

ผลของกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*

The Effect of Nursing Care Using Aromatherapy on Sleep Quality in Older Persons with Dementia

สายฝน อินศรีชื่น, พย.ม.** Saifon Insrichuen, M.N.S.

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, Ph.D.*** Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด และเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 อายุตั้งแต่ 60 - 85 ปี ในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ จำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (dependent t-test และ independent t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

2. คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรพิจารณานำกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดไปใช้ในการจัดการกับภาวะนอนไม่หลับ แต่ควรปรับรายละเอียดของกิจกรรมให้เหมาะสมกับระยะของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุแต่ละราย

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Abstract

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. A sample was 44 men and women aged 60 – 85 years in the Senior Hospital. They were divided into 2 groups: 22 persons in each group. 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 and the Pittsburgh Sleep Quality Index with the reliability was .83. Data were analyzed using descriptive, dependent t-test and independent t-test. The results were

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 receiving the 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 ($p < .05$).

Findings suggested that nurses should apply this nursing care and aromatherapy to be guidelines for reducing the sleep problem on older persons with dementia. But nurses should be adjusted the details of activities appropriate to stage of dementia in the older persons

Keywords: Quality of sleep, nursing care using aromatherapy, older persons with dementia

ความสำคัญของปัญหา

สมองเสื่อมเป็นภาวะเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 35 ล้านคน (Alzheimer's disease international [ADI], 2010) ปี พ.ศ. 2552 ในประเทศไทยพบผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 12.3 (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) ภาวะสมองเสื่อม มีอาการผิดปกติหลายอย่าง ได้แก่ การรู้คิด ความจำ อารมณ์ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งปัญหาอนไมหลับ (McCurry et al., 2000)

ภาวะสมองเสื่อมทำให้ปัญหาการนอนหลับ มีความรุนแรงมากขึ้นในผู้สูงอายุ (Dauvillier, 2007) พบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์มีปัญหาการนอนหลับถึงร้อยละ 27.6 (Tractenberg et al., 2005) คลินิกผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศอิตาลี พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 60 (Guarnieri et al., 2012) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบสมองส่วน suprachiasmatic nucleuse ใน anterior hypothalamus ซึ่งควบคุมการหลับและตื่น มีการฝ่อและเสื่อมลง ส่งผลให้การหลั่งสารสื่อประสาทที่มีความผิดปกติ การบกพร่องทางการรับรู้ พฤติกรรมกระวนกระวาย ทำให้

มีปัญหาการนอนหลับ โดยพบความผิดปกติของการนอนหลับลึก (Boeve et al., 2004) ระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนหลับนานกว่าปกติ นอนหลับช่วงกลางวันมาก ตื่นบ่อย คุณภาพการนอนหลับลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ (Krystal et al., 2009) ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ อายุ เพศ ระยะของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะปานกลางมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุสมองเสื่อมระยะรุนแรงมีปัญหาการนอนหลับในช่วงกลางวันมากกว่าผู้ป่วยระยะอื่น (Rao et al., 2008) ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ รวมทั้งพบว่า ยาที่ได้รับ กิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ (อรชาม ฌณิธัญ, 2553)

ผลจากปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ทำให้ตื่นตัวตลอดเวลา หัวใจทำงานมาก ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดอัมพาต เกิดโรคในระบบหัวใจได้ (Redeker & Stein, 2005) ไม่สดชื่น ง่วง หาวบ่อย ๆ ไม่มีสมาธิ อารมณ์แปรปรวน เกิดความเครียด (Cole & Dendukuri, 2003) การดำเนินโรคสมองเสื่อมทรุดลงเร็ว ความบกพร่องทางการรับรู้มากขึ้น (Krystal et al., 2009) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะค่อย ๆ ลดลง (Lee, 2007) ต้องใช้ยานอนหลับเพิ่มมากขึ้น (Glass et al., 2005) สับสน เดินไปมาช่วงกลางคืน อาจเกิดหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้าโรงพยาบาล (Fiona, 2006) แต่ปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อมมักถูกมองข้าม ส่วนใหญ่ใช้ยานอนหลับเป็นหลัก พบถึงร้อยละ 58 (Anderson et al., 2009) แต่การใช้ยานอนหลับเกิดผลข้างเคียง เช่น สับสน การรับรู้ลดลง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย สูญเสียการทรงตัว พบว่า การใช้ยานอนหลับกลุ่ม benzodiazepine ทำให้เกิดการหกล้ม และกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 50-80 (Dawit & George, 2010) การบำบัดโดยไม่ใช้ยาจึงมีความสำคัญเพื่อลดปัญหาการเกิดผลข้างเคียงจากยา โดยใช้กิจกรรมการพยาบาลควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ (พรศิริ พันธุ์ศรี, 2552) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามหลักกระบวนการพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมาย ส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดี ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา

2) การวิเคราะห์ประเด็นปัญหา 3) วางแผนกิจกรรม 4) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 5) ประเมินผลลัพธ์ (Yura & Walsh, 1983) จากขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลสามารถวางแผนกิจกรรมการพยาบาลได้ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การพยาบาลโดยตรงกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม การใช้สுவคนบำบัดเพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงกลางวัน ส่งผลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดอาการสับสนส่งผลต่อการนอนหลับได้ จึงต้องดูแลให้เงียบสงบ (ชนันต์ แสงสีดา, 2552) ดูแลเรื่องแสง เสียง อุณหภูมิที่เหมาะสม เกิดความคุ้นเคย มีความผ่อนคลาย รวมทั้งต้องคำนึงถึงความสะอาด และปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2548) การจัดกิจกรรมทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ลดการงีบหลับในช่วงกลางวัน เป็นกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ทำให้จังหวะการนอนหลับ และการตื่นสมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ร่างกายจะหลั่งสารเคมีในสมอง norepinephrine และ dopamine ช่วยลดอาการอ่อนเพลีย และสาร serotonin ทำให้เกิดอาการผ่อนคลายและนอนหลับดี พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นเวลา 40 นาที อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีการนอนหลับดีขึ้น (The Joanna Briggs Institute, 2004) และพบว่า การออกกำลังกายส่งผลกับคุณภาพการนอนหลับถึงร้อยละ 31 (พัสมณท์ คุ่มทวี, 2551)

สวคนบำบัด ช่วยลดพฤติกรรมรบกวน ทำให้เกิดการนอนหลับในผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ดีขึ้น (Lin et al., 2007) เมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มเซลล์และส่งสัญญาณเป็นสารสื่อประสาทแปรเป็นสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านเส้นประสาทไปยังสมอง limbic system ระบบสมองจะหลั่งสาร endorphin ลดความเจ็บปวด สาร encephaline ทำให้อารมณ์ดี และ serotonin ทำให้สงบ ผ่อนคลาย และพบว่าการสูดดมน้ำมันหอมระเหยซ้ำๆ เป็นจังหวะนาน 5 นาที ก่อนนอนทุกวัน (วารสารณัฏฐศาสตร์, 2547) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้นอนหลับดีขึ้น การใช้สวคนบำบัดปฏิบัติได้ง่าย มีผลข้างเคียงน้อย ราคาไม่แพง นิยมใช้โดยวิธีการสูดดม (เจียมจิต แสงสุวรรณ,

2551) หรือการนวดที่มือ เพื่อให้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหยแตกตัวได้ดีขึ้น น้ำมันหอมระเหยมีกลิ่นที่นิยมใช้ส่งเสริมการนอนหลับคือ กลิ่นลาเวนเดอร์ เนื่องจากมีฤทธิ์กระตุ้นให้ร่างกายผลิตสารสื่อประสาท serotonin ที่มีผลให้เกิดความผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น (สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำสถานพยาบาลผู้สูงอายุ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ต้องการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ลดการเข้ายาลงใจศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ผสมผสานสวคนบำบัดเข้าไปในกิจกรรมการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่ได้รับการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Yura and Walsh (1983) ประเมินปัญหาการนอนหลับเกี่ยวกับระยะเวลาการนอน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน นำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในแต่ละด้าน และวางแผนการดูแลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมวางแผน จากนั้นจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน จัดสิ่งแวดล้อม และใช้สวคนบำบัดตามแนวคิดของ Lin et al. (2007) โดยการสูดดมน้ำมันหอมระเหยจะออกฤทธิ์ที่สมองเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิด serotonin ส่งผลให้เพิ่มคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ขั้นตอนสุดท้ายคือประเมินผลเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรมและคุณภาพการนอนหลับ โดยแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1

กิจกรรมทางการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัต

ตามกระบวนการพยาบาลของ Yura and Walsh (1983) เป็นเวลา 5 สัปดาห์

1. การประเมินปัญหา ประเมินการนอนหลับตามแนวคิดของ Yesavage รวมทั้งประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ
2. การวินิจฉัยการพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และให้การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เพื่อระบุเป็นเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาล
3. การวางแผนการพยาบาล จัดลำดับของปัญหา และวางแผนการพยาบาล โดยให้ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการนอนหลับ
4. การปฏิบัติการพยาบาล นำแผนการพยาบาลที่ตั้งไว้มาปฏิบัติพยาบาล
 - 1) การให้ความรู้และอธิบายกิจกรรมการดูแลแก่เจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแล
 - 2) การจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการนอนหลับ 3) การจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน เพื่อลดการงีบหลับ 4) การใช้สுவคนธำบัตโดยใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์
5. การประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประเมินผลคุณภาพการนอนหลับหลังรับโปรแกรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์

คุณภาพการนอนหลับ
ของผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะสมองเสื่อม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัตในสถานพยาบาลผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและอายุไม่เกิน 85 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณอำนาจการทดสอบ 80 % และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 ค่าความเชื่อมั่น .05 จากการเปิดตาราง (Burn & Grove, 2005) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระยะที่ 1 และ 2 ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ก่อนการศึกษา และไม่มีภาวะหลงผิด หรือสับสนเฉียบพลัน 2) คุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติแพ้เกสรดอกไม้ 4) ขอบกลืนลาเวนเดอร์ 5) ไม่มีประวัติเป็นโรคหอบหืด หรือข้อห้ามจากแพทย์ในการใช้สுவคนธำบัต เพื่อลดปัจจัยรบกวนการวิจัย จึงเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (matched pair) ด้านอายุ เพศ ระยะเวลาของภาวะสมองเสื่อม ระดับคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับเดียวกัน การได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับกลุ่มเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและศึกษาจากเวชระเบียน ประวัติ

เกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา ที่มาของรายได้ จำนวนปีที่พักอาศัยในสถานพยาบาล การได้รับยาที่มีฤทธิ์ ทำให้วังง ระยะของภาวะสมองเสื่อม คะแนนการประเมินคุณภาพ การนอน คะแนนการประเมินตามแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทย ของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) ซึ่งผ่านการนำมาแล้วโดย ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ (2547) ได้นำมาใช้โดยการสังเกตของผู้ดูแลในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 30 ราย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .83 และ อรชยา มณีธนู (2553) นำมาใช้ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ 120 ราย และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .81 มีการแปลผล คือ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกพฤติกรรมกรนอนหลับ บันทึกเวลาเข้านอนและตื่นนอน ระยะเวลาการนอนหลับ การตื่นระหว่างนอนหลับในแต่ละคืน โดยบันทึกอย่างต่อเนื่องทุกคืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดในผู้สูงอายุสมองเสื่อม พัฒนาตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ของ Yura and Walsh (1983) ร่วมกับแนวคิดการใช้สวคนธบำบัด ของ Lin et al. (2007) ประกอบด้วย กิจกรรมที่จัดในช่วงกลางวัน ได้แก่ การออกกำลังกายกลุ่ม การเปิดดนตรี ขณะรับประทานอาหารเช้า จัดกิจกรรมสันทนาการ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้สวคนธบำบัดก่อนนอน 2) แผนการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้สวคนธบำบัดในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 3) คู่มือการใช้สวคนธบำบัดสำหรับผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้ผู้ดูแล

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ 1) แบบบันทึกการใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ในการติดตาม 2) แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงกลางวัน โดยมีการบันทึกจำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมทั้งหมด คือ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 15 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แผนการสอนเรื่อง การใช้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คู่มือการใช้กิจกรรมพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขา การพยาบาล ผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเกี่ยวกับสวคนธบำบัด 1 ท่าน อายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน พยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน คำนวณตามผลการพิจารณาความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิโดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อข้อความแต่ละข้อโดยใช้มาตรประเมินค่า 4 ระดับ (Polit & Beck, 2004) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ .96, .98 และ .92 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ฉบับภาษาไทย ของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 30 ราย ที่บ้านพักผู้สูงอายุเดอะซีเนียร์ ซึ่งเป็นคนละตึกที่เก็บข้อมูลวิจัย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือขอความร่วมมือต่อญาติผู้รับผิดชอบหลักของผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ และชี้แจงถึงการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่กระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การประเมินต่าง ๆ จะเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาอยู่ในภาพรวมเท่านั้น แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสมองเสื่อม บกพร่องการรับรู้ และการตัดสินใจ จึงเป็นการลงรายชื่อยินยอมจากญาติผู้รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายตามกฎระเบียบสถานพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญญ์ ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

2. ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละกลุ่ม โดยเก็บกลุ่มควบคุมก่อน

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 กรกฎาคม 2558 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าในระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตามปกติคือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดสันหนากการ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ใส่บาตรตอนเช้า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ออกกำลังกาย วันละ 15 นาที และรับประทานอาหารร่วมกันวันละ 1 ครั้ง และผู้วิจัยได้นัดหมายให้ผู้สูงอายุว่าจะเข้ามาพบผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5: ผู้วิจัยจะเข้าพบกับผู้สูงอายุแต่ละรายอีกครั้ง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ในกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับซ้ำ

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม ถึง 10 กันยายน 2558

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงขั้นตอนการทดลอง แจ้งผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับ ร่วมวิเคราะห์และวางแผนกิจกรรมกับผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ และญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมในช่วงกลางวัน ปรับสิ่งแวดล้อมบนที่การนอน การใช้น้ำมันหอมระเหย มอบคู่มือวิธีการใช้สுவคนธบำบัด ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ดังนี้

1. จัดทำกิจกรรมช่วงกลางวัน ได้แก่

- 1) กิจกรรมช่วงเช้า (08.00-09.00): ผู้วิจัยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมภายนอกห้องพัก การออกกำลังกาย
- 2) กิจกรรมช่วงบ่าย (14.00-15.30): ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดแขน ขา 30 นาที กิจกรรมสันหนากการร่วมกันเป็นรายกลุ่มใช้เวลา 60 นาที ได้แก่

กิจกรรมสิ่งประดิษฐ์ (วันจันทร์, วันศุกร์) วาดภาพระบายสี (วันอังคาร, วันศุกร์) เกมใบ้คำ (วันพุธ) เล่นเกมบิงโก (วันพฤหัสบดี) 3) กิจกรรมช่วงเย็น (17.00-18.00): ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ดูทีวี ฟังธรรมะ 4) ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกัน และเปิดเพลงระหว่างการรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ

2. การจัดสิ่งแวดล้อม (09.30-10.30): ผู้วิจัย ญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ร่วมกันจัดสถานที่จัดห้องพัก และผู้วิจัยได้สอบถามความพอใจเป็นระยะ ในทุกสัปดาห์

3. ผู้วิจัยดูแลให้ผู้สูงอายุสวมเสื้อผ้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ หยดลงฝ่ามือ 1-5 หยด ภูมิอากาศ 3 ครั้ง สูดดมกลิ่น ซ้ำ ๆ เป็นจังหวะ นาน 5 นาที ก่อนนอนติดต่อกัน 4 สัปดาห์

4. ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ช่วยบันทึกระยะเวลาการนอนหลับของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง ตั้งแต่เข้านอนจนถึงการตื่นนอนในช่วงเช้า 06.00 น.

สัปดาห์ที่ 5 (วันสุดท้ายของการทดลอง): ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI ฉบับภาษาไทยของ ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรัญญ์ ตันชัยสวัสดิ์ (2540) โดยสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาการรับรู้และความเข้าใจไม่สามารถทำแบบสอบถามแบบเดิมได้ด้วยตนเองอย่างชัดเจน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17 แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ และคะแนนประเมินคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้ dependent t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.8 มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 59.1 ($\bar{X} = 79.9$) ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.4 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ที่มาของรายได้มาจากบุตร/หลาน/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 61.4 โดยมีจำนวนปี

ที่เข้าพักอาศัยน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงและเสริมการนอน คิดเป็นร้อยละ 68.2 มีระยะของภาวะเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 52.3

2. เปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัตของกุ่มควบคุม และกุ่ม

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัต ของกุ่มควบคุม และกุ่มทดลอง (n= 44)

คุณภาพการนอนหลับ	ก่อน	หลัง	\bar{d}	SD	t	df	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)					
กุ่มควบคุม (n=22)	15.68 (2.06)	14.14 (2.12)	1.54	2.18	3.33*	21	< .01
กุ่มทดลอง (n=22)	15.41 (1.79)	5.55 (2.28)	9.86	2.30	20.16*	21	< .01

*p < .05

3. คะแนนผลประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัตมีค่าต่ำกว่ากุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลโดยใช้สுவคนธำบัต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทดลอง พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองมีคะแนนผลการประเมินคุณภาพการนอนหลับต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [t (21) = 20.16, p < .05] โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธำบัตมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังตาราง ที่ 1

ที่ระดับ .05 [t (41.78) = -12.93, p < .05] แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธำบัตมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่ากุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธำบัต กับกุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($n_1 = 22, n_2 = 22, n_{รวม} = 44$)

	กุ่มควบคุม	กุ่มทดลอง	t	df	p-value
	\bar{X} (SD)	\bar{X} (SD)			
ก่อนทดลอง					
คุณภาพการนอนหลับ	15.68 (2.06)	15.41 (1.79)	-0.47	41.22	0.64
หลังการทดลอง					
คุณภาพการนอนหลับ	14.14 (2.12)	5.55 (2.28)	-12.93*	41.78	< .01

*p < .05

การอภิปรายผล

1. คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05) เนื่องจาก

โปรแกรมที่จัดขึ้นได้ประยุกต์ใช้กิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิด ของ Yura and Walsh (1983) ที่กำหนดกิจกรรมตามเป้าหมายสอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละคนตามขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ

แต่ละราย โดยให้ผู้สูงอายุรวมทั้งญาติผู้ดูแลเล่าถึงแบบแผนการนอนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ สภาพแวดล้อมในการนอนหลับของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ทำให้มองเห็นประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยวิเคราะห์ร่วมกันกับผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล ทำให้พบว่าปัญหาการนอนหลับเกิดจากพฤติกรรม บางรายมีความเครียดเรื่องการนอนไม่หลับของตนเอง บางรายชอบจับหลับในช่วงกลางวันเพราะไม่รู้ว่าจะทำอะไร ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำให้ปรับแบบแผนการนอนหลับ จัดสิ่งแวดล้อม แนะนำการทำกิจกรรมในช่วงกลางวันให้กับผู้สูงอายุและญาติ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด เมื่อผู้สูงอายุ ญาติ และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเกิดความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ ทำให้ตระหนักถึงปัญหาของการไม่นอนหลับ ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (ศิริเพ็ญ วาณิชานนท์, 2544) จึงช่วยดูแลและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีปัญหาการรับรู้บกพร่องให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูงอายุปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับตามความต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยและมั่นใจ ไม่สับสน (Hall, 1998) เกิดความรู้สึกถึงการเอาใจใส่ และความปลอดภัย ส่วนการจัดกิจกรรมในช่วงกลางวัน ซึ่งคำนึงถึงการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และคำนึงถึงศักยภาพ ความสามารถและการรับรู้ต่อการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยจัดให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที การจัดกิจกรรมสั้นๆ การประมาณ 2 ชั่วโมง ช่วยหลีกเลี่ยงการจับหลับ กระตุ้นการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดกิจกรรมทางสังคม เป็นกิจกรรมภายใต้แสงสว่าง ทำให้จังหวะของวงจรการนอนหลับ และการตื่นสมดุล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) การจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน และเปิดเพลงผ่อนคลาย ในระหว่างการรับประทานอาหารทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าได้มากขึ้น นิ่งได้นานขึ้น (Hicks- More, 2005) การทำกิจกรรมในห้องพัก พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมชอบสวนมนต์ ฟังธรรมะ ดูทีวีช่วงเย็น ทำให้ไม่รีบนอนเร็วเกินไป และเมื่อผู้สูงอายุได้สดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่น

ลาเวนเดอร์ก่อนนอน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอาการผ่อนคลาย (Line et al., 2007) ซึ่งส่งผลในระยะการนอนหลับ NREM ในระยะที่ 4 ทำให้หลับสนิทมากขึ้น การตื่นระหว่างการนอนหลับลดลง เกิดการผ่อนคลายสูงสุดนอนหลับดี เนื่องจากน้ำมันหอมระเหยมีกลิ่นหอมและมีโครงสร้างทางเคมีที่มีส่วนกระตุ้นให้สมองผลิตสารสื่อประสาทที่เรียกว่า serotonin เพิ่มขึ้น (Lewith et al., 2005) เมื่อโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจับกับตัวรับบนเยื่อหุ้มเซลล์และส่งสัญญาณสารสื่อประสาทแปรสัญญาณไฟฟ้าโดยผ่านเส้นประสาทไปยังสมอง limbic system ระบบสมองจะหลั่งสาร endorphin ลดความเจ็บปวด สาร encephaline ทำให้อารมณ์ดี และ serotonin (Lytle, Mwatha, Davis, 2014) จึงทำให้หลับดีขึ้น ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI เป็นการประเมินผลหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับโปรแกรม เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ และประสิทธิผลของกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สวคนธบำบัด พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดจนครบ 4 สัปดาห์ เท่ากับ 5.55 (SD = 2.28) ดังนั้นจึงกล่าวว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นหลังจากที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ กรองกานต์ จุสะปาโล (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับด้วยสวคนธบำบัดร่วมกับเทคนิคหายใจผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 52 ราย ที่ใช้การจุดตะเกียงน้ำมันกลิ่นกระดังงา กลิ่นโมก กลิ่นมะลิวันละ 45 นาที ร่วมกับการฟังซีดีเพื่อสร้างเทคนิคการหายใจผ่อนคลาย พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น จากคืนที่ 1, 2, 3 ของการพักรักษาตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวคนธบำบัดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น สามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนผลประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้

สุพรรณธำบัตมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) เนื่องจาก กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้สุพรรณธำบัตเป็นการใช้ กระบวนการพยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดสุพรรณธำบัต อย่างชัดเจนและครอบคลุมถึงปัญหาและปัจจัยที่มีส่วน ทำให้เกิดปัญหา มีความชัดเจนของขั้นตอนปฏิบัติได้ง่าย ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงได้รับความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากผู้สูงอายุ ที่เข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อม มีพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ที่เหมาะสมจาก การทำซ้ำ ๆ จนส่งผลทำให้มีแบบแผนการดูแลการนอนหลับ ที่ดี และเมื่อสูดดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ซึ่งเป็นตัวส่งเสริมการนอนหลับที่ดี นำมาผสมผสานกับการจัด กิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างดี มีญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ใส่ใจในขณะที่ทำกิจกรรมจนได้ รับกิจกรรมอย่างเข้มข้นต่อเนื่องทำให้มีคุณภาพการนอน หลับดีขึ้น จึงทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุสมอง เสื่อมกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้สุพรรณธำบัต ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับ Soe and Chang (2009) ที่ใช้น้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ มะกรูด คาโมมายด์ ในสัดส่วน 1:1:1 ผสมในน้ำมันวุ้นทาง จระเข้ นวดมือ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุเพศหญิง ชมรมผู้สูงอายุเกาหลี จำนวน 56 ราย พบว่ากลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าและอาการนอนไม่หลับลดลงอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ Lee, Kim, Bok et al. (2011) ใช้การสูดดมกลิ่นลาเวนเดอร์และกลิ่นส้มวันละ 2 นาที วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ในผู้ป่วยฟอกไต จำนวน 34 ราย พบว่าสามารถ ลดความผิดปกติของการนอนหลับ และอาการเหนื่อยล้า มีความพึงพอใจในการนอนหลับ เพิ่มขึ้น

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ตั้งแต่ 70 ปี ถึง 85 ปี โดยเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย คิดเป็น ร้อยละ 59.1 และผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 40.9 ซึ่งใน ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้โดยพื้นฐาน มักมีความรู้สึกว่าตนเองมี ความเสื่อมถอยในเรื่องของสุขภาพร่างกาย มีการตัดสินใจ หรือการดูแลตนเองได้ลดลง จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรคเป็นทุนเดิม เมื่อมีผู้มาให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับให้ ตนเองดูแลแข็งแรงขึ้น โดยพื้นฐานผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมั่น

ในตัวของการพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้มีความรู้ และให้การดูแล ได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้วิจัยอยู่ในฐานะของพยาบาลเป็นผู้ให้ ความรู้ และร่วมทำกิจกรรมด้วย ส่งผลให้เกิดความใกล้ชิด ความวางใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี นอกจากนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดย สูงถึงร้อยละ 81.8 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศหญิงจะมีความตั้งใจ ในการทำกิจกรรมได้ดี และมีพื้นฐานในเรื่องของความ สวยงาม กลิ่นหอมต่าง ๆ เมื่อได้รับการสูดดมน้ำมันกลิ่น หอมระเหยที่ตนเองชื่นชอบตามที่ผู้วิจัยจัดให้ เมื่อสูดดม แล้วเกิดความสดชื่น ผ่อนคลาย หลับสบาย (สำนักการแพทย์ ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2007) ยิ่งตอกย้ำ ให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและทำอย่างต่อเนื่องได้ตาม โปรแกรมทำให้ได้ปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างเข้มข้น ส่วน ที่มาของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน โดย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีที่มาของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 68.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ใช้ทรัพย์สินเดิมที่มีอยู่ ร่วมกับบุตรหลานช่วยดูแล ในกลุ่มที่มีบุตรหลานช่วยดูแลจึงมีความผ่อนคลายและ วิตกกังวลน้อยกว่า เนื่องจากไม่ต้องเข้ามารับรู้เกี่ยวกับ การจัดการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สามารถทำกิจกรรมตาม โปรแกรมได้ และความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดี ส่งผลให้ได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น จึงส่งผล ให้ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานอย่างชัดเจน จาก ข้อมูลที่กล่าวมา เห็นได้ว่าผู้วิจัยที่อยู่ในฐานะพยาบาลต้อง มีบทบาทนอกเหนือจากการให้ความรู้ ต้องสร้างความเข้าใจ และยังคงเป็นผู้คอยกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดผลสำเร็จ ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจ ทำให้ทั้ง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ สูงสุด

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้สุพรรณธำบัตในการวิจัยนี้ เป็นการใช้กระบวนการ พยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดสุพรรณธำบัตอย่างชัดเจนและ ครอบคลุมถึงปัญหาและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหา รวมทั้งปัจจัยที่อาจเกิดขึ้นได้ มาจัดทำโปรแกรมเพื่อเพิ่ม คุณภาพการนอนหลับในการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างมีบทบาทอิสระ รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการทำ กิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าใจและรับรู้ถึง

ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกรเรียนรู้อื่นๆที่เหมาะสมจากการทำซ้ำ ๆ จนส่งผลทำให้มีแบบแผนการดูแลการนอนหลับที่ดี และยังเป็นการต่อยอดให้เห็นได้ชัดว่าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ เป็นตัวส่งเสริมการนอนหลับอย่างหนึ่งและเมื่อนำมาผสมผสานกับการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม ได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างดี มีญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ใส่ใจในขณะที่ทำกิจกรรม จนได้รับกิจกรรมอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง จึงทำให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มที่ได้รับสวดคนธบำบัดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวดคนธบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่าการให้กิจกรรมการพยาบาลโดยใช้สวดคนธบำบัด สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปใช้จัดการกับภาวะนอนไม่หลับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยปรับรายละเอียดของกิจกรรม การเพิ่ม/ลดกิจกรรมในช่วงกลางวัน
2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรพิจารณาจัดบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาดำเนินโปรแกรม การจัดสถานที่ และอุปกรณ์ที่เหมาะสม พิจารณาระยะเวลาในการทำกิจกรรม
3. ศึกษาการคงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรองกานต์ จุสปะปาโล. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับด้วยสวดคนธบำบัดร่วมกับเทคนิค

หายใจผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

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

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

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญชัย ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123-132.

พรศิริพันธ์ศรี และอรพินท์ สีขาว. (2552). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อการพัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 24(3), 81-93.

พัสมณดี คุ่มทวีพร และเสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2551). การนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการนอนหลับของประชาชนในชุมชนเมืองภาคกลางของประเทศไทย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 15(1), 78-91.

ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ*. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

- และการแพทย์ทางเลือก. (2007). *ตำราวิชาการ สุนทรบำบัด*. นนทบุรี: สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย, 2551-2*. เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/Report>
- อรชามณีชนู. (2553). *ปัจจัยคัดสรรคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุโรคอัลไซเมอร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 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.
- 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
- 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. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th 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.
- 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.
- Dawit, A. W., & George, T. G. (2010). *Circadian rhythm disturbances in patients with Alzheimer's Disease: A review*. Retrieved August 26, 2014, from <http://www.hindawi.com/journals/ijad/2010/716453/>
- Dauvilliers, Y. (2007). Insomnia in patients with neurodegenerative conditions. *Sleep Medicine, 8*, 27-34.
- Fiona, E. (2006). Falls in older people with dementia. *Geriatrics and Ageing, 6*, 37-40.
- 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.
- Guarnieri, B., Adorni, F., Musicco, M., Appollonio, I., Bonanni, E., & 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.
- 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.
- Krystal, A. D., Edinger, J. D., & Wohlge-muth, W. K. (2009). Sleep and circadian rhythm disorders. In D. G. Blazer and D. C. Steffens (Eds.), *The American Psychiatric Publishing:*

- Textbook of Geriatric Psychiatry*, (4th ed). Washington: Wilson Boulevard.
- 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.
- Lewith, G. T., Godfrey, A. D., & Prescott, P. (2005). A single – blinded, randomized pilot study evaluating the aroma of *lavandulaaugustifolia* 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 (*Lavandulaangusitifolia*) as an intervention for agitatedbehaviours in Chinese older person with dementia: A cross – over randomized trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 405-410.
- 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.
- McCurry, S. M., Reynolds, C. F., Ancoli-Israel, S., Teri, L., & Vitiello, M.V. (2000). Treatment of sleep disturbancein Alzheimer’s disease. *Sleep Medicine*, 4, 603-608.
- McCurry, S. M., Vitteillo, 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.
- 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.
- Soe, S. Y. & Chang, S. Y. (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.
- 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.
- The Joanna Briggs Institute. (2004). *Best practice: Evidence based practice information sheets for heath professional*, 8(3), 1-5.
- 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*. (4th ed.). New York: Appleton-Century Crofts.