



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ
และการกดจุดนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับ
และความรุนแรงของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง
ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต

Effects of Sleep Hygiene Promotion Program and
Sleep Acupressure on the Quality of Sleep and
Severity of Insomnia in the Elderly with Chronic
Kidney Disease Stages 4 - 5 before Receiving
Kidney Replacement Therapy

รศมี ศิริสวัสดิ์* มารศรี ศิริสวัสดิ์** อรทัย เขียวข้า***

Russamee Sirisawat* Marasri Sirisawat** Orathai Keawkam***

*,***งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จ.นครพนม

*,*** Outpatient Department of Internal Medicine Nursing, Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom Province

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จ.นครพนม

** Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom Province

** Corresponding Author: marasri209@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไต จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ และการกดจุดนอนหลับที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ มีค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test

Received: January 17, 2024; Revised: April 18, 2024; Accepted: May 2, 2024

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) (Mean = 8.20, SD = 3.36) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 11.67, SD = 2.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index; ISI) (Mean = 10.68, SD = 2.36) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 13.87, SD = 3.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษานี้จะพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับมีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และทำให้ความรุนแรงของการนอนไม่หลับลดลง ควรสนับสนุนและให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการนำโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับในบริบทใกล้เคียงเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยอายุและลดการใช้ยาและผลข้างเคียงของยานอนหลับให้น้อยลง

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ การกดจุดนอนหลับ ผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a sleep hygiene promotion program and sleep acupressure on sleep quality and severity of insomnia in elderly with chronic kidney disease stages 4-5 before receiving kidney replacement therapy. The sample consisted of 64 elderly with stage 4-5 chronic kidney disease before kidney replacement therapy and separated into a control group and an experimental group with 32 people each. The sample group was selected using purposive sampling according to specific characteristics. The experimental group received a program to promote sleep hygiene and sleep acupressure while the control group received normal nursing care. The research tools were a sleep hygiene promotion and sleep acupressure program which were developed by the researchers. The validity index of research tools was 0.97 and Cronbach's alpha coefficient was 0.88. The validity of severity of insomnia symptoms questionnaire was 0.97 and Cronbach's alpha coefficient was 0.80. The data were analyzed by using independent and paired t-test.

The results showed that the experimental group had a significantly lower mean sleep quality score (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) (Mean = 8.20, SD = 3.36) than the control group (Mean = 11.67, SD = 2.61) with statistical significance at the .05 level and the experimental group had a lower mean score on insomnia severity index (ISI) (Mean = 10.68, SD = 2.36) than the control group (Mean = 13.87, SD = 3.73) with statistical significance at the .05 level. According to the results of this study, the program promotes sleep hygiene, and sleep acupressure was effective to promote sleep and reduce severity of insomnia. Professional nurses should be supported and educated in leading a program to promote sleep hygiene and sleep acupressure among elderly who have sleep problems as well as in similar population to help promote sleep and reduce the usage of medicine and minimize side effects of sleeping pills.

Keywords: sleep quality, acupressure to sleep, elderly people, chronic kidney disease

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

อาการนอนหลับยากหรือการนอนไม่หลับ เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยพบประมาณร้อยละ 50 - 75 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ^{1,2} เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างวัน อาการอ่อนล้าหรือมีการสูญเสียพลังงาน การมีอารมณ์แปรปรวนหรือหงุดหงิด การมีแรงจูงใจลดลง รวมถึงปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เช่น อาการสมาธิสั้น ฉุนเฉียว หรือก้าวร้าว ถ้ารุนแรงอาจส่งผลให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นได้¹⁻³

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) คือ การทำหน้าที่ของไตสูญเสียอย่างถาวร โดยหน่วยไตสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่กรองและขับของเสีย การรักษาสมดุลน้ำและแร่ธาตุ รวมถึงการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ก่อให้เกิดเป็นความผิดปกติของระบบต่างๆ ของร่างกายส่งผลให้มีอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งจำแนกได้ 6 กลุ่มอาการ ประกอบด้วยกลุ่ม 1) อาการจิตใจและอารมณ์ 2) อาการผิดปกติของประสาทส่วนปลาย 3) อาการอ่อนเพลีย 4) อาการระบบทางเดินอาหาร 5) อาการปวด และ 6) อาการของเสีย และเมื่อเกิดขึ้น ก็จะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบถึงการนอนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต^{1,2,4,5}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยไตเรื้อรัง คือ โรคและการรักษา การเปลี่ยนแปลงชีวเคมีและการเผาผลาญ วิธีการดำเนินชีวิต ภาวะซึมเศร้าและการวิตกกังวลที่จะนำไปสู่การรบกวนการนอนหลับ และนำไปสู่สภาวะการรบกวนการนอนหลับ ปัจจัยด้านโรคและการรักษา ได้แก่ ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ภาวะซีด มีของเสียคั่ง

ในร่างกาย ส่งผลให้ระดับของสารโอเรอกซิน (Orexin) เพิ่มขึ้น โดยสารโอเรอกซินเป็นสารสื่อประสาทประเภทนิวโรเปปไทด์ (Neuropeptide) ที่สารขนาดเล็กคล้ายโปรตีนอยู่ที่เซลล์ประสาท มีหน้าที่ในการสื่อสารติดต่อกันระหว่างเซลล์ประสาทแต่ละเซลล์ทำให้สมองตื่นตัวซึ่งหากร่างกายมีสารโอเรอกซินน้อยเกินไป อาจทำให้เกิดโรคหลับหลับหรือมีภาวะง่วงเกิน (Narcolepsy) แต่ถ้ามีสารมากเกินไปก็จะทำให้ นอนไม่หลับ (Insomnia) และยังส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเมลาโท닌 (Melatonin) ลดลง ซึ่งฮอร์โมนเมลาโท닌เป็นฮอร์โมนที่สร้างมาจากสมอง โดยสมองจะถูกกระตุ้นให้สร้างเมลาโท닌ในเวลาที่ไม่ได้มีแสงหรือมีแสงสว่างน้อย เมื่อถึงเวลากลางคืนสมองจะหลั่งเมลาโท닌ออกมาสู่กระแสเลือด ทำให้ร่างกายรู้สึกง่วง นอกจากนี้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มักมีอาการนอนไม่หลับ อันเกิดจากปัจจัยจากโรคหลายประการ เช่น ภาวะโลหิตจางจากการที่ไตทำงานได้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมักจะมีอาการขากระตุกหรือขาขยับตลอดเวลาขณะนอนหลับ หรือจากอาการปวดกระดูกที่เกิดจากต่อมพาราไธรอยด์ทำงานผิดปกติ จึงเป็นสาเหตุให้นอนไม่หลับได้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยมากจะมีปัญหาในการนอนหลับและการหลับให้สนิท^{1,2,5}

การจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ การจัดการโดยการใช่ยา และโดยไม่ใช่ยา ซึ่งการใช้ยาในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาสูงกว่าวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ รวมทั้งอาจมีการใช้ยาอยู่แล้วหลายขนาน ดังนั้นการจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุจึงควรเป็นการจัดการโดยไม่ใช่ยาเป็นอันดับแรก^{2,5,6} ซึ่งวิธีการจัดการโดยไม่ใช่ยา (Non-pharmacological approach) มีหลากหลาย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขบัญญัติการนอนหลับ (Sleep hygiene education) การรักษาโดยการ

ควบคุมปัจจัยสิ่งกระตุ้น (Stimulus control therapy) การจำกัดการนอนหลับ (Sleep restriction) การบำบัดโดยการผ่อนคลายและการใช้จินตนาการภาพ (Relaxation therapy and imagery) การบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรมด้วยปัญญาสำหรับการนอนไม่หลับ (Cognitive behavioral therapy: CBT) หรือ Cognitive behavioral intervention: CBI) และการใช้การบำบัดทางเลือก⁶⁻⁸

การบำบัดทางเลือกเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่สามารถส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ โดยแบ่งการบำบัดทางเลือกออกเป็นการบำบัดด้านร่างกาย ได้แก่ การนวด การนวดกดจุดสะท้อน การกดจุด การอบไอน้ำ การอบไอน้ำสมุนไพร การอาบน้ำอุ่น/แช่เท้าในน้ำอุ่น การออกกำลังกาย และการบำบัดด้านจิตใจ ได้แก่ การผ่อนคลายสุนทรียภาพ ดนตรีบำบัด การสร้างจินตภาพ การเดินรำเพื่อการบำบัด⁷⁻¹⁰ ซึ่งการที่จะเลือกใช้การบำบัดวิธีไหนจะขึ้นกับประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹¹ ที่ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการด้วยตัวเองหรือปรึกษาบุคลากรทางด้านสุขภาพจนกว่าอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบายจะลดลงหรือหายไป พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลในการจัดการอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ตามแนวคิดการจัดการ

อาการอันประกอบไปด้วย การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับโดยประเมินคุณภาพและความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ การเลือกใช้การบำบัดทางเลือกเพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุ โรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต จึงควรเป็นวิธีการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน หรือมีผลทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

นอกจากการบำบัดทางเลือกแล้วยังมีการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มคุณภาพการนอนหลับที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมตามหลักสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) อย่างเหมาะสมจะทำให้การนอนหลับได้ดีและมีคุณภาพมากขึ้น โดยสุขอนามัยการนอนหลับมีการใช้เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1939 โดย นาธาเนียล ไกลท์แมน (Nathaniel Kleitman) ที่แก่นักสรีรวิทยาและนักวิจัยการนอนหลับชาวอเมริกันที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยการนอนหลับสมัยใหม่ และเป็นผู้แต่งหนังสือเรื่องการนอนหลับและความตื่นตัว โดยบทความในหนังสือนั้นได้มีการแนะนำกระบวนการในการจัดการพฤติกรรมและจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับการนอนหลับ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคนอนไม่หลับในระดับเบา (Mild) และระดับปานกลาง (Moderate) เพื่อให้ผู้ให้บริการทางคลินิกได้นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะนอนไม่หลับที่ไม่ได้เป็นโรคนอนไม่หลับโดยตรงแต่มีภาวะนอนไม่หลับร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพฤติกรรมสุขอนามัยการนอนหลับแบ่งเป็น 2 พฤติกรรม คือ 1) พฤติกรรมที่ควรกระทำ เช่น การจัดห้องนอนให้สะอาด ให้มีเสียงรบกวนน้อย มีแสงไม่สว่างเกินไป อุณหภูมิที่เย็นพอสมควรและเตียงนอนที่สบาย เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมควรหลีกเลี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม หรือยาที่มีคาเฟอีน เป็นต้น การมีสุขอนามัยการนอนหลับจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนต้องมีความรู้



และมีความตระหนักจึงจะสามารถปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมการหลับที่มีคุณภาพได้^{5,8,12}

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัด นครพนม โดยมีเป้าหมายในการช่วยป้องกันและ ชะลอความเสื่อมของไต การเฝ้าติดตามและรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคไตเรื้อรัง รวมถึง การเตรียมตัวให้ผู้ป่วยสำหรับการบำบัดทดแทนไต เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้บำบัดทดแทนไตมารับบริการ จำนวน 325 ราย จากการสำรวจอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) ของ Lenz และคณะ¹³ ซึ่งประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์ ในมิติคุณลักษณะอาการ ความถี่ ความรุนแรง และ ความทุกข์ทรมาน พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ มากที่สุด ได้แก่ อาการนอนหลับยาก ผู้ป่วยบางส่วน ได้รับการรักษาโดยใช้ยา และส่วนที่ไม่ได้รับยา จะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพ การนอนหลับที่ดี แต่ยังไม่มียารูปแบบที่เป็นรูปธรรม ชัดเจนในการดูแลตนเอง และจากการสัมภาษณ์ เชิงลึกถึงประสบการณ์ที่เคยใช้การบำบัดทางเลือก เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริม การนอนหลับของผู้สูงอายุไตเรื้อรัง พบว่า เคยมี ประสบการณ์ในการอาบน้ำอุ่น การอาบน้ำอุ่น/ แช่เท้าในน้ำอุ่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย สุนัขบำบัด และดนตรีบำบัด แต่ยังไม่มียารูปแบบที่ชัดเจน ในการนัดจุดจุดและมีความสนใจที่จะฝึกปฏิบัติเพราะ เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเองหรือ ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติให้ โดยที่การกดจุด (Acupressure) เป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มและ เป็นศิลปะในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติ บำบัดโดยใช้การกดสัมผัสด้วยนิ้วมือ ใช้ปลายนิ้ว กดตามจุดต่างๆ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย กระตุ้นหรือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพการ

ทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เสริมความ ด้านทานโรคและสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงให้แก่ เซลล์ในร่างกาย สามารถทำได้เองหรือทำโดยสมาชิก ในครอบครัว การกดจุดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง เคมีในสมอง ความรู้สึก และการตอบสนองที่ไม่อยู่ ภายใต้อำนาจของจิตใจ การเปลี่ยนแปลงการหลั่งสาร สื่อประสาทและฮอร์โมนประสาทในลักษณะที่ส่งเสริม สุขภาพ จึงมีผลส่งเสริมการนอนหลับได้¹⁴⁻¹⁶

ผู้ศึกษาในบทบาทของพยาบาลผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรัง จึงต้องการนำการบำบัด ทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ยัง ไม่ได้บำบัดทดแทนไตในวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน เป็นการปฏิบัติต่อร่างกายที่ไม่ก่อให้เกิดการรบกวน ต่อการรักษา หรือการได้รับยาหรือสารอาหารใดๆ และเป็นการกระทำต่อร่างกายตนเองที่สามารถ ทำได้เองโดยตัวผู้สูงอายุหรือโดยญาติ จึงได้เลือก การบำบัดด้านร่างกาย ได้แก่ การกดจุด ร่วมกับการ ปรับพฤติกรรมตามหลักสุขอนามัยการนอนหลับ นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการ นอนหลับและการกดจุดนอนหลับต่อคุณภาพการ นอนหลับและความรุนแรงของการนอนไม่หลับ ในการ จัดการอาการนอนไม่หลับสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้ ในการช่วยลดปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุโรค ไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพนม โดยมีเป้าหมายเพื่อจะช่วยลดปัญหาอาการ ผลกระทบ ที่จะตามมา อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการ นอนหลับ และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ นอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไตภายในกลุ่ม ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและ การกดจุดนอนหลับ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไตระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไต หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ และการกวดจูนนอนหลับ

2. ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับและคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไต ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹¹ ร่วมกับการส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แบบจำลองการจัดการอาการเป็นแนวคิดการจัดการอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาประกอบด้วยโมดัลหลัก 3 โมดัลหลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes) ความสัมพันธ์ของแต่ละโมดัลหลักอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ร่างกายเกิดการ

เปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น จะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการด้วยตัวเอง หรือปรึกษาบุคลากรทางด้านสุขภาพจนกว่าอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบายจะลดลงหรือหายไป

การจัดการอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไตพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ และ/หรือผู้ดูแลในการจัดการอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดย 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับโดยประเมินคุณภาพและความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ 2) ใช้วิธีการการจัดการอาการ โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ และการกวดจูนนอนหลับ มาใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยกำหนดผลลัพธ์ของการจัดการอาการ คือ คุณภาพการนอนหลับ ใน 7 มิติ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน 3) ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอน 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน และความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านการเข้าสู่นอนหลับยาก 2) ด้านการไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ 4) ด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับ

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ

2. วิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies)

2.1 การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ ได้แก่

- การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ
- การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ
- การปรับพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง

2.2 การกดจุดนอนหลับ 4 จุด ได้แก่ จุดปลายส้น จุดอัมถาส จุกเส้นหมื่น และจุดเนยงวน

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Outcomes)

1. คุณภาพการนอนหลับ ใน 7 มิติ

- ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย
- ด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน
- ด้านระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน
- ด้านประสิทธิภาพของการนอนหลับ
- ด้านการรบกวนการนอนหลับ
- ด้านการใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอน
- ด้านผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน

2. ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ใน 4 มิติ

- ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก
- ด้านการไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง
- ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้
- ด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เปรียบเทียบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 2) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 4) ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยิน 5) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากการประเมินภาวะซึมเศร้าเมื่อมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน 6) มีการรู้คิดปกติโดยประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเมื่อตอบถูกมากกว่า 7 ข้อขึ้นไป 7) มีปัญหาการนอนไม่หลับ

โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับได้คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป และ 9) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ ที่ระดับ 0.90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรม หาค่าขนาดอิทธิพลที่คล้ายกับงานวิจัยในครั้งนี้¹⁷ ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมโครงการ (Discontinuation criteria) คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตลอดระยะเวลาการทดลอง 2) มีการบำบัดทดแทนไต 3) ย้ายที่อยู่ 4) ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง และ 5) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง น้ำหนัก อัตราการกรองของไต และผู้ดูแลหลัก

1.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของ Buysse และคณะ¹⁸ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับ 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว 3) ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอน 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันและปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จจุล่งไปได้ด้วยดี แต่ละองค์ประกอบให้ค่าคะแนนตามคำตอบที่เลือก ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 3 คะแนน ซึ่งบางข้อต้องเอามารวมกันถึงได้คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

1.3 แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของของ Morin, Vallieres & Lvers¹⁹ โดยนำมาปรับให้เข้ากับผู้ป่วยไตเรื้อรังในพื้นที่ เป็นแบบประเมินที่ประเมินอาการนอนไม่หลับ

ด้วยตัวเองเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert scales) 5 ระดับ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0 - 4 รวมเป็นคะแนนเต็ม 0 - 28 คะแนน ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก 2) ด้านการไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง 3) ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ และ 4) ด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป แสดงถึงปัญหาการนอนไม่หลับ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แบ่งระดับคะแนนดังนี้ 0 - 7 คะแนน = ไม่มีปัญหาการนอนไม่หลับ (No insomnia) 8 - 14 คะแนน = มีปัญหาการนอนไม่หลับระดับเล็กน้อย (Subthreshold insomnia) 15 - 21 คะแนน = มีปัญหาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Moderate insomnia) และ 22 - 28 คะแนน = มีปัญหาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Severe insomnia)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ และการกวดจุดนอนหลับ ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมโดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับใช้แนวคิดการจัดการอาการ ของ Dodd และคณะ¹¹ ได้แบ่งกิจกรรมการพยาบาลเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย

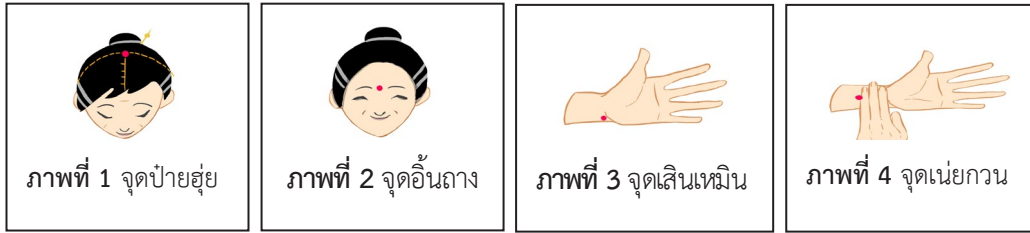
1. การบำบัดด้านพฤติกรรม คือ การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ 2) การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ และ 3) การปรับพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ และพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง โดยมี “คู่มือโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจุด



นอนหลับในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต”เนื้อหาประกอบด้วย การนอนหลับคืออะไร นอนหลับนานเท่าไรให้เพียงพอ ความหมายของสุขอนามัยการนอนหลับ สาเหตุของการนอนไม่หลับ การปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับ

2 วิธีการกดจุดนอนหลับ มาจากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีนที่ใช้หลักธรรมชาติบำบัดในการรักษาโรค ทำให้ได้รับความนิยมนำแพร่หลายในประเทศและได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่ง ซึ่งแนวคิดของการนวดกดเป็นการชี้ชัดถึงจุดหรือบริเวณที่จะช่วยในการปรับความสมดุลของร่างกาย โดยแต่ละจุดจะเป็นตัวแทนสะท้อนไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย¹⁷ ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผ่อนคลายในระดับลึก ทำให้ระบบลิมฟิกในบริเวณสมอง ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงนั้นถูกกระตุ้นน้อยลง ข้อมูลจะถูกส่งออกผ่านไฮโปทาลามัสที่เป็นศูนย์ควบคุมสภาพของสิ่งแวดล้อมในร่างกายให้เกิดความสมดุล โดยส่งการผ่านระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลายทำให้นอนหลับง่ายขึ้น โดยการกดจุดแต่ละครั้งจะใช้แรงที่ปลายนิ้ว ซึ่งสามารถทำได้ง่ายๆ ด้วยตัวผู้ป่วยเองไม่มีผลข้างเคียง อีกทั้งยังฝึกง่ายสามารถฝึกไว้ช่วยเหลือตนเองได้¹⁷ ซึ่งก่อนที่จะทำการนวดกดจุดให้ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ไปฝึกอบรมการนวดกดจุดจากแพทย์แผนจีน ที่โรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลนครพนม วิธีการกดจุดนอนหลับ 4 จุด ประกอบด้วย 1) จุดปายฮ่วย ตำแหน่งอยู่บริเวณกลางศีรษะ วิธีการกดจุด คือ ใช้นิ้วลากจากยอดใบหูทั้งสองข้างไปบรรจบกันบริเวณกลางศีรษะ แนวกึ่งกลางเดียวกับสันจมูก ใช้นิ้วชี้หรือ

นิ้วกลางกดวนไปทางซ้ายและขวาด้านละ 1 - 2 นาที ให้รู้สึกปวด หรือหน่วง หรือตึง หรือหนัก หรือชา สรรพคุณจะช่วยกระตุ้นให้เลือดขึ้นไปเลี้ยงบริเวณศีรษะได้ดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณศีรษะและใบหน้าเกิดความผ่อนคลาย ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น และหลับสนิทมากขึ้น (ภาพที่ 1) 2) จุดอินถาง ตำแหน่งอยู่ระหว่างคิ้ววิธีการกดจุด คือ ให้ใช้ปลายนิ้วกลางมือข้างที่ถนัด กดลงไปบริเวณกึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง นวดคลึงเป็นวงกลมวนไปทางซ้ายและขวา จากนั้นใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างลากจากหว่างคิ้วไปยังหางคิ้วพร้อมๆ กันประมาณ 10 ครั้ง และลากจากหว่างคิ้วไปจรดโหนกบริเวณหน้าผากอีก 10 ครั้ง ให้รู้สึกปวด หรือหน่วง หรือตึง หรือหนัก หรือชา สรรพคุณจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณใบหน้าส่วนบนและดวงตาคายกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกผ่อนคลายช่วยสงบจิตใจทำให้ความดันโลหิตลดลง และทำให้นอนหลับสบายขึ้น (ภาพที่ 2) 3) จุดเส้นเหมิน ตำแหน่งจะอยู่ตรงรอยพับข้อมือฝั่งนิ้วก้อยทั้ง 2 ข้าง จะมีปุ่มกระดูกอยู่ตรงข้อมือพอดี ข้างๆ ปุ่มกระดูกจะคลำเจอแอ่งเล็กๆ แอ่งนั้น คือ จุดเส้นเหมิน วิธีการกดจุด คือ นวดคลึงปัดและกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือใช้ปลายนิ้วกดได้ทั้งมือซ้ายและมือขวา กดค้างไว้ 30 - 60 วินาที 5 - 10 ครั้ง ซ้ำๆ ใช้แรงปานกลางทั้ง 2 ข้าง ให้รู้สึกปวด หรือหน่วง หรือตึง หรือหนัก หรือชา สรรพคุณเป็นจุดปรับสมดุลลดความร้อนในหัวใจ และยังช่วยสงบจิตใจและกล่อมประสาทผ่อนคลายช่วยสงบจิตใจ ช่วยให้นอนหลับสบาย (ภาพที่ 3) และ 4) จุดเมย์กวน ตำแหน่ง คือ ใช้สามนิ้ว (ชี้ กลาง นาง) วางจากของแถบข้อมือขึ้นมา จุดจะอยู่ตรงกลางแขนพอดี วิธีการกดจุด คือ ปัดและกดจุดด้วยนิ้วหัวแม่มือเป็นเวลา 5 วินาที ทำซ้ำนาน 2 - 3 นาที หลังจากนั้นให้เปลี่ยนไปนวดกดจุดของมืออีกด้าน ให้รู้สึกปวด หรือหน่วง หรือตึง หรือหนัก หรือชา สรรพคุณ สามารถทำให้จิตใจสงบและลดอาการของการนอนหลับไม่ลึกและนอนไม่หลับทั้งคืน (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 1 - 4 ตำแหน่งการกดจุดทั้ง 4 จุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา (Content Validity Index: CVI) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย ไตวาย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคไต แพทย์แผนจีน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยไตวาย และอาจารย์พยาบาลที่สอนการดูแลผู้ป่วยโรคไต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 โดยผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88 และ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด ก่อนดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) และเพื่อ

ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง และจะให้การดูแลตามการพยาบาลรูปแบบเดิม โดย 1) ครั้งที่ 1 วันแรก สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่อาจได้รับ ตอบปัญหา ข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจดี และอธิบายการได้รับการดูแลแบบปกติจากพยาบาลในคลินิก ใช้เวลา 30 นาที และ 2) ครั้งที่ 2 วันที่ 14 กิจกรรมการประเมินผลลัพธ์ ใช้แบบประเมิน PSQI และแบบประเมิน ISI ใช้เวลา 30 นาที ส่วนในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง และให้การพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ครั้งที่ 1 วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และการประเมินความต้องการและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ใช้กลยุทธ์การจัดการอาการ เริ่มที่กลยุทธ์การบำบัดด้านพฤติกรรม โดยการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับ โดยการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการนอนหลับ และการปรับพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับที่ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ใช้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นตามด้วยกลยุทธ์การจัดการอาการ โดยการอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับการกดจุดที่จะช่วยให้ผ่อนคลายและจะส่งผลให้การนอนหลับดีขึ้น สัปดาห์การกดจุดนอนหลับ 4 จุด ประกอบด้วย จุดปายฮุย จุดอินถาง จุดเส้นเหมิน และจุดเนยกวาน โดยกดจุดละ 2 - 3 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับจนมีความเข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นได้มอบคู่มือความรู้ สุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับ

นำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันก่อนนอนทุกวัน ใช้เวลา 20 นาที และให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้ ถ้าหากว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาไม่เข้าใจสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา 2) ครั้งที่ 2 วันที่ 7 เป็นกิจกรรมการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยโทรหากกลุ่มตัวอย่างทุกคนเพื่อสอบถามปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติมใช้เวลา 10 นาที 3) ครั้งที่ 3 วันที่ 14 เป็นกิจกรรมการประเมินผลลัพธ์ ใช้แบบประเมิน PSQI และ แบบประเมิน ISI ใช้เวลา 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NC-EC11 No. 35/2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะสามารถถอนตัวในระหว่างนั้นได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่มีข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test หลังจากได้ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test พบว่า มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนคุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของการนอนไม่หลับ

ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลด้วยสถิติ Paired t-test หลังจากได้ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test พบว่า มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ของกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.40) อายุ 60 - 70 ปี (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.75) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 50) ระยะเวลาเป็นโรคไต 1 - 5 ปี (ร้อยละ 71.88) น้ำหนัก 41 - 50 กก. (ร้อยละ 40.62) อัตรากรองของไต (GFR) 10 - 20 (ร้อยละ 59.37) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 84.37) ส่วนกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53) อายุ 60 - 70 ปี (ร้อยละ 40.65) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.88) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.75) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.62) ระยะเวลาเป็นโรคไต 1 - 5 ปี (ร้อยละ 81.25) น้ำหนัก 51 - 60 (ร้อยละ 43.75) อัตรากรองของไต (GFR) 10 - 20 (ร้อยละ 59.37) ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 93.75) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยการทดสอบไคสแควร์ ผลการทดสอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 32) และกลุ่มทดลอง (n = 32) จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.614	.401
- ชาย	13	40.60	15	47.00		
- หญิง	19	59.40	17	53.00		
อายุ (ปี)					2.840	.242
- 60 - 70	16	50	13	40.65		
- 71 - 80	6	19.75	12	37.50		
- > 80	10	30.25	7	21.85		
สถานภาพสมรส					.784	.500
- คู่	22	68.75	23	71.88		
- หย่า	10	30.25	9	28.12		
การศึกษา					.217	.500
- ประถมศึกษา	20	62.50	22	68.75		
- มัธยมศึกษา	8	25	7	21.85		
- ปริญญาตรี	4	12.50	3	9.40		
อาชีพ					2.542	.680
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	50	21	65.62		
- การเกษตร	4	12.50	2	6.25		
- รับจ้าง	11	34.38	9	28.13		
- ค้าขาย	1	3.12	0	-		
ระยะเวลาเป็นโรคไต (ปี)					2.824	.244
- 1 - 5	23	71.88	26	81.25		
- 6 - 10	8	25	4	12.50		
- > 10	1	3.12	2	6.25		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					3.313	.346
- < 40	5	15.63	2	6.25		
- 41 - 50	13	40.62	10	30.25		
- 51 - 60	8	25	14	43.75		
- > 60	6	18.75	6	19.75		
อัตรากรองของไต (eGFR)					.170	.919
- < 10	8	25	9	28.13		
- 10 - 20	19	59.37	19	59.37		
- > 2	5	15.63	4	12.50		
ผู้ดูแลหลัก					1.444	.213
- คู่ชีวิต	5	15.63	2	6.25		
- บุตร	27	84.37	30	93.75		



2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมลดลงเล็กน้อย (Mean = 11.67, SD = 2.61) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะระบุว่าลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ (Mean = 8.20, SD = 3.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มควบคุมลดลงเล็กน้อย (Mean = 13.87, SD = 3.73) แต่ไม่มีนัยสำคัญสถิติที่จะระบุว่าลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ (Mean = 10.68, SD = 2.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม (n = 32) และภายในกลุ่มทดลอง (n = 32) โดยใช้ Paired t-test

คุณภาพการนอนหลับ/ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ	กลุ่มควบคุม (n = 32)				กลุ่มทดลอง (n = 32)			
	Mean	SD	t	p-value	Mean	SD	t	p-value
คุณภาพการนอนหลับ								
- ก่อนทดลอง	12.22	3.62	1.50	.142	12.21	3.63	6.06*	< .001
- หลังทดลอง	11.67	2.61			8.20	3.36		
ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ								
- ก่อนทดลอง	14.21	4.15	-1.28	.209	13.69	3.71	4.35*	< .001
- หลังทดลอง	13.87	3.73			10.68	2.36		

* p < .05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ของกลุ่มทดลอง (Mean = 8.20, SD = 3.36) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม (Mean = 11.67, SD = 2.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) ของกลุ่มทดลอง (Mean = 10.68, SD = 2.36) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม (Mean = 14.21, SD = 3.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 32) กับกลุ่มควบคุม (n = 32) โดยใช้ Independent t-test

คุณภาพการนอนหลับ/ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	p-value
คุณภาพการนอนหลับ				
- กลุ่มควบคุม	11.67	2.61	4.60*	< .001
- กลุ่มทดลอง	8.20	3.36		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 32$) กับกลุ่มควบคุม ($n = 32$) โดยใช้ Independent t-test (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ/ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	p-value
ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ				
- กลุ่มควบคุม	13.87	3.73	4.51*	< .001
- กลุ่มทดลอง	10.68	2.36		

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับและความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองและคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (ISI) หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นและมี

ความรุนแรงของการนอนไม่หลับลดลง เพราะโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ¹¹ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ 2) วิธีการจัดการอาการ และ 3) ผลลัพธ์ โดยที่ก่อนใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับ ผู้วิจัยมีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ¹³ รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการนอนหลับยาก ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพการนอนหลับและการกวดจูนนอนหลับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสมอง ความรู้สึก และการตอบสนองที่ไม่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ การเปลี่ยนแปลงการหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนประสาทในลักษณะที่ส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำให้จิตใจสงบและลดอาการนอนหลับไม่หลับได้ โดยอธิบายถึงการนอนหลับคืออะไร นอนหลับนานเท่าไรให้เพียงพอ ความหมายของสุขอนามัยการนอนหลับ สาเหตุของการนอนไม่หลับ การปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับ ความสำคัญของแต่ละตำแหน่งของการกวดจูนนอนหลับ รวมทั้งการสาธิตและสาธิตย้อนกลับจัดทำคู่มือแสดงขั้นตอนของการกวดจูนนอนหลับทำให้



เกิดความเข้าใจตรงกัน สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ง่าย และสามารถนำมาทบทวนในภายหลังได้ และมีการโทรสอบถามถึงปัญหาในการปฏิบัติถ้าไม่เข้าใจจะทำให้คำแนะนำซ้ำทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามได้ ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นและความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับลดลงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ 1) ขวัญเรียม นิยมสุวรรณ, สุชาติา กรเพชรปานิ และศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์¹⁴ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมวัดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการนวดกดจุดแบบจีนเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่ไม่นอนหลับปฐมภูมิ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เบญจพล แดงบัว¹⁵ ที่ได้ศึกษาผลของการนวดไทยต่อคุณภาพการนอนหลับ พบว่า หลังการทดลองคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) นุสยาวาตี กะนางอ และคณะ¹⁶ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดกดจุดฝ่าเท้าเพื่อแก้การนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการนวดกดจุดฝ่าเท้าค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุลดลงกว่าก่อนการนวดและมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) Zeng และคณะ²⁰ ที่ได้ศึกษาผลของการฝึกกดจุดต่อคุณภาพการนอนหลับและการทำงานของการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับบกพร่อง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้คำแนะนำด้านสุขภาพการนอนหลับและการฝึกกดจุด กับกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพการนอนหลับอย่างเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับการคำแนะนำด้านสุขภาพการนอนหลับและฝึกกดจุดมีคุณภาพการนอนหลับได้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพการนอนหลับอย่างเดียว และ 5) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lai และคณะ²¹ ที่ได้ศึกษาผลของการกดจุดกลุ่มผู้สูงอายุที่ Acupoints ร่วมกับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนอนหลับเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการนวดในบริเวณที่ไม่ใช่ Acupoints ซึ่งห่างจากจุด Acupoints จริงประมาณ 10 มม.

พบว่า การฝึกกดจุดและช่วยให้ผู้สูงอายุกดจุดด้วยตนเองตรงจุด Acupoints ร่วมกับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้มากกว่าการกลุ่มที่ได้รับการนวดในบริเวณที่ไม่ใช่ Acupoints

โดยสรุปโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มสุขอนามัยของอนามัยการนอนหลับพฤติกรรมนอนหลับที่ดีและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับได้ เพราะการกดจุดเป็นทั้งศาสตร์ที่พัฒนามาจากเวชกรรมการฝังเข็มและเป็นศิลปะในการดูแลรักษาตัวเองตามวิถีธรรมชาติบำบัด โดยใช้การกดสัมผัสด้วยนิ้วมือ ใช้ปลายนิ้วกดตามจุดต่างๆ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย กระตุ้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย เพิ่มประสิทธิภาพของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย เสริมความต้านทานโรคและสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงให้แก่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสมอง ความรู้สึก และการตอบสนองที่ไม่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ การเปลี่ยนแปลงการหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนประสาทในลักษณะที่ส่งเสริมสุขภาพ จึงมีผลส่งเสริมการนอนหลับได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 - 5 ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นและมีความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับลดลง ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพในการนำโปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการ

นอนหลับในบริบทใกล้เคียงเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุและลดการใช้ยาและผลข้างเคียงของยานอนหลับให้น้อยลง แต่อย่างไรก็ตามควรมีการจัดอบรม ทบทวนความรู้และเพิ่มทักษะการปฏิบัติตามกิจกรรมการนวดกดจุดให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติตามกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนควรมีการนิเทศ ติดตามผล และประเมินการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับและการกดจุดนอนหลับต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขอนามัยและการกดจุดต่ออาการรบกวนอื่นๆ ที่มักเกิดในผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรัง เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นตะคริว เป็นต้น โดยปรับข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับอาการดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการลดหรือป้องกันอาการรบกวนอื่นๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Tan LH, Chen PS, Chiang HY, King E, Yeh HC, Hsiao YL, et al. Insomnia and poor sleep in CKD: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Med* 2022;4(5):1-12.
2. Phetsri K, Yodchai K, Chinnawong T. Factors related to quality of sleep in end stage renal disease patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Christian University Journal* 2021;27(23):1-15. (in Thai).
3. Kanogsunthornrat N, Taiwong A. A study of unpleasant symptom cluster among patients with chronic kidney disease stages 3 - 4. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2018;10(2):72-86. (in Thai).
4. Thongthiam S, Sriyuktasuth A, Saneha Ch, Leelahavanichkul A. The influences of sleep quality, nutritional status, and co- morbidity on quality of life in patients with pre dialysis chronic kidney disease. *Nurs Sci J Thail* 2016;34(1):42-52. (in Thai).
5. Phetsri K, Yodchai K, Chinnawong T. Insomnia, related factors and nurse's roles in insomnia management among end stage renal disease patients. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(4):130-6. (in Thai).
6. Panpanit L. Sleep problems in older people and nursing management. *Journal of Nursing Science and Health* 2020;43(1):139-50. (in Thai).
7. Chansom P, Panpanit P L. Development of a sleep promoting program using combination of non-pharmacological interventions for community dwelling older people. *Journal of Nursing Science and Health* 2022;45(4):114-6. (in Thai).
8. Panpanit L, Sopavonnakul T, Chansom P. Complementary and alternative therapies to promote sleep for older people. *Journal of Nursing Science and Health* 2021;44(4):107-42. (in Thai).

9. Sombutboon J, Prakas N. The effect of a sleep quality promotion program for the elderly patients in the hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2022;33(1):239-50. (in Thai).
10. Suri K, Sununsirikul K, Tonsuvan K. Quality of sleep and associated factors in elderly at urban community, Nakhon Sawan. *Region 3 Medical and Public Health Journal* 2022;19(1):15-21. (in Thai).
11. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* 2010;33(5):668-76.
12. Maneerat S, Maneerat S, Rungit Ph, Chuachomket N. Sleep quality, sleep promotion, sleep disturbing factor, and relationship between sleep quality and sleep disturbing factors among community-dwelling older in Bangkok community. *Journal of Psychology Kasem Bundit University* 2021;11(2):10-24. (in Thai).
13. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS* 1997;19(3):14-27.
14. Nimsuwan K, Kornpepanee S, Thepsatiporn S. Development of a mix massage program by integrating the Royal Thai and Chinese Acupressure techniques for relieving stress and increasing the sleep quality of people with primary insomnia. *Research Methodology and Cognitive Science* 2019;16(2):179-88. (in Thai).
15. Thangbua B. The effect of Thai traditional massage on quality of sleep, stress, and muscle pain in patients with insomnia and muscle tension syndrome at Chula Sleep Center and Outpatient Psychiatric Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Medicine]. Chulalongkorn University; 2021. (in Thai).
16. Kanangor N, Yaelae M, The A, Latekeh N, Rothatsadin N. The effectiveness of foot reflexology for relieving insomnia among the elderly: a case study of Thai Traditional Medicine Learning Center, Yala Rajabhat University. The 7th Southern National Institute of Higher Education Science and Technology Conference (NSCIC2022); 2022 March 10-11. Faculty of Science and Technology Suratthani Rajabhat University. Suratthani: Faculty of Science and Technology Suratthani Rajabhat University; 2022. p. 756-64. (in Thai).
17. Natale P, Ruospo M, Saglimbene V, Palmer S, Strippoli G. Interventions for improving sleep quality in people with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;26(5):1-24.
18. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28(2):193-213.
19. Morin CM, Vallieres A, Lvers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep* 2007;30(11):1547-54.
20. Zeng H, Liu M, Wang P, Kang J, Lu F, Pan L, et al. The effects of acupressure training on sleep quality and cognitive function of older adults: a 1-year randomized controlled trial. *Res Nurse Health* 2016;39(5):28-36.
21. Lai F, Chen I, Chen P, Chen IJ, Chien H, Yuan C. Acupressure sleep, and quality of life in institutionalized older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(5):103-8.