไปติดตั้งไว้ในที่สามารถรับแรงเป่าจากพัดลมได้

วิธีที่ 4 การใช้กับอุปกรณ์ทำความชื้น โดยการเติมน้ำลงในอุปกรณ์ทำความชื้น หยดน้ำมันหอมระเหยประมาณ 1-5 หยดลงบนกระดาษเนื้อเยื่อ (ทิชชู) นำกระดาษไปวางไว้บนช่องที่ความชื้นผ่าน การใช้กับอุปกรณ์ฟั่นละอองไอน้ำ การใช้กับอุปกรณ์ฟั่นละอองไอน้ำขึ้นอยู่กับลักษณะของอุปกรณ์ ความร้อนแบบอ่อนจะช่วยให้ น้ำมันหอมระเหยระเหยขึ้นไปในอากาศได้

วิธีที่ 5 การใช้กับอุปกรณ์ฟั่นน้ำมันหอมระเหยโดยการใส่น้ำมันหอมระเหยที่ต้องการใช้ในอุปกรณ์หลอดแก้ว แล้วเปิดสวิทช์ไฟเพื่อให้อุปกรณ์ทำงาน จะได้รับความเข้มข้นของน้ำมันหอมระเหยสูง จึงเหมาะกับพื้นที่ห้องที่มีขนาดใหญ่ เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยที่ฟั่นออกมาเป็นน้ำมันหอมระเหยที่ไม่เจือปน และไม่ผ่านความร้อน ผู้ใช้ต้องระมัดระวังปริมาณการสูดดม

วิธีที่ 6 การใช้ในลักษณะของสเปรย์ โดยการผสมน้ำมันหอมระเหยกับน้ำ และนำไปบรรจุในขวดสเปรย์ เพื่อใช้ฉีด หรือพ่น ปริมาณน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ประมาณ 3-8 หยด

2) การสูดดมโดยตรง เป็นการสูดดมผ่านทางจมูก โดยผ่านเยื่อจมูกเข้าไปยังระบบการไหลเวียนโลหิตและกระตุ้นระบบการรับกลิ่น Olfactory system เช่น การใช้เยื่อกระดาษ หรือ สังกะสีก่อนเป็นสื่อในการนำผ่านการใช้ไอน้ำเป็นสื่อในการนำผ่าน และการใช้ท่อดูดเป็นควินในการนำผ่าน ประโยชน์ของการสูดดม ได้แก่ช่วยบำบัดสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อระบบประสาท เช่น ความเครียด ความเมื่อยล้าของระบบประสาทช่วยบำบัดความเมื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจช่วยบำบัดการติดเชื้อในทางเดินระบบหายใจส่วนบน ช่วยบำบัดผู้ที่เป็นไข้ที่เกิดจากละอองฝุ่น การเกิดปัญหาจากไซนัส และการปวดศีรษะช่วยบำบัดอาการของผู้เป็นหอบหืด หัวดี เจ็บคอ และไอช่วยบำบัดอาการนอนไม่หลับช่วยป้องกันการติดเชื้อ (Jimbo, et al., 2009)

ตามแนวคิดของ Lin, Chan Lin, Chan, Leung & Lam (2007) ที่ใช้สุคนธ์บำบัด โดยการสูดดม ช่วยลดพฤติกรรมวุ่นวายและส่งผลทำให้เกิดการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ระยะในการเข้าสู่การนอนหลับเร็วขึ้น จากที่สมองส่วนพิทูอิทารีหลั่งสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย ลดอาการกระวนกระวายช่วยให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

**4.6 ผลของน้ำมันหอมระเหยต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย** เมื่อได้รับน้ำมันหอมระเหยจะส่งผลต่อระบบร่างกายในส่วนต่างๆดังนี้

4.6.1 ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบการทำงานของต่อมน้ำเหลือง (Circulation system And Lymphatic system) ส่งผลทำให้หัวใจและสมองทำงานได้ดี ช่วยเสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย

4.6.2 ระบบประสาท (Nervous system) ส่งผลกับระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งประกอบด้วย สมอง ก้านสมองที่รับสื่อประสาทแปรและส่งผลตอบรับไปยังอวัยวะต่างตามแนวกระดูกสันหลัง โดยระบบประสาทส่วนปลายเป็นตัวเชื่อมระหว่างก้านสมองและอวัยวะต่างๆ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือส่วนบน จะเชื่อมต่อกับระบบประสาท Olfactory ส่งสัญญาณไฟฟ้าเคมีไปยังสมองส่วน Lymbic system ที่ควบคุมความรู้สึก อารมณ์ ส่วนกลางจะเชื่อมต่อกับผิวหนังและกล้ามเนื้อ หากใช้น้ำมันหอมระเหยทางผิวหนังโดยการนวดจึงมีผลต่อกล้ามเนื้อโดยตรง

4.6.3 ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ความตึงตัวหากใช้ร่วมกับการนวดจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัว ปล่อยกรดแลคติก และกรดยูริกที่เป็นตัวทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมาก จึงผ่อนคลายและลดความเหนื่อยล้าได้

4.6.4 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) โดยจะทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมพิทูอิทารี ต่อมไทรอยด์

4.6.5 ระบบหายใจ (Respiratory) โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดซึ่งมีถุงลมเล็กๆทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ เมื่อสูดดมโมเลกุลน้ำมันหอมระเหยสามารถแทรกเข้าถุงลม และเข้ากระแสเลือด น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ ป้องกันการเกร็งของหลอดลม หรือช่วยขับเสมหะแต่ก็ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางเคมีของโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยแต่ละชนิด

4.6.6 ระบบการย่อยอาหาร (Digestive) และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (Reproductive system) เนื่องจากในน้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีผลผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียบในระบบย่อยอาหาร ช่วยลดแก๊สที่คั่งค้างมีผลช่วยขับลม และบางชนิดมีฤทธิ์ต่อการทำงานของเพศหญิง

## 5. แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมต่อการนอนหลับ

การปรับสิ่งแวดล้อม เป็นการปรับสภาพที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เหมาะกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งภายในและภายนอกอาคาร (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2548) โดยแบ่งเป็นการดูแลในแต่ละด้านดังนี้

**ด้านความปลอดภัย** โดยการดูแลเรื่องพื้นที่ โดยแบ่งตามลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ 3 ระดับ คือ

- 1) พื้นที่ที่เป็นอันตรายได้ง่าย เช่น ห้องครัว ควรปิดล็อกไม่ให้เข้า
- 2) พื้นที่ที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแล เช่น ห้องรับแขก ทางเดินภายในบ้าน ที่ต้องดูแลให้มีความปลอดภัย ผู้ดูแลควรมองเห็นได้ง่าย
- 3) พื้นที่ที่ไม่เป็นอันตราย เช่น ห้องนอน ควรจัดทำให้เป็นส่วนตัว เน้นมีป้ายนำทาง มีราวจับ มีแสงสว่างเพียงพอ

**ด้านการส่งเสริมและการกระตุ้น** โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ควรเลือกอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย เช่น เมื่อตื่นนอนสามารถหยิบอุปกรณ์เพื่อล้างหน้า แปรงฟัน และเข้าห้องน้ำได้

**ด้านความเข้าใจในพื้นที่ใช้สอย** ควรจัดให้เป็นสัดส่วน ไม่มีมุมอับ ขนาดห้องไม่ใหญ่จนเกินไป ทางเดินควรกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร ภายในพื้นที่ควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางอย่างน้อย 150 เซนติเมตร สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องใช้รถเข็น

### 5.1 แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะไวต่อการรับรู้ หรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเปรียบเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความสับสน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องคำนึงถึงการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความคุ้นเคย กระตุ้นการรับรู้เพื่อลดการสับสน ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมจึงต้องได้รับการประเมินโดยรวม โดยคำนึงทั้งสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เน้นสร้างความคุ้นเคย ความสว่าง แสง เสียง ที่ส่งเสริมให้เกิดการพักผ่อน และสะดวกในการปฏิบัติกิจกรรม ตามแนวคิดของ Hall (1998) คือ 1) ความปลอดภัย เพื่อสามารถให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต และคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้มากที่สุด 2) ความคุ้นเคย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ หากเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนได้มากขึ้น 3) การส่งเสริมการรับรู้จากสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Hall, 1988) มีดังนี้

5.1.1 การจัดปฏิทิน หรือการติตรูปภาพต่างๆ เพื่อส่งเสริมเรื่องการรับรู้ เรื่องวัน เวลา สถานที่ กระตุ้นการมองเห็น

5.1.2 การจัดพื้นที่สำหรับทางเดินทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยจัดให้มีพื้นที่ที่ผู้สูงอายุ สามารถเดินไปมาได้สะดวก ไม่มีสิ่งกีดขวาง จัดให้มีราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวขณะเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ และควรทำสัญลักษณ์ หรือการทำสีต่างๆเพื่อเป็นการบอกตำแหน่ง หรือทิศทางที่ชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุไม่หลงทาง ทำให้สามารถเดินภายในบ้านและทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เป็นส่วนใหญ่

5.1.3 ไม่ควรเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านบ่อย เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสน และมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อหาของใช้ไม่เจอ

นอกจากนี้ ชนันต์ แสงสีดา (2552) ได้วางแนวทางเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ไว้ดังนี้ การจัดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้สูงอายุควรสอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติเดิมของผู้สูงอายุ เพื่อลดการสับสน ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามความสามารถและศักยภาพ หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรม ผู้สูงอายุต้องได้รับการชี้แจงก่อนการปรับเปลี่ยนกิจกรรม และหลักสำคัญก่อนการเข้าทำกิจกรรมในผู้สูงอายุนั้น ต้องสร้างความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจจากผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าวจึงเห็นว่า การจัดสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**5.2 การจัดสิ่งแวดล้อมต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม** เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆภายนอกที่กระทบต่อการนอนหลับ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆต่อสภาพแวดล้อม จะส่งผลกระทบต่อเกิดการสับสน หวาดกลัว จึงส่งผลต่อการนอนหลับได้ ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกเหนือจากจะจัดเพื่อลดสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสับสน ที่กระทบต่อการนอนหลับ จึงคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆตามความสามารถและศักยภาพของผู้สูงอายุ ยังต้องดูแลเรื่องแสง เสียงในระดับคงที่ อุณหภูมิที่เหมาะสม สร้างบรรยากาศภายในห้องนอนให้เกิดความผ่อนคลาย และต้องคำนึงถึงความปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2548) และทำให้เกิดความเจ็บสงบ ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552)

**5.3 หลักการออกแบบการจัดสิ่งแวดล้อม** การจัดสิ่งแวดล้อม ต้องจัดให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ลดอาการสับสน หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการตกใจจากเสียงดัง หรือแสงที่เข้าตา สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายสงบ ช่วยลดความตึงเครียด ดังนั้นลักษณะห้องนอนที่เอื้อต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) จึงควรมีลักษณะดังนี้

### 5.3.1 เน้นความปลอดภัย

- 1) ระดับเตียงควรสูงพอดีกับผู้สูงอายุ
- 2) เพอร์นิเจอร์แต่ละชิ้นควรมีการลบบวม เก้าอี้ควรมีที่วางแขน
- 3) มีทางเดินรอบเตียงนอน
- 4) การใช้ผ้าปูที่นอน หรือ มู่ลี่เพื่อปรับลดการสะท้อนของแสงจากพื้นและผนัง
- 5) จัดเก็บสิ่งของที่กีดขวางหรือเสี่ยงต่อการลื่นล้มทั้งหมด
- 6) วัสดุปูพื้น ต้องมีลักษณะไม่ลื่น ไม่ควรลงแว็กซ์
- 7) การเลือกสีพรมเช็ดเท้าควรใช้สีเรียบ และควรติดเทปกาวที่พรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันการลื่นล้ม

- 8) การติดไฟฟ้าแสงสว่างควรติดไฟผนัง เพื่อลดการจ้าของแสงมากเกินไป

### 5.3.2 เน้นความคุ้นเคย

- 1) เตรียมแก้วน้ำ และน้ำดื่มภายในห้องนอน
- 2) สีของผ้าปูที่นอนหรือผ้าคลุมเตียงควรคละสีกันกับที่นอน
- 3) ตู้เก็บของสามารถล็อกได้ และสามารถใช้งานได้สะดวกจดจำได้ง่าย ไม่เคลื่อนย้ายบ่อย
- 4) เก้าอี้ควรเคลื่อนย้ายได้อิสระ
- 5) จัดวางโทรศัพท์ไว้ในตำแหน่งที่ง่ายต่อการใช้งาน
- 6) การให้ผู้สูงอายุร่วมจัดสิ่งของ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ต่างๆให้ตามตำแหน่งที่ผู้สูงอายุต้องการ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการหยิบจับสิ่งของ และตามความคุ้นเคยและถนัดของตนเอง

### 5.3.3 เน้นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ และคงความสามารถในการทำกิจกรรม

- 1) การจัดทำปฏิทิน นาฬิกาภายในห้องพัก เพื่อกระตุ้นการรับรู้วัน เวลา และความจำ
- 2) การจัดรูปภาพ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย หรือภาพบุคคลสำคัญเพื่อกระตุ้นความจำ
- 3) การจัดตู้เสื้อผ้าควรเป็นแบบสไลด์ และเปิดค้างไว้ 1 บาน เพื่อง่ายต่อการหยิบใช้
- 4) เสื้อผ้าที่เตรียมไว้สำหรับใส่ควรวางไว้ที่เตียงนอนเพื่อง่ายต่อการทำกิจกรรมด้วยตนเอง

ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมจึงมีความสำคัญและสามารถจัดการได้โดยเน้นความปลอดภัย ให้เกิดความคุ้นเคย และส่งเสริมการรับรู้ จะเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่เอื้อต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

## 6. แนวคิดการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวันในผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ถือเป็นการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย สร้างความบันเทิง เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ผู้สูงอายุอาจทำคนเดียว หรือรวมกลุ่ม ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆในผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดกิจกรรมต่างๆให้ผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงศักยภาพ และความสามารถของผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ จึงควรเป็นกิจกรรมเบาๆ และหากเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกก็จะส่งเสริมความมีคุณค่าได้มากขึ้น (สุภาวดี พุฒหน้อย และวรรณิภา บุญระยอง, 2551)

### 6.1 ประเภทของกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (ปัญญาภัทร ภัทรกันทากุล, 2544)

6.1.1 กิจกรรมทางสังคม หมายถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุยังเข้าร่วมทำภายในชุมชน หรือชมรม ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกเองว่าจะเข้าร่วมทำกิจกรรม และเข้าสังคมเพื่อเปิดโอกาสให้มีการพบปะพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น การเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา การเข้าชมรมผู้สูงอายุ หรือแม้แต่การเข้าร่วมทำกิจกรรมภายในครอบครัว การนั่งดูโทรทัศน์ร่วมกัน

6.1.2 กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายในผู้สูงอายุ ช่วยทำให้ข้อต่อต่างๆและกล้ามเนื้อแข็งแรง ทำให้เกิดความคล่องตัว อีกทั้งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายก่อให้เกิดประโยชน์ ในการพัฒนาสมรรถภาพร่างกายในหลายด้าน ได้แก่

1) ระบบไหลเวียนเลือด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนเลือดดีขึ้น หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ส่งผลทำให้หัวใจแข็งแรงมากขึ้น

2) ระบบหายใจ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้กล้ามเนื้อของอวัยวะที่ช่วยในการหายใจมีความแข็งแรง ปอดมีความจุปอดเพิ่มเนื่องจากปอดจะขยายใหญ่ขึ้น

3) ระบบกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายส่งผลให้จำนวนเส้นเลือดฝอยในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น

นอกจากนั้น การออกกำลังกายที่ด้อย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเคมีในสมอง ที่เรียกว่า Norepinephrin และ Dopamine ส่งผลให้ลดอาการอ่อนเพลีย สดชื่น และยังมีสารหลั่งสาร Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยทำให้เกิดอาการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และนอนหลับดี กิจกรรมการออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ (ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา, 2552) ได้แก่

1) การทำกายบริหาร การรำมวยจีน การฝึกโยคะ

2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3- 5 นาที ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุบางรายจึงต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ก่อน

3) การเล่นกีฬาหรือเล่นเกม ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้เกิดความสนุก ไม่เน้นการแข่งขัน และส่งเสริมการเข้าสังคมได้ด้วยจึงควรเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกเอง ไม่ต้องใช้กำลังมากจนเกินไป มีช่วงพักเป็นระยะ

4) กิจกรรมการท่องเที่ยว เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุข ที่ได้ท่องเที่ยวในที่ต่างๆ จึงทำให้รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย

5) กิจกรรมงานอดิเรก เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ เป็นงานที่ผู้สูงอายุมีความชื่นชอบ เช่น การเย็บปักถักร้อย งานวาดภาพ งานฝีมือต่างๆ

## 6.2 ประโยชน์ของการจัดกิจกรรมต่อผู้สูงอายุ (วัชรินทร์ เสมามอญ, 2555)

6.2.1 การเข้าร่วมกิจกรรมจะส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความสุข สนุกสนาน ช่วยทำให้ผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล

6.2.2 การเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะการออกกำลังกายส่งเสริมให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่ว ส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับดี

6.2.3 หากกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุนั้นเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกัน จะส่งผลทำให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งเสริมให้เกิดความใกล้ชิด ความอบอุ่นภายในครอบครัว

6.2.4 ส่งเสริมให้ได้มีการทำกิจกรรม หลีกเสี่ยงการเจ็บล้มมากเกินไปในช่วงกลางวัน และเป็นการส่งเสริมให้เกิดการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ส่งผลให้เกิดสมดุลของการนอน

## 6.3 หลักในการเลือกกิจกรรม (วัชรินทร์ เสมามอญ, 2556)

6.3.1 กิจกรรมที่จัดขึ้นควรเป็นกิจกรรมที่ตรงกับความสนใจ จึงจะทำให้เกิดความสนุกสนานและผ่อนคลาย

6.3.2 การจัดกิจกรรมต่างๆต้องดูจากความถนัดของบุคคลที่ทำกิจกรรมนั้นๆ เพราะจะส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจที่ได้ทำ รวมทั้งส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้ทำกิจกรรมที่ตนเองถนัด

6.3.3 การทำกิจกรรมในบางรายการต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย เพราะในบางกิจกรรมอาจมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก

6.3.4 การจัดกิจกรรมต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ เช่น เพศหญิงชอบที่จะเย็บปักถักร้อย

6.3.5 การเลือกกิจกรรมควรต้องเหมาะสมกับสภาพฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล

6.3.6 การเลือกกิจกรรมต้องคำนึงความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ หรือเครื่องอำนวยความสะดวก



#### 6.4 การจัดกิจกรรมต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การจัดกิจกรรมต่างๆในช่วงกลางวัน ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการส่งเสริมการนอนหลับ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาเกี่ยวกับสมองส่วนควบคุมการหลับ และตื่นผ่อนคลาย การจัดให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการออกกำลังกาย มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว หลีกเลียง การงีบหลับในช่วงกลางวัน และถือเป็นการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ส่งผลให้ จังหวะการนอนหลับ และการตื่นสมดุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างต่อเนือง ร่างกายจะมีการหลั่งสารเคมีในสมอง Norepinephrine และ Dopamine ส่งผลให้ลดอาการอ่อนเพลีย และยังมีสาร Serotonin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยทำให้เกิดอาการผ่อนคลาย และนอนหลับดี จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีการออกกำลังกาย เพียงร้อยละ 12 ( สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่าการจัดงานสังสรรค์ต่างๆตามประเพณี มีผลต่อคุณภาพการ นอนหลับร้อยละ 41 การออกกำลังกายและการเล่นกีฬามีผลต่อคุณภาพการนอนหลับร้อยละ 31 (พัสมณท์ คุ่มทวี และวรรณนิภา บุญระยอง, 2551) จากศึกษาการให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นเวลา 40 นาที อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ามีการนอนหลับดีขึ้น (The Joanna Briggs Institute, 2004) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Guimaraes, et al. (2008) ได้เปรียบเทียบคุณภาพการนอน หลับในผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายโดยการเดินหรือเต็น้อยอย่างน้อย 60 นาที สัปดาห์ละ 4 วัน เป็น เวลา 30 วัน กับกลุ่มที่ไม่มีการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนตลอดคืน เพิ่มขึ้น 48 นาที และจำนวนครั้งการตื่นนอนลดลง จากการศึกษาของ Reid, et al. (2010) เกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยใช้การเต้นแอโรบิคร่วมกับการดูแลเรื่องสุขนิสัยการนอนหลับในผู้สูงอายุ พบว่า มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขนิสัยการนอนเพียงอย่างเดียว อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Du, et al. (2015) พบว่าการออกกำลังกาย โดยการรำไทชิ ช่วยทำให้ร่างกายปรับสมดุล ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ มีระยะเวลา การนอนหลับนานขึ้น การเข้าสู่การนอนหลับลดลง

การทำกิจกรรมต่างๆให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการกระตุ้นให้เกิดการคิด การ ทบทวน การระลึกถึงอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมได้ ในกรณีนี้ผู้วิจัยได้สนใจนำการจัดกิจกรรมนันทนาการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมโดยการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การเล่นเกม การประดิษฐ์สิ่งของ จึงขอกกล่าวถึงกิจกรรมการ ออกกำลังกายที่ส่งผลต่อการนอนหลับ

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 จาการรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ ดังนี้

พวงพะยอม ปัญญาดีและคณะ (2549) ได้ศึกษาหัวข้อการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 42.7 พบปัญหา ระยะการเข้าสู่ระยะการนอนหลับได้ช้า ร้อยละ 50.4 ตื่นนอนเช้าจนเกินไป 66.37 ระยะเวลากการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง ร้อยละ 75.9 ร่วมกับพบปัญหาการจับหลับในช่วงกลางวัน โดยพบปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ คือ ด้านร่างกาย ซึ่งอาการเจ็บปวดส่งผลให้เกิดปัญหาได้มากที่สุด ปัจจัยจากจิตใจและอารมณ์ ซึ่งความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าส่งผลต่อการนอนหลับได้มากที่สุด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แสง เสียง บุคคลรบกวนห้อง อุณหภูมิภายในห้องพัก และปัจจัยจากแบบแผนในการนอนหลับ ได้แก่ พบการจับหลับในช่วงกลางวัน

ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ (2551) ได้ศึกษาผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มาได้รับการรักษาในคลินิกความจำ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 104 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 73.9 ปี ร้อยละ 67.3 เจ็บป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 56.2 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.9 และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ ร้อยละ 78.0 มีอาการหวาดระแวง หลงผิด ร้อยละ 66.0 มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 48.0 พฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 40.0 อาการประสาทหลอน ร้อยละ 28.0 และพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์ มีอาการหวาดระแวงและหลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าว ถึงร้อยละ 66.7 พบปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 50

Tractenberg et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์และผู้สูงอายุปกติ จำนวน 263 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 27.6 ผู้สูงอายุปกติมีปัญหาการนอนหลับ 18.3 และผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ พบปัญหาการตื่นนอนเช้ากว่าปกติ ร้อยละ 36.0 ใช้เวลาในการเข้าสู่การนอนหลับมากกว่า 30 นาที ร้อยละ 25.5 ตื่นบ่อยมากกว่า 2 ครั้งในระหว่างคืน ร้อยละ 24.1 มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด ร้อยละ 33.1 มีอาการง่วงซึมหลับมากช่วงกลางวัน ร้อยละ 67.9

McCurry, et al. (2006) ได้ศึกษาหัวข้อ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน ตั้งแต่ 63 ถึง 93 ปี จำนวน 46 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54 ประเมินผลคุณภาพการนอนหลับโดยการใช้เครื่องมือ wrist actigraphy ร่วมกับการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) พบว่าผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 8.6 คะแนน ซึ่งหมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ได้ค่าประสิทธิผล

ของการนอนหลับน้อยกว่า ร้อยละ 85 โดยมีปัญหาในแต่ละด้านคือ ตื่นบ่อยในระหว่างคืน ร้อยละ 80.4 ลูกเดินวุ่นวาย ร้อยละ 34.8 ตื่นเช้าเกินไป ร้อยละ 32.6 เข้าสู่ระยะการนอนหลับได้ช้าถึงร้อยละ 30.4 มีอาการสับสน ร้อยละ 17.4 นอนหลับกลางวันมาก ร้อยละ 60.9 และยังสัมพันธ์กับอาการทางด้านสมอง และอาการซึมเศร้า

Guimaraes, et al. (2008) ได้เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่การออกกำลังกายโดยการเดินหรือเต็นอย่างน้อย 60 นาที สัปดาห์ละ 4 วัน เป็นเวลา 30 วัน กับกลุ่มที่ไม่มีการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการนอนตลอดคืนเพิ่มขึ้น 48 นาที และจำนวนครั้งการตื่นนอนลดลง

Reid, et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยใช้แอโรบิคเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 3 เดือน มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 6.5 ชั่วโมง มีค่าคะแนน PSQI มากกว่า 5 คะแนน โดยกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค ร่วมกับการดูแลสุขภาพจิตและการนอนหลับ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับการดูแลสุขภาพจิต การนอนหลับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับ และมีระยะเวลาการนอนหลับนานขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุม

## 7.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการใช้สுவคนธบำบัด ดังนี้

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ แบ่งกลุ่มละ 20 คน ดำเนินถึงความคล้ายคลึงเรื่องอายุไม่แตกต่างกันเกิน 5 ปี ได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และการพยาบาลปกติ พบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สุธาทิพย์ เกษตรลักษมี (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่เข้ารับการรักษาใน รพ.จุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 คน จับคู่ เพศ อายุ โรคหัวใจ และการผ่าตัด ยาบรรเทาอาการปวด ยานอนหลับ และประเภทหอผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับข้อมูลเรื่องการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจก่อนผ่าตัด 1 วัน กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับข้อมูลเรื่องการบรรเทาความปวดก่อนผ่าตัด 1 วันและการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2, 3 และประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบายในวันที่ 2, 3, 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่ม

อาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์มีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายต่ำสุด กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายสูงสุด

พรศิริ เมืองนิล (2550) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการนวดน้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุหญิงที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ครั้ง 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งในวันและเวลาเดียวกัน อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ผลการศึกษาพบว่า ในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าภายหลังการนวดน้ำมันหอมระเหยในสัปดาห์ที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงทันที และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จวง เพ็ญกมล (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สุวคนธบำบัดกลิ่นลาเวนเดอร์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหน้าท้อง จำนวน 36 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยร่วมกับการใช้เทคนิคหายใจแบบผ่อนคลาย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ลักขณา ทานะผล (2551) ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดในการนวดหน้าท้องต่อความเจ็บปวดและความพึงพอใจของผู้คลอดระยะที่หนึ่งของการคลอด จำนวน 40 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดหน้าท้องร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการนวดหน้าท้องอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนระดับความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรองกานต์ จุสะปาโล (2553) ใช้การจุดตะเกียงน้ำมันกลิ่นกระดังงา กลิ่นโมก กลิ่นมะลิ วันละ 45 นาที ร่วมกับเทคนิคการหายใจผ่อนคลายในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับด้วยสุวคนธบำบัดกลิ่น กระดังงา กลิ่นโมก กลิ่นมะลิ เป็นเวลา 45 นาที ร่วมกับฟังซีดีเพื่อให้เกิดการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในช่วงวันที่ 2 และช่วงวันที่ 3 ของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้นจากคืนที่ 1, 2, 3 โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพการนอนหลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยา เขียวผึ้ง (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ จำนวน 40 ราย ณ ห้องตรวจการนอนหลับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี แบ่งกลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าตามคู่มือการนวดกดจุดฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ซ้ำละ 15 นาที รวม 30 นาที จำนวน 1 ครั้งก่อนเข้ารับการตรวจวัด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ในด้านมิติแปรปรวน ด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ก่อนและหลังการรับโปรแกรม พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

วิไลลักษณ์ ปาลกวงค์ ณ อยุรยา (2555) ใช้การเช็ดตัวด้วยน้ำมันหอมระเหย กลิ่นมะลิ กลิ่นลาเวนเดอร์ กลิ่นกุหลาบ บริเวณละ 5 ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที ในผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมภายหลังการผ่าตัด ที่รพ. ภูมิพลอดุลยเดช อายุ 61-80 ปี จำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 41 คน พบว่ามีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้เกิดการผ่นคลาย

ชาคริต สัตยารมณ (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย และประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยาต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง และปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 60 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบือสุพรรณ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณ โดยแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและการประคบสมุนไพร วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที ติดต่อกัน 3 วัน ร่วมกับการได้รับยา diclofenac 25 mg และ Toliperisone 50 mg ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับยา diclofenac 25 mg และ Toliperisone 50 mg ครั้งละ 1 เม็ด 3 เวลา ติดต่อกัน 3 วัน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างและปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

Lewith et al. (2005) พบว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ช่วยรักษาอาการนอนไม่หลับ ได้ดีกว่าการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนด์

Lee (2005) รายงานการศึกษา 7 เรื่องเกี่ยวกับการใช้กลิ่นลาเวนเดอร์ที่ส่งผลต่อการปรับอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว เกิดความผ่นคลายในผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ในเกาหลี

Lee and Lee (2006) ใช้การสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ระยะ 4 สัปดาห์ ในนักศึกษาแพทยหญิงในฮ่องกง หลังจากนั้นทำการประเมินเป็นแบบรายสัปดาห์ในเรื่องของการนอนหลับ รูปแบบของการรบกวนการนอนหลับ ระดับความรุนแรงของการนอนไม่หลับ ความพึงพอใจในการนอนหลับ พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น

Lin et al. (2007) ใช้การสูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในกลุ่มทดลองในฮ่องกงมีพฤติกรรมกระวนกระวาย ก้าวร้าว สับสนลดลงผ่อนคลายมากขึ้นและนอนหลับดี

Seo and Chang (2009) ได้ใช้สุคนธบำบัดผ่านการนวดมือในผู้สูงอายุเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 56 คน โดยให้กลุ่มทดลองใช้น้ำมันหอมระเหยผสมกลิ่นลาเวนเดอร์ มะกรูด คาโมมายด์โรมัน อัตรารส่วน 1:1:1 ผสมในน้ำมันนำพา ว่านหางจระเข้ 20 มิลลิลิตร นวดมือครั้งละ 5 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับสุคนธบำบัด พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Soon & So (2009) ใช้สุคนธบำบัดนวดอโรมาที่มีมือ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่อนคลาย คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

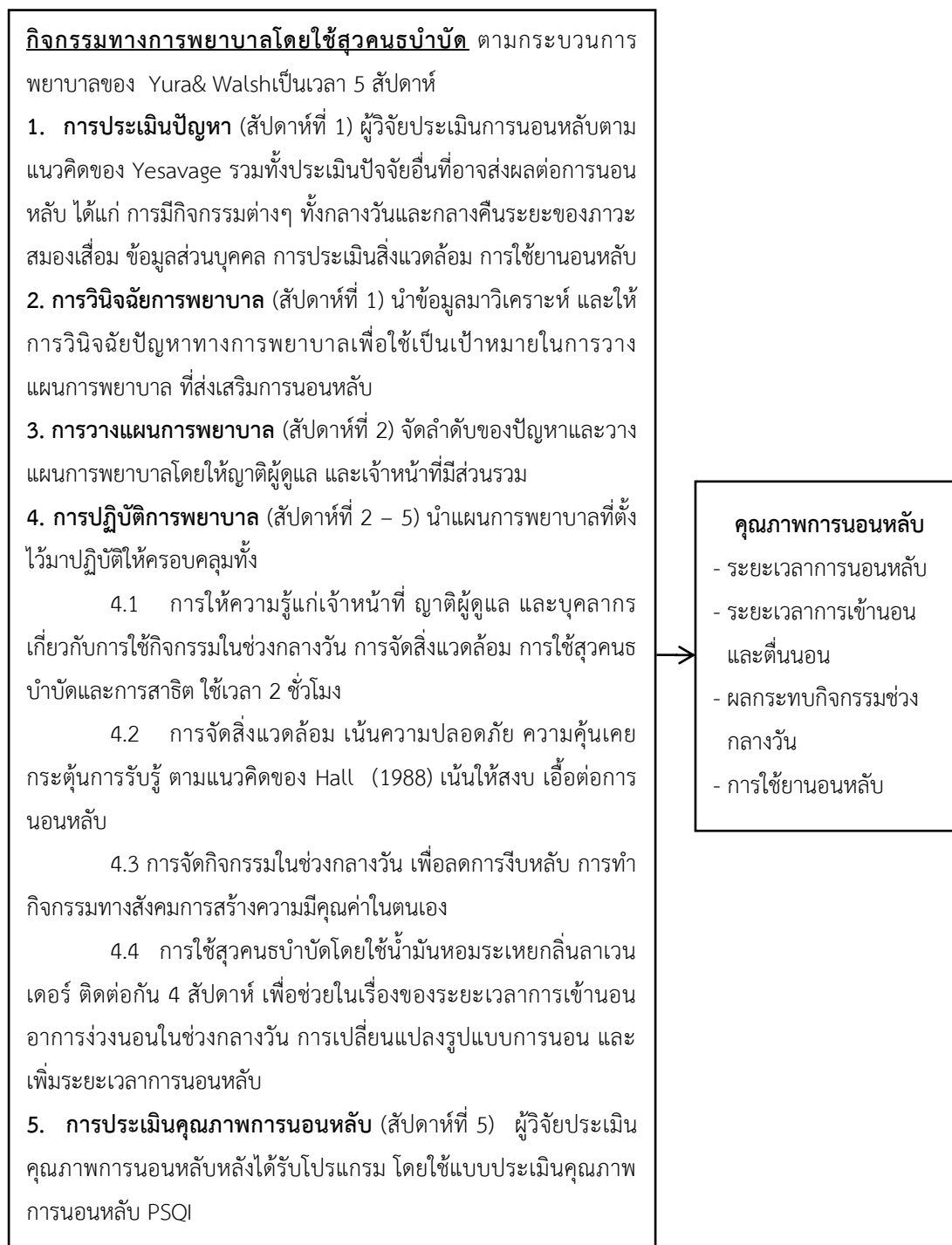
Jimbo et al. (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 28 คน ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ 17 คน โดยการใช้การสูดดม น้ำมันหอมระเหย กลิ่นโรสแมรี่ กลิ่นมะนาวในช่วงเช้า และน้ำมันหอมระเหยกลิ่นส้ม กลิ่นลาเวนเดอร์ในช่วงเวลาเย็นอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 28 วัน พบว่ามีการรับรู้ การรู้คิดที่ดีขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าว สับสน ลดลง

Lytle, Mwatha, Davis (2014) ได้นำน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 มิลลิลิตร วางไว้ข้างเตียงผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 50 คน ตั้งแต่ 22.00- 06.00น. พบว่าความดันโลหิตลดลงและหลับได้นานมากขึ้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการจัดการปัญหาการนอนหลับ พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ในการดูแล และมีบทบาทอิสระในการค้นหาแนวทาง และกิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา โดยไม่ขัดต่อการรักษาทางการแพทย์ จากการทบทวนตำรา และการวิจัยต่างๆ พบว่าปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นปัญหาสำคัญในการดูแล และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การจัดการที่เหมาะสม จะช่วยลดปัญหาการนอนหลับ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดการปัญหาการนอนหลับมีหลายวิธี ทั้งการใช้ดนตรี การนวด การไช้ยา การใช้สุคนธบำบัด เนื่องจากการบำบัดทางการพยาบาล เป็นการดูแลที่สามารถผสมผสานกับศาสตร์อื่นได้

ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดการใช้สุคนธบำบัดในการจัดการปัญหาการนอนหลับ จึงได้ใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Yura & walsh มาประเมินปัญหาการนอนหลับ เกี่ยวกับระยะเวลาการนอน ระยะเวลาการเข้านอน อาการง่วงนอน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน แล้วนำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในแต่ละด้าน ให้สอดคล้องกับการประเมินที่ได้มา และวางแผนการดูแลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจากนั้นจัดกิจกรรมในช่วงกลางวันจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และใช้สุคนธบำบัดตามแนวคิดของ Lin et al. (2007) โดยการสูดดม ซึ่งจะออกฤทธิ์ที่สมองส่วนที่สั่งการควบคุมอารมณ์ ที่เพิ่มการ

หลังสารสื่อประสาท serotonin ส่งผลทำให้เกิดการนอนหลับ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งการผสมผสานกับกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพการนอนหลับมากขึ้น ดังรายละเอียดภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

#### รูปแบบการวิจัย

กลุ่มควบคุม	O <sub>1</sub>		O <sub>2</sub>
กลุ่มทดลอง	O <sub>3</sub>	X	O <sub>4</sub>

O<sub>1</sub> คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

O<sub>2</sub> คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ระยะเวลา 4 สัปดาห์

O<sub>3</sub> คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุเสื่อมก่อนที่ได้รับการดูแลแบบแผนการนอนหลับปกติ

O<sub>4</sub> คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังได้รับการดูแลแบบแผนการนอนหลับปกติระยะเวลา 4 สัปดาห์

X คือ กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

#### ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและอายุไม่เกิน 85 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ดิกฟูลเฮ้าส์ ดิกเดอะซีเนียร์ 3 ดิกพหลโยธิน 30 จำนวน 44 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ 80 % และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  (Burn & Grove, 2005) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน



### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ก่อนการศึกษาและไม่มีภาวะหลงผิด หรือสับสนเฉียบพลัน
- 2) คุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี คือ มีคะแนนจากการ ประเมินคุณภาพการนอนหลับ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป
- 3) ไม่มีประวัติแพ้เกสรดอกไม้
- 4) ชอบกลืนลาเวนเดอร์
- 5) ไม่มีประวัติเป็นโรคหอบหืด หรือข้อห้ามจากแพทย์ในการใช้สูดควบบำบัด

เพื่อลดปัจจัยรบกวนการวิจัยจึงเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียง กันมากที่สุดโดยการจับคู่ (Matched Pair) อายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการ นอนหลับอยู่ในระดับเดียวกัน การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับกลุ่มเดียวกัน

### เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีอาการกำเริบเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วม กิจกรรมบำบัดทางกายภาพ
- 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาโดยการเพิ่มหรือลดการรับยานอนหลับจากเดิม ก่อนการทดลอง
- 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการกำหนด อย่างน้อย 15 ครั้ง จากทั้งหมด 20 ครั้ง

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้หลักการในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยกลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัย ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการอนุมัติ แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขอเข้าพื้นที่ เพื่อคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง หลังจากนั้นชี้แจงรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ต้องการ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ในการทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. คัดเลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ โดยมีคะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับ > 5 คะแนน จำนวนทั้งหมด 44 คน มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย
4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ สุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน กำหนดให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม การรับยา

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยเสนอผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยจะทำหนังสือขอความร่วมมือต่อญาติผู้รับผิดชอบหลักของผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และร่วมทำกิจกรรมระหว่างวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินต่างๆ จะเป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาอยู่ในภาพรวมเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสมองเสื่อม มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้ และการตัดสินใจไม่สามารถลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ให้เป็นผู้ลงลายมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ร่วมกับญาติผู้รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายตามกฎระเบียบของสถานพยาบาล

นอกจากนี้ การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่กระทบกระเทือนต่อกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจวัตรประจำวันในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุท่านอื่นที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการวิจัยได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล** โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและจากระเบียนประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศระดับการศึกษา ศาสนา ที่มาของรายได้จำนวนปีที่พักอาศัยในสถานพยาบาล การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง ระยะของภาวะสมองเสื่อม คะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับตามแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยของตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540) คะแนนการประเมินตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ** โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al.,1989)ที่แปล เป็นฉบับภาษาไทยของตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีมาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก ดีไม่ค่อยดี ไม่ดีเลยแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน รวมข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คะแนนทั้งหมด 0-21 คะแนน โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน ตามองค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับ โดยรวมข้อคำถาม คือ ข้อที่ 5 คำตอบ ระดับคะแนน คือ

- 0 หมายถึง ดีมาก
- 1 หมายถึง ดี
- 2 หมายถึง ไม่ค่อยดี
- 3 หมายถึง ไม่ดีเลย

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 2 คำตอบ ระดับคะแนน คือ

- 0 หมายถึง  $\leq$  15 นาที
- 1 หมายถึง 16-30 นาที
- 2 หมายถึง 31-60 นาที
- 3 หมายถึง  $>$  60 นาที

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 4 คำตอบ ระดับคะแนน คือ

- 0 หมายถึง  $>$  7 ชั่วโมง
- 1 หมายถึง 6 - 7 ชั่วโมง
- 2 หมายถึง 5- 6 ชั่วโมง
- 3 หมายถึง  $<$  5 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย คือ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4 คำตอบ ระดับคะแนน คือ 0 หมายถึง >85 %

1 หมายถึง 75-84 %

2 หมายถึง 65-74 %

3 หมายถึง < 65%

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ ข้อคำถาม คือข้อที่ 9.1 + 9.2 + 9.3 + 9.4 + 9.5 + 9.6 + 9.7 + 9.8 + 9.9+9.10+9.11) คำตอบ ระดับคะแนน คือ

0 หมายถึง ไม่มีการรบกวน (คะแนนรวม = 0)

1 หมายถึง รบกวนการนอนหลับเล็กน้อย ( คะแนนรวม = 1-11)

2 หมายถึง รบกวนการนอนมาก( คะแนนรวม 12-22)

3 หมายถึง รบกวนการนอนหลับมากที่สุด (คะแนนรวม = 23-33)

องค์ประกอบที่ 6 การเข้านอนหลับ ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 6 คำตอบ ระดับคะแนน คือ

0 หมายถึง ไม่เคย

1 หมายถึง < 1 ครั้ง/สัปดาห์

2 หมายถึง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

3 หมายถึง  $\geq 3$  ครั้ง/สัปดาห์

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงเวลากลางวัน (คำตอบข้อ 7+ ข้อ 8) ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 7, 8 คำตอบ ระดับคะแนน คือ

0 หมายถึง ไม่มีปัญหา (คะแนนรวม = 0)

1 หมายถึง มีปัญหาเล็กน้อย ( คะแนนรวม = 1-2)

2 หมายถึง มีปัญหามาก (คะแนนรวม 3-4)

3 หมายถึง มีปัญหามากที่สุด (คะแนนรวม = 5-6)

**การแปลผล** คือ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**ส่วนที่ 3** แบบบันทึกพฤติกรรมกรนอนหลับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้บันทึกเวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด การตื่นระหว่างการนอนหลับในแต่ละคืน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่

โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดต่อการคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ สมองเสียม โดยพัฒนาตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ของ Yura and Walsh (1983) ร่วมกับแนวคิดการใช้สุคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อม ของ Lin et al. (2007) โดยมีขั้นตอนในการสร้างโปรแกรม ดังนี้

2.1 ทบทวนและศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร งานวิจัย และ ทบทวนวรรณกรรม สรุปเนื้อหาที่สำคัญ จัดทำโครงสร้างและกำหนดสาระสำคัญของโปรแกรม ได้แก่ หลักการและเหตุผล ขั้นตอนโปรแกรม วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ระยะเวลา และการประเมินผล

2.2 กำหนดขั้นตอนดำเนินการทำกิจกรรม

**ดำเนินการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต** ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

เนื่องจากตัวโปรแกรมเป็นการผสมผสานการทำกิจกรรมทางการพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Yura & Walsh ร่วมกับการใช้สูทคนธำบัตด้วยน้ำมันหอม ระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ตามแนวคิดของ Line et al. (2007) สูดดมก่อนนอนทุกวัน เพื่อจัดการปัญหา การนอนหลับและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ โดยพยาบาลเป็นผู้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสม ปลอดภัย พึงพอใจทั้งผู้ป่วย และญาติ ไม่ขัดต่อการรักษาของแพทย์ ซึ่งดำเนินการ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน** โดยการประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมอง เสื่อม ตามแนวคิดของ Yesavage et al. (2003) คือ หากพบอาการนอนหลับผิดปกติ 2 ใน 4 อาการ คือ 1) ใช้เวลานานกว่าจะหลับ 2) มีระยะเวลาการนอนหลับบนเตียง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง 3) มีอาการง่วง นอนและหลับกลางวันมาก 4) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับ เช่น ตื่นบ่อย ตื่นเช้าเกิน หรือ หลับๆ ตื่นๆ แสดงว่ามีปัญหาการนอนหลับ โดยวิธีซักถาม ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบ ประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตัน ชัยสวัสดิ์ (2540) คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนถือว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

**ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล** โดยการวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาการ นอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกดังกล่าวเพื่อ ระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละราย และกำหนด เป้าหมายและกำหนดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ

**ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนกิจกรรม** โดยผู้วิจัยวางแผนจัดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้เพื่อให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ช่วยลดระยะเวลาการเข้านอนลดอาการ ง่วงนอนในช่วงกลางวัน ลดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการนอน และเพื่อเพิ่มระยะเวลาการนอนหลับ

**ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรม** โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ปรับเปลี่ยน ให้ ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจัดการปัญหาการนอนหลับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล** คือ การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน เช่น ออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา การ ปรับสิ่งแวดล้อม สาธิตการใช้ น้ำมันหอมระเหย และประเมินความเข้าใจโดยการซักถาม การฝึกลง

บันทึกการนอน การสาธิตย้อนกลับ การใช้น้ำมันหอมระเหย มอบคู่มือวิธีการใช้สுவคนธบำบัด เพื่อ ทบทวนความรู้ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 2 ชั่วโมง

### **กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน ได้แก่**

1. การออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายกลุ่ม โดยการยืดเหยียดแขนขา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการนอนหลับ

2. การเปิดดนตรีขณะรับประทานอาหารเช้า คือ การจัดให้ผู้สูงอายุมา รับประทานร่วมกันในแต่ละมื้ออาหารและเปิดเพลงผ่อนคลายในระหว่างการรับประทานอาหารเพื่อ ส่งเสริมทำให้เกิดการผ่อนคลาย ใช้เวลาในการรับประทานอาหารได้นานขึ้น รับประทานอาหารเช้าได้มากขึ้น และไม่รีบรับประทานจนเร็วเกินไป ทำให้ใช้เวลาอยู่นอกห้องพักนานขึ้น ลดการงีบนอน

3. การจัดกิจกรรมสนทนาการ คือ การทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การเล่นเกม การประดิษฐ์สิ่งของ เป็นการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวน กระวาย และมีคุณภาพการนอนที่ดี และเป็นการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล

**กิจกรรมที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อม** คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เน้นความสะดวก ใช้ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ จัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น ติดยุภาพ การกระตุ้นการรับรู้เรื่อง วัน เวลาของผู้สูงอายุเสมอ เช่น การจัดปฏิทิน หรือ นาฬิกาแขวนผนัง การปรับแสงไม่ให้อ่างเกินไป

**กิจกรรมที่ 4 การใช้สுவคนธบำบัด** คือการใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยน้ำมัน หอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ สูดดม ก่อนนอนทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อสร้างเสริมและปรับ สมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสุข โดยใช้รูปแบบการสูดดมที่ปฏิบัติง่ายและปลอดภัย เมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อช่องจมูกและส่งสัญญาณเป็นสารสื่อประสาท แปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านทางเส้นประสาทไปยังสมอง Lymbic system ระบบสมองจะหลั่งสาร Serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลายลดอาการกระวนกระวาย ทำให้นอนหลับ

**ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล** โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับหลังได้รับ กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย ของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรวิญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อ สงสัยต่างๆ

**ตารางที่ 1** สรุปขั้นตอนการดำเนินงานตามกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวจนรบำบัดเปรียบเทียบกับกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh (1983)

กระบวนการพยาบาล	การปฏิบัติ
<p><b>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนแรก ที่รวบรวม ตรวจสอบ และบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างเป็นขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) การจัดระบบข้อมูล (Data organization) การบันทึกข้อมูล(Data recording)</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)</b></p> <p>ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 1</b></p> <p>เข้าพบผู้สูงอายุ และซักถามถึงการนอนหลับ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การนอนหลับของผู้สูงอายุ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2</b></p> <p>ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทย ของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนถือว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมมาได้ นำมาวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการกำหนดข้อความที่เป็นเหตุเป็นผลที่บอกถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้มีจุดมุ่งหมายและแนวทางของการวางแผนการพยาบาล ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมในแต่ละราย และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ โดยแสดงถึงปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ระบุภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือเป็นผลสรุปจากการประเมิน จัดกลุ่มอาการ อาการแสดง โดยผ่านการคิดและตัดสินใจของพยาบาลที่ได้คิดอย่างมีเหตุมีผล</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)</b></p> <p>ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ประเด็นปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากข้อมูลที่ได้จากการประเมิน โดยแบ่งเป็น 3 แบบคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ปัญหาการนอนหลับเกิดจากปัจจัยใดที่เกี่ยวข้อง</li> <li>2.ปัจจัยที่เสี่ยงทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ</li> <li>3.ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ</li> </ol>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กระบวนกรพยาบาล	การปฏิบัติ
<p><b>ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนการนำปัญหาที่ได้ประเมินจากขั้นตอนการวินิจฉัยมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเป็นการกำหนดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม ตามความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 1)</b></p> <p>ผู้วิจัยวางแผนกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยคำนึงถึงความสามารถด้านการรับรู้ ศักยภาพในการทำกิจกรรมที่ส่งผลต่อการนอนหลับ โดยกำหนดเป้าหมายการพยาบาล และกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนที่นำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งในขั้นตอนนี้ จะประกอบด้วย การตรวจสอบแผน (Preparation) การปฏิบัติ (Intervention) การบันทึก (Document)</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5)</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล</b></p> <p>เป็นการที่ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งอธิบายโปรแกรมการใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด เพื่อที่จะได้ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วน และถูกต้อง โดยการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจ เกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน การปรับสิ่งแวดล้อม สาธิตการใช้ น้ำมันหอมระเหย และประเมินความเข้าใจโดยการซักถาม การฝึกลงบันทึกการนอน การสาธิตย้อนกลับ การใช้ น้ำมันหอมระเหย มอบคู่มือวิธีการใช้สுவคนธบำบัด เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 2 ชั่วโมง</p>



## ตารางที่ 1 (ต่อ)

กระบวนการพยาบาล	การปฏิบัติ
<p>1. การออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการนอนหลับ</p> <p>2. การเปิดดนตรีขณะรับประทานเพื่อส่งเสริมทำให้เกิดการผ่อนคลาย ใช้เวลาในการรับประทานอาหารได้นานขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น และไม่รับประทานจนเร็วเกินไป ทำให้ใช้เวลาอยู่นอกห้องพักนานขึ้น ลดการงีบนอน</p> <p>3. การจัดกิจกรรมสันทนาการ คือ การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวนกระวาย และมีคุณภาพการนอนที่ดี และเป็นการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล</p> <p>4. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสะดวกใช้ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ จัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย</p> <p>5. การใช้สูกวนบำบัด คือการใช้น้ำมันหอมระเหยด้วยน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ สูดดม เพื่อสร้างเสริมและปรับสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความสุข</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5)</b></p> <p><b>กิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน</b></p> <p>โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมภายใน 1 วันให้กับผู้สูงอายุ ตามเวลาในแต่ละช่วง ดังนี้</p> <p><b>กิจกรรมช่วงเช้า (08.00-09.00น.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รับประทานอาหารร่วมกันและฟังเพลงผ่อนคลาย</li> <li>- ออกกำลังกายกลุ่ม</li> <li>- ร่วมจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องพัก</li> </ul> <p><b>กิจกรรมช่วงบ่าย (14.00-15.30)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รับประทานอาหารเที่ยงร่วมกันและฟังเพลงผ่อนคลาย</li> <li>- ออกกำลังกายกลุ่ม ยืดเหยียดแขนขา</li> <li>- กิจกรรมสันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมประดิษฐ์สิ่งของ (วันจันทร์, วันศุกร์) วาดภาพระบายสี (วันอังคาร) เกมใบ้คำ (วันพุธ) การเล่นเกมบิงโก (วันพฤหัสบดี)</li> </ul> <p><b>กิจกรรมช่วงเย็น (17.00-18.00)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน และฟังเพลงผ่อนคลาย</li> <li>- ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเช่น ดูทีวี ฟัง ธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง</li> </ul> <p><b>กิจกรรมก่อนนอน ( 19.00-20.00)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์</li> </ul>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

กระบวนการพยาบาล	การปฏิบัติ
<p><b>ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลทางการพยาบาล (Evaluation)</b></p> <p>เป็นขั้นตอนที่เป็นการประเมินผลหลังได้รับการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ ซึ่งการประเมินผลต้องพิจารณาถึง ผู้รับบริการ การพยาบาล สมาชิกทีม การพยาบาล ญาติและผู้ใกล้ชิดของผู้รับบริการ และสมาชิกอื่นในทีมสุขภาพด้วย</p>	<p><b>กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5)</b></p> <p>ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเพื่อประเมินผลการนอนหลับคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล สอบถามถึงการนอนหลับหลังหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด</li> <li>2. ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล</li> </ol>

2.2 สร้างแผนการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อมด้านแสง เสียง และการใช้สวคนธบำบัด ที่เพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.3 สร้างคู่มือการใช้สวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้ผู้ดูแลได้นำไปศึกษาและทบทวนความรู้เพิ่มเติม โดยกล่าวถึงความหมายของสวคนธบำบัด กลไกการออกฤทธิ์ต่อการนอนหลับ วิธีการใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน

### 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการสูดดม เพื่อบันทึกการใช้สวคนธบำบัดของผู้สูงอายุก่อนนอน

3.2 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวัน โดยมีการบันทึกจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมทั้งหมด คือ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 15 ครั้ง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาทั้งหมด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการทดลอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน

อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสูดคนธำบัต จำนวน 1 คน

อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 1 คน

พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

1.2 ใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหา จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ตามผลการพิจารณาความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิโดยกำหนดความระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความ แต่ละข้อโดยใช้ มาตรฐานส่วนประเมนค่า 4 ระดับ (Polit and Beck, 2004) คือ

ไม่สอดคล้อง	ได้	1	คะแนน
สอดคล้องน้อย	ได้	2	คะแนน
สอดคล้องค่อนข้างมาก	ได้	3	คะแนน
สอดคล้องมาก	ได้	4	คะแนน

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

โดยถือเกณฑ์การยอมรับค่าความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ .8

### 1.3 ผลการตรวจความตรงตามเนื้อหา

#### 1.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .96

2) แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์นอนหลับของผู้สูงอายุในแต่ละคืนผลการคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา 1

### 1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) แผนการสอนเรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา.98 และผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปรับระยะเวลาในการสอนในแต่ละส่วน เพื่อให้เหมาะสม

2) คู่มือการใช้กิจกรรมพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 และผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปรับข้อมูล การเพิ่มเติมภาพประกอบ การจัดรูปแบบการปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อความเข้าใจได้ตรงกัน

**2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ หลังจากนั้นจะนำข้อมูลมาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยมีเกณฑ์ตาม Burn and Grove (2001) ที่ว่า แบบวัดที่มีอยู่แล้วต้องมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป

ผลที่ได้จากการนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับมาหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

### การดำเนินการทดลอง

กิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลของ Yura & Walsh และการใช้สுவคนธบำบัดของ Lin et al. (2007) เป็นเวลา 4 สัปดาห์

#### 1.ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมตัวผู้วิจัย โดยการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม แนวคิดการใช้สுவคนธบำบัดและอบรมหลักสูตรระยะสั้นเกี่ยวกับสுவคนธบำบัดที่โรงเรียนน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพ จำนวน 65 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 45 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 20 ชั่วโมง

1.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่ประเมินลักษณะ และการดูแลผู้สูงอายุ อาคารที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อมทบทวนปัญหา ศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สวคนธบำบัดต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัย ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขออนุญาตคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล และทำหนังสือขออนุญาตญาติผู้รับผิดชอบ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย และเก็บข้อมูล

1.4 ขออนุญาตผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ในการขอศึกษาเวชระเบียน

## 2. ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (กิจกรรมที่ 1)

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้สูงอายุ และญาติผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2.2 สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุสมองเสื่อมและเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

2.3 รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม และ จากการซักประวัติ การและขอให้แพทย์ผู้ดูแลให้การวินิจฉัยผู้ป่วยทุกรายที่คาดว่าจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในช่วงก่อนการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ สอบถามจากเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแล และจากทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุการทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นโดยใช้ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) (Pre-test)

2.4 ผู้วิจัยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ ญาติผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการศึกษากิจกรรมที่จัดช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดบันทึกการนอนหลับของผู้สูงอายุในแต่ละคืน และการใช้สวิตช์คนธำบัตก่อนนอนในผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการวิจัยให้เข้าใจและมีทักษะเช่นเดียวกับผู้วิจัย

2.4.1 แบ่งกลุ่ม เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแลแบ่งเป็นตึกพหลโยธิน30 จำนวน 5 คน ตึกเดอะซีเนียร์3 จำนวน 5 คน ตึกพูลเฮาส์ 12 คน

2.4.2 เจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล 1 คน จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อัตราส่วน 1:1 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 และ3 จำนวนกลุ่มละ 5 คน, กลุ่มที่ 2 และ4 จำนวนกลุ่มละ 6 คน) โดยรูปแบบทำงานเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 (กลุ่มที่ 1 และ4) : ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ในสัปดาห์ที่ 1 และ3 ติดตามสังเกตพฤติกรรมนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 1 และ3

ชุดที่ 2 (กลุ่มที่ 2 และ3) : ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ใน สัปดาห์ที่ 2 และ4 ติดตามสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 2 และ4

2.5 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) เข้ากลุ่มควบคุม 22 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยคัดเลือกคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ในเรื่อง อายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับเดียวกัน การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ กล่าวคือจับคู่ (Matched Pair) ผู้สูงอายุที่รับยานอนหลับในกลุ่มเดียวกันหรือชนิดเดียวกัน หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยเพิ่มหรือปรับลดยานอนหลับจากเดิม ถือว่าไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศึกษา

2.6 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คู่มือการใช้กิจกรรมพยาบาลร่วมกับการใช้สมุนไพรบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ เตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์เพื่อใช้สูดดม

3. ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม โดยเก็บกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกว่าได้รับการบริการที่ไม่เท่าเทียม เนื่องจากทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในตึกเดียวกัน ผู้วิจัยจะมอบกิจกรรมหรือโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลองให้กับกลุ่มควบคุมนั้น หากสนใจ

#### กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบผู้สูงอายุเมื่อครบกำหนดการทดลอง 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ห้า ระหว่างระหว่างสัปดาห์ที่ 1 – 4 ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติและผู้วิจัยได้นัดหมายให้ผู้สูงอายุรับทราบว่าจะเข้ามาพบผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 (กิจกรรมครั้งที่ 3) ผู้วิจัยจะเข้าพบกับผู้สูงอายุแต่ละรายอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการทดลองในกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับซ้ำ (Post –test) โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการปัญหาอนไม่หลับ และกล่าวขอขอบคุณที่ร่วมมือในการทำวิจัย มอบของที่ระลึกเป็นสบู่กลิ่นหอม

#### กลุ่มทดลอง

##### สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 2)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนในการทดลอง และแจ้งให้ทราบถึงผลวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ชักถามถึงการนอนหลับ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเล่าประสบการณ์การนอนหลับของผู้สูงอายุ เป็นการบอกข้อมูลที่เป็นปัญหาการนอนหลับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละราย ว่าเกิดจากมีพฤติกรรมกระวนกระวาย สับสน วิดกกังวล ซึมเศร้าความรู้สึกลดคุณค่าตนเองลดลง หลงวันเวลา หรืองีบหลับในช่วงกลางวันมาก

ผู้วิจัยวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ การจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้สื่อบำบัดต่อการนอนหลับ

ผู้วิจัยให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน เช่น ออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา การปรับสิ่งแวดล้อม สาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหย และประเมินความเข้าใจโดยการซักถาม การฝึกลงบันทึกการนอน การสาธิตย้อนกลับการใช้น้ำมันหอมระเหย มอบคู่มือวิธีการใช้สื่อบำบัดเพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 2 ชั่วโมง

### สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 (กิจกรรมครั้งที่ 3)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 จนถึงสัปดาห์ที่ 5 ดังนี้

#### 1. จัดทำกิจกรรมช่วงกลางวัน

1.1 กิจกรรมช่วงเช้า ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายนอกห้องพัก ได้แก่ อ่านหนังสือพิมพ์ การออกกำลังกาย ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง (Teri and Wagner, 1992)

1.2 กิจกรรมช่วงบ่าย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นนាំการทำกิจกรรมออกกำลังกาย และสนทนากันเนื่องจากให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นรายกลุ่มและกิจกรรมสนทนากันต่างๆ 60 นาที ได้แก่ การเล่นเกม กิจกรรมประดิษฐ์ ซึ่งการออกกำลังกายวันละ 30 - 40 นาที เกิดการเคลื่อนไหวและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับดี และการเล่นกิจกรรมสนทนากันส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวนกระวาย และมีคุณภาพการนอนที่ดี (อรษา มณีธนู, 2553) เป็นกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ, 2551)

1.3 กิจกรรมช่วงเย็น เจ้าหน้าที่ร่วมกับผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ฟัง ธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย หลีกเลียงการงีบหลับกลางวัน

1.4 ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกัน เปิดเพลงผ่อนคลาย ระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ ช่วยลดอาการหงุดหงิดง่ายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Ragneskog et al., 1996) ไม่รีบกลับเข้าห้องพัก

2. **การจัดสิ่งแวดล้อม** ผู้วิจัย ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ร่วมกันจัดสถานที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย สะดวกใช้ ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) จัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น ติตรูปภาพ กระตุ้นการรับรู้ วัน เวลา ของผู้สูงอายุเสมอเหมือน เช่น ปฏิทิน นาฬิกาแขวนผนัง (Hall, 1988) และสอบถามความพอใจเป็นระยะ

3. **ผู้วิจัย** ดูแลให้ผู้สูงอายุเสมอเหมือนใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ หยดลงฝ่ามือ 1-5 หยด ถูมือไปมา 3 ครั้ง สูดดมกลิ่น ช้าๆ เป็นจังหวะ นาน 5 นาทีก่อนนอนติดต่อกัน 4 สัปดาห์

4. **ผู้ดูแล** ช่วยบันทึกระยะเวลาการนอนหลับของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง ตั้งแต่เข้านอนจนถึงการตื่นนอนในช่วงเช้า 06.00 น.

#### สรุปกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ส่วคนรับบำบัดของผู้สูงอายุ

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สถานที่ทำกิจกรรม และการประเมิน
1	<u>กิจกรรมช่วงเช้า (08.00-10.00น.)</u> - รับประทานอาหารร่วมกันและฟังเพลงผ่อนคลาย - ออกกำลังกาย - ร่วมจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องพัก	40 30 30	ลานเอนกประสงค์ตึก พูลเฮาท์, บ้านขนุน พ หล โย ธิน ,ห้อง เอนกประสงค์1 -ภายในห้องพัก
2	<u>กิจกรรมช่วงบ่าย (14.00-15.30)</u> - รับประทานอาหารเที่ยงร่วมกันและฟังเพลงผ่อนคลาย - ออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา - กิจกรรมสันทนาการ ได้แก่ กิจกรรมประดิษฐ์ สิ่งของ (วันจันทร์, วันศุกร์) วาดภาพระบายสี (วัน อังคาร) เกมใบ้คำ (วันพุธ) การเล่นเกมบิงโก (วัน พฤหัสบดี)	40 30 60	ลานเอนกประสงค์ตึก พูลเฮาท์



ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)	สถานที่ทำกิจกรรม และการประเมิน
3	กิจกรรมช่วงเย็น (17.00-18.00)		
	-รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน และฟังเพลงผ่อนคลาย	40	-ลานเอนกประสงค์ พูลเฮ้าท์
	-ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเช่น ดูทีวี ฟัง ธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง	60	-ภายในห้องพัก
4	สูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์	5	ภายในห้องพัก

### สัปดาห์ที่ 5 (กิจกรรมครั้งที่4)

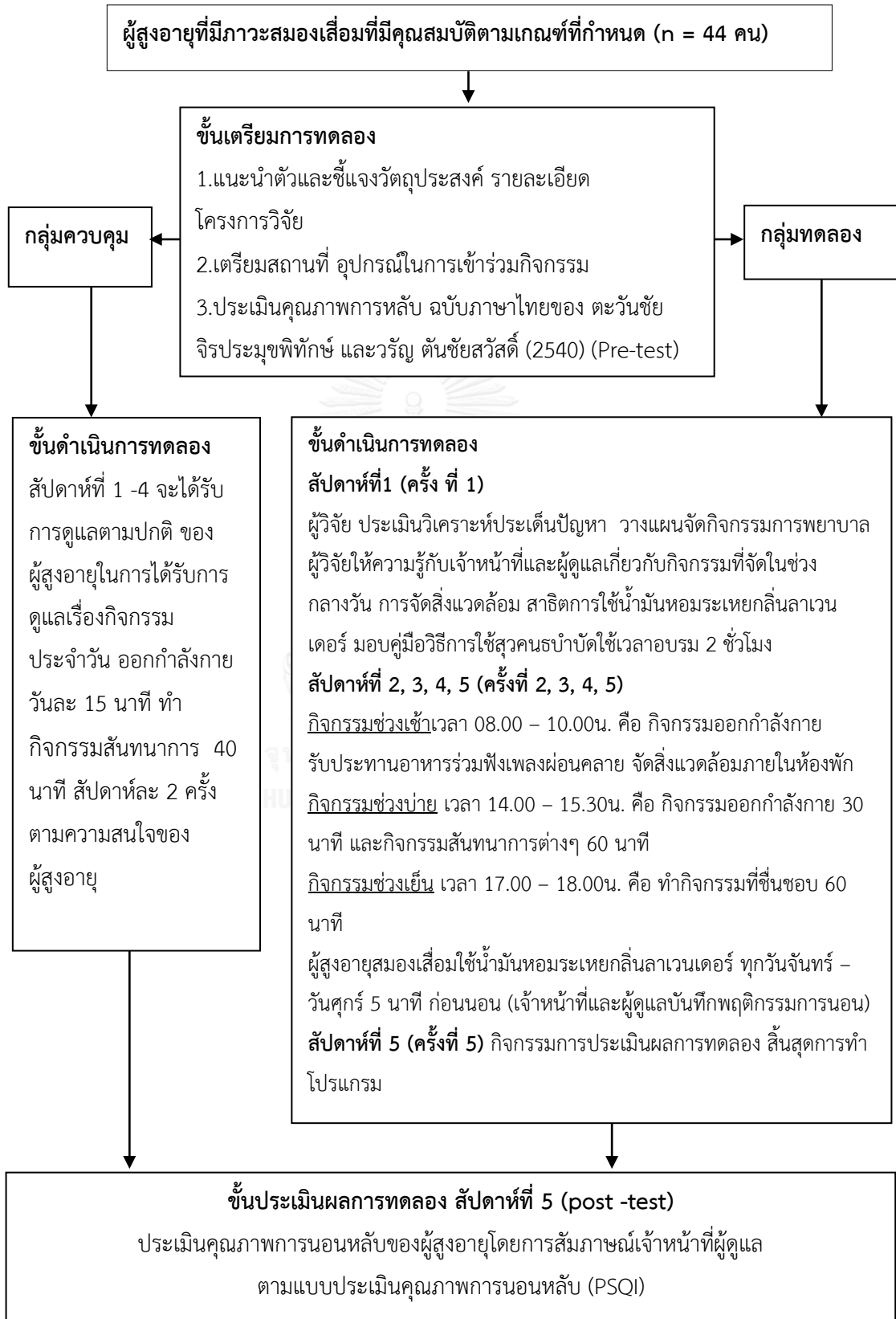
1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมาของผู้สูงอายุและความรู้สึกหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่ผ่านมา
2. ประเมินคุณภาพการนอนหลับ ตามแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
3. ผู้วิจัยพูดคุย เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลได้ ชักถาม และเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมาของผู้สูงอายุที่ผ่านมา
4. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัย มอบของที่ระลึกสบู่อกลิ่นหอม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของข้อมูลส่วนบุคคล
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัตต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และไม่เกิน 85 ปี มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในสถานพยาบาล จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการใช้กิจกรรมการพยาบาลรวมกับการใช้สูทคนธำบัต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS แล้วนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการนอนหลับรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

ส่วนที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

ส่วนที่ 4 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

ส่วนที่ 5 แสดงข้อมูลการบันทึกพฤติกรรมการนอนหลับ ของกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

แสดงจำนวนความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ที่มาของรายได้ จำนวนปีที่พักอาศัย ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนและเสริมการนอน ระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย คะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับ คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น

### ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n <sub>1</sub> = 22)		กลุ่มควบคุม (n <sub>2</sub> = 22)		รวม (n <sub>รวม</sub> = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	18.2	4	18.2	8	18.2
หญิง	18	81.8	18	81.8	36	81.8
<b>อายุ</b>		$\bar{X} = 80.5,$ SD. = 4.657		$\bar{X} = 79.3,$ SD. = 4.529		$\bar{X} = 79.9,$ SD. = 4.579
60-69 ปี	0	0	0	0	0	0
70-79 ปี	9	40.9	9	40.9	18	40.9
80 ปีขึ้นไป	13	59.1	13	59.1	26	59.1
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้รับการศึกษา	7	31.8	9	40.9	16	36.4
ประถมศึกษา	4	18.2	4	18.2	8	18.2
มัธยมศึกษา	3	13.6	2	9.1	5	11.4
อนุปริญญา/ปวส	2	9.1	2	9.1	4	9.1
ปริญญาตรี	6	27.3	5	22.7	11	25.0
สูงกว่าปริญญาตรี						
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	22	100.0	22	100.0	44	100.0
คริสต์	0	0	0	0	0	0
อิสลาม	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n <sub>1</sub> = 22)		(n <sub>2</sub> = 22)		(n <sub>รวม</sub> = 44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ที่มาของรายได้</b>						
ทรัพย์สินเดิม	7	31.8	10	45.5	17	38.6
บุตร/หลาน/ญาติ อื่นๆ	15	68.2	12	54.5	27	61.4
<b>จำนวนปีที่เข้าพักอาศัย</b>						
น้อยกว่า 1 ปี	10	45.5	12	54.5	22	50.0
ระหว่าง 1 – 5 ปี	11	50.5	10	45.5	21	47.7
ระหว่าง 6 – 10 ปี	0	0	0	0	0	0
มากกว่า 11 ปีขึ้นไป	1	4.5	0	0	1	2.3
<b>ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอน</b>						
ไม่มี	15	68.2	15	68.2	30	68.2
มี	7	31.8	7	31.8	14	31.8
clonazepam	2	9.1	1	4.5	3	6.8
risperidal	1	4.6	1	4.5	2	4.6
seroquel	4	18.2	5	22.7	9	20.5
<b>ระยะของภาวะเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย</b>						
ระยะที่ 1	10	45.5	11	50.0	21	47.7
ระยะที่ 2	12	54.5	11	50.0	23	52.3

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.8 มีอายุอยู่ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59.1 (อายุเฉลี่ยคือ 79.9 ปี) ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.4 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 61.4 โดยมีจำนวนปีที่เข้าพักอาศัยน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอน คิดเป็นร้อยละ 68.2 มีระยะของภาวะเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 52.3

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการนอนหลับรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนคุณภาพการนอนหลับรายบุคคล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบัต

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N=22)			กลุ่มทดลอง (N=22)		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	d	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	d
1	17	16	-1	15	5	-10
2	15	15	0	15	5	-10
3	15	14	-1	15	5	-10
4	13	12	-1	14	5	-9
5	18	17	-1	15	9	-6
6	18	14	-4	14	4	-10
7	14	16	2	15	8	-7
8	13	12	-1	12	5	-7
9	17	13	-4	12	5	-7
10	16	14	-2	17	7	-10
11	20	14	-6	19	5	-14
12	16	16	0	16	5	-11
13	14	13	-1	15	4	-11
14	15	10	-5	15	4	-11
15	14	11	-3	16	4	-12
16	17	16	-1	17	5	-12
17	18	18	0	15	4	-11
18	17	18	0	15	4	-13
19	12	11	-1	15	5	-10

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (N=22)			กลุ่มทดลอง (N=22)		
	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	d	ก่อนการ ทดลอง	หลังการ ทดลอง	d
20	13	16	3	14	5	-9
21	16	16	0	17	5	-12
22	17	14	-2	19	14	-5

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง 22 ราย มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลง 16 ราย เท่าเดิม 4 ราย เพิ่มขึ้น 2 ราย แต่ทั้งหมดยังมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน)

คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 22 ราย มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับลดลงทุกคน คือมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน) จำนวน 18 ราย และพบว่ามีจำนวน 4 ราย ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูตรบำบัด

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูตรบำบัด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n= 44)

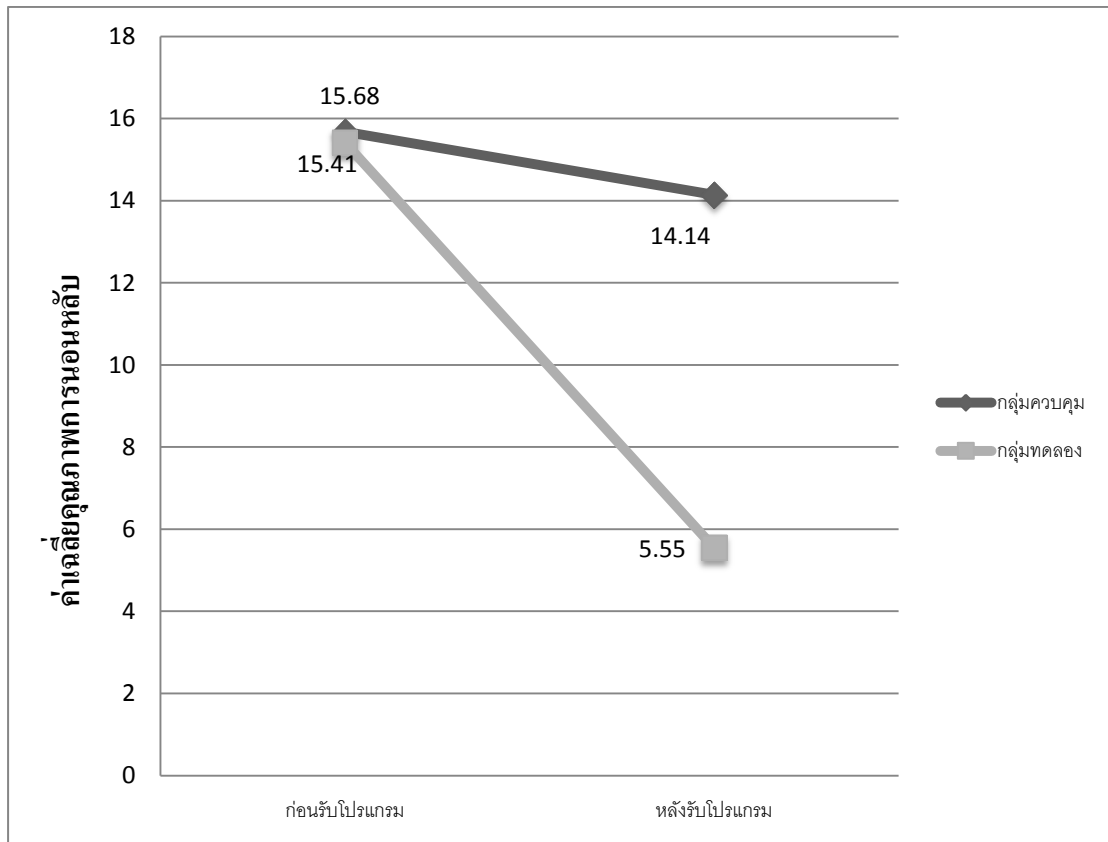
คุณภาพการนอนหลับ	ก่อน	หลัง	$\bar{d}$	SD	t	df	p-value
	$\bar{x}$ (SD)	$\bar{x}$ (SD)					
กลุ่มควบคุม (n=22)	15.68 (2.06)	14.14 (2.12)	1.54	2.18	3.33*	21	0.00
กลุ่มทดลอง (n=22)	15.41 (1.79)	5.55 (2.28)	9.86	2.30	20.16*	21	0.00

\*p <.05

จากตารางที่ 4 คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลปกติมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังคงอยู่ในระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูตรบำบัดมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงในกราฟ ภาพที่ 3





ภาพที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพการอนहतับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้  
กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n= 44)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $n_1 = 22$ ,  $n_2 = 22$ ,  $n_{รวม} = 44$ )

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	df	p-value
	$\bar{x}$ (SD)	$\bar{x}$ (SD)			
<b>ก่อนทดลอง</b>					
คุณภาพการนอนหลับ	15.68 (2.06)	15.41 (1.79)	-0.47	41.22	0.64
<b>หลังการทดลอง</b>					
คุณภาพการนอนหลับ	14.14 (2.12)	5.55 (2.28)	-12.93*	41.78	0.00

\*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลองคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ส่วนที่ 5 บันทึกพฤติกรรมการนอนหลับของผู้สูงอายุเมื่อได้รับกิจกรรม

ตารางที่ 6 ผลบันทึกพฤติกรรมการนอนหลับของผู้สูงอายุเมื่อได้รับกิจกรรมพยาบาล ร่วมกับการใช้  
 สுவคนธำบัต จำนวน 22 ราย

สัปดาห์ที่	เวลาเข้านอน		เวลาตื่นนอน		ระยะเวลาอนหลับทั้งหมด (ชั่วโมง)		การตื่นระหว่างนอนหลับ(ครั้ง)	
	(นาฬิกา)		(นาฬิกา)		น้อยกว่า	มากกว่า	น้อยกว่า	มากกว่า
	ก่อน 20.00	หลัง 20.00	ก่อน 05.00	หลัง 05.00	6 ชั่วโมง	6 ชั่วโมง	2 ครั้ง	2 ครั้ง
1	4	18	12	10	22	0	0	22
2	4	18	10	12	12	10	12	10
3	4	18	8	14	8	14	8	14
4	4	18	4	18	4	18	18	4

จากตารางที่ 6 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมพยาบาลร่วมกับสุวคนธำบัต ใน  
 ทั้ง 4 สัปดาห์ มีเวลาการเข้านอนที่ไม่แตกต่างกัน มีเวลาเข้านอนก่อน 20.00 นาฬิกา 4 ราย และมี  
 เวลาเข้านอนหลัง 20.00 นาฬิกา 18 ราย

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับสุวคนธำบัต มีเวลาตื่นนอนที่เปลี่ยนแปลงโดยไม่  
 ตื่นเช้าจนเกินไป มีเวลาตื่นนอนก่อน 05.00 นาฬิกา 4 ราย มีเวลาตื่นนอน หลังเวลา 05.00 นาฬิกา  
 18 ราย ในสัปดาห์ที่ 4

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับสุวคนธำบัต มีระยะเวลาการนอนที่เพิ่มขึ้น โดยมี  
 ระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 4 ราย และมีระยะเวลาการนอนมากกว่า 6 ชั่วโมง 18 ราย ใน  
 สัปดาห์ที่ 4

กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับสุวคนธำบัต มีจำนวนการตื่นระหว่างการนอนหลับ  
 น้อยลง โดยมีจำนวนการตื่นระหว่างการนอนหลับน้อยกว่า 2 ครั้ง 18 ราย และมีจำนวนการตื่นนอน  
 ระหว่างการนอนหลับ มากกว่า 2 ครั้ง 4 ราย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest-Posttest control group design)

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน และหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังได้รับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สுவคนธบำบัดดีกว่าก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด
2. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 – 85 ปี เพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี รักษาอยู่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ การกำหนดขนาดตัวอย่างได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ 80 % และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha = .05$  (Burn & Grove, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ก่อนการศึกษาและไม่มีภาวะหลงผิด หรือสับสนเฉียบพลัน
2. คุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป
3. ไม่มีประวัติแพ้เกสรดอกไม้
4. ชอบกลืนลาเวนเดอร์
5. ไม่มีประวัติเป็นโรคหอบหืด หรือข้อห้ามจากแพทย์ในการใช้สูดควบบำบัด

เพื่อลดปัจจัยรบกวนการวิจัยจึงเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยการจับคู่ (matched pair) ด้านอายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับเดียวกัน การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับกลุ่มเดียวกัน

### เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ

1. มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีอาการกำเริบเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทางการแพทย์
2. ได้รับการเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยการเพิ่มหรือลดการรับยานอนหลับจากก่อนการทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม น้อยกว่า 15 ครั้ง จากทั้งหมด 20 ครั้ง

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้หลักการในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ กลุ่มตัวอย่าง 44 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัย ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขอเข้าพื้นที่ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นชี้แจงรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ต้องการ
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือกับผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ ญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ในการทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุ เพศชาย และหญิง อายุ 60-85 ปีได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ก่อนการศึกษา

3.2 ประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

4. คัดเลือกผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ โดยมีคะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับ  $> 5$  คะแนน จำนวนทั้งหมด 44 คน มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ สุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน กำหนดให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม การรับยา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ที่มาของรายได้ จำนวนปีที่พักอาศัยในสถานพยาบาล การได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วง ระยะของภาวะสมองเสื่อม คะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับ คะแนนการประเมินตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมการวิจัย มีผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .96

#### 1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์การนอนหลับของผู้สูงอายุในแต่ละคืน

1.3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ที่บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ความเที่ยงของเครื่องมือได้ เท่ากับ .83

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แผนการสอนเรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .98 และผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปรับระยะเวลาในการสอนในแต่ละส่วน เพื่อให้เหมาะสม

2.2 คู่มือการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 และผู้ทรงคุณวุฒิได้มี

ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปรับข้อมูล การเพิ่มเติมภาพประกอบ การจัดรูปเล่มการปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อความเข้าใจได้ตรงกัน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นเครื่องมือที่บันทึกจำนวนครั้งการเข้าร่วมโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการสูดดม เพื่อบันทึกการใช้สுவคนธบำบัดของผู้สูงอายุก่อนนอน

3.2 แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวัน โดยมีการบันทึกจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมทั้งหมด คือ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 15 ครั้ง

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านความรู้ เตรียมเครื่องมือในการใช้ในการวิจัยเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ให้สามารถดำเนินวิจัยในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ได้ จึงเริ่มดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 10 เดือนกรกฎาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2558 มีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (กิจกรรมที่ 1)

1. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยกับผู้สูงอายุ และญาติผู้รับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเสมอและเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

3. รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม และจากการซักประวัติ รวมทั้งขอให้แพทย์ผู้ดูแลให้การวินิจฉัยผู้ป่วยทุกรายที่คาดว่าจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในช่วงก่อนการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ สอบถามจากเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแล และจากทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุ การทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

4. ผู้วิจัยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของการศึกษากิจกรรมที่จัดช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การจดบันทึกการนอนหลับของผู้สูงอายุในแต่ละคืน และการใช้สுவคนธบำบัดก่อนนอนในผู้สูงอายุ ก่อนการดำเนินการวิจัยให้เข้าใจและมีทักษะเช่นเดียวกับผู้วิจัย

4.1 แบ่งกลุ่มเจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแล แบ่งเป็นตึกพหลโยธิน 30 จำนวน 5 คน ตึกเดอะซีเนียร์ 3 จำนวน 12 คน ตึกพูลเฮาส์ 5 คน

4.2 เจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล 1 คน จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อัตราส่วน 1:1 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่มที่ 1 และ 3 จำนวนกลุ่มละ 5 คน, กลุ่มที่ 2 และ 4 จำนวนกลุ่มละ 6 คน) โดยรูปแบบทำงานเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 (กลุ่มที่ 1 และ 4): ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ติดตามสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3

ชุดที่ 2 (กลุ่มที่ 2 และ 3): ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ติดตามสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

5. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) เข้ากลุ่มควบคุม 22 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ในเรื่อง อายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับเดียวกัน การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ คือจับคู่ (Matched Pair) ผู้สูงอายุที่รับยานอนหลับในกลุ่มเดียวกันหรือชนิดเดียวกัน หากกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยเพิ่มหรือปรับลดยานอนหลับจากเดิม ถือว่าไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ศึกษา

6. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนเรื่องการใช้กิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คู่มือการใช้กิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเตรียมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์เพื่อใช้สูดดม

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยโดยเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม โดยเก็บกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อที่ป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลการวิจัย เนื่องจากทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในตึกเดียวกัน ผู้วิจัยจะมอบกิจกรรมหรือโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลองให้กับกลุ่มควบคุมนั้นหากสนใจ โดยเริ่มเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 10 กรกฎาคม จนถึง 10 กันยายน 2558

### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 กรกฎาคม 2558 ดังนี้



### สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบผู้สูงอายุเมื่อครบกำหนดการทดลอง 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ห้า ในระหว่างสัปดาห์ที่ 1 - 4 ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติ และผู้วิจัยได้นัดหมายให้ผู้สูงอายุรับทราบว่าจะเข้ามาพบผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

### สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยจะเข้าพบกับผู้สูงอายุแต่ละรายอีกครั้ง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ในกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับซ้ำ โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ และให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับ และกล่าวขอบคุณที่ร่วมมือในการทำวิจัย มอบของที่ระลึกเป็นสบู่กลิ่นหอม

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม จนถึง 10 กันยายน 2558 ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนในการทดลอง และแจ้งให้ทราบถึงผลวิธีการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเล่าแบบแผนการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ปัญหาหรือผลกระทบของการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ ถือเป็นกรบอกข้อมูลที่เป็นปัญหาการนอนหลับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในแต่ละรายว่าเกิดจากมีพฤติกรรมกระวนกระวาย สับสน วิดกกังวล ซึมเศร้าความรู้สึกลดลง คุณค่าตนเองลดลง หลงวันเวลา หรืองีบหลับในช่วงกลางวันมาก

ผู้วิจัยวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ การจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้สวดมนต์บำบัดต่อการนอนหลับ

ผู้วิจัยให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน เช่น การออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา การปรับสิ่งแวดล้อม สาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหย และประเมินความเข้าใจโดยการซักถาม การฝึกลงบันทึกการนอน การสอนและให้ปฏิบัติตามเกี่ยวกับการใช้น้ำมันหอมระเหย มอบคู่มือวิธีการใช้สวดมนต์บำบัด เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ดังนี้

#### 1. จัดทำกิจกรรมช่วงกลางวัน

1.1 กิจกรรมช่วงเช้า ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายนอกห้องพัก ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การออกกำลังกาย ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเอง (Teri and Wagner, 1992)

1.2 กิจกรรมช่วงบ่าย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดแขน ขา 30 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการทำกิจกรรมออกกำลังกาย และสนทนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม รวมทั้งกิจกรรมสนทนาการต่างๆร่วมกันเป็นรายกลุ่ม โดยใช้เวลา 60 นาที ได้แก่ การเล่นเกม กิจกรรมสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งการออกกำลังกายวันละ 30 – 40 นาที ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และกิจกรรมสนทนาการจะเป็นการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวนกระวายและมีคุณภาพการนอนที่ดี (อรชา มณีธนู, 2553) ถือเป็นกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ, 2551)

1.3 กิจกรรมช่วงเย็น เจ้าหน้าที่ร่วมกับญาติผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ฟัง ธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงการรีบหลับกลางวัน

1.4 ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกัน และเปิดเพลงระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ เพื่อช่วยลดอาการหงุดหงิดง่ายในผู้สูงอายุสมองเสื่อม (Ragneskog et al., 1996) ไม่รีบกลับเข้าห้องพัก

2. การจัดสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ร่วมกันจัดสถานที่เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย สะดวกใช้ ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) จัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น ติตรูปภาพ กระตุ้นการรับรู้ วัน เวลาของผู้สูงอายุสมองเสื่อม เช่น ปฏิทิน นาฬิกาแขวนผนัง (Hall, 1988) และผู้วิจัยได้สอบถามความพอใจเป็นระยะ ในทุกสัปดาห์

3. ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ หยดลงฝ่ามือ 1-5 หยด ถูมือไปมา 3 ครั้ง สูดดมกลิ่น ซ้ำๆ เป็นจังหวะ นาน 5 นาทีก่อนนอนติดต่อกัน 4 สัปดาห์

4. ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึกระยะเวลาการนอนหลับของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง ตั้งแต่เข้านอนจนถึงการตื่นนอนในช่วงเช้า 06.00 น.

#### สัปดาห์ที่ 5

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ และความรู้สึกหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่ผ่านมาและประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแลได้ซักถามเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับในช่วงที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึกเป็นสบู่ที่มีกลิ่นหอม ให้ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัย

5. การกำกับการทดลอง โดยบันทึกผลของการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวัน และการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการสูดดม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม บันทึกได้ตามเกณฑ์คือ ร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ครั้ง (ร้อยละ 100)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ได้นำข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17 แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ และคะแนนประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ Independent t-test และ Dependent t-test

#### ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคือ

1. กลุ่มควบคุม พบว่าคุณภาพการนอนหลับ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังมีระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน)

2. กลุ่มทดลอง พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัดมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน)

3. ก่อนการทดลองคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลองคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ราย สามารถลดการใช้ยา Seroquel (ที่เคยใช้เป็นยาประจำ) ในสัปดาห์ที่สี่ของการทดลองได้ และมีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ดี

## สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีคะแนนผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $\bar{X} = 5.55$ ,  $t(21) = 20.16$ ,  $p < .05$ ] ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีวก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

2. คะแนนผลประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [ $\bar{X} = 5.55$ ,  $t(41.78) = -12.93$ ,  $p < .05$ ] ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีวกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ จึงสรุปได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด มีผลทำให้คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

**สมมติฐานการวิจัยที่ 1** คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังได้รับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สுவคนธบำบัดดีวก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดดีวก่อนได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ว่า สามารถนำมาอภิปรายได้ว่า การที่คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด เนื่องจากโปรแกรมที่จัดขึ้นเป็นการประยุกต์การใช้กิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ของ Yura & Walsh (1983) ที่กำหนดกิจกรรมที่ตามเป้าหมายและสอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละคน โดยมีขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยให้ผู้สูงอายุ รวมทั้งญาติผู้ดูแลเล่าถึงแบบแผนการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ สภาพแวดล้อมในการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยนำปัญหามาวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดปัญหาการนอน

หลัก จากพฤติกรรมไม่สงบ บางรายมีความเครียดเรื่องการนอนไม่หลับของตนเอง บางรายมีความรู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง บางรายเข้าใจว่าการดื่มน้ำชามากๆ ไม่มีผลต่อการนอนหลับ เพราะไม่ใช่กาแฟ และบางรายชอบจับหลักในช่วงกลางวันมากเกินไปเพราะไม่รู้ว่าทำอะไร ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำให้ปรับแบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ การเลือกเครื่องดื่มน้ำที่เหมาะสม แนะนำการทำกิจกรรมในช่วงกลางวันแทนการจับหลัก หรือเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ เมื่อผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ มีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม จึงทำให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจจัดปัญหาที่ลดทอนคุณภาพการนอนหลับ ขั้นตอนที่ 4 เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุคนธบำบัด เป็นโปรแกรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีปัญหาการรับรู้ที่บกพร่อง การทำให้เกิดการเรียนรู้ ต้องกระตุ้นให้ทำเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ ถึงจะเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ได้ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ, 2528) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ เพื่อช่วยดูแล และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ในหัวข้อเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การดูแลสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการรับรู้ และส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายเพื่อเพิ่มการนอนหลับ วิธีการดำเนินกิจกรรมในช่วงกลางวัน การสอนและให้ปฏิบัติตามเกี่ยวกับการสูดดม น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ และมอบคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ไว้เพื่อทบทวน และทำความเข้าใจได้ดีขึ้น เมื่อมีการรับรู้และมีความเข้าใจถึงปัจจัยของการเกิดปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้สร้างความตระหนักถึงปัญหาของการไม่นอนหลับ ผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมหลายประการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้สูงอายุ ปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับตามความต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย และมั่นใจ สามารถหยิบสิ่งของในท้องได้ ไม่สับสน (Hall, 1998) เมื่อได้รับการสอบถามถึงสภาพแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถึงการเอาใจใส่ และความปลอดภัย รวมถึงการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Teri and Wanger, 1992) ที่ยังคงความสามารถในการจัดหรือทำกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง หลังจากนั้นดูแลการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน ซึ่งคำนึงถึงการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และคำนึงถึงศักยภาพ ความสามารถและการรับรู้ต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจัดให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายกลุ่มครึ่งละ 30 นาที การอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังธรรมะ การสวดมนต์ โดยจัดกิจกรรมดังกล่าวในช่วงเช้า และช่วงเย็นโดยขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่ชอบดูรายการทีวี และฟังสวดมนต์ ส่วนในช่วงบ่ายเน้นการจัดกิจกรรมสนทนา การเล่นเกม และประดิษฐ์สิ่งของต่างๆ ประมาณ 2 ชั่วโมง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีกิจกรรมทำในช่วงกลางวันเพื่อหลีกเลี่ยงการจับหลัก กระตุ้นการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดกิจกรรมทางสังคม ที่ทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ทำให้จังหวะของวงจรการ

นอนหลับ และการตื่นสมดุค (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) การจัดให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาหารร่วมกัน และเปิดเพลงผ่อนคลายในระหว่างการรับประทานอาหารทำให้รับประทานอาหาร ได้มากขึ้น และนั่งได้นานกว่าเดิม (Hicks- More, 2005) ช่วงเย็นให้ทำกิจกรรมในห้องพัก พบว่าส่วน ใหญ่ชอบสวดมนต์ ฟังธรรมะ ดูทีวี ทำให้ไม่รีบนอนเร็วเกินไป และดูแลให้ผู้สูงอายุสุดดม น้ำมันหอม ระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ก่อนนอน ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการผ่อนคลาย (Line et al., 2007) ทำให้สงบ เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีกลิ่นหอมและมีโครงสร้างทางเคมีที่มีส่วนกระตุ้นให้สมองผลิต สารสื่อประสาทที่เรียกว่า serotonin (Lewith et al., 2005) เมื่อมีการผลิตสารสื่อประสาท serotonin เพิ่มขึ้น ก็ส่งผลให้ระยะการนอนหลับ NREM ในระยะที่ 4 ทำให้หลับสนิทมากขึ้น การตื่น ในช่วงระหว่างการนอนหลับลดลง ทำให้เกิดการผ่อนคลายสูงสุด นอนหลับดี (Lytle, Mwatha, Davis, 2014) ขั้นตอนที่ 5 การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอน หลับ PSQI เป็นขั้นตอนการประเมินผลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับโปรแกรม เพื่อ ประเมินคุณภาพการนอนหลับ และประสิทธิผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

ซึ่งจากผลของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด จนครบ 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนรับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่า โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ 5.55 (SD=2.28) สอดคล้องกับ การศึกษาของสอดคล้องกับการวิจัยการศึกษาของ กรองกานต์ จุสะปาโล (2553) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับด้วยสுவคนธบำบัดร่วมกับเทคนิคหายใจผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอน หลับของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 52 ราย ที่ใช้การจุดตะเกียง น้ำมันกลิ่นกระดังงา กลิ่นโมก กลิ่นมะลิวันละ 45 นาที ร่วมกับการฟังซีดีเพื่อสร้างเทคนิคการหายใจ ผ่อนคลาย พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น จากคืนที่ 1, 2, 3 ของการพักรักษาตัว อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์กับการศึกษาของ Jimbo et al. (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 28 คน ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ 17 คน โดยการสูดดม น้ำมันหอมระเหย กลิ่นโรสแมรี่ กลิ่นมะนาวในช่วงเช้า และน้ำมันหอมระเหยกลิ่นส้ม กลิ่นลาเวนเดอร์ ในช่วงเย็นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 28 วัน พบว่ามีการรับรู้ การรู้คิดที่ดีขึ้น พฤติกรรมก้าวร้าว สับสน ลดลง ผ่อนคลายมากขึ้น ยังสอดคล้องกับ Lee, Kim, Bok, et al. (2011) ที่ศึกษาผลของการใช้สுவคนธ บำบัดต่อ ความผิดปกติของการนอนหลับ ความพึงพอใจของการนอนหลับและความเหนื่อยล้าใน ผู้ป่วยพอกไต จำนวน 34 ราย โดยใช้การสูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นส้มวันละ 2 นาที วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน พบว่าสามารถ ลดความผิดปกติของการนอนหลับและอาการเหนื่อยล้า มีความ พึงพอใจในการนอนหลับเพิ่มขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับ การศึกษาของ Lytle, Mwatha, Davis (2014) ที่ ศึกษาผลของการใช้สுவคนธบำบัดต่อสัญญาณชีพและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยที่

อยู่ในห้องICU โดยการนำน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ 3 ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 50 คน ตั้งแต่ 22.00- 06.00น. ความดันโลหิตลดลง และหลับได้มากขึ้น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น สามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การที่คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด

**สมมุติฐานการวิจัยที่ 2** คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนผลประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถนำมาอภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด เป็นกลุ่มที่ได้รับการวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกันอย่างละเอียดเกี่ยวกับ แบบแผนการนอนหลับที่ผ่านมา การทำกิจกรรมต่างๆ และการรับหลับ ในช่วงกลางวัน รวมทั้งสภาพแวดล้อม แล้วร่วมกันตั้งเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับอย่างมีขั้นตอน และมีการใช้สுவคนธบำบัดร่วมด้วย มีการติดตามผล กระตุ้นเตือนการปฏิบัติกิจกรรมดังได้กล่าวแล้วอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาล เฉพาะบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด มีความกระตือรือร้นในการปรับแก้ปัญหานอนหลับส่งผลให้ และเนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด เป็นโปรแกรมที่มีความชัดเจนของขั้นตอน เป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย เป็นโปรแกรมที่ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เห็นได้ว่ากลุ่มทดลองเข้าร่วมทำกิจกรรมตามโปรแกรม ร้อยละ 100 เมื่อได้รับโปรแกรมอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง จึงส่งผลทำให้สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างชัดเจน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความต่อเนื่องและได้รับการติดตาม และได้รับคำแนะนำอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และมั่นใจในการทำกิจกรรม

ซึ่งหากพิจารณาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ จะเห็นได้ว่าผลของคุณภาพการนอนหลับ หลังการทดลอง มีจำนวน 16 รายที่มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งแสดงว่าการพยาบาลปกติที่จัดทำเป็นประจำนั้นถือว่าการดูแลและให้บริการที่ดี และได้ใช้กระบวนการ

พยาบาลในการดูแล เพียงแต่อาจขาดความเข้มแข็งและต่อเนื่องในกระบวนการ รวมทั้งไม่ได้ใช้การจัดการเพิ่มเติม เช่นการใช้ส่วคนธำบัต และขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นไปตามสภาพแวดล้อม กิจกรรมที่จัดให้เป็นกิจกรรมที่จัดตามโปรแกรมที่ทีมดูแลทำตารางในการจัดกิจกรรมแบบง่าย จำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีจำนวนมาก มีปัญหาความต้องการและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ ความเชี่ยวชาญในการเป็นผู้นำกลุ่มของเจ้าหน้าที่ อาจมีข้อจำกัด ทำให้ขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง (สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ส่วคนธำบัต จึงมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ตั้งแต่ 70 ปี ถึง 85 ปี โดยเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 40.9 ซึ่งในผู้สูงอายุในกลุ่มนี้โดยพื้นฐาน ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ตนเองมีความเสื่อมถอยในเรื่องของสุขภาพร่างกาย มีความสามารถในการตัดสินใจ หรือการดูแลตนเองได้ลดลง จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเป็นทุนเดิม (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เมื่อมีผู้มาให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับให้ตนเองดูแลแข็งแรงขึ้น รวมทั้งมีความไว้วางใจ และโดยพื้นฐานผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมั่นในตัวของพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้มีความรู้ และให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้วิจัยอยู่ในฐานะของพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ และร่วมทำกิจกรรมด้วย ส่งผลให้เกิดความใกล้ชิด ความไว้วางใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยสูงถึงร้อยละ 81.8 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศหญิงจะมีความตั้งใจในการทำกิจกรรมได้ดี และมีพื้นฐานในเรื่องของความสวยงาม กลิ่นหอมต่างๆ เมื่อได้รับการสูดดมน้ำมันกลิ่นหอมระเหยที่ตนเองชื่นชอบตามที่ผู้วิจัยจัดให้ เมื่อสูดดมแล้วเกิดความสดชื่น ผ่อนคลาย หลับสบาย (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) ยิ่งตอกย้ำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและทำอย่างต่อเนื่องได้ตามโปรแกรมทำให้ได้ปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างเข้มข้น จนเกิดการผ่อนคลายมากขึ้น ที่มาของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีที่มาของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 68.2 เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เพราะเข้าใจว่าตนเองอายุมากแล้วไม่สามารถที่จะหารายได้ด้วยตนเอง การใช้ชีวิตในปัจจุบันนั้นเป็นการใช้ทรัพย์สินเดิมที่มีอยู่ร่วมกับบุตรหลานช่วยดูแล ในกลุ่มที่มีบุตรหลานช่วยดูแลจึงมีความผ่อนคลายและวิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากไม่ต้องเข้ามารับรู้เกี่ยวกับการจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ และมีกำลังใจดีขึ้นจากการที่มีญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรับรู้ว่าจะตนเองได้มีศักยภาพ และสามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้ จึงสร้างความเชื่อมั่น และความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดี ส่งผลให้ได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น จึงส่งผลให้ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานอย่างชัดเจน จากข้อมูลที่กล่าวมา เห็นได้ว่าผู้วิจัยที่อยู่ในฐานะพยาบาลต้องมีบทบาทนอกเหนือจากการให้ความรู้ ต้องสร้างความเข้าใจ และยังคงเป็นผู้คอยกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิด



ผลสำเร็จตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีความร่วมมือในการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (อรพิชญา ไกรฤทธิ์, 2552)

ส่วนญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ หลังจากได้รับความรู้จากผู้วิจัย ทำให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Mauk, 2010) พฤติกรรมสับสน หลงลืม อาการกระวนกระวายที่มีผลต่อการนอนหลับ รวมทั้งแนวทางแก้ไข ทำให้เข้าใจถึงปัญหาการนอนหลับ และไม่คิดว่าเป็นเรื่องคุ้นชิน หรือเข้าใจว่า การไม่นอนหลับในช่วงกลางคืนถือเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือการปล่อยให้นอนหลับในช่วงกลางวันมากเกินไป เพียงแค่จะได้อ่านหนังสือ หรือนั่งคุยกับครอบครัว หรือคิดว่าเป็นกิจวัตรประจำวันปกติ ซึ่งทำให้วงจรการนอนหลับเกิดความผิดปกติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถศึกษาและทบทวนความรู้จากคู่มือในการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยมอบให้ เมื่อเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จึงเริ่มเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญ จึงเข้าสู่การแก้ไขปัญหา และให้ความสำคัญในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้วิจัย ทำอย่างเอาใจใส่ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับโปรแกรมอย่างเต็มที่ และครอบคลุมตามการวางแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดไว้ ญาติผู้ดูแลจึงมีส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมและการติดตามความต่อเนื่องของการทำกิจกรรม ที่จะทำให้การดำเนินตามโปรแกรมมีความเข้มข้น

ผลของการทำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดในการวิจัยนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับโดยรวมดีขึ้นมีผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลองสามารถหยุดยาประจำที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนได้ ในสัปดาห์ที่ 4 จำนวน 2 ราย แต่จากการวิจัยยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัด จำนวน 4 ราย ที่มีคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับดีกว่าเดิม แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์คุณภาพการนอนหลับดี คุณภาพการนอนหลับที่ยังไม่ดีแม้ว่าผู้วิจัยจะได้แนะนำและทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุทั้ง 4 ราย มีความวิตกกังวลกับอาการนอนไม่หลับ และมีความคาดหวังต่อการเข้าร่วมโปรแกรมว่าจะทำให้อาการนอนหลับดีขึ้นทันที เมื่อคาดหวังมากก็ส่งผลให้เกิดความกดดัน และความเครียดมากขึ้น เกิดความวิตกกังวลต่อผลที่จะได้รับ คิดว่าตนเองอาการคงไม่ดีขึ้น มักคิดซ้ำซากและหมกมุ่นแต่เรื่องการนอน จึงทำให้เกิดการตั้งเครียด ซึ่งถือเป็นอาการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยส่วนใหญ่ ที่มีภาวะวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย เริ่มกลัวและกังวลต่อการดำรงชีวิตของตนเอง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) เมื่อเริ่มทำกิจกรรมได้ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 พบว่าผลการนอนยังไม่เป็นดังที่คาดหวังยิ่งทำให้เกิดความท้อแท้ เข้าได้กับกฎของการเรียนรู้ ที่เกิดจากผล (The Law of Effect) ที่ว่าการส่งเสริมการแสดงผลพฤติกรรมจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อได้รับรางวัลหรือสมหวัง แต่การแสดงผลพฤติกรรมจะลดลงหากผิดหวัง (ทีศนา แคมมณี, 2548) ผู้วิจัยจึงได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดคุยเกี่ยวกับอาการและปัญหาการนอนหลับและความรู้สึกต่ออาการนอนหลับ

ในขณะที่ได้รับโปรแกรม พร้อมทั้งชี้แจงถึงผลของคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่เปรียบเทียบก่อนและหลังรับโปรแกรมว่า หลังรับโปรแกรมมีแนวโน้มของคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความผ่อนคลาย และตอบสนองกับการวางใจที่ลดลง (Low of spontaneous recovery ) และสร้างแรงจูงใจที่จะส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยสนับสนุนการศึกษาของวิลลิกซ์ วัลลิกซ์ ฌ อยุธยา (2555) ได้ศึกษาหัวข้อเกี่ยวกับผลของสுகุณธบำบัดต่อการผ่อนคลายของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมภายหลังผ่าตัดที่รพ. ภูมิพลอดุลยเดช อายุ 61- 80 ปี จำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 41 คน โดยการใช้การเช็ดตัวด้วยการนำน้ำผสมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะลิ กลิ่นลาเวนเดอร์ กลิ่นกุหลาบ วางตำแหน่งจุดพับแขน รักแร้ คอ บริเวณละ 5 ครั้ง โดยใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที พบว่ามีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง อัตราการหายใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และยังมีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Seo and Chang (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย ได้รับโปรแกรมโดยใช้น้ำมันหอมระเหยผสมกลิ่นลาเวนเดอร์ มะกรูด คาโมมายล์ ในสัดส่วน 1:1:1 ผสมในน้ำมันที่มีวุ้นทางจระเข้ นวดมือ ครั้งละ 5 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธ์กับการศึกษาของ Choi & Kim (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สுகุณธบำบัดต่อภาวะตึงเครียด การนอนหลับ อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยหญิงในเกาหลีหลังทำการผ่าตัดมดลูก จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย มีการนอนหลับที่ดีขึ้นเมื่อได้สูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுகุณธบำบัดในการวิจัยนี้ เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดสுகุณธบำบัดอย่างชัดเจนและครอบคลุมถึงปัญหาและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหา รวมทั้งปัจจัยที่อาจเกิดขึ้นได้ มาจัดทำโปรแกรมเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีบทบาทอิสระ รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสมจากการทำซ้ำๆ จนส่งผลทำให้มีแบบแผนการดูแลการนอนหลับที่ดี (นิภาภัทร อยู่พุ่ม, 2552) และยังเป็นการตอกย้ำให้เห็นได้ชัดว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เป็นตัวส่งเสริมการนอนหลับอย่างหนึ่งและเมื่อนำมาผสมผสานกับการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างดี มีญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ใส่ใจในขณะที่ทำกิจกรรมจนได้รับกิจกรรมอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มที่ได้รับสுகุณธบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้

สุวคนธบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) สรุปได้ว่าการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุวคนธบำบัด สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

**1. ด้านการบริหาร** เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล ในการนำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุวคนธบำบัดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรพิจารณาจัดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการดูแล และเข้าใจถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อมาดำเนินโปรแกรม รวมทั้งการจัดสถานที่ และอุปกรณ์ เพื่อให้เกิดความเหมาะสม รวมทั้งระยะเวลาในการทำกิจกรรม หรือการจัดทีมงานสำหรับทำกลุ่มกิจกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดความชัดเจนและสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุ

**2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้เลือกพิจารณานำโปรแกรมนี้เพื่อนำไปใช้จัดการกับภาวะนอนไม่หลับ และแม้ว่าจะได้ผลการวิจัยเป็นที่น่าพอใจ แต่การนำโปรแกรมไปใช้ควรปรับรายละเอียดของกิจกรรม เช่น การเล่นเกม ที่อาจส่งเสริมเรื่องการรับรู้ ซึ่งอาจจะต้องดูระยะของภาวะสมองเสื่อมในแต่ละรายเข้ามาพิจารณาร่วมด้วย หรือการแยกกลุ่มตามระยะเพื่อความชัดเจนของกิจกรรม หรือกลิ่นน้ำมันหอมระเหยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย

**3. ด้านการศึกษาวิจัย** ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สุวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการศึกษาในหัวข้อปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและแนวทางการดูแลรักษา

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยระยะยาว เพื่อติดตามผลของการใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยศึกษาถึงการคงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
2. ควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการเพิ่ม/ลดกิจกรรมในช่วงกลางวัน หรือปรับแยกกลุ่มทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรม ต่อระยะของภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยจริงได้อย่างเหมาะสม



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2528). จิตวิทยาการศึกษา (Educational Psychology).

กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

กรองกานต์ จุสะปาโล. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับด้วยสวดมนต์บำบัดร่วมกับเทคนิคหายใจผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2544). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน.

กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

จริยา เขียวผึ้ง. (2554). ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ. วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร, 17(1), 90-108.

จวง เพ็ญกมล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการปวดร่วมกับการใช้สวดมนต์บำบัดต่อความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2552). Aromatherapy and Brain empowerment. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 3(1), 56-57.

ชาคริต สัตยารมณ. (2557). ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยและประคบสมุนไพรร่วมกับการใช้ยาต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและปฏิกิริยาสะท้อนความตึงตัวของกล้ามเนื้อในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(2), 1-13.

ชนกพร จิตรปัญญา. (2543). มโนคติและการวัดการนอนหลับ: Conceptual and measurement Of sleep. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(1), 1-9.

ชนินทร์ ลีวานันท์. (2553). ผ่อนคลายสบายใจด้วยสวดมนต์บำบัด. 20 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/th/de>

ชนิดา กาญจนลาภ. (2549). โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม: คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง.

ชนันต์ แสงสีดา. (2552). สภาพการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยประเภทบ้านเดี่ยวของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษาสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญชัย ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42 (3), 123-132.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). *มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. รายงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิตนา แคมมณี. (2548). *การจัดการเรียนรู้โดยผู้วิจัยใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์. (2551). การวิเคราะห์ผู้ป่วยสมองเสื่อม และการวินิจฉัยคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกความจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 2(1), 1-12.
- นิภาพัทธ อยู่นุ่ม. (2556). *การนอนหลับอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ*. 20 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.stou.ac.th/stoukc/elderly>
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณหา. (2544). การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- ปองขวัญ พิรพัฒน์โกศล. (2550). *ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ พันธศรี และอรพินท์ สีขาว. (2552). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อการพัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(3), 81-93.
- พรศิริ เมืองนิล. (2550). ผลของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พร ลีลาพรพิสิฐ. (2547). *สุขคนบำบัด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮาส์.
- พัสนมณี คุ่มทวีพร และเสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2551). การนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการนอนหลับของประชาชนในชุมชนเมืองภาคกลางของประเทศไทย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 15(1), 78-91.
- ลักขณา ทานะผล. (2551). ผลของการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นมะกรูดในการนวดหน้าท้องต่อความเจ็บปวดระยะเวลาและความพึงพอใจของผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรารณณ์ แยมมีศรี. (2547). *ผลของสุขคนบำบัดต่อการผ่อนคลายของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ คลินิกกรรม*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิไลลักษณ์ ปาลกวงค์ ณ อยุธยา. (2555). ผลของสுகนธบำบัดต่อการผ่อนคลายของผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมภายหลังผ่าตัด. *Royal Thai Air Force Medical Gazzete*, 58(2), 66-71.
- วัชรินทร์ เสมามอญ. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุในจังหวัด พระนครศรีอยุธยาและจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- ศิริเพ็ญ วาณิชานนท์. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพ การนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภย์วิทยาศาสตร์การกีฬา. (2552). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิกิตอนีเพาเวอร์พอยท์.
- สายไหม ตุ่มวิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อ ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2007). วิธีรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม. 20 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.azthai.org/articles/203.html>
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการรักษา ภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติ ภาวะสมองเสื่อม: *Clinical practice guideline for dementia* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภาวดี พุฒน้อย และวรรณิภา บุญระยอง. (2551). การพัฒนาแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 17(3), 12-24.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: หจก.วี.เจ.พรินติ้ง.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. (2007). *ตำราวิชาการ สுகนธบำบัด*. นนทบุรี: สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย, 2551-2. 20 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report/php>

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธาทิพย์ เกษตรลักษณ์. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.

*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(2), 112-118.

อรพิชญา ไกรฤทธิ. (2552). ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อมและการจัดการ.

ใน *การประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย*

วันที่ 26 - 27 มกราคม 2552 (หน้า 3). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรษา มณีธนู. (2553). *ปัจจัยคัดสรรคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

Alzheimer' s Disease International. (2010). *The global economic impact of dementia world Alzheimer report 2010*. London: ADI.

Anderson, K. N., & Shneerson, J. M. (2009). Drug treatment of REM sleep behavior disorder: the use of drug therapies other than clonazepam. *Journal Clinic Sleep Medicine*, 5, 235–239.

Beck, S. L. (1992). Measuring sleep. *Instrument for assessing health and function*. New York: Eliter.

Boeve, B. F., Silber, M. H., & Ferman, T. J. (2004). REM sleep behavior disorder in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*, 17, 146–157

Book, D. (2002). Sleep and Sleep disorders. In C. M. Pooth, & M. P. Kuncrt (Eds.), *Pathophysiology: Concept of alert health status*. St. Louis: Mosby.

Bombois, S., Derambure, P., Pasquier, F., & Monaca, C. (2010). Sleep disorders in aging and dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 212-217.

Burns N., & Grove S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (4<sup>th</sup> ed.). New York: W.B. Saunders.

Burns N., & Grove S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.



- Buysee, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer. (1989). Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 1(28), 193-213.
- Carpenito- Moyet, L. J. (2007). *Understanding the nursing Process : Concept mapping and care planning for students*. Philadelphia: Lippincort Williams & Wilkins.
- Chen, J. H., Chao, Y. H., Lu, S. F., Shiung, T. F., & Chao, Y. F. (2012). The effectiveness of valerian acupressure on the sleep of ICU patients: A randomized clinical Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 913-920.
- Choi, J. H., & Kim, Y. M. (2013). Effects of aromatherapy on stress, sleep, nausea and vomiting during patient controlled analgesia treatment of patients with hysterectomy [Korean]. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 19(4), 211-218.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- Carole, A. S. (2008). Evaluating sleep quality in older adult: The Pittsburgh Sleep Quality Index can be used to detect sleep disturbances or deficits. *American Journal of Nursing*, 108(5), 42-50.
- Coll, P. P. (2001). Sleep disorders. In A. M. Adelman & M. P. Daly. *Common problems: Geriatrics*. Boston: MacGraw-Hill.
- Cynthia, L. D., & McCurry, S. M. (2009). Current treatments for sleep disturbances in dementia. *Current of Psychiatry Report*, 11(1), 20-26.
- Cumming, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gombin, J. (1994). The Neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308- 2314
- Dawit, A. W., & George, T. G. (2010). *Circadian rhythm disturbances in patients with Alzheimer' disease: A review*. Retrieved August 26, 2013, from <http://www.hindawi.com/journals/ijad/2010/716453/>
- Dauvilliers Y. (2007). Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Medicine*, 8, 27-34.

- Dines-Kallinoski, C. M. (2002). Nursing's nurse: promoting sleep in ICU. *Dimension of Critical Care Nursing*, 21(1), 32-34.
- Du, S., Dang, J. Zhang, H., Jin, S. Xu, G., Liu, Z., & et al. (2015). Taichi exercise for self-rated sleep quality in older people: a systemic review and meta – analysis. *International Japan Nursing Student*, 52(1) 368-379.
- Englert, S., & Linden, M. (1998). Differences in self-report sleep complaints in elderly persons living in the community who do or do not take sleep medication. *Journal General Psychiatric*, 59, 137-144.
- Elipoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Fiona, E. (2006). Falls in older people with dementia. *Geriatrics & Ageing*, 6, 37-40.
- Friedman, L. (2006). Insomnia and Aging. In T.L. Lee – Chiong (Eds.), *Sleep: A comprehensive handbook*. New York: John Wiley & Sons.
- Glass, J., Lanctot, L. K., Herrmann, N., Sproule, B. A., & Eusto, U. E. (2005). Sedative hypnotic in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *British Medical Journal*, 331, 1169-1173.
- Gehrman, P. R., Martin, J. L., Shochat, T., Nolan, S., Corey-Bloom, J., & Ancoli-Israel, S. (2003). Sleep- disordered breathing and agitation in institutionalized adults with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(4), 426-433.
- Guarnieri, B., Adorni, F., Musicco, M., Appollonio, I., Bonanni, E., Caffarra, P. & et al. (2011). Prevalence of sleep disturbances in mild cognitive impairment and dementing disorders: A multicenter Italian clinical cross-sectional study on 431 patients. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 33(1), 50-8.
- Guimaraes, G. V., Carvalho, V. O., & Bocchi, E. A. (2008). Reproducibility of the self-controlled six –minute walking test in heart failure patients. *Clinics*, 63(2) 201-206.
- Hall, G. R. (1988). *Behavior assessment for low stimulus care plan*. Unpublished manuscript, University of Iowa City.
- Hicks – Moore, S. L. (2005). Relaxing music at mealtime in nursing homes: Effect on agitate patients with dementia. *Journal of Gerontological nursing*, 31, 26-32.
- Huang, Q. C., Bi-Rong, D., and Zhou, Y. (2012). Association between sleep quality

- and cognitive impairment among Chinese nonagerians/ centenarians. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 29(3), 250-255.
- Iyer, P. W., Taptich, B. J., & Bernochi- Losey. (1986). *Nursing process and nursing diagnosis*. Philadelphia: W.B.Sanders.
- Jimbo, D., Kimura, Y., Taniguchi, M., Inoue, M., & Urakami, K. (2009). Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 9(4), 173-179.
- Judith, T. R., Sanford, T. J., & Vandewas, E. (2010). Managing sleep disorder in elderly. *The Nurse Practitioner*. 35(5), 30-37.
- Kumar, V. M. (2010). Sleep is neither a passive nor an active phenomenon. *Sleep and Biology rhythm*, 8(3), 163-169.
- Krystal, A. D., Edinger, J. D., & Wohlgemuth, W. K. (2009). Sleep and circadian rhythm disorders. In D. G. Blazer, & D. C. Steffens (eds.). *The American Psychiatric Publishing: Textbook of Geriatric Psychiatry*, (4<sup>th</sup> ed. pp. 209-221). Washington: Wilson Boulevard.
- Lee, K. A. (2000). Sleep. In S. L. Woods, E. S. Froelicher, & S. U. Motzer. *Cardiac Nursing* (4<sup>th</sup> ed. pp. 162-178). Philadelphia: Lippincott.
- Lee, S. Y. (2005). The effect of lavender aromatherapy on cognitive function, emotion, and aggressive behavior of elderly with dementia. *TaehanKanhohakhoe Chi*, 35(2), 303-312.
- Lee, J. H., Bliwise, D. L., Ansari, F. C., Goldstein, F. C., Cellar, J. S., Lah, J.J., & Levey, A. I. (2007). Daytime sleepiness and functional impairment in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(7), 620-626.
- Lee, E. J., Kim, B. S., Sa, I. H., Moon, K. E., & Hwa, K. J. (2011). The effect of aromatherapy on sleep disorders, satisfaction of sleep and fatigue in hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, 23(6), 615-623.
- Lee, I. S., & Lee, G. J. (2006). Effect of lavender aromatherapy on insomnia and depression women college students. *Journal Korean Academic Nurse*, 30(1), 136-143.
- Lewith, G. T., Godfrey, A. D. & Prescott, P. (2005). A single – blinded, randomized

- pilot study evaluating the aroma of *Lavandula augustifolia* as treatment for mild insomnia. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 631- 637.
- Lin, P.W.K., Chan, W. C., Ng- Leung, B. F. L., & Lam, L. C. W. (2007). Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older person with dementia: A cross – over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 405-410.
- Luggen, A. S. ( 2004). Managing basic physiologic needs. In P. Ebersole, P. Hess, & A. S. Luggen (eds.), *Gerontological nursing & healthy aging*, (6<sup>th</sup> ed. pp. 136-174). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Lytle, J., Mwatha, C., & Davis, K. (2014). Effect of lavender aromatherapy on vital signs and perceived quality of sleep in the intermediate care unit: a pilot study .*American Journal of Critical Care*, 23(1), 24-29.
- Mauk, K. (2010). *Gerontological Nursing Competencies for care*. Boston: Jones and Barlett.
- McCurry, S. M., Reynolds, C. F., Ancoli-Israel, S., Teri, L., & Vitiello, M.V. (2000). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep Medicine*, 4,603–608.
- McCurry, S. M., Vitiello, M. V., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., & Teri, L. (2006). Factors associated with caregiver reports of sleep disturbance in person with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 112-119.
- McKeith, I. G., Dickson, D.W., Lowe, J., Emre, M., O' Brien, J.T., Feldman, H., & et al. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65, 1863–1872.
- Nagel, C., Markie, M., Richards, K., & Taylor, J. (2003). Sleep promotion in hospitalized elders. *Journal of Academy of Medical Surgical Nurses*,12, 279-290.
- Ohayon, M. H., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 745-755.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Rao, V., Spiro, J., Samus, Q. M., & Steele, C. (2008). Insomnia and daytime sleepiness in people with dementia residing in assisted living: findings from the Maryland assisted living Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 199-206.
- Redeker, N., & Stein, S. (2006). Characteristics of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. *Heart Lung, 35*, 252-261
- Regneskog, H., Brane, G., Karlsson, I., & Kihlgren, H. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal Science, 10*, 11-17.
- Reid K., Boron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., & Zee, P. C. (2010). Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adult with insomnia. *Sleep Medicine, 11*(9), 934-940.
- Ring, D. (2001). Management of chronic insomnia in the elderly. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 5*(1), 13-16.
- Seo, Y. S., & Chang, Y. C. (2009). Effect of aroma hand massage on sleep, depression and quality of life in the institutionalized elderly women [Korean]. *Korean Journal of Women Health Nursing, 15*(4), 372-380.
- Synder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health, 10*, 155-163.
- Tabloski, P. A. (2006). *Gerontological nursing*. New Jersey: Pearson Education.  
Retrieved August 26, 2013, from <http://www.azthai.org/articles/203.html>
- The Joanna Briggs Institute. (2004). *Best practice: Evidence based practice information sheets for health professional, 8*(3), 1-5.
- Tractenberg, R., Singer, C. M., & Kaye, J. A. (2005). Symptoms of sleep disturbance in persons with Alzheimer's disease and normal elderly. *Journal Sleep Research, 14*, 177-185.
- Turek, F. W., Dugovic C., & Zee, P. C. (2001). Current understanding of circadian clock and the clinical implications for neurological disorders. *Archner Neurology, 58*(11) 1781-1787.
- Vitiello, M. V. (2006). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinic, 1*, 171-176.

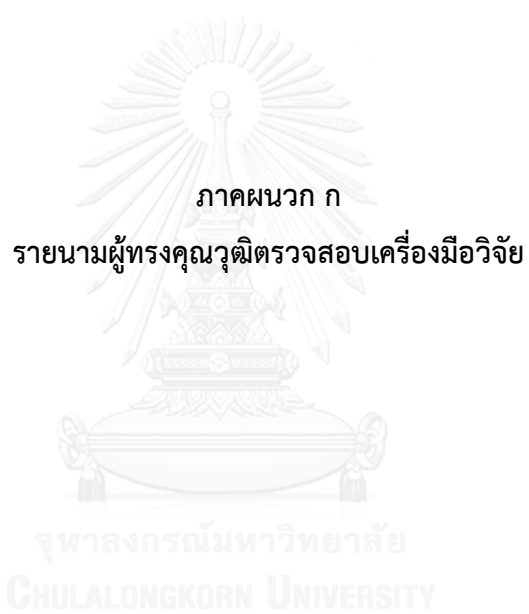
- White, B., and Truax, D. (2007). *The Nursing practitioner in long-term care guideline for clinical practice*. London: Jones and Bartlett.
- Webb, B. W. (1979). Theory of sleep function and some clinical implications. In D. C. Rene, S. Mario, & M. B. Serman (eds.). *The function of sleep* (2<sup>nd</sup> ed. pp. 19-38). New York: Academic Press.
- Yesavage, J. A., Mumenthaller, M. S., Taylor, J. L., O'Hara, R., Friedman, L., Lee, H., & Kraemer, H. C. (2003). Psychoactive drugs and pilot performance: a comparison of nicotine, donepezil, and alcohol effects. *Neuropsychopharmacology*, 28(7), 1366-1373.
- Yura, H., & Walsh, M. (1983). *The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating*. (4<sup>th</sup> ed.). New York: Appleton-Century Crofts.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด
1. พันเอกนายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์	อายุรแพทย์ และผู้อำนวยการ สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารีย์ กังใจ	หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	อาจารย์ภาควิชาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวทิวาวัน คำบันลือ	อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการนํ้ามันหอมระเหย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์ วชิระ
5. นางสาวพันธ์ทิพย์ วรรณาท พยาบาล	ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุ หัวหน้าพยาบาล สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

ภาคผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

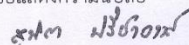
เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฝน อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนอุทเทบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปริดา มั่นคง อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปริดา มั่นคง  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151  
นางสาวฝน อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306

ที่ ศธ 0512.11/ 15๙๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2557

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ (พันเอก นายแพทย์ เฉลิมชาติ วรรณพฤกษ์)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฝน อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูวคนรับบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

*สุพชา ปรีชาวงษ์*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพชา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151  
นางสาวฝน อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306

ที่ ศธ 0512.11/ 1690



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 ธันวาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

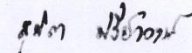
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวผ่อง อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนอุทเทธาบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวทิวาวัน คำบรรลือ อาจารย์ภาควิชาการศึกษาทั่วไปและพัฒนาวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวทิวาวัน คำบรรลือ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวผ่อง อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306

ที่ ศธ 0512.11/1599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๖ ธันวาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

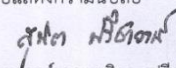
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฝน อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนคนธำบาศต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวฝน อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306

ที่ ศธ 0512.11/1599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 ธันวาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

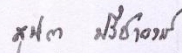
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฝน อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนคนบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพันธ์ทิพย์ วรราช หัวหน้าพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรราช

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวฝน อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306

ภาคผนวก ค  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และเอกสารหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร. 0-2218-8147  
 ที่ จว 47-58 วันที่ 19 มิถุนายน 2558

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 2169
ว.ค.บ. 1 กค 58
ว.ค.ม. 8 มิ 58
ชุดที่ 1 โทร. 0-2218-8147

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ 1001
ว.ค.บ. 10 มิ 58
ว.ค.ม. 10 มิ 58

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 039.1/58 เรื่อง ผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สมุนไพรบำบัดคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (THE EFFECT OF NURSING CARE USING AROMATHERAPY ON SLEEP QUALITY IN PERSON WITH DEMENTIA) ของ นางสาวฝน อินศรีชื่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*ดร. นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 117/2558

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 039.1/58 : ผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สวนคนขับบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ  
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวฝน อินศรีชื่น

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 มิถุนายน 2558

วันหมดอายุ : 10 มิถุนายน 2559

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) สำเนา..... เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58
- 4) แบบ/คสอ..... วันที่รับรอง..... 11 มิ.ย. 2558

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบาศ์ต่อ

คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวฝน อินศรีชื่น ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วย สถานพยาบาลเคอะซีเนียร์ 3

131/1 ซอยรัชดาภิเษก44 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

(ที่บ้าน) 212 ณ ณาเพลส ซอยรัชดาภิเษก42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระ

เกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-5110306-8

โทรศัพท์(ที่บ้าน) 02-5130129 ต่อ 408

โทรศัพท์มือถือ 081-0259306

E-mail: saifon.i408@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูล โดยข้อความทั้งหมดด้านล่างเป็นข้อมูลหรืออธิบายรายละเอียดของโครงการ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กรุณาใช้เวลาอ่านข้อมูลต่อไปอย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบาศ์ต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน

และหลังการได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบาศ์

3.2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับการ

การให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูทคนธำบาศ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะ 1 และ 2 เพศชายและหญิง อายุ 60 ปี

บริบูรณ์ขึ้นไป และอายุไม่เกิน 85 ปี จำนวน 44 คน โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน



เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58

วันที่รับรอง..... 11 มี.ย. 2558

วันหมดอายุ..... 10 มี.ย. 2559

\* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

1/3

ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554

AF 04-07



เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

4.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

4.2.1 ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและอายุไม่เกิน 85 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ก่อนการศึกษา ไม่มีภาวะหลงผิด หรืออาละวาด ก้าวร้าว

4.2.2 ผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ ไม้ดีโดยมีคะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป

4.2.3 ไม่มีประวัติแพ้เกสรดอกไม้และชอบกลิ่นลาเวนเดอร์

4.2.4 ไม่มีประวัติโรคหอบหืด หรือข้อห้ามจากแพทย์ในการใช้สุคนธบำบัด

4.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย ดังนี้

4.3.1 ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีอาการกำเริบเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดทางกายภาพ

4.3.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาโดยการเพิ่มหรือลดการรับยานอนหลับจากเดิมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

4.3.3 ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกำหนดของโครงการ อย่างน้อย 15 ครั้ง จากทั้งหมด 20 ครั้ง

4.4 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ สถานพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ ดิกฟูลเฮาส์ ดิกเดอะซีเนียร์ 3 และดิกฟูล โฮธิน 30

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ในช่วงคัดกรองผู้ดำเนินการวิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเวชระเบียน แพ้มัประวัติและประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินคุณภาพการนอนหลับเป็นรายบุคคล สูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยเพื่อเลือกกลิ่นที่ใช้ตาม โครงการวิจัย (ใช้เวลา ไม่เกิน 40 นาที) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน โดยใช้เวลาทั้งหมด 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้มีส่วนร่วมการวิจัยจะเข้ากลุ่มเพื่อร่วมกิจกรรม ดังนี้

5.2 ในช่วงการทดลอง ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และทำกิจกรรม คือ

5.2.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการดูแลและการพยาบาลตามปกติที่เคยได้รับ และใน 4 สัปดาห์ต่อมา จะได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับจากผู้วิจัย

5.2.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ร่วมกับผู้วิจัย เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในช่วงระหว่างวัน

AF 04-07

เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย สะดวกใช้ ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ท่าน โดยจัดห้องพักให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น ทัศนียภาพและการกระตุ้นการรับรู้เรื่อง วัน เวลา เช่น การจัดปฏิทิน หรือ นาฬิกาแขวนผนัง ผู้สูงอายุจะได้รับประทานอาหารร่วมกันรวมทั้งฟังเพลงผ่อนคลายระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ เพื่อช่วยลดอาการหงุดหงิดง่าย ไม่รีบกลับเข้าห้องพัก และเข้าร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวันทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ ดังนี้

- 1) กิจกรรมช่วงเช้าโดยเวลา 08.00 - 10.00น ร่วมทำกิจกรรมภายนอกห้องพัก ภายในเตียงของตนเอง ได้แก่ อ่านหนังสือพิมพ์ การออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และรับประทานอาหารเข้าด้วยกันพร้อมทั้งฟังเพลงผ่อนคลาย หลังจากนั้นร่วมกันจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องพัก
- 2) กิจกรรมช่วงบ่ายโดยเวลา 14.00 - 15.30น. คือ กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดแขน ขา 30 นาที และกิจกรรมสันทนาการต่างๆ 60 นาที ได้แก่กิจกรรมประดิษฐ์สิ่งของ (วันจันทร์, วันศุกร์) วาดภาพระบายสี (วันอังคาร) เกมใบ้คำ (วันพุธ) การเล่นเกมบิงโก (วันพฤหัสบดี) บริเวณเอนกประสงค์ฝึกพูดเข้าสัปดาห์การออกกำลังกายวันละ 30 - 40 นาที ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับดี และการเล่นกิจกรรมสันทนาการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ทำให้อารมณ์ดี ลดอาการกระวนกระวาย มีคุณภาพการนอนที่ดี เป็นการทำกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับและการตื่นสมดุล
- 3) กิจกรรมช่วงเย็น โดยเวลา 17.00 - 18.00น. คือ การทำกิจกรรมที่ชื่นชอบเช่น ดูทีวี ฟังธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง ภายในห้องพัก เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย หลีกเลียงการรับหวักลางวัน
- 4) ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวันของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล
- 5) ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุสวมรองเท้าใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ทุกวันจันทร์ - วันศุกร์ โดยใช้เวลาดังแต่ 18.15 - 20.10 น. ผู้วิจัยหยคน้ำมันหอมระเหยลงฝ่ามือของผู้สูงอายุ 1-5 หยดแล้วให้ผู้สูงอายุดมมือไปมา 3 ครั้ง แล้วสูดดมกลิ่น ซ้ำๆ เป็นจังหวะ นาน 5 นาทีก่อนนอนโดยเข้าทำกิจกรรมเป็นรายบุคคลในห้องพัก โดยเริ่มจากฝึกพูดโยธิน 30 เวลา 18.10- 18.40 น. ฝึกเคอะซีเนียร์3เวลา 18.50 - 19.20น. ฝึกพูดเฮาส์ เวลา 19.30 - 20.10 น. คิดดอกเบี้ย 4 สัปดาห์และ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการใช้ น้ำมันหอมระเหยของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล



เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

6) ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินพฤติกรรมการนอนตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอน จากผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ ทุกวัน จันทร์ – วันศุกร์ และได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยแบบวัดคุณภาพการนอนหลับจากผู้วิจัย หลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์

7) ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่ตึกพหลโยธิน 30 ตึกเดอะซีเนียร์ 3 และตึกพูลเฮาส์ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แสดงฟอร์มการแจ้งสิทธิและขอความร่วมมือในการวิจัย

6.1 เนื่องจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้และการตัดสินใจ ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ลงมือชื่อในการยินยอมเข้าร่วมการทดลองแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

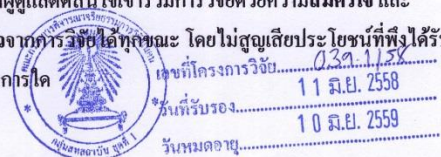
7. ในช่วงการคัดกรอง หากพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ มีอาการสับสน ไม่มีสมาธิร่วมทำกิจกรรม เนื่องจากสภาพร่างกายมีอาการเจ็บป่วย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถพักขณะทำกิจกรรม และหากอาการเจ็บป่วยมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือผู้อื่น ผู้วิจัยจะแจ้งอาการ และส่งต่อยังทีมสุขภาพในสถานพยาบาล

8. การวิจัยนี้ใช้การศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และสัมภาษณ์ การประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เวชระเบียนจากผู้อำนวยการสถานพยาบาล และได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย

9. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ จากการดำเนินการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่หากมีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

10. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการนอนหลับ ทั้งในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุ สำหรับประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อลดการเกิดปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

11. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและญาติผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลต่อการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด



\* คำเตือน หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร 4/3

ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554

AF 04-07

12. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวฝน อินศรีชื่น ได้ตลอดเวลาที่โทรศัพท์ 081-0259306 E-mail: saifon.i408@gmail.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและญาติผู้ดูแลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่กับงานวิจัยต่อไปหรือไม่
13. ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
14. ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นสบู่มกกลิ่นหอม
15. หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬารักษ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218 - 8147 โทรสาร 0-2218 - 8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

AF 04-07

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล)

(Patient/Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สวนคนบ้ำบัดต่อ  
คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวฝน อินศรีชื่น ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วย สถานพยาบาลเคอะซีเนียร์ 3  
131/1 ซอยรัชดาภิเษก 44 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900  
(ที่บ้าน) 212 ณ ณาเพลส ซอยรัชดาภิเษก 42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระ  
เกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

**โทรศัพท์(ที่ทำงาน)** 02-5110306-8 **โทรศัพท์(ที่บ้าน)** 02-5130129 ต่อ 408  
**โทรศัพท์มือถือ** 081-0259306 **E-mail:** saifon.i408@gmail.com

- ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูล โดยข้อความทั้งหมดด้านล่าง  
เป็นข้อมูลที่อยู่รายละเอียดของ โครงการ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ขั้นตอนการดำเนินการ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กรุณาใช้เวลาอ่านข้อมูล  
ต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา
- โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สวนคนบ้ำบัดต่อคุณภาพ  
การนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อน  
และหลังการได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนคนบ้ำบัด
  - เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับ  
การให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนคนบ้ำบัดและกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลปกติ
- รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อายุ 18 - 35 ปี จำนวน

22 คน



เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

\* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

1/3

ปรับปรุงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2554



AF 04-07

4.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

4.2.1 เพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 18- 35 ปี

4.2.2 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ปี

4.2.4 ไม่มีประวัติโรคหอบหืด ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ

4.4 พื้นที่ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ สถานพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ ดิคฟูลเฮาส์

ดิคเดอะซีเนียร์ 3 และดิคฟูลโฮซิน 30

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นรายบุคคล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็นดิคฟูลโฮซิน30 จำนวน 5 คน ดิคเดอะซีเนียร์3 จำนวน 5 คน ดิคฟูลเฮาส์ 12 คน

5.1 เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้จากผู้วิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน เช่น การออกกำลังกายยืดเหยียดแขนขา การปรับสิ่งแวดล้อม การสาธิตการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ รวมทั้งได้รับคู่มือวิธีการใช้สวนคนรับบำบัดเพื่อใช้ทบทวนความรู้ความเข้าใจ โดยใช้เวลาในการอบรม ทั้งหมด 2 ชั่วโมง

5.2 เจ้าหน้าที่ และผู้ดูแล 1 คน จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อัตราส่วน 1: 1 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ( กลุ่มที่ 1 และ3 จำนวนกลุ่มละ 5 คน, กลุ่มที่ 2 และ4 จำนวนกลุ่มละ 6 คน) โดยรูปแบบทำงานเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 (กลุ่มที่ 1 และ4): ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ในสัปดาห์ที่ 1 และ3

: ติดตามสังเกตพฤติกรรมก่อนนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 1 และ3

ชุดที่ 2 (กลุ่มที่ 2 และ3): ร่วมทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ4

: ติดตามสังเกตพฤติกรรมก่อนนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 19.00 – 07.00 น. ในสัปดาห์ที่ 2 และ4

5.3 เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล ร่วมกับผู้วิจัย และผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมในช่วงระหว่างวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคย สะดวกใช้ ปลอดภัยและมีความสะอาด ไม่รบกวนการใช้ชีวิตปกติของผู้สูงอายุ และเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ท่าน และดูแลผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารร่วมกันรวมทั้งฟังเพลงผ่อนคลายระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งเข้าร่วมทำกิจกรรมกับผู้วิจัย และผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์ ดังนี้



ศูนย์โครงการวิจัย..... 039-1/58  
 วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
 วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

5.3.1 กิจกรรมช่วงเช้า โดยเวลา 08.00 – 09.00น. คุณเลขาผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมภายนอก ห้องพัก ภายในตึกของตนเอง ได้แก่ อ่านหนังสือพิมพ์ การออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ต่างๆ ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง

5.3.2 กิจกรรมช่วงบ่าย โดยเวลา 14.00 – 15.30น. คุณเลขาผู้สูงอายุทำกิจกรรม กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดแขน ขา 30 นาที และกิจกรรมสนทนาการต่างๆ 60 นาที ได้แก่ กิจกรรมประดิษฐ์สิ่งของ (วันจันทร์, วันศุกร์) วาดภาพระบายสี (วันอังคาร) เกมไม้ค้ำ (วันพุธ) การเล่นเกมบิงโก (วันพฤหัสบดี) บริเวณเอนกประสงค์คึกฟูลเฮ้าส์

5.3.3 กิจกรรมช่วงเย็น โดยเวลา 17.00 – 18.00น. คุณเลขาผู้สูงอายุการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ เช่น ดูทีวี ฟัง ธรรมะ สวดมนต์ หรือฟังเพลง ภายในห้องพัก เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย หลีกเลียงการเจ็บป่วยกลางวัน

5.3.4 เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลและประเมินพฤติกรรมกรรมการนอนตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนของผู้สูงอายุ ทุกวัน จันทร์ – วันศุกร์

5.3.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บข้อมูล ประมาณ 1 เดือน

6. เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลร่วมทำกิจกรรมต่างๆ โดยดำเนินการตาม โปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนด รวมทั้งต้องเดินทางเพื่อมาร่วมทำกิจกรรมกลุ่มในช่วงบ่ายร่วมกับผู้วิจัย ทุกวัน จันทร์-วันศุกร์ ซึ่งอาจรบกวนการทำกิจกรรมส่วนตัวของเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลในช่วงเวลาดังกล่าวบางครั้ง

7. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ จากการดำเนินการวิจัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่หากมีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

8. ผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการนอนหลับ ทั้งในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลในการจัดกิจกรรมทางการแพทย์ให้กับผู้สูงอายุ สำหรับประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อลดการเกิดปัญหาการนอนหลับ และส่งเสริมให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลต่อการทำงานในสถานพยาบาล

10. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวฝน อินศรีชื่น ได้ตลอดเวลาที่โทรศัพท์ 081-0259306 E-mail: saifon.i408@gmail.com และหากผู้วิจัยมี

AF 04-07

ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและญาติ  
ผู้ดูแลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่กับงานวิจัยต่อไปหรือไม่

11. ข้อมูลที่ได้ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และ  
ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา แต่ท่านจะได้รับ  
ของที่ระลึกในการเข้าร่วมการวิจัย เป็นสปูมีกลิ่นหอม

13. หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร  
สถาบัน 2 ซอยจุฬารามณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0- 2218 -  
8147 โทรสาร 0- 2218 – 8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



039.1/58  
เลขที่โครงการวิจัย.....  
วันที่รับรอง..... 11 มี.ย. 2558  
วันลงลาย..... 10 มี.ย. 2558

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (คัดกรอง)  
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ..ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวดมนต์บำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย .....นางสายฝน อินศรีชื่น.....

ที่อยู่ที่ตั้งคือ ...212 ถนนพหลโยธิน ซอยรัชดาภิเษก 42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ .....081 - 0259306.....

โทรสาร.....

เลขที่โครงการวิจัย..... 02.1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
..... 10 ส.ย. 2559

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด

ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการคัดกรองเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยยินยอมให้สัมภาษณ์ การ  
สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การวัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินวัดคุณภาพการนอน  
หลับ เข้าร่วมทดสอบสภาพสมองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ร่วมสวดมนต์นั่งน้ามน  
หอมระเหยเพื่อเลือกกลิ่นตามโครงการวิจัย โดยใช้เวลา 40 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการรับการรักษาพยาบาลของ  
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำ  
เสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า  
หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่  
1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ศาสตราจารย์ ดร. อภินันท์

(..... ศาสตราจารย์ ดร. อภินันท์

ผู้วิจัยหลัก



ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... ๑๓๑-๑๕๗

วันที่รับรอง..... 11 มิ.ย. 2558 ลงชื่อ..... ศาสตราจารย์ ดร. อภินันท์

วันหมดอายุ..... 10 มิ.ย. 2559 (..... ศาสตราจารย์ ดร. อภินันท์)

พยาน



โรงพยาบาลตะเชะชีนีย์ร์

119 ซอยวัดป่าโมกข์-44 แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10900  
โทร 02-5110303 แฟกซ์ 02-9300366

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย(กลุ่มทดลอง)

## (Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่ง ได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ..ผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สูทคนรับบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย .....นางสายฝน อินศรีชื่น.....

ที่อยู่ติดต่อ ...212 ถนนพหลโยธิน ซอยรัชดาภิเษก 42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร

กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ .....081 - 0259306.....



เลขที่โครงการวิจัย..... 037-1/58

วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558

10 ส.ย. 2559

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด

ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งเกิดขึ้น

จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ

คำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมภายในห้องพัก(30 นาที) ร่วมกับผู้วิจัยและผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ ร่วมทำกิจกรรมทางการพยาบาลในช่วงเวลากลางวัน ได้แก่ ทำกิจกรรมภายในห้องพักในช่วงเช้า (30 นาที) ร่วมทำกิจกรรมในช่วงบ่าย ได้แก่ ออกกำลังกาย (30 นาที) ทำกิจกรรมสนทนา การสังสรรค์ (60 นาที) รับประทานอาหารร่วมกันกับผู้สูงอายุอื่น (40 นาที) ทั้งสามมือ และใช้สูทคนรับบำบัดในการติดตามก่อนนอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการรับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่

1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
 กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147  
 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ สาขณ อิศรภังการ ( สาขณ อิศรภังการ )  
 ผู้วิจัยหลัก  
 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
 เลขที่โครงการวิจัย 039.1158  
 วันที่รับรอง 11 ส.ย. 2558  
 วันหมดอายุ 10 ส.ย. 2559  
 ( ศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร )  
 พยาน



โรงพยาบาลศิริราช  
 119 ซอยวัดคอกเหล็ก 44 แขวงดินแดง เขต  
 เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10700  
 โทร. 02-51110303 แฟกซ์ 02-9380366

\* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

## (Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ..ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สูดคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย .....นางสายฝน อินศรีชื่น.....

ที่อยู่ติดต่อ ...212 ถนนพหลโยธิน ซอยรัชดาภิเษก 42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ .....081 - 0259306.....

เลขที่โครงการวิจัย..... 039-1/58

วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558

วันที่..... 10 ส.ย. 2559

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด

ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมรับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ภายหลังจากพบผู้วิจัยใน 4 สัปดาห์ต่อมา

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อการรับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th



ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ สาขณ อิตตวิจิตร  
(.....สาขณ อิตตวิจิตร.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ โคฉิมภักดิ์ อิงคกฤษณ์  
(.....โคฉิมภักดิ์ อิงคกฤษณ์.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



โรงพยาบาลตะเชีนิเยร์  
119 ซอยรัชดาภิเษก 44 แขวงจันทน์เกษม  
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900  
โทร. 02-2540303 แฟกซ์ 02-9300366  
เว็บไซต์

เลขที่โครงการวิจัย 039.1/58 (นางสาวเรศอรุณี ขุนพิศ)  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558 ..... พยาน  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559 .....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล)  
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ..ผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สูทคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อม

ชื่อผู้วิจัย .....นางสายฝน อินศรีชื่น.....

ที่อยู่ที่ตั้งคือ ...212 ถนนพหลโยธิน ซอยรัชดาภิเษก 42 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจันทระเกษม เขตจตุจักร  
กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ .....081 - 0259306.....



ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด

ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ  
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ  
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมรับการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การจัด  
กิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การใช้สูทคนธบำบัดต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะสมองเสื่อม (2 ชั่วโมง) ร่วมจัดกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุภายใน  
ห้องพัก ร่วมกับผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ร่วมทำกิจกรรมทางการพยาบาลในช่วงเวลากลางวัน ได้แก่ การ  
พาผู้สูงอายุทำกิจกรรมภายนอกห้องพักในช่วงเช้า (30 นาที) การดูแลผู้สูงอายุทำกิจกรรมสันทนาการ  
การ สิ่งประดิษฐ์ในช่วงบ่าย (60 นาที) ดูแลพาผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกันดูแลเปิดเพลงผ่อนคลาย  
กลางระหว่างรับประทานอาหาร(40 นาที) และติดตามบันทึกพฤติกรรมกรนอนหลับของผู้สูงอายุ  
ตั้งแต่เข้านอนจนถึงตื่นนอน (12 ชั่วโมง) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล  
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อในทางใดๆ ต่อการรับการรักษาพยาบาลของ  
ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำ

AF 05-07

เสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า  
หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่  
1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147  
E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก



ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... 039.1/57 ลงชื่อ.....

วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558 (.....)

วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

พยาน



ที่ ศธ 0512.11/ 1๐๗๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฝน อินศรีชื่น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวนคนบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประณี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ ไคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 44 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบบันทึกพฤติกรรมการนอนหลับของผู้สูงอายุ แผนการสอน เรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวนคนบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คู่มือ การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวนคนบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวัน และ แบบบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการสูดดม ทั้งนี้หนังสือประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวฝน อินศรีชื่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีะวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประณี โทร. 02-218-1151

ชื่อนิสิต

นางสาวฝน อินศรีชื่น โทร. 081-025-9306



แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ของบุรุษ และคณะ แปลฉบับภาษาไทย โดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ดูแล

เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา

ให้ตอบคำถามตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา และเขียนเครื่องหมาย / ลงใน

โดยเลือกเพียงข้อเดียว และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

- 039.1/58  
11 ส.ย. 2558  
10 ส.ย. 2559
- ศูนย์โครงการวิจัย  
ศูนย์รับรอง  
วันหมดอายุ
1. ผู้ป่วยเข้านอนเวลาเท่าไร.....นาฬิกา
  2. ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นเข้านอนหลับจนหลับได้จริงนานเท่าไร.....นาฬิกา
  3. ปกติผู้ป่วยตื่นนอนตอนเช้าเวลาเท่าไร.....นาฬิกา.....นาฬิกา
  4. ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีแต่ละคืนนอนหลับได้จริงเท่าไร (อาจไม่เท่ากับจำนวนเวลาที่นอนอยู่บนเตียง).....นาฬิกา.....นาฬิกา
  5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คิดว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมเป็นอย่างไร

ดีมาก  ดี  ไม่ค่อยดี  ไม่ดีเลย

6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่งหรือซื้อเองเพื่อช่วยให้  
นอนหลับบ่อยเพียงใด)

ไม่เคยใช้เลย  ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์  
 ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์  ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนบ่อยเพียงใด ขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น  
รับประทานอาหาร เป็นต้น

ไม่เคยเลย  ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์  
 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์  3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งแบบ  
บันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่บันทึกได้จาก  
ทะเบียนประวัติและการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติรับผิดชอบหลัก โดยบันทึกข้อมูลและ  
เขียนเครื่องหมาย/ ลงในช่อง ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุใน

ปัจจุบัน

เลขที่โครงการวิจัย..... 039/1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ค. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ค. 2559

1. อายุ.....
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยม ( ) อนุปริญญา/ปวส  
( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี  
( ) อื่นๆ (โปรดระบุ.....)
4. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์  
( ) อิสลาม ( ) อื่น(โปรดระบุ.....)
5. ที่มาของรายได้ ( ) ทรัพย์สินเดิม ( ) บุตร/หลาน/ญาติ  
( ) อื่นๆ
6. จำนวนปีที่เข้าพักอาศัย ( ) น้อยกว่า 1 ปี ( ) ระหว่าง 1-5 ปี  
( ) ระหว่าง 6-10 ปี ( ) มากกว่า 11 ปีขึ้นไป
7. ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอน ( ) ไม่มี  
( ) มี (โปรดระบุ).....
8. ระยะของภาวะเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัย ( ) ระยะที่ 1 ( ) ระยะที่ 2
9. คะแนนการประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI).....คะแนน
10. คะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002).....คะแนน

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002

(Mini - Mental State Examination : Thai version)

เลขที่โครงการวิจัย..... 039-1/58  
วันที่รับรอง..... 11 ส.ย. 2558  
วันหมดอายุ..... 10 ส.ย. 2559

- 1. Orientation for time (5 คะแนน)**  
(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
- | บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง<br>(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) | คะแนน                    |
|---|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร .....                          | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร .....                               | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร .....                           | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร .....                                 | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร .....                               | <input type="checkbox"/> |

**2. Orientation for place (5 คะแนน)**

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไร ของตึกอาคาร .....    | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 ที่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร .....                        | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร .....                             | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 ที่นี้ภาคอะไร .....                                 | <input type="checkbox"/> |

**3. Registration (3 คะแนน)**

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ คิฉินจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ขาย...) ตั้งใจฟังให้ดี เพราะจะบอกแค่ครั้งเดียว ไม่มีกรบอกซ้ำอีก เมื่อคิฉินพูดจบให้ คุณ (ตา, ขาย...) พูดทบทวนตามที่ได้อิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ พยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวคิฉินจะถามซ้ำ (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)  
\*กรบอกชื่อแต่ละคำห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ .....









## ตัวอย่างแผนการสอน

แผนการสอน เรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มด้วยวิธีการสอน ในเรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลผสมผสานการใช้สวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ ขั้นตอนการใช้สวคนธบำบัดและการสาธิตวิธีใช้สวคนธบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องต่างๆตามที่กล่าวมา ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย                      เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์

จำนวน                                      22 คน

สถานที่                                      สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

ระยะเวลา                                  2 ชั่วโมง

ผู้สอน                                      นางสาวฝน อินศรีชื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม แนวคิดเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับ ขั้นตอนการใช้สวคนธบำบัด
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสามารถใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวคนธบำบัดอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

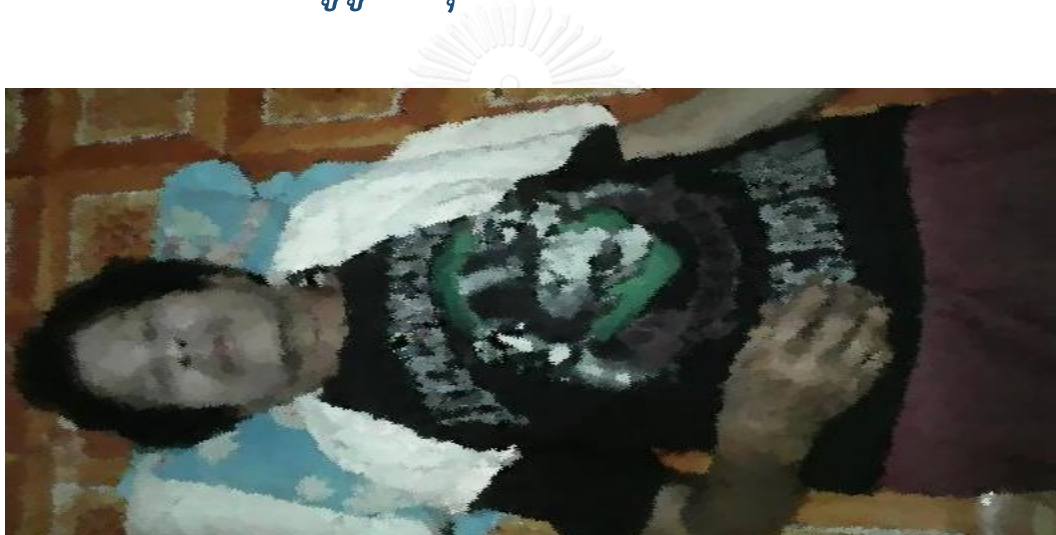
ตัวอย่างคู่มือ

## คู่มือ

การใช้กิจกรรมการพยาบาลร่วมกับการใช้สวคนธบำบัด

ต่อคุณภาพการนอนหลับสำหรับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม



CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นางสายฝน อินศรีชื่น

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ภาคผนวก จ  
ประมวลภาพการทำกิจกรรมในโปรแกรม









### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสายฝน อินศรีชื่น เกิดเมื่อวันที่ 17 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2521 ภูมิลำเนาเดิม อยู่ที่จังหวัดแพร่จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยบูรพา ในปีพ.ศ.2543 มีประสบการณ์ ในการทำงานเกี่ยวกับพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี ปัจจุบันมีตำแหน่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการ ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ กรุงเทพฯ

