


การพัฒนาโปรแกรมวัดผลสมรรถนะการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกวดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลาย
ความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ


ขวัญเรียม นิมสุวรรณ

ดุขฎฐินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุขฎฐิบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2561
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมดุขฎีนิพนธ์และคณะกรรมการสอบดุขฎีนิพนธ์ ได้พิจารณา
ดุขฎีนิพนธ์ของ ขวัญเรียม นิมสุวรรณ ฌบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมดุขฎีนิพนธ์

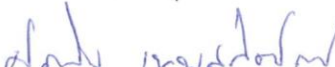

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติา กรเพชรปานี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์)


คณะกรรมการสอบดุขฎีนิพนธ์


.....ประธาน
(นายแพทย์สมรภัษ สันติเบ็ญจกุล)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติา กรเพชรปานี)


.....กรรมการ
(ดร.ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์)


.....กรรมการ
(ดร.ปรัชญา แก้วแก่น)


.....กรรมการ
(ดร.ยุธนา จันทะจีน)

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญาอนุมัติให้รับดุขฎีนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุขฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติา กรเพชรปานี) และวิทยาการปัญญา
วันที่ ...3...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ. 2561

คุณฉันทิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา
จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ประจำปี 2560

กิตติกรรมประกาศ

ดุชนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ทรเพชรปानी อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และดร.ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาทางด้านวิชาการ ให้กำลังใจแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งกรุณาช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการดำเนินการวิจัยสำเร็จ สมบูรณ์ได้ และขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำปรึกษาด้านวิชาการ และให้กำลังใจตลอด การศึกษา รวมทั้งคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานที่เกี่ยวข้อง กับการศึกษาและดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ คณะพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านต่าง ๆ รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร อำนวยความสะดวก ตลอดการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยให้มีคุณภาพ ตลอดจนผู้เขียนเอกสารหรือตำราที่ได้นำมาอ้างอิงประกอบการเรียบเรียงจน สำเร็จเป็นรูปเล่ม ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี สิ่งที่ได้มีได้ คือ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ครอบครัวหิเทียม และครอบครัวนิมสุวรรณ ที่สนับสนุนให้โอกาสให้เวลาและเป็นกำลังใจตลอดการศึกษาวินิจฉัย ขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน เพื่อน ๆ ทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง และให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของดุชนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแต่บุพการี บุรพจารย์ ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในทุกระดับการศึกษา ที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษา และ ประสบความสำเร็จตราบเท่าทุกวันนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทบัณฑิตศึกษา ประจำปีการศึกษา 2560

ขวัญเรียม นิมสุวรรณ

53810236: สาขาวิชา: การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา;

ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)

คำสำคัญ: อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ/ การนวดไทยแบบราชสำนัก/ การกดจุดแบบจีน/
คุณภาพการนอนหลับ

ชวัญเรียม นิมสุวรรณ: การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับ
การกดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอน
ไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (DEVELOPMENT OF A MIXED MASSAGE PROGRAM BY INTEGRATING
THE ROYAL THAI AND CHINESE ACUPRESSURE TECHNIQUES FOR RELIEVING STRESS
AND INCREASING THE SLEEP QUALITY OF PEOPLE WITH PRIMARY INSOMNIA)

คณะกรรมการควบคุมดุขฉุฉุฉุฉุฉุฉุฉุ: สุชาดา กรเพชรปาดฉุฉุฉุฉุฉุฉุฉุ, Ph.D., ศรารฉุฉุฉุฉุฉุฉุฉุ, ปร.ด. 214
หน้า. ปี พ.ศ. 2561

การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ ถ้านอนหลับไม่เพียงพอ จะส่งผลต่อการเกิดโรค
ต่าง ๆ มากมาย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบ
ราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน 2) นำโปรแกรมนวดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยเปรียบเทียบการผ่อนคลาย
ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับ
กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ อายุระหว่าง 15-60 ปี ได้มาโดย
การอาสาสมัคร จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย ได้แก่ โปรแกรมนวดที่พัฒนาขึ้น เครื่องตรวจการนอนหลับ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ
แบบวัดความเครียดสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยปรากฏว่า 1) โปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การนวดตาม
แนวเส้นพื้นฐาน 11 เส้น เป็นเวลา 55 นาที การนวดจุดสัญญาณ 16 จุด เวลา 15 นาที และการกด
จุดจีน 7 จุด เป็นเวลา 20 นาที รวมใช้เวลาทั้งหมด 90 นาที โดยมีการลงน้ำหนัก 3 ระดับ คือ 50, 70
และ 90 ปอนด์ 2) ความเครียดระยะหลังการนวดในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการนวด ($p<.01$) และ
ความเครียดระยะหลังการนวดในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.01$) 3) คุณภาพการนอนหลับ
ผลการตรวจการนอนหลับทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ เวลารวมเฉพาะหลับจริง และระยะเวลา
ที่เข้านอนจนหลับระยะหลังการนวดในกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการนวด ($p<.01$) และคุณภาพ
การนอนหลับ ประสิทธิภาพการนอนหลับและเวลารวมเฉพาะหลับจริงระยะหลังการนวดในกลุ่มทดลอง
ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.01$) และ 4) ระยะหลังการนวดในกลุ่มทดลอง มีระยะการนอนหลับ NREM
ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการนวด และระยะเวลาที่เข้าน
นอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleepไม่แตกต่างกับ
กลุ่มควบคุมแต่มีแนวโน้มดีขึ้นกว่าและใกล้เคียงค่าปกติมากยิ่งขึ้น สรุปได้ว่า โปรแกรมนวดผสมผสาน
ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ
ให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นและลดความเครียดลงได้

53810236: MAJOR: RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCES; Ph.D.
(RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCES)

KEYWORDS: PRIMARY INSOMNIA/ ROYAL THAI MASSAGE/ ACUPRESSURE MASSAGE

KWANRIEM NIMSUWAN: DEVELOPMENT OF A MIXED MASSAGE PROGRAM BY INTEGRATING THE ROYAL THAI AND CHINESE ACUPRESSURE TECHNIQUES FOR RELIEVING STRESS AND INCREASING THE SLEEP QUALITY OF PEOPLE WITH PRIMARY INSOMNIA. ADVISORY COMMITTEE: SUCHADA KORNPETPANEE, Ph.D., SARAWIN THEPSATITPORN, Ph.D. 214 P. 2018.

Sleep is important for humans. If there is insufficient sleep, it can affect many diseases. The purposes of this research were 1) to develop a massage program mixing the royal Thai massage with Chinese acupressure techniques, 2) to study the effects of massage programs by comparing relaxation and sleep quality between the group receiving the massage with a control group. The sample consisted of 40 volunteers with primary Insomnia aged 15-60 years. Twenty participants were randomly and equally assigned to the experimental and control group. The instruments were the mixed massage program, Sleep Measurement, Sleep Quality Assessment and Suanprung Stress Test. Data were analyzed by using *t*-tests and correlation coefficients.

The results were as follows. 1) The mixed massage program consisted of 11 lines of massage for 55 minutes, 16 points of massage for 15 minutes and 7 points of Chinese massage for 20 minutes. Total time was 90 minutes. There were three levels of weights: 50 pounds, 70 pounds, and 90 pounds. 2. The stress after the massage, the comparison within the experimental group found that the stress was better than before the massage ($p < .01$) and better than the control group ($p < .01$). 3) The sleep quality after the massage, the comparison within the experimental group found that the sleep quality, the sleep efficiency, the total sleep time and the sleep latency of the experimental group were all better than before the massage ($p < .01$) and the sleep quality, the sleep efficiency and the total sleep time in the experimental group were better than the control group ($p < .01$) 4) After the massage, NREM sleep 3rd range and REM sleep were not significantly different within the experimental and the sleep latency, NREM sleep 3rd range and REM sleep in the experimental group were not significantly different with the control group. However, the trend was to be better and closer to normal values. It was concluded that the mixed massage program can be used to promote sleep quality in people with primary insomnia, to improve sleep quality, and to reduce stress.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ.....	9
ตอนที่ 2 ภาวะการนอนไม่หลับและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดไทยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดกดจุดแบบจีนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	56
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับ การกดจุดแบบจีน.....	57
ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการนำโปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มี อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียด และเพิ่ม คุณภาพการนอนหลับ.....	66
4 ผลการวิจัย.....	80
ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและ การกดจุดแบบจีน.....	80
ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	86
ตอนที่ 3 ผลของการนำโปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการ นอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพ การนอนหลับ.....	90

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	98
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผล.....	100
ข้อเสนอแนะ.....	104
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	122
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ค ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	134
ภาคผนวก ง คู่มือโปรแกรมขนาดผสมผสาน.....	143
ภาคผนวก จ.....	199
ภาคผนวก จ.1.....	200
ภาคผนวก ฉ.....	204
ภาคผนวก ฉ.1.....	205
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	213

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3-1 ขนาดแรงและเวลาที่ใช้ในการนวดแนวเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณและบริเวณจุดฝังเข็ม.....	61
3-2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ.....	68
3-3 กำหนดวันและเวลาปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมนวดผสมผสานในกลุ่มทดลอง.....	76
3-4 กำหนดวันและเวลาปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมนวดผสมผสานในกลุ่มควบคุม.....	77
4-1 ตำแหน่งการนวด แรงที่ใช้และระยะเวลาในโปรแกรมนวดผสมผสาน.....	81
4-2 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	86
4-3 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียดและคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวด ไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน.....	90
4-4 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวด ไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน.....	93
4-5 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระยะหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบ ราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม.....	95
4-6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อน การนวดในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ.....	97

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
2-1 เรติคิวลาร์ ฟอร์มเมชัน (Reticular Formation).....	10
2-2 การติดต่อระหว่าง ซุปราเคียสมติก นิวเคลอิ (Suprachiasmatic Nuclei) กับ โครงสร้างอื่น ๆ ของสมองในการทำให้เกิดวงจรการหลับ-ตื่น.....	11
2-3 คลื่นความถี่ของสมอง (EEG) ในระยะการนอนหลับ.....	17
2-4 เส้นอิทา.....	37
2-5 เส้นปิงคลา.....	38
2-6 เส้นสุมนา.....	39
2-7 เส้นกาลทารี.....	40
2-8 เส้นสหัสรังสี.....	41
2-9 เส้นทวารี่.....	42
2-10 เส้นจันทภูสึง.....	42
2-11 เส้นรุทัง.....	43
2-12 เส้นสิขินี.....	44
2-13 เส้นสุขุมัง.....	45
2-14 จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20.....	51
2-15 จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3.....	52
2-16 จุดซือเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1.....	52
2-17 จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6.....	53
2-18 จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8.....	54
2-19 จุดหย่งเฉวี่ยน (Yong- Quan) K11.....	54
2-20 จุดเสินเหมิน (Shen Men) HT7.....	55
3-1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุด แบบจีน.....	57
3-2 แนวคิดและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสาน.....	58
3-3 ขั้นตอนการนำโปรแกรมนวดผสมผสานไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ.....	66
3-4 แบบแผนการทดลอง.....	68
3-5 เครื่องมือตรวจการนอนหลับที่บ้าน.....	70
4-1 สัดส่วนระยะเวลาในการนวดแนวเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณและการนวดกดจุดจีน.....	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการดำรงชีวิต เป็นความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มนุษย์ใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตในการนอนหลับ (Montagna & Chokroverty, 2011) เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการรู้สติเป็นการหมดสติชั่วคราว และกลับคืนสู่ปกติเมื่อตื่นขึ้น การนอนหลับเป็นภาวะหมดสติทางสรีรวิทยา (Physiological Unconsciousness) (ราตรี สุตทรวง, 2550, หน้า 402) การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสมดุลของการมีกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน การนอนหลับเป็นธรรมชาติของพยาธิสรีรวิทยาที่ดำเนินไปตามนาฬิกาชีวิต การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการฟื้นตัวจากความเมื่อยล้าเป็นการเก็บรักษาสภาพทางอารมณ์ การรับรู้ เรียนรู้ รวมถึงความจำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เช่น เนื้อเยื่อ โครงร่าง กล้ามเนื้อ ฯลฯ รวมทั้งความสามารถในการทำงานของสมอง (Lavigne, 2016)

ปัญหาการนอนไม่หลับมีชื่อเรียกทางการแพทย์ว่า ภาวะอินซอมเนีย (Insomnia) ซึ่งเป็นปัญหาการนอนที่พบมากที่สุดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยผู้สูงอายุ จากการศึกษาปัญหาการนอนไม่หลับ (Ohayon, 2009) พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วไปมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ 16-21 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรกลุ่มนี้มีอาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 13-17 เปอร์เซ็นต์ จัดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับตนเอง และ 9-13 เปอร์เซ็นต์ ได้รายงานว่า การนอนไม่หลับส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตน และต้องการรักษาอาการนอนไม่หลับนี้ ทั้งนี้ เพราะการนอนหลับไม่ใช่การที่สมอง “หยุดทำงานชั่วคราว” อย่างที่คนส่วนใหญ่เข้าใจ แต่เป็นการทำงานของสมองในอีกลักษณะหนึ่งโดยอาศัยกลุ่มเซลล์ประสาทบางกลุ่มที่จะทำหน้าที่แทน ทำให้เกิดความรู้สึกง่วง ทำให้เกิดอาการอยากจะนอนหลับ และมีการจัดระดับความลึกของการนอนหลับ รวมถึงทำให้เกิดการฝันได้อีกด้วย กลไกการนอนหลับจึงถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ดังนั้น หากมีโรคหรือภาวะใด ๆ ที่มีผลต่อสมองเป็นเหตุให้ส่งผลถึงการนอนด้วยคำว่า “นอนไม่หลับ” จึงเป็นได้ทั้ง “อาการ” และ “โรค” ภาวะการนอนไม่หลับนี้ เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการนอน พบว่า ความยากลำบากในการนอนเป็นความทุกข์ในผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 25 และในจำนวนนี้ ร้อยละ 6-10 ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic Insomnia Disorder) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย เรื่องความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี และในผู้สูงอายุ มีความชุกร้อยละ 40.89 และ 46.3 ตามลำดับ และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยที่มาคลินิกปฐมภูมิมีความชุกสูงถึง ร้อยละ 50.4 ในจำนวนนี้ มีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา และปล่อยให้มียาอาการการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 71.61 (วรุตม์ อุ๋นจิตสกุล และพิเชษฐ อุตุรัตน์, 2559)

การนอนหลับที่ไม่เพียงพอทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การนอนไม่หลับต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวมีผลต่อสุขภาพจิต คือ วิตกกังวลและซึมเศร้า และทำให้เกิดความเจ็บป่วย (Leger & Bayon, 2010) และจากการศึกษาของ (Lobo et al., 2008) แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีอาการนอนไม่หลับ มีความเสี่ยงมากขึ้นกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ

คลินิกสมองเสื่อมในประเทศอิตาลีพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับสูงถึงร้อยละ 60 (Guarnieri et al., 2012) ในด้านของกระบวนการเรียนรู้ และความจำ การนอนหลับช่วยให้รื้อฟื้นความจำใหม่ได้ ผลจากปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ตื่นตัวตลอดเวลา หัวใจทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง ไม่สดชื่น ง่วง หาวบ่อย ไม่มีสมาธิ อารมณ์แปรปรวน เกิดความเครียด การดำเนินโรคสมองเสื่อมทรุดลงเร็ว ความบกพร่องทางการรับรู้มากขึ้น (Krystal & Thakur, 2009, p. 395)

มนุษย์ส่วนมากใช้เวลาราว 1 ใน 3 ของชีวิตไปกับการนอน โดยปกติผู้ใหญ่วัยกลางคนควรนอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง (Hershner & Chervin 2014, p. 73) ปัญหาการนอนไม่หลับ ถ้าเป็นอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นหรืออาจเกิดขึ้นในคนปกติที่บังเอิญมีตัวกระตุ้นเป็นความกังวล หรือ ความเครียด จะเรียกว่า อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) (American Academy of Sleep Medicine, 2005, pp. 51-55) มีค่าโดยประมาณร้อยละ 1.3 ของประชากรทั่วไป อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) มีได้หลายแบบ บางรายอาจมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และคงอยู่เป็นเวลานานหลายเดือนถึงหลายปี นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเป็นพัก ๆ ได้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีปัจจัยเกี่ยวข้องคือ สุขนิสัยการนอนหลับ ความเครียด และความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .307, p < .01$) (นาฏนภา อารยะศิลปธร, 2560) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการนอนไม่หลับกับการเกิดโรคทางจิตเวช พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ที่มีการนอนไม่หลับป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (Baglioni et al., 2011) จะเห็นได้ว่าการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ในทุก ๆ ด้าน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังเนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (Morin, 2009)

การรักษาอาการนอนไม่หลับเป็นการรักษาโรคทางกาย การรักษาโรคทางจิตเวชและการหยุดใช้สารที่เป็นต้นเหตุให้นอนไม่หลับ การรักษาการนอนไม่หลับโดยใช้ยา (Pharmacological Treatments) ได้ถูกใช้บ่อย ๆ แต่จะให้ยานอนหลับเพียงชั่วคราว หรือเมื่อต้องการเท่านั้น ห้ามใช้ยาต่อเนื่องเพราะอาจทำให้เกิดการติดยา และเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น ซึมเศร้า (Urru, Pasina, Minghetti, & Giua, 2015) การรักษาด้วยการใช้ยานอนหลับ ควรเลือกใช้เฉพาะรายที่จำเป็นเท่านั้น ควรเริ่มใช้ขนาดยาที่ต่ำที่สุดและใช้นานน้อยครั้งที่สุด ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยเฉพาะโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือการเกิดโรคมะเร็งจากการใช้ยานอนหลับ (Kripke, Langer, & Kline, 2012) และจากการศึกษาในผู้ป่วยความจำเสื่อมที่มีการใช้ยานอนหลับ พบว่า มีความเสี่ยงในการมีภาวะความจำเสื่อมมากขึ้น จึงควรจัดการส่งเสริมการนอนหลับโดยวิธีการอื่น ๆ (Billioti et al., 2012)

ปัจจุบันมีผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาโดยวิธีอื่น ๆ หลายวิธี เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมักถูกนำมาใช้และได้ผลดี มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง CBT Video กับ CBT Face to Face พบว่า CBT Face to Face ได้ผลดีกว่า (Savard, Ivers, Savard, & Morin, 2014) และยังมีวิธีอื่น ๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การดูโทรทัศน์ การนอนนับลมหายใจ การสวดมนต์ การอ่านหนังสือ การใช้ดนตรีบำบัด (Han et al., 2010)

ในด้านของการออกกำลังกาย พบว่า มีความเกี่ยวข้องของคุณภาพการนอนหลับ เช่น การศึกษาของ Dolezal, Neufeld, Boland, Martin, and Cooper (2017) พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในระดับปานกลางหรือแบบเข้มข้นในผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับนั้น สามารถช่วยลด ค่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (PSQI) คือ ทำให้มี คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นได้

ในขณะที่การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกำลังเป็นที่นิยมในเมืองไทย เนื่องจากการแพทย์แผนตะวันตก (Western Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แผนหลักในประเทศไทย ไม่สามารถ แก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยหรือความเจ็บป่วยของประชาชนได้ทั้งหมด ดังนั้น ประชาชนจึงได้หันมา พึ่งพาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การแพทย์แผนจีน ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนตะวันตก

การนวดไทยเป็นภูมิปัญญาอันล้ำค่าของชาวไทยที่มีการถ่ายทอดและเป็นที่ยอมรับกันมา ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้รับความนิยม และมีผู้ใช้บริการจำนวนมากในระดับโรงพยาบาลทั้งใน ภาครัฐและเอกชน ส่วนการแพทย์แผนจีนเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวม (Concept of Holism) และการพิจารณาถึงความแตกต่างในลักษณะเฉพาะของโรค ลักษณะของคน และการรักษา (Syndrome Differentiation and Treatment) รวมทั้ง สุขภาพมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมมาก ตัวอย่างการแพทย์แผนจีนที่นิยมนำมาใช้ในประเทศไทย คือ การฝังเข็ม (Acupuncture) การนวด แผนจีน (Chinese Massage/ “Tui-na”) และการใช้สมุนไพรจีน (Chinese Herbal) การเคลื่อนไหว เดินพลังลมปราณด้วยเทคนิควูซู (Wushu) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดโรค (พิชญา ใจดี, กุหลาบ รัตนสัจธรรม และศิริพงษ์ จันทรฉาย, 2556)

จากการศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยและการกดจุดจีน พบว่า มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายมากมาย เช่น จากการศึกษาของ Buttagat, Eungpinichpong, Chatchawan, and Kharmwan (2011) พบว่า การนวดไทย 30 นาที บริเวณเส้นอิตาและปิงคลา ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้น ของการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำให้ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความเครียดเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ดีขึ้น Jones, Thomson, Lauder, Howie, and Leslie (2012) ได้ศึกษาผลของการนวดเท้า พบว่า การนวดมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อสัญญาณชีพต่าง ๆ ในเรื่องของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและสามารถลดความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายและทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น

จากสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในปัจจุบัน และผู้วิจัยในฐานะที่เป็น ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข มีหน้าที่คอยดูแลส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน จึงมีความสนใจในการแก้ไข หรือบรรเทาปัญหาอาการนอนไม่หลับนี้ โดยการพัฒนารูปแบบนวด ผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนเพื่อผ่อนคลายความเครียด และเพิ่ม คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการนำจุดเด่นของทั้งสองวิธี มาผสมผสานเป็นโปรแกรมนวดที่เหมาะสมสำหรับแก้ไขปัญหานอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน
2. เพื่อศึกษาผลของการนำโปรแกรมนวดพัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิด

ปฐมภูมิและเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในประเด็นต่อไปนี้

2.1 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนและในกลุ่มควบคุม

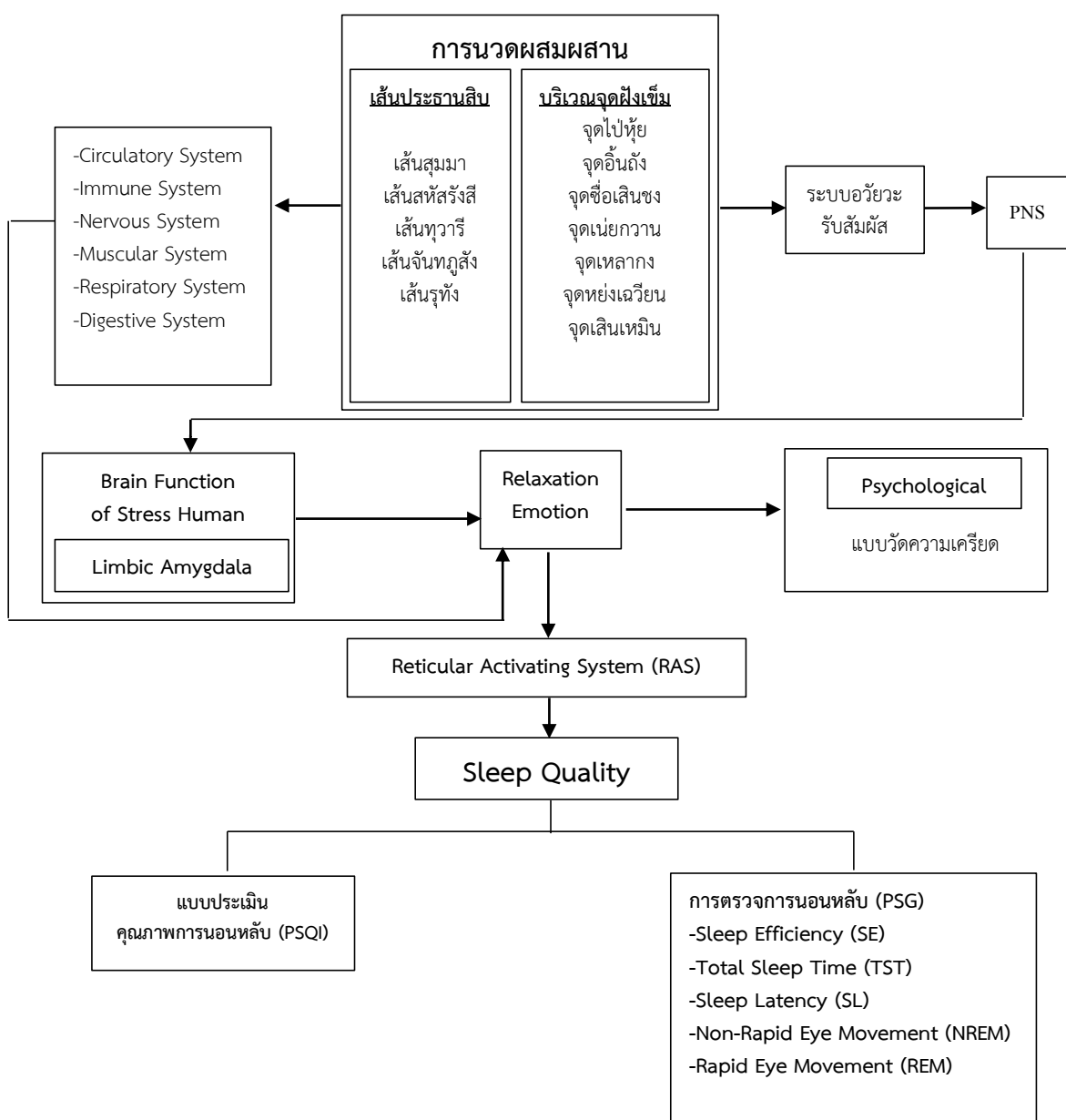
2.2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนวดในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การผสมผสานแนวคิดการนวดไทยแบบราชสำนักตาม ทฤษฎีเส้นประธานสิบและการกดจุดตามทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีนกับหลักทางสรีรวิทยาของการนอนหลับ สามารถอธิบายหลักการได้ดังนี้ ระบบการทำงานของสมองจะทำงานประสานกันอย่างสมดุล โดยเมื่อส่วนหนึ่งถูกกระตุ้นอีกส่วนหนึ่งจะถูกยับยั้ง กลไกควบคุมการนอนหลับ-ตื่น เป็นการทำงานของสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องคือ Reticular Activating System (RAS) และ Basal Forebrain ซึ่งถูกกระตุ้นจากประสาทรับความรู้สึกทุกชนิด และจากส่วนเปลือกสมองซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (Cerebral Cortex) (Shepherd, 1988) การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ได้แก่ ซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ จากการรับรู้ประสาทส่วนปลาย ได้แก่ เสียงและสัมผัส จากระบบลิมบิก ได้แก่ ความรู้สึก อารมณ์ ส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ อะมิกดาลา (Amygdala) มีหน้าที่ประสานการทำงานระหว่างสมองบริเวณซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ ไฮโปทาลามัส และศูนย์สั่งการในก้านสมอง ซึ่งเป็นแหล่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมจากอารมณ์ การรับรู้เหล่านี้ จะทำให้ RAS ทำงานเด่นทำให้บุคคลอยู่ในภาวะตื่น แต่เมื่อมีสิ่งเร้าลดลง ได้แก่ ความเงียบ ความมืดจะทำให้การกระตุ้นระบบ RAS ลดลง บุคคลเริ่มผ่อนคลายเข้าสู่การนอนหลับ (กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2551, หน้า 1036-1063) ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความเครียด ระบบประสาทจะมีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวล ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์ (Cortex) มีการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว (Arousal Area) ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี นอกจากนั้น การตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยระบบประสาทซิมพาเธติก จะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนอะดรีนัล เมดุลลา (Adrenal Medulla) หลั่งสารที่มีผลทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัวทำให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น การนวดเป็นการกระตุ้นตัวรับสัญญาณความรู้สึกโดยร่างกายรับรู้การสัมผัสผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ส่งสัญญาณประสาทผ่านไปยังไขสันหลัง และสมองในส่วนลิมบิกเพื่อรับรู้ และส่งผลให้มีการปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเธติก ทำให้รู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ (Meek, 1993, pp. 17-21) ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติลดลงตามทฤษฎีเส้นประธานสิบชี้ให้เห็นว่า การนอนไม่หลับมีเส้นประธาน (เอ็นเส้นหนึ่ง) ที่เกี่ยวข้อง

5 เส้น คือ เส้นสุมนา สหฺสรังสี ทวารี จันทภูสังและเส้นรุทัง การกตจุด คือ การกตสัมผัสด้วยนิ้วมือ ใช้ปลายนิ้วกตตามจุดต่าง ๆ ที่เป็นบริเวณ จุดฝังเข็ม มีจุดที่เกี่ยวข้องในการปรับสมดุลและรักษา ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ดังนี้ จุดไปหุ้ย จุดอันถัง จุดซือเสินชง จุดเนยกวาน จุดเหลากง จุดหย่งเฉวียน และจุดเสินเหมิน จุดต่าง ๆ เหล่านี้ อยู่บริเวณ ศีรษะ ใบหน้า แขน มือ และฝ่าเท้า การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกตจุด แบบจีน สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ตามภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง และคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง และคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. สามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการพัฒนาการผสมผสานการนวดไทยราชสำนักและการกดจุดแบบจีนไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิได้

2. เป็นการลดต้นทุนค่ายาและต้นทุนด้านอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

3. เป็นการลดผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

4. เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยการนวด

5. เป็นการบูรณาการความรู้แบบสหวิทยาการให้เข้ากับงานวิจัยในลักษณะองค์รวม คือ การผสมผสานความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ด้านหัตถบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน วิทยาศาสตร์สุขภาพและความรู้ด้านจิตวิทยาประยุกต์ใช้และพัฒนางานด้านการแพทย์ทางเลือกได้

6. สามารถนำผลวิจัยไปศึกษาต่อยอดโดยพัฒนาโปรแกรมนวดให้เป็นเครื่องมือที่สะดวกใช้แทนการนวดต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรเป็นกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ อายุระหว่าง 15 ปี ถึง 60 ปี จำนวน 251 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ (ทะเบียนผู้รับยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง, 2559)

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ อายุระหว่าง 15 ปี ถึง 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 40 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

โปรแกรมผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

3.2.1 การผ่อนคลายความเครียด

3.2.2 คุณภาพการนอนหลับ วัดได้จาก

1) คะแนนคุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)

2) การตรวจการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (Polysomnography: PSG) ประกอบด้วย (1) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (2) เวลา รวมเฉพาะหลับจริง (3) ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ (4) ระยะเวลาการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ช่วงที่ 3 และ (5) ระยะเวลาการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หมายถึง การมีความยากลำบากในการเริ่ม หรือคงสภาพการนอน (Initiating or Maintaining Sleep) หรือมีการนอนที่รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน (Nonrestorative Sleep) และอาการดังกล่าว ต้องเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ ความผิดปกติของการนอนนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงระยะที่เป็น Narcolepsy, Breathing-Related Sleep Disorder, Circadian Rhythm Sleep Disorder, Parasomnias หรือโรคทางจิตเวชใด ๆ นอกจากนี้ การนอนไม่หลับดังกล่าวต้องไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

การนวดไทยแบบราชสำนัก หมายถึง รูปแบบของการออกแรงกดตามจุดต่าง ๆ เพื่อลดการตึงของกล้ามเนื้อ หมอนวดจะใช้เพียงนิ้วมือและมือเท่านั้นในการนวด ซึ่งจุดต่าง ๆ นี้ มีอยู่ตลอดทั่วร่างกาย เรียกว่า “เส้นสิบ” โดยเชื่อว่า มันสามารถปลดปล่อยพลังงานเพิ่มการรับรู้พลังแห่งชีวิต ช่วยยืดกล้ามเนื้อออก ลดการตึงตัว เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายและนำไปสู่ความสงบ

ทฤษฎีเส้นประธานสิบ หมายถึง เส้นซึ่งเป็นหลักสำคัญของวิชาการนวดไทยตามที่บูรพาจารย์ได้ถ่ายทอดสืบต่อกันมา เชื่อกันว่า มีเส้นอยู่ในร่างกายถึง 72,000 เส้น แต่ที่เป็นเส้นแห่งประธานทั้งปวงมีเพียง 10 เส้นเท่านั้น เส้นประธานเป็นทางเดินของลม ซึ่งเป็นพลังภายในที่หล่อเลี้ยงร่างกายให้ทำงานได้ตามปกติ

การนวดกดจุด (Acupressure) หมายถึง วิธีการบำบัดรักษา และการบรรเทาอาการเจ็บป่วยภายในร่างกาย ที่เป็นวัฒนธรรมของจีน โดยการนวดกดลงตำแหน่งจุดต่าง ๆ ในบริเวณที่เป็นจุดฝังเข็มบนร่างกายที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการนอนหลับ โดยใช้นิ้วมือกระตุ้นต่อจุดนั้น ๆ มากกว่าปกติ เพื่อให้มีผลต่ออวัยวะที่ต้องการ

การนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน หมายถึง การผสมผสานวิธีการนวดไทยแบบราชสำนักโดยการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 11 เส้น การนวดจุดสัญญาณ 16 จุด และการกดจุดแบบจีน 7 จุด

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลซึ่งผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่ได้รับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย เป็นการถ่ายทอดความรู้ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 33 (1) (ก) โดยต้องมี “ครูผู้รับมอบตัวศิษย์” ทำการสอนประจำ ซึ่งกำหนดให้สอนตามมาตรฐาน “หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2550” (330 ชั่วโมง, ระยะเวลา 10 เดือน)

ความเครียด หมายถึง สภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ เป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Non-Specific Response) โดยเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยอื่น ๆ อันเป็นเหตุทำให้เกิดอาการของความเครียด และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางอารมณ์ ทางการรับรู้และอาการทางกาย วัดได้จากแบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนตื่นนอน ซึ่งบุคคลสามารถประเมินตนเองได้ และยังมีความต้องการการนอนหลับที่แตกต่างกัน การประเมินคุณภาพของการนอนหลับสามารถประเมินได้ทั้งเชิงปรนัย (Objective Sleep Quality) และเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) คะแนนคุณภาพการนอนหลับวัดได้จากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)

ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep Efficiency: SE) หมายถึง ค่าที่ได้จากจำนวนเวลาดำเนินการทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนหลับ (Total Sleep Time: TST) หารด้วยจำนวนเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการตรวจ (Total Recording Time: TRT)

เวลารวมเฉพาะหลับจริง (Total Sleep Time: TST) หมายถึง จำนวนเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนหลับ โดยประกอบไปด้วยระยะหลับตื้น (Stages N1 and N2) ระยะหลับลึก (Stage N3) และระยะหลับฝัน (REM Sleep)

ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ (Sleep Latency: SL) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนโดยนับเวลาตั้งแต่เริ่มปิดไฟ (Light Off) จนถึงเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ

ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ช่วงที่ 3 (Non-Rapid Eye Movement: NREM 3) หมายถึง ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว บางครั้งอาจเรียกว่า ระยะหลับลึก พบคลื่นความถี่ของสมองมีลักษณะเป็นคลื่นเดลต้า (Delta Waves)

ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM Sleep) หมายถึง ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วบางครั้งอาจเรียกง่าย ๆ ว่าเป็นระยะหลับฝัน เป็นช่วงที่คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะคล้ายกำลังตื่นอยู่จะพบคลื่นความถี่ของสมองชนิดคลื่นฟันเลื่อย (Saw Tooth Waves)

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน เพื่อผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอโดยแบ่งเนื้อหาและประเด็นสำคัญออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ

ตอนที่ 2 ภาวะการนอนไม่หลับและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดไทยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการกดจุดแบบจีนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ

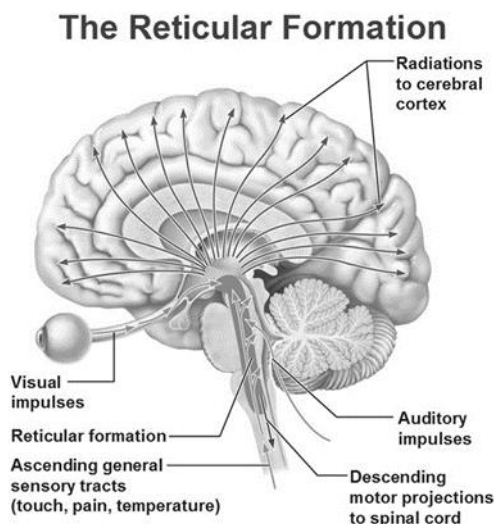
ความหมายการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต มนุษย์ใช้เวลาในการนอนหลับมากถึง 1 ใน 3 ของเวลาทั้งชีวิต (Tubtimtes, Sukying, & Prueksaritanond) 2011 กล่าวว่า การนอนหลับเป็นสภาวะหนึ่งของร่างกายที่การเคลื่อนไหวต่าง ๆ จะลดลง พร้อมทั้งการรับรู้ต่อโลกภายนอกก็จะลดลงจนเกือบจะหมด แต่ก็สามารถตื่นกลับมารู้ตัวได้ภายใน 1-2 นาที โดยในขณะหลับร่างกายจะมีการลดลงของระดับการรับรู้หรือความรู้สึกตัว และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่าง ๆ (Stern, Fava, Rosenbaum, & Wilens, 2015) เป็นช่วงที่มีการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ร่างกาย มีการหยุดพักลงชั่วคราว ใช้พลังงานลดลง ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปเป็นภาวะไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวเพียงเล็กน้อย การควบคุมกล้ามเนื้อส่วนใหญ่หยุดทำงาน (Siber, Krahn, & Morgenthaler, 2016) และพร้อมจะกลับคืนสู่การรับรู้สติอย่างเต็มถ้ามมีการกระตุ้นที่เหมาะสม การนอนมีลักษณะเกิดขึ้นเป็นระยะเป็นไปตามธรรมชาติ ซึ่งสามารถปลุกให้ตื่นได้ (Dougherty & Lister, 2015)

สรีรวิทยาการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการรับรู้สติไปเป็นการหมดสติชั่วคราวและกลับคืนสู่ปกติเมื่อตื่นขึ้น การรับรู้สติหรือการรู้สึกตัว (Consciousness) หมายถึง ภาวะตื่นตัวต่อการรับรู้ว่าเป็นตัวเรา รับรู้ถึงอดีต ปัจจุบันของเรา และวางแผนสำหรับอนาคตและยังรวมถึงลักษณะที่มองออกไปนอกตัวเรา การตื่นตัวต่อบุคคลอื่น ความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นเช่นเดียวกับสามารถวิเคราะห์ แผลผล หรือทำความเข้าใจเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาและตอบสนองอย่างมีแบบแผนทันทีทันใด และเหมาะสม ระบบการรับรู้สติ (Conscious System) นอกจากควบคุมเกี่ยวกับการรู้สึกตัวยังเกี่ยวข้องกับการควบคุมสมาธิ (Attention) และการหลับตื่นของร่างกาย (ราตรี สุตทรวง, 2550) ระบบประสาทที่เป็นต้นกำเนิดของการรับรู้สติได้แก่ เอ็กไซเอทอรี เรติคิวลาร์ ฟอรัมซัน (Excitatory Reticular

Formation) ซึ่งรวมถึง แอสเซนดิ้ง โปรเจกชันนอล ซีสเต็ม (Ascending Projectional System) และนอนสเปซซิฟิก ธาลามิก นิวเคลอิ (Nonspecific Thalamic Nuclei) อาจเรียกว่า แอสเซนดิ้ง เรติคิวลาร์ แอคติเวติง ซีสเต็ม (Ascending Reticular Activating System: ARAS) ดังภาพที่ 2-1



ภาพที่ 2-1 เรติคิวลาร์ ฟอรัม (Reticular Formation)

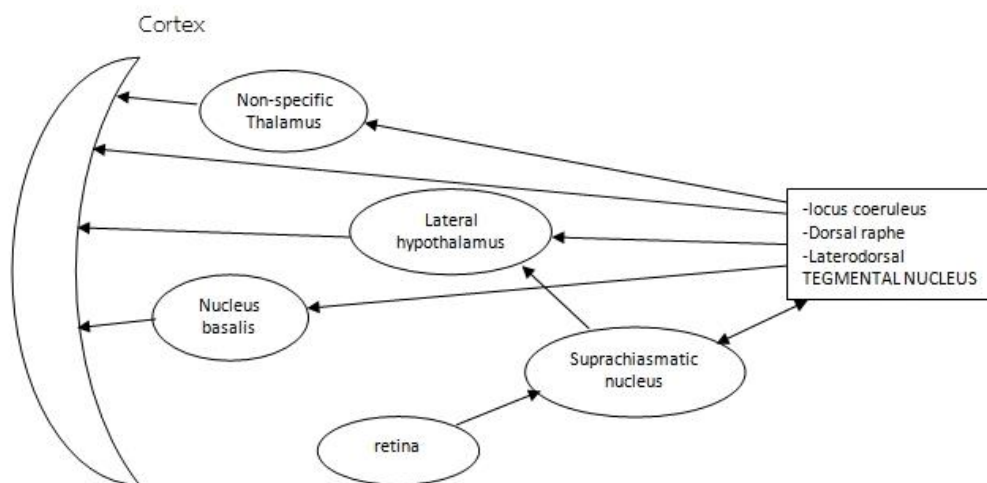
(<http://www.msmonographs.ird/artucke.aso>) เข้าถึงวันที่ 9 มิถุนายน 2559

ปกติ ARAS จะอยู่ในสภาวะที่ถูกกระตุ้นตลอดเวลาเนื่องจาก เรติคิวลาร์ ฟอรัม (Reticular Formation) รับสัญญาณประสาทรับความรู้สึกมาจากแขนงของวิถีประสาทรับความรู้สึกต่าง ๆ ถ้าใช้ไฟฟ้ากระตุ้น Reticular Formation ในสัตว์ทดลองที่กำลังหลับอยู่สัตว์ทดลองจะตื่นจากหลับ ซึ่งสังเกตโดยการลืมตา หันศีรษะ เคลื่อนไหวขาและคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบระยะการตื่นตัว (Arousal State) ARAS ที่อยู่ในสภาวะที่ถูกกระตุ้นตลอดเวลาจะไปกระตุ้นซีรีบรัล คอร์เทกซ์ ให้อยู่ในสภาวะตื่นตัวด้วย และถ้าทำลาย ARAS สัตว์ทดลองจะหลับตลอดเวลา

วงจรการนอนหลับ

วงจรการนอนหลับปกติของมนุษย์และสัตว์ส่วนใหญ่จะมีวงจรการหลับตื่นใน 1 วัน ซึ่งเรียกว่า จังหวะทางชีวภาพ (Circadian Rhythm) มีช่วงเวลาของวงจรประมาณ 24 ชั่วโมง ตัวอย่างของวงจรชีวิตมีดังนี้ วงจรการหลับและตื่น อุณหภูมิและระดับคอร์ติซอล (Cortisol) ในรอบ 24 ชั่วโมง ความโน้มเอียงที่จะหลับและตื่นแตกต่างกันออกไปตามจังหวะวงจรชีวิต (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) วงจรนี้จะมีอยู่ตลอดถึงแม้ว่าจะอยู่ในที่มืดหรืออยู่ในที่สว่างตลอดเวลาก็ตาม แต่วงจรนี้ก็สามารถปรับแต่งให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ การทำงานของระบบนาฬิกาชีวิตนี้ช่วยให้มนุษย์เกิดความรู้สึกง่วงนอนในตอนกลางคืนและตื่นในตอนเช้า แม้จะเกิดจากการควบคุมภายในร่างกาย โดยบริเวณของสมองที่ทำหน้าที่เป็นนาฬิกาในร่างกาย (Biological Clock) ได้แก่ ซูพราเคียสมเมติก นิวเคลอิ (Suprachiasmatic Nuclei: SCN) ซึ่งมีการติดต่อใกล้ชิดกับจอตาทางเรติโนไฮโปธาลามิก แทรค (Retinohypothalamic Tract) การใช้ไฟฟ้ากระตุ้น SCN จะพบว่า

มีการเปลี่ยนแปลงของจังหวะทางชีวภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า SCN ยังถูกควบคุมมาจากฮอร์โมนหรือทางวิถีประสาทอื่น ๆ จึงจัด SCN เป็นศูนย์กลางประสานงานในการควบคุมจังหวะทางชีวภาพของร่างกาย และถึงแม้ว่าวิถีประสาทที่แสดงการติดต่อของ SCN กับสมองบริเวณอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหลับตื่นยังไม่ทราบโดยละเอียด แต่อาจสรุปการติดต่อของ SCN กับสมองบริเวณอื่น ๆ ได้ ดังภาพที่ 2-2



ภาพที่ 2-2 การติดต่อระหว่าง ซูพราเคียมสเมติก นิวเคลอิ (Suprachiasmatic Nuclei) กับโครงสร้างอื่น ๆ ของสมองในการทำให้เกิดวงจรการหลับ-ตื่น (ราตรี สุตทรวง และวีรัชย สิงหนิยม, 2550)

เมื่อ SCN รับข้อมูลจากจอตาทั้งทางตรงและทางอ้อม จาก SCN ส่งเส้นประสาทส่วนใหญ่ไปยังแอนที่เรีย ไฮโปธาลามิก แอเรีย (Anterior Hypothalamic Area) และเรโทรไคเอสเมติก แอเรีย (Retrochiasmatic Area) และส่งเส้นประสาทส่วนน้อยไปยัง แลเทอรอล ไฮโปธาลามิก แอเรีย (Lateral Hypothalamic Area) ทิวเบอร์อัล ไฮโปธาลามัส (Tuberal Hypothalamus) บาซัล ฟอรัมเบรน (Basal Forebrain) และมิดไลน์ ธาลามัส (Midline Thalamus) พบว่า มีการติดต่ออย่างกว้างขวางระหว่างแอนที่เรีย ไฮโปธาลามิก แอเรีย (Anterior Hypothalamic Area) เรโทรไคเอสเมติก แอเรีย (Retrochiasmatic Area) และแลเทอรอล ไฮโปธาลามิก แอเรีย (Lateral Hypothalamic Area) กับพอนทีน (Pontine) และอิสทิมิก เรติคิวลาร์ ฟอรัมเช้น (Isthmic Reticular Formation) ซึ่งรวมถึง โลกัส คอเรียลีส (Locus Coeruleus) ดอร์ซัล เรพ (Dorsal Raphe) และแลเทโรดอร์ซอล เทกเมนทัล นิวเคลียส (Laterodorsal Tegmental Nucleus) จากนั้น เรติคิวลาร์ ฟอรัมเช้น (Reticular Formation) จะส่งกระแสประสาทไปทุกส่วนของซีรีบรัลคอร์เทกซ์ อาจทางตรงหรือผ่านทาง นอนสเปซิฟิก ทาลามิก นิวเคลอิ (Nonspecific Thalamic Nuclei) แลเทอรัล ไฮโปธาลามัส หรือ นิวเคลียส บาซาลิส (Lateral Hypothalamus or Nucleus Basalis) ดังนั้น จึงมีวิถีประสาทจำเพาะสำหรับ SCN ในการควบคุมจังหวะทางชีวภาพ (Circadian Rhythm) ของวงจรหลับตื่นผ่านทางวงจรประสาทดังกล่าว

ชนิดของการนอนหลับและบริเวณของสมองที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

วงจรการนอนหลับปกติของมนุษย์เราแบ่งได้เป็น 2 ช่วง

1. ช่วงการนอนหลับแบบมีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep: REM Sleep) บางครั้งอาจเรียกง่าย ๆ ว่าเป็นระยะหลับฝัน เป็นช่วงที่คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะคล้ายกำลังตื่น และมีลักษณะเด่น คือ พบการเคลื่อนไหวกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วร่วมกับการคลายตัวของกล้ามเนื้ออย่างมาก ในคนปกติจะมีเวลาหลับระยะ REM Sleep นี้ รวบรวมได้ 20-25% ของการนอนหลับตลอดทั้งคืน (ธีรเดช คุปตานนท์, 2559) เซลล์ประสาทที่ควบคุม REM Sleep ถูกควบคุมโดยเซลล์ประสาทในสมองระดับพอนส์ (Pons) คือ บริเวณแลทเทอรอล (Lateral) ต่อนิวเคลียสเรติคิวลาริส พอนทิส โอราลิส (Nucleus Reticularis Pontis Oralis) และเวนทราล (Ventral) ต่อดิลคัส เซอรูเลียส (Locus Coeruleus) โดยที่เซลล์ประสาทเหล่านี้ ในภาวะตื่น หรือ NREM Sleep จะถูกยับยั้งโดยเซลล์ประสาทในโลคัส เซอรูเลียส และนิวเคลียสเรฟี (Nucleus Raphe) แต่เมื่อเกิดการทำงานของเซลล์ประสาทในพอนส์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ต่อมา เช่น ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของตา มีการยับยั้งต่อมอร์เตอร์ นิวรอน (Motor Neuron) ในไขสันหลังซึ่งทำให้ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบดิซิงโครไนเซชัน (Desynchronization) (ราตรี สุตทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2550)

2. ช่วงการนอนหลับแบบไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid Eye Movement Sleep: NREM Sleep) บางครั้งอาจเรียกว่า ระยะหลับเงียบ ซึ่งปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะ N1, N2 และ N3 โดยทั่วไประยะ N1 และ N2 เป็นการหลับตื้น ส่วนระยะ N3 หรือบางครั้งเรียกว่า การนอนหลับช่วงคลื่นช้า (Slow Wave Sleep) ถือเป็นการหลับลึก ในคนปกติจะใช้เวลาหลับ ในระยะ NREM Sleep นี้ รวบรวมได้ 75-80% ของการหลับทั้งคืน (ธีรเดช คุปตานนท์, 2559) เซลล์ประสาทที่ควบคุม NREM Sleep พบว่า ในขณะที่เข้าสู่ NREM Sleep เซลล์ประสาทที่ทำให้เกิดการหลับ (Sleep Inducing Neurons) ซึ่งได้แก่ โมดูลาร์รี เรติคิวลาร์ ฟอร์เมชัน แอนทีเรีย ไฮโปทาลามัส พร็อพติก แอเรีย และบาซิลาร์ ฟอร์เบน (Modularly Reticular Formation Anterior Hypothalamus Preoptic Area and Basal Forebrain) จะมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น การศึกษาทางประสาทเภสัชวิทยาได้รายงานถึงความสำคัญของ เซโรโทเนอจิก นิวรอน (Serotonergic Neuron) ที่อยู่ที่นิวเคลียส เรฟี (Nucleus Raphe) ว่ามีความสำคัญที่ทำให้เกิด NREM Sleep แต่จากการบันทึก ศักย์ไฟฟ้าในขณะ NREM Sleep พบว่า บริเวณนี้ทำงานลดลง แต่ถ้าทำลายสมองส่วนนิวเคลียส เรฟี (Nucleus Raphe) จะทำให้นอนไม่หลับและการใช้สารยับยั้งการสร้างซีโรโทนินก็พบการนอนไม่หลับเช่นเดียวกัน ซึ่งสรุปว่า ซีโรโทนินมีความสำคัญในการเริ่มให้หลับ (Initiation) แต่ไม่มีผลในการควบคุม (Maintaining) เชื่อว่า ทำหน้าที่เป็นตัวปรับเปลี่ยน นิวโรโมดูลเลเตอร์ (Neuromodulator) การตอบสนองของเซลล์ประสาทอื่น ๆ ในระบบการรับรู้สติกหรือไปกระตุ้นสารสื่อประสาทอื่นที่มีผลทำให้เกิดการหลับแบบ REM Sleep และการหลับแบบ NREM Sleep ที่พบคลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบซิงโครไนเซชัน (Synchronization) นั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ สลึฟ สปินเดิล (Sleep Spindle) และคลื่นช้า (Slow Wave) พบว่า สลึฟ สปินเดิล (Sleep Spindle) มีต้นกำเนิดจากเซลล์ประสาทใน ฮาลามัสซึ่งมีคุณสมบัติพิเศษเกี่ยวกับการนำผ่านของไอออนเข้า และออกจากเยื่อหุ้มเซลล์ทำให้เกิดดิโพลาไลเซชันและไฮเปอร์โพลาไลเซชันสลับกันเรียกว่าเกิด ออสซิลเลชัน (Oscillation) ซึ่งเชื่อว่า

เป็นเพซเมเกอร์ (Pacemaker) ของ สลึฟ สปินเดิล ริทึม (Sleep Spindle Rhythm) ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดสปินเดิล (Spindle) คือ การลดการทำงานของ แอสเซนดิง โคลิเนอร์จิก เบรนสเต็ม เรติคิวลาร์ โพรเจกชัน (Ascending Cholinergic Brainstem Reticular Projection) ซึ่งปกติจะทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดออสซิลเลชัน (Oscillation) ของเซลล์ประสาทของธาลามัส (ราตรี สุตทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2550)

สารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

1. ซีโรโทนิน มีหลายรายงานที่กล่าวถึง ความสำคัญของซีโรโทนินในการทำให้เกิดการหลับ แต่พบว่า มีผลแตกต่างกันระหว่างคนและสัตว์ทดลอง

2. นอร์อิพิเนพริน พบว่า มีเซลล์ประสาทบางส่วนในโลคัส คอeruleus (Locus Coeruleus) ที่ใช้นอร์อิพิเนพรินเป็นสารสื่อประสาทและเกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

3. อะเซทิลโคลิน เป็นสารสื่อประสาทที่มีความสำคัญในขณะที่ร่างกายตื่นตัวและการศึกษาในสัตว์พบว่า จะมีปริมาณสูงขึ้นในช่วง REM Sleep

4. สารสื่อประสาทอื่น ๆ เช่น ฮีสตามีน พบว่า มีความเกี่ยวข้องในการควบคุมการหลับตื่น และยังมีสารสื่อประสาทอื่น ๆ ได้แก่ อะดีโนซีน (Adenosine) กาบา (GABA) โอปิเอท เปปไทด์ (Opiate Peptides) โซมาโทสแตติน (Somatostatin) และสลึฟ อินดิวซิง แฟคเตอร์ (Sleep Inducing Factor) ปัจจุบันก็ได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางถึงความสำคัญของสารเหล่านี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับมีหลายปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การใช้จ่าย การดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน มิงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ (Huang, Wang, & Guilleminault, 2010; Luo et al., 2013; Lim, Baek, Chung, & Lee, 2014; Hayley et al., 2015; Fawzy & Hamed, 2017) ในด้านเพศ พบว่า เพศหญิงมีความชุกของปัญหาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมากกว่าเพศชาย (Tsou, 2013) นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศยังพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Luo et al., 2013) ลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย รวมถึงปัจจัยทางด้านจิตใจและระดับการรู้คิด (Cognition) มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Razaliet al., 2016) ด้านโรคประจำตัวทางกาย พบว่า การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โดยเฉพาะอาการปวดหรือการมีภาวะทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย จะมีปัญหาการนอนหลับได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง (Chien & Chen, 2015)

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมรบกวนการนอน เช่น อุณหภูมิ แสง และเสียง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับ (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ (Radwan et al., 2015) พบว่า การใช้ที่นอนที่มีความหนาแน่นที่ไม่เหมาะสมกับผู้นอน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Torobrum, 2017) ในเรื่องของความหนาแน่นของที่นอนควรมีความเหมาะสมกับค่าดัชนีมวลกายของผู้นอนเพื่อคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3. ปัจจัยด้านสุขนิสัยการนอนหลับ พบว่า การตระหนักในการนอนหลับที่มีสุขลักษณะที่ดี มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ถูกสุขลักษณะและมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (Schlarb, Claben, Hellmann, Voge, & Gulewitsch, 2017)

4. ปัจจัยด้านความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2556) และจากการศึกษาของ (Lund, Reider, Whiting, & Prichard, 2010) พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพสำหรับนักเรียนและนักศึกษา คือ สภาพอารมณ์และความเครียดจากการเรียน โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และระดับการรู้คิดบกพร่องนั้น มีผลรบกวนคุณภาพการนอนหลับ (Wu, Su, Fang, & Chang, 2012)

ความสำคัญของการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติของมนุษย์ เป็นความต้องการพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ในการดำรงชีวิต คุณภาพการนอนหลับมีความสำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ ความผาสุกและวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีของบุคคล หากบุคคลใดมีปัญหาการนอนหลับ จะทำให้มีสุขภาพไม่แข็งแรง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า และง่วงนอนในตอนกลางวันเพิ่มขึ้น (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2556) โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี เพราะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาจากวัยรุ่นไปสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น การนอนหลับที่มีคุณภาพสูงสุด คือ การนอนหลับที่ต่อมใต้สมองมีการหลั่ง Growth Hormones เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย (สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชะสงส์, 2550) การมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ในช่วงเวลาที่หลับสนิทในช่วงแรกในสามส่วนของการหลับทั้งคืนนั้น ร่างกายจะสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการเผาผลาญกรดไขมันให้เป็นพลังงาน เซลล์กระดูกและเม็ดเลือดแดงมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น (Papaconstantinou, 2014) โดยเฉพาะการนอนหลับในช่วง NREM Sleep ทำให้ เกิดกระบวนการซ่อมแซมร่างกายและส่วนที่สึกหรอ ฟันฟูสมองทบทวนซ้ำสิ่งที่เพิ่งเรียนรู้ เพื่อทำให้เกิดเป็นความจำระยะยาว และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เรียนรู้ใหม่กับสิ่งที่เคยเรียนรู้และจดจำมาก่อน ในด้านของกระบวนการเรียนรู้และความจำ การนอนหลับในช่วง REM Sleep จะช่วยให้หรือฟื้นความจำใหม่ได้ ข้อมูลที่ได้รับในช่วงตื่นนอนจะมีการฟื้นฟูใหม่ และผสมผสานกันหลังจากการเกิดการนอนหลับระยะ REM (Silber, Krahn, & Morgenthaler, 2016)

คุณภาพการนอนหลับและการประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความพอเพียงและความพอใจต่อการนอนหลับของบุคคล ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (Quantitative Aspect of Sleep) ประกอบด้วยระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep Duration) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (Sleep Latency) และจำนวนครั้งที่ถูกรบกวนการนอนหลับ (Number of Arousals) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative Aspect of Sleep) ได้แก่ ความลึก หรือความรู้สึกว่าได้รับการพักผ่อนที่ดี (Buysse et al., 2008, pp. 563-571)

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนตื่นนอน ซึ่งบุคคลสามารถประเมินตนเองได้ และในแต่ละบุคคลยังมีความต้องการการนอนหลับที่แตกต่างกัน (ปราณี กาญจนวรงค์, 2550, หน้า 24-34)

การประเมินคุณภาพของการนอนหลับสามารถประเมินได้ทั้งเชิงปรนัย (Objective Sleep Quality) และเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) (Luyster, Choi, Imes, Johansson, & Chasens, 2015) ส่วนการวินิจฉัยโรคจากการนอนหลับบางชนิด เช่น โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) ต้องอาศัยการซักประวัติการนอนหลับและพฤติกรรมในแต่ละวันทั้งกลางวันและกลางคืนอย่างละเอียดรอบคอบ (Auger et al., 2015)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถทำได้ 2 วิธี ได้แก่

1. การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (Objective Sleep Measurement)

เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (Polysomnography: PSG) เป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้บันทึกการนอนหลับในห้องปฏิบัติการตลอดหนึ่งคืน โดยบันทึกการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งทางจิตใจและทางกายภาพ (Bergdahl et al., 2017) เนื่องจากมีหลักฐานความจริงจากลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) ที่เปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของการนอนหลับ

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (Berry et al., 2016) มีดังนี้

1. การจำแนกระยะตื่นและระยะหลับ (Sleep Staging) โดยวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องหรือสลับกันไปมาได้และในแต่ละช่วงของการนอนหลับและการตื่นจะพบคลื่นความถี่ของสมองต่าง ๆ กัน

2. โครงสร้างรายละเอียดของการนอนหลับ (Sleep Architecture) ซึ่งประกอบด้วยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ (Sleep Latency) ระยะเวลาที่นอนหลับทั้งหมด (Total Sleep Time) และการตื่นในระหว่างการนอนหลับ (Wake After Sleep Onset, WASO)

3. การตรวจระบบหายใจ (Respiratory Events) ที่แสดงถึง ภาวะที่ไม่มีอากาศผ่านเข้า-ออก (Apnea) หรือมีการลดลงของความสูงของคลื่นการหายใจเมื่อเทียบกับความสูงพื้นฐานก่อนเกิดเหตุการณ์ ภาวะลมหายใจแผ่ว (Hypopnea) และภาวะที่มีการพยายามเพิ่มแรงที่ใช้ในการหายใจมากขึ้นเรื่อย ๆ (Respiratory Effort-Related Arousal)

4. สภาวะตื่นตัว (Arousal Event) ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าสมองอย่างกะทันหันอย่างน้อย 3 วินาที ในระยะการนอนและต้องมีการนอนหลับก่อนการเกิด การตื่นตัวเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วินาที โดยการนับการตื่นตัว (Score Arousal) ในช่วงระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (REM Sleep) จะต้องมีการเพิ่มขึ้นของสัญญาณกล้ามเนื้อที่คางอย่างน้อย 1 วินาที

5. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac Events) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: ECG) ในขณะที่ตรวจการนอนหลับทำโดยการติดขั้วไฟฟ้าที่บริเวณทรวงอก

6. การตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Movement Events) เป็นการตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การขยับขาและการกระตุกขา

7. สัญญาณรบกวน (Artifacts) คือ สัญญาณรบกวนที่อาจทำให้แปลผลผิดพลาด โดยที่ไม่ได้มีเหตุการณ์จริง เช่น การรบกวนจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเคลื่อนไหว ภาวะเหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจร และสัญญาณรบกวนจากอุปกรณ์และเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ

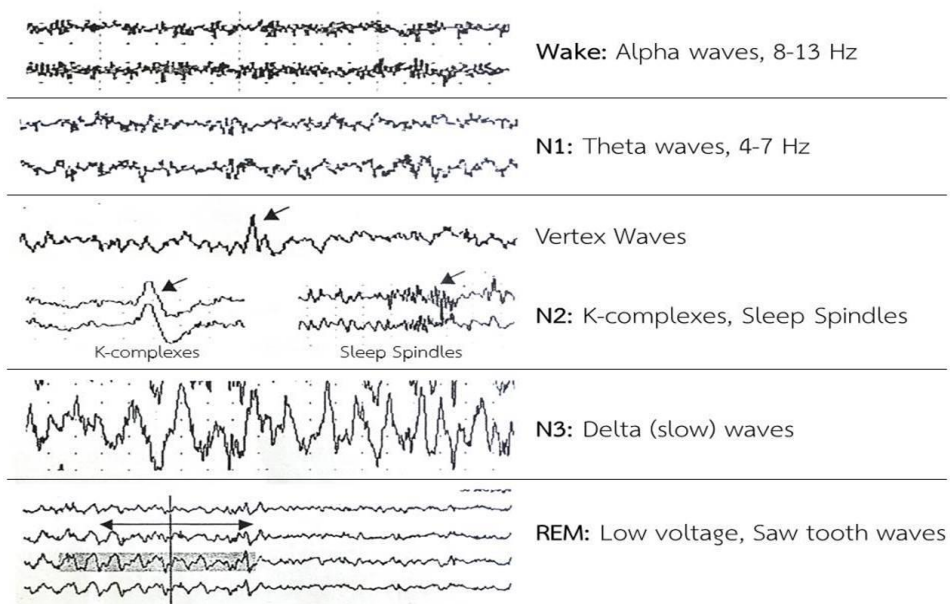
ในทางคลินิกมีการนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่มีปัญหาการนอนหลับเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในการรักษา เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยความแปรปรวนของการนอนหลับโดยใช้กราฟในการบันทึก มีความแม่นยำ เทียบตรงและได้มาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้ใน

การประเมินการนอนหลับ (Schiza et al., 2010) แต่เครื่องมือชนิดนี้มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังตื่นนอน และความพึงพอใจในการนอนหลับได้ และยังมีข้อจำกัดในการใช้งานเนื่องจากมีราคาแพง และมีวิธีการค่อนข้างซับซ้อน

ในปัจจุบันการตรวจการนอนหลับ โดยใช้เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี สามารถที่จะตรวจการนอนหลับนอกสถานที่ได้ (Out-of-Center Sleep Testing: OCST) หรือบางครั้งอาจเรียกว่า การตรวจการนอนหลับแบบเคลื่อนย้ายได้ (Portable Monitoring of Sleep: PMS) หรือ การตรวจการนอนหลับที่บ้าน (Home Sleep Testing: HST) ซึ่งมีความหมายเทียบได้กับการตรวจการนอนหลับแบบไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้า (Unattended Sleep Study) หรือการตรวจการนอนหลับระดับที่ 2-4 ตามที่กำหนดโดยสมาคมแพทยโรคจากการหลับของสหรัฐอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine) ทำให้ประหยัดต้นทุน งบประมาณกำลังคน และยังทำให้ผู้มีอาการนอนไม่หลับยังได้รับความสะดวกสบาย และเข้าถึงการบริการมากยิ่งขึ้น การตรวจการนอนหลับแบบครบชุดนอกสถานที่ บางครั้งอาจเรียกว่า เป็นการตรวจการนอนหลับระดับ 2 เป็นการตรวจวัดข้อมูลการนอนหลับมากกว่า 7 สัญญาณขึ้นไป เช่นเดียวกับการตรวจการนอนหลับที่ทำในโรงพยาบาลหรือศูนย์การนอนหลับโดยเจ้าหน้าที่จะไปติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือวัดสัญญาณให้ถึงที่พักของผู้รับการตรวจในช่วงหัวค่ำ และมาถอดอุปกรณ์เพื่อนำไปถ่ายข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ สำหรับประมวลผลในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าขณะที่นอน การตรวจชนิดนี้มักมีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมในการเคลื่อนย้าย หรือ ผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก และไม่สามารถรับการตรวจที่โรงพยาบาลได้ การตรวจชนิดนี้มีข้อดีเหนือกว่าการตรวจในโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยจะได้นอนในห้องนอนของตนเอง จึงมีความรู้สึกผ่อนคลายและมีความเป็นส่วนตัวมากกว่า อย่างไรก็ตามมีโอกาสที่สัญญาณสูญเสียระหว่างการตรวจได้เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้า ซึ่งในทางปฏิบัติพบปัญหาเหล่านี้บ่อย (วิชญ์ บรรณหิรัญ, ม.ป.ป.)

การตรวจการนอนหลับด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี ประกอบไปด้วยการตรวจวัดสัญญาณต่าง ๆ ขณะหลับเป็นการบอกว่าผู้รับการตรวจการนอนหลับนั้น หลับหรือตื่นอยู่ ทำให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการประเมินผล และกำหนดระยะการนอนหลับ (Sleep Stage) ปัจจุบันสามารถแบ่งระยะการนอนหลับ โดยใช้กฎตามสมาคมแพทยโรคจากการหลับของสหรัฐอเมริกา ดังนี้ (Berry et al., 2016)

ระยะของการนอนหลับ (Sleep Staging) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะตื่นและระยะหลับ ซึ่งสามารถแบ่งระยะหลับ ตามลักษณะการก่อกตาได้เป็น 2 ช่วง คือ ระยะที่ไม่มีการก่อกตาอย่างรวดเร็ว (Non- Rapid Eye Movement: NREM) และระยะที่มีการก่อกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM) โดยในช่วงของ NREM แบ่งได้เป็น 3 ระยะย่อย คือ NREM ระยะที่ 1 (N1), NREM ระยะที่ 2 (N2) และ NREM ระยะที่ 3 (N3) ในแต่ละช่วงการนอนหลับและการตื่น จะพบคลื่นสมองที่มีความถี่ ต่าง ๆ กันดังภาพที่ 2-3



ภาพที่ 2-3 คลื่นความถี่ของสมอง (EEG) ในระยะการนอนหลับ (ธีรเดช คุปตานนท์, 2559)

จากภาพที่ 2-3 ระยะตื่น (Wakefulness) เป็นช่วงสัญญาณคลื่นแอลฟา (Alpha Wave) ลักษณะของคลื่นต่อเนื่องเป็นจังหวะ ที่มีความถี่ประมาณ 8-13 เฮิรตซ์ (ครึ่งต่อวินาที) เห็นชัดที่สมองส่วนหลัง (Occipital) โดยพบเห็นชัดเมื่อมีการปิดตา และพบเห็นลดลงหรือหายไปเมื่อมีการเปิดตา ลักษณะที่เข้าได้กับระยะตื่น ได้แก่ จังหวะคลื่นแอลฟา (Alpha Rhythm) การกระพริบตา (Eye Blinks) การกลอกตาแบบรวดเร็ว (Rapid Eye Movements) และการกลอกตาแบบอ่านหนังสือ (Reading Eye Movement)

NREM ระยะที่ 1 (N1) เป็นคลื่นสมองขนาดเล็กที่มีความถี่หลายระดับ (Low Amplitude Mixed-Frequency EEG Activity: LAMF) เป็นช่วงสัญญาณคลื่นเธต้า (Theta Wave) ส่วนใหญ่จะมีความถี่ประมาณ 4-7 Hz มีการกลอกตาแบบช้า (Slow Eye Movement: SEM) คือ การกลอกตาที่ไปด้านเดียวกัน ในจังหวะที่สม่ำเสมอ มีลักษณะโค้ง ๆ โดยมีความกว้างมากกว่า 500 มิลลิวินาที และมีลักษณะคลื่นเวอร์เท็กซ์ ชาร์ปเวฟ (Vertex Sharp Waves: V) เป็นลักษณะคลื่นที่มีความแหลม มีความกว้างน้อยกว่า 0.5 วินาที เห็นชัดที่สมองส่วนกลาง มีลักษณะเด่นออกมาชัดเจนจากพื้นหลัง

NREM ระยะที่ 2 (N2) เป็นช่วงสัญญาณคลื่นเคคอมเพล็กซ์ (K Complex) มีลักษณะเป็นคลื่นที่มีความโดดเด่นชัดเจน มีความกว้างอย่างน้อย 0.5 วินาที ส่วนใหญ่มักจะเห็นชัดที่สุดที่สมองส่วนหน้า คลื่นการนอนหลับสปินเดิล (Sleep Spindle) มีลักษณะคลื่นที่มีความถี่อยู่ในช่วง 11-16 เฮิรตซ์ ส่วนใหญ่มักอยู่ในช่วง 12-14 เฮิรตซ์ มักเห็นชัดบริเวณสมองส่วนกลาง โดยมีความกว้างอย่างน้อย 0.5 วินาที

NREM ระยะที่ 3 (N3) เป็นช่วงสัญญาณคลื่นเดลต้า (Delta Wave) มีความถี่ระหว่าง 0.5 -2 เฮิรตซ์ เป็นคลื่นสมองแบบช้า (Slow Wave Activity) ความสูงของคลื่นนับจากยอดบนถึงยอดล่าง มากกว่า 75 ไมโครโวลต์ โดยวัดที่สมองส่วนหน้า

ระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM) เป็นช่วงสัญญาณคลื่นฟันเรื้อย (Saw Tooth Wave) ที่มีลักษณะของคลื่นต่อเนื่องที่มีลักษณะแหลมรูปร่างเป็นสามเหลี่ยมคล้ายฟันเรื้อย โดยมีความถี่อยู่ในช่วง 2-6 เฮิร์ตซ์ มักเห็นชัดที่สมองส่วนกลางและมักจะนำมาก่อนการกลอกตาแบบรวดเร็วในช่วง REM จะมีกล้ามเนื้อขยับเป็นช่วง ๆ (Transient Muscle Activity) คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) เพิ่มขึ้นเป็นช่วงสั้น ๆ ไม่สม่ำเสมอ โดยมีระยะเวลาน้อยกว่า 0.25 วินาที เป็นลักษณะคลื่นกล้ามเนื้อที่ต่ำ มักเห็นที่กล้ามเนื้อคาง (Chin EMG) หรือที่กล้ามเนื้อขา (Anterior Tibialis EMG) รวมทั้งอาจพบที่คลื่นสมองหรือคลื่นไฟฟ้าของตาที่เป็น การบ่งชี้ว่า มีการขยับของกล้ามเนื้อที่ถูกเลี้ยงโดยเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve Innervated Muscles) เช่น กล้ามเนื้อหน้าและหนังศีรษะ โดยพบว่า จะเห็นชัดในช่วงที่มีการกลอกตาแบบรวดเร็ว เครื่องสวมข้อมือ (Wrist Actigraphy) เป็นอุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายนาฬิกาข้อมือใช้การบรรจุหน่วยความจำ (Memory Bank) เพื่อตรวจวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย สามารถวัดความแรง (Intensity) และความถี่ (Frequency) ในการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ เครื่องสวมข้อมือนี้อาจใช้สวมข้อมือข้างที่ไม่ถนัด บันทึกการเคลื่อนไหวทุก 1-5 วินาที ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินการหลับและการตื่น มีขนาดเล็ก ราคาถูก ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ใช้และไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถวัดการนอนที่ปกติในสิ่งแวดล้อมทั่วไปไม่ต้องวัดในห้องปฏิบัติการ (Sleep Laboratory) แต่ต้องมีการตรวจสอบการสวมใส่เครื่องสวมข้อมือ เพื่อให้สามารถบันทึกผลได้ถูกต้อง (Martin & Hakim, 2011)

ไนท์แคป (Night Cap) เป็นเครื่องมือตรวจการนอนหลับขนาดเล็กที่สามารถพกพาได้ใช้หลักการวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อแยกแยะระยะตื่น การนอนหลับระยะ REM และ NREM โดยอาศัยการเคลื่อนไหวของหนังตาและศีรษะ เครื่องมือนี้สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับที่แท้จริงได้ แต่มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับของ NREM ได้ (Ajilore, Stickgold, Rittenhouse, & Hobson, 1995)

2. การประเมินการนอนหลับด้วยตนเอง (Self-Report Sleep Quality) เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด โดยใช้แบบวัดต่าง ๆ ที่มีผู้พัฒนาขึ้น เช่น การประมาณค่าด้วยการเปรียบเทียบทางสายตา (Visual Analog Scale) หรือมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) (Arab, Mashayekhi, Ranjbar, Abazari, & Dortaj, 2013) การประเมินการนอนหลับด้วยตนเองมีหลายรูปแบบ ได้แก่

2.1 การบันทึกการนอนประจำวัน (Sleep Diary) เป็นการบันทึกการนอนที่แสดงรายละเอียดกิจกรรมการนอน การตื่น วันต่อวัน ประเด็นหลักของการบันทึกการนอนหลับได้แก่ เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน ระยะเวลาเข้านอนจนหลับไป ความถี่ของการตื่นกลางดึกที่มีผลให้นอนต่อไม่ได้ จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ การตื่นเช้าเกินไป คุณภาพการนอนหลับ จำนวนและเวลาของการงีบหลับ การเดินละเมอ การใช้ยา แอลกอฮอล์ หรือตัวกระตุ้นอื่น ๆ ที่ใช้ตลอดวัน กิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน ความเครียด การทำอะไรให้หลับ ความรู้สึกหรืออารมณ์ฉุนเฉียวตลอดวัน โดยจะบันทึกเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ (Carney et al., 2012) เป็นวิธีการที่ง่าย ไม่แพง การบันทึกมีความละเอียดดีกว่าการใช้แบบสอบถามเพียงครั้งเดียว แต่ยังต้องการทดสอบความตรง และความเที่ยง เพราะยังมีการศึกษาน้อยอยู่ (Morin & Benca, 2012) และมีข้อจำกัดเฉพาะผู้ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ และระดับความรู้สึที่ดี

2.2 การประเมินการนอนหลับด้วยแบบสอบถามการนอนหลับ (Questionnaires) การใช้แบบสอบถามในการประเมินการนอนหลับมีข้อจำกัดคือ ผู้รับการประเมินจะต้องไม่เป็นผู้มีความบกพร่องทางการรู้คิด จึงจะสามารถตอบแบบสอบถามได้ตรงตามความเป็นจริง มีนักวิจัยและพัฒนา สร้างแบบสอบถามไว้ ดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามการนอนหลับเวอร์แรนและสไนเดอร์- ฮาลเพิน (Verran and Snyder-Halpen Sleep Scale: VSH Sleep Scale) เป็นการให้คะแนนตามการรับรู้ในการนอนหลับของตนเองที่เกิดขึ้น โดยการประเมินเปรียบเทียบการนอนหลับด้วยสายตา มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 0-10 เซนติเมตร แบ่งคะแนนเป็น 0 ถึง 10 คะแนน รวม 150 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำหมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี วิธีนี้ปฏิบัติได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เหมาะสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Snyder-Halpen & Verran, 1987)

2.2.2 แบบประเมินการนอนหลับพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ จำนวน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มนอนจนหลับ (Sleep Latency) ระยะเวลาการนอนหลับแต่ละคืน (Sleep Duration) และประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยอุปนิสัย (Habitual Sleep Efficiency) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับในภาพรวม และปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับใน 1 เดือน ที่ผ่านมาสามารถบอกได้ด้วยบุคคลนั้น ๆ เอง (พงษ์พันธ์ จันทสิทธิ์, 2554; Assari, Lankarani, Saleh, & Ahmadi, 2013) แต่อาจประเมินการนอนหลับได้ผิวเผินหรือไม่ตรงกับสภาพเป็นจริง ผลจากการประเมินอาจเกิดความลำเอียง มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการวัดด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์วัดการนอนหลับ PSG และยังมีหลักฐานว่าผู้ที่ขาดการนอนหลับเรื้อรัง (Sleep Deprivation) จะประเมินระยะเวลาที่หลับต่ำกว่าความเป็นจริงและยังประเมินระยะเวลาก่อนหลับสูงเกินความจริง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การวัดจากการบอกเล่าด้วยตนเองมีความใกล้เคียงกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ อีกทั้ง มีความเที่ยงและความตรงในตัวแปรส่วนใหญ่ ของการนอนหลับในประชากรหลายกลุ่ม รวมทั้งมีความตรงในการวัดระยะเวลาของการนอนหลับที่แปรปรวน (Sleep Disturbance) โดยรวมแล้วเครื่องมือวัดจากการบอกเล่ามีประโยชน์ในการนำไปใช้ดีกว่าการใช้เครื่องมือ PSG เนื่องจากสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ๆ เกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในการนอนหลับและความรู้สึกหลังการตื่นนอน ซึ่งไม่สามารถวัดได้จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (Le Guen, Nicolas-Robin, Lebard, Arnulf, & Langeron, 2013)

2.2.3 แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี (St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire: SMH Sleep Questionnaire) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับ และปริมาณการนอนหลับ ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยวัดการนอนหลับ 4 ด้าน คือ การรู้สึกตื่นตัวระหว่างการนอนหลับ (Mid-Sleep Awakenings) ระยะเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ (Sleep Latency) วิธีการที่ทำให้ตื่นนอน (Method of Awakenings) และความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนหลับ (Subjective Quality of Sleep) แบบสอบถามนี้ หาความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ พบว่ามีความเที่ยงตั้งแต่ 0.70-0.96 และเมื่อนำไปใช้ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง ที่ต่ำ (Theta)

เท่ากับ 0.79 (Snyder-Halpern & Verran, 1987)

3. การสังเกต (Observation)

เป็นการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับที่เห็นด้วยตาในระหว่างหรือตลอดเวลาของการนอนหลับ โดยสังเกตความเคลื่อนไหว ลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาการนอนหลับ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่สังเกตได้ เช่น ทำนอน การปิดตา ร่างกายและใบหน้าผ่อนคลาย การหายใจปกติ การเคลื่อนไหวของร่างกายที่ลดลงและการตื่น ควรสังเกตใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย 15-30 นาที และการสังเกตจะต้องไม่รบกวนการนอนหลับของผู้ถูกสังเกต การสังเกตจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากการสังเกตที่เพิ่มขึ้น (Martin & Hakim, 2011) เป็นวิธีที่ใช้อย่างต่อเนื่องแต่ยังขาดความตรง (Validity)

ตอนที่ 2 ภาวะการนอนไม่หลับและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนอนหลับเป็นหนึ่งในกิจกรรมหลักของมนุษย์ประมาณกันว่าเราใช้เวลาไปกับการนอนถึง 1 ใน 3 ของช่วงชีวิตการนอน ซึ่งจะทำให้ร่างกายได้พักผ่อนจากความเหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรมตลอดวันที่ผ่านมา ดังนั้น หากเราสามารถนอนหลับได้ปกติก็จะมีสุขภาพที่ดีในทางตรงกันข้ามหากใครที่มีปัญหาการนอนไม่ว่าจะเป็นปัญหาการนอนไม่หลับ หรือปัญหาง่วงนอนมากเกินไปก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการใช้ชีวิตประจำวันได้ สำหรับประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มาตรวจที่หน่วยตรวจปฐมภูมิของโรงพยาบาล มีปัญหาด้านการนอนร่วมด้วยโดยเฉพาะปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด (Tubtimtes, Sukying, & Prueksaritanond, 2011, p. 273)

การนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช (Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011) โดยเฉพาะ โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) โรคที่เกิดจากการดื่มสุรามากและต่อเนื่อง (Alcohol Abuse)

ความแปรปรวนของการนอนสามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1. การนอนไม่หลับ (Insomnia) คือ การมีความยากลำบากในการเริ่ม (Initiating) หรือการคงสภาพการนอน (Maintaining) การนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบบ่อย จากการศึกษาค้นคว้าของ (Ohayon, 2009) พบว่า ร้อยละ 18.6 ของประชากรทั่วไปมีปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งการนอนไม่หลับส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และโรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder)

2. การนอนมาก หรือการง่วงนอนตอนกลางวัน (Hypersomnia or Daytime Sleepiness) คือ การไม่สามารถตื่นอยู่ได้แม้ในขณะที่ทำกิจวัตรหรือกิจกรรมอยู่ หรือการง่วงนอนอย่างมากจนไม่สามารถตื่นอยู่ได้ในเวลาและสถานที่ ๆ ไม่เหมาะสม เช่น ขณะคุย ขณะรับประทานอาหาร ขณะขับรถหรือทำงาน อาการที่อาจพบร่วมไปกับการนอนมาก คือ การกรน (Snoring) การปวดศีรษะ (Headache) การหยุดหายใจ (Apnea) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแบบทันทีทันใด (Cataplexy) การเห็นภาพหลอนขณะจะหลับ (Hypnagogic Hallucination) และอาการผีอำหรือการที่ไม่สามารถขยับร่างกายได้ ขณะตื่นนอนหลับหรือตื่นขึ้น (Sleep Paralysis)

3. ภาวะการนอนผิดปกติที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือมีการส่งเสียงผิดปกติที่เกิดใน

ช่วงการนอนหลับ (Parasomnias) คือ กลุ่มของปรากฏการณ์ทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะหลับหรือเป็นมากขึ้นในขณะหลับปรากฏการณ์ดังกล่าว เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด (Acute) ไม่เป็นที่ต้องการ (Undesirable) และเกิดเป็นครั้งคราว (Episodic) มีอาการแสดงออกในหลายรูปแบบ เช่น เดิน คุกกริรร้อง ซึ่งอาจจะทำให้การนอนไม่ต่อเนื่อง โดยที่พฤติกรรมดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดเป็นประจำก็ได้ อาการละเมอที่พบบ่อยที่สุด คือ ละเมอเดิน ตื่นขึ้นมาแล้วกริรร้องตกใจ โดยเมื่อตื่นขึ้นมาอาจมีอาการผิดปกติ เช่น ตื่นแล้วรู้สึกสับสนมึนงง ภาวะนี้พบบ่อยในเด็กและผู้มีประวัติในครอบครัวที่มีอาการ และอาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สบาย นอนหลังจากที่อดหลับอดนอนเป็นเวลานานหรือใช้ยาบางอย่าง

การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคความผิดปกติจากการนอนหลับ ควรทราบถึงช่วงเวลา ที่นอนไม่หลับ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการหาสาเหตุดังนี้ คือ

1. การนอนไม่หลับในช่วงแรก (Initial Insomnia) คือ การใช้เวลานานกว่าจะเริ่มหลับพบได้บ่อยในช่วงที่มีความวิตกกังวล (Anxiety) การกลัวผิดธรรมดาว่าจะนอนไม่หลับ (Sleeplessness Phobia) การตื่นตัวสูง (High Level of Arousal) ความคิดซ้ำซาก (Obsessive Thoughts) และการรบกวนจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Disturbances)

2. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง (Middle Insomnia) คือ การตื่นบ่อยหลังจากเริ่มนอนไปแล้ว มักเกี่ยวข้องกับภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep Apnea Syndrome) การไอ การหายใจไม่ออก (Breathlessness) การปัสสาวะตอนกลางคืน (Nocturnal) ปวดศีรษะไมเกรน (Migraine) หอบหืด (Asthma) โรคกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer) และการชัก (Seizure)

3. การนอนไม่หลับในช่วงท้าย (Terminal Insomnia) คือ การตื่นนอนแต่เช้ามีดแล้วไม่สามารถนอนต่อได้ซึ่งมักสัมพันธ์กับการซึมเศร้า (Depression)

อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) คือ อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น หรืออาจเกิดขึ้นในคนปกติที่บังเอิญมีตัวกระตุ้นให้นอนไม่หลับ เช่น มีความกังวลที่จะต้องไปสอบสัมภาษณ์ในที่ทำงานใหม่ หรือมีความเครียดเพราะไม่มีเงินไปใช้หนี้ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังสามารถเกิดภาวะนี้ได้กับผู้ป่วยซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) หรืออาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่าภาวะนอนไม่หลับนั้น พบได้บ่อยมาก เพราะสามารถเกิดได้ทั้งในคนปกติ และคนป่วย แต่อาการนอนไม่หลับมักเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว (Transient Insomnia) (Sateia, 2014) อาการนอนไม่หลับ (Primary Insomnia) มีลักษณะที่สำคัญ คือ มีอาการนอนหลับยากหรือหลับไม่สนิทเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวช โรคทางกายหรือการเสพยาเสพติด พบประมาณร้อยละ 1-10 ในประชากรผู้ใหญ่ทั่ว ๆ ไป และร้อยละ 25 ในผู้สูงอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556, หน้า 1150) และจากการศึกษาของ Ohayon (2009) พบว่า อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ จะเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดหลังจากมีความเครียด (Stress) ทางด้านจิตใจ สังคม หรือการเจ็บป่วยแม้ว่าในภายหลังความเครียดที่เป็นสาเหตุจะได้รับการแก้ไขแล้ว แต่การนอนไม่หลับก็อาจยังคงอยู่เนื่องจากผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่มีความตื่นตัวสูง (Heightened Arousal) และมีการวางเงื่อนไขแบบลบ (Negative Conditioning) เกิดขึ้น เช่น ผู้ที่นอนไม่หลับหลังจากได้รับบาดเจ็บ แม้ว่าในภายหลังจะหายจากการบาดเจ็บแล้ว ผู้ป่วยก็ยังมีอาการนอนไม่หลับอยู่ เนื่องจากในขณะที่ได้รับบาดเจ็บ การนอนของผู้ป่วย

เต็มไปด้วยความเจ็บปวด โดยทั่วไปแล้ว ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิจะเริ่มมีอาการในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือตอนกลาง อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ มีได้หลายแบบบางรายอาจเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และคงอยู่เป็นเวลานานหลายเดือนถึงหลายปี นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเป็นพัก ๆ ได้ การที่แพทย์จะวินิจฉัยว่า ใครมีภาวะนอนไม่หลับหรือไม่นั้น ต้องอาศัยการซักประวัติผู้ป่วยเป็นหลัก (Kripke, Langer, & Kline, 2012) อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ควรได้รับการวินิจฉัยแยกจากโรคหรือภาวะดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ที่นอนน้อย (Short Sleepers) ผู้ที่นอนน้อยมีลักษณะการนอนที่แตกต่างจากอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ คือ ผู้ที่นอนน้อยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเริ่มนอนและการตื่นบ่อย ไม่มีปัญหาเรื่องการอ่อนเพลีย ขาดสมาธิหรือหงุดหงิด

2. ภาวะนอนมากเกินไป (Primary Hypersomnia) และอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ผู้ป่วยทั้ง 2 โรค มีการร่งงนอนมากตอนกลางวันเหมือนกันได้ แต่ผู้ป่วย Primary Hypersomnia ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับตอนกลางคืน

3. ภาวะนอนไม่เป็นเวลา (Circadian Rhythm Sleep Disorder) เป็นภาวะนอนไม่หลับที่เกิดการเดินทางข้ามประเทศที่มีเวลาแตกต่างกันมากหรือการเปลี่ยนเวลาการทำงาน

4. ความผิดปกติการนอนหลับอื่น ๆ เช่น โรคลมหลับ (Narcolepsy) ภาวะความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ (Breathing-Related Sleep Disorder) หรือการนอนละเมอ (Parasomnia) โรคเหล่านี้ อาจมีการนอนไม่หลับร่วมด้วยได้ แม้ว่าการนอนไม่หลับจะไม่ได้เป็นปัญหาหลัก

5. ปัญหาการนอนไม่หลับมีสาเหตุจากโรคทางจิตเวช (Insomnia Relate to Another Mental Disorder) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และโรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder)

6. การนอนไม่หลับที่เกิดจากสารเสพติดต่าง ๆ (Sleep Disorder Due to a General Medical Condition or Substance Induce Sleep Disorder)

ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับ

อาการนอนไม่หลับส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากบุคคลใดมีปัญหาด้านการนอน จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า มีภาวะเสี่ยงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ชลธิชา แยมมา และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2556) การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาต่าง ๆ ลดลง เพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค มีความรุนแรงและเพิ่มการกลับเป็นซ้ำ (Jausse et al., 2011; Troxel et al., 2012) และจากการศึกษาผลของการขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation) ผู้ป่วยที่ขาดการนอนหลับ มักจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ แสดงอาการเบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้นหรือความสนใจ สิ่งต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของสมอง (Rocha & Martino, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Bahaman, Alaseem, Alzakri, Almeneessier, & Sharif, 2012) ที่พบว่า นักศึกษาแพทย์เกิดความเหนื่อยล้าจากการเรียน การทำงาน และมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยลง จึงทำให้มีอาการง่วงนอน เหนื่อยล้า และไม่มีสมาธิ ซึ่งพบในกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ไม่ดี

การรักษาอาการนอนไม่หลับ

หลักสำคัญของการรักษาอาการนอนไม่หลับคือการรักษาโรคทางกาย การรักษาโรคทางจิตเวชและการหยุดใช้สารที่เป็นเหตุให้นอนไม่หลับ การรักษาอาการนอนไม่หลับสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาโดยการให้ยาและการรักษาโดยไม่ให้ยา นอกจากนี้ ผู้รักษาควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนอนที่ถูกสุขลักษณะร่วมด้วย

1. การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยให้ยา (Pharmacological Intervention) ยาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นหากใช้อย่างถูกต้อง ได้แก่ ยาที่ช่วยให้สงบ (Sedatives) และยานอนหลับ (Hypnotics) (Dougherty & Lister, 2015) รวมทั้งยาต้านความวิตกกังวล (Antianxiety Drugs) จะช่วยให้คลายความวิตกกังวล และความตึงเครียดทำให้เข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย (Taylor, Lillis, LeMone, & Lynn, 2008) ในปัจจุบันยานอนหลับที่นิยมใช้ ได้แก่ เบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) บาร์บิทูเรตส์ (Barbiturates) และเมลาโทนิน (Melatonin)

2. การรักษาอาการนอนไม่หลับโดยไม่ให้ยา (Non-Pharmacological Intervention) ได้แก่

2.1 การฝึกสุขวิทยาในการนอนหลับ (Sleep-Hygiene Training for Older Adults) ลดการงีบหลับในตอนกลางวัน หรือ จำกัดการงีบไม่ให้เกิน 30 นาที ในแต่ละวัน (Mustian et al., 2013) หลีกเลี่ยงการใช้ยากระตุ้นประสาท ก่อนนอน และยานอนหลับในตอนกลางวัน นอกจากนี้ ควรออกกำลังกาย โดยการเดินเล่นในตอนเย็น ควรจำกัดปริมาณน้ำดื่มโดยเฉพาะตอนค่ำเพื่อลดปัญหาเรื่องปัสสาวะบ่อย หลีกเลี่ยงอาหารและยา บางประเภทที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ คาเฟอีน แอลกอฮอล์ และบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังอาหารกลางวัน (Montagna & Chokroverty, 2011)

2.2 การควบคุมสิ่งแวดล้อมสามารถทำได้โดยการเข้านอนเมื่อรู้สึกง่วง หากนอนไม่หลับ ภายใน 15-20 นาที ให้ลุกจากเตียง ให้อ่านหนังสือ ฟังเพลงเบาๆ หรือนั่งดูทีวี และหลังจากเข้านอนแล้วยังนอนไม่หลับให้ใช้แผนตามข้างต้นจนกว่าจะสามารถนอนหลับได้ภายในไม่กี่นาที และควรงดการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การดูทีวี การเล่นเกมออนไลน์ เล่นอินเทอร์เน็ต การใช้โทรศัพท์ พบว่า เป็นสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ (Cain & Gradisar, 2010; Gradisar et al., 2013)

2.3 การเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาสม่ำเสมอทุกวัน ไม่นอนตึกเกินไป และนอนหลับให้เพียงพอ (Lim, Baek, Chung, & Lee) ไม่ว่าจะคืนก่อนจะนอนหลับหรือไม่ก็ตาม เพื่อสร้างความเคยชินให้อยากนอน และตื่นเมื่อถึงเวลา ควรลุกจากเตียงทุกเช้าในเวลาเดิมไม่ว่าจะเข้านอนเวลาใดก็ตาม แม้ว่าจะมีอาการง่วงบ้างในระหว่างวัน แต่เมื่อตึกตึกก็สามารถที่จะหลับได้อย่างรวดเร็ว

2.4 การปรับพฤติกรรมและการรับรู้ (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่นอนไม่หลับ มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง CBT Video กับ CBT Face to Face พบว่า CBT Face to Face ได้ผลดีกว่า (Savard, Ivers, Savard, & Morin, 2014) วิธีการนี้จะเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนและปรับวิธีคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น ผู้ป่วยบางคนอาจคิดว่าตัวเองเป็นคนนอนหลับยาก ต้องใช้ความพยายามมากกว่าจะนอนหลับได้ หรืออาจคิดว่าถ้านอนหลับไม่ถึง 8 ชั่วโมง จะไม่สามารถทำงานอะไรได้ในตอนกลางวัน

2.5 การจัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก อุณหภูมิห้องควรอยู่ในช่วง 21-27 องศาเซลเซียส มีความเงียบสงบ และเครื่องนอนควรใช้ที่นอนที่ไม่แข็ง หรือนุ่มจนเกินไป จะช่วยให้นอนหลับได้ดี (Dougherty & Lister, 2015)

2.6 การวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกปลุกบ่อยครั้งเพื่อรับการรักษายาบาล หรือปลุกตอนเช้าเพื่อทำความสะอาดร่างกาย และรับประทานอาหาร ดังนั้น ควรจัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมการพยาบาล และพิจารณาว่ากิจกรรมใดบ้างที่ไม่จำเป็นต้องทำในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนหลับ หากเป็นไปได้ควรทำกิจกรรมการพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยตื่น หากไม่สามารถทำได้ ควรหลีกเลี่ยงการปลุกผู้ป่วยในระหว่างการนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM) (Taylor et al., 2008)

2.7 การผ่อนคลาย (Relaxation Therapy) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่การนอนหลับได้ง่าย และลดการตื่นระหว่างการนอนหลับ (Ebben & Spielman, 2009) เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การดูโทรทัศน์ การนอนนับลมหายใจ การสวดมนต์ การอ่านหนังสือ การใช้ดนตรีบำบัด (Han et al., 2010) ในด้านของการออกกำลังกายพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ เช่นการศึกษาของ (Dolezal, Neufeld, Boland, Martin, & Cooper, 2017) พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในระดับปานกลางหรือแบบเข้มข้น ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับนั้น สามารถช่วยลดค่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (PSQI) คือ ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นได้ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (Progressive Muscle Relaxation) การสร้างจินตภาพ (Guided Imagery) (Buysse et al., 2008) การออกคำสั่งให้ตัวเองผ่อนคลาย (Autogenic Training) การฝึกสมาธิ (Meditation) และการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (Bootzin & Epstein, 2011) สนับสนุนว่า ทำให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านจิตใจมีผลต่อการส่งเสริมการนอนหลับ

ตอนที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น การมีความเครียด วิตกกังวล และระดับการรู้คิดบกพร่องนั้น ล้วนแต่รบกวนการนอนหลับ (Harvey, Stinson, Whitaker, Moskowitz, & Virk, 2008) ในคนที่มีความเครียดสูง อาจเป็นคนที่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าก็จะมีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย (Lueboonthavatchai, 2011)

Selye (1976) บิดาแห่งทฤษฎีความเครียด กล่าวว่า ความเครียดเป็นกลุ่มอาการที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอก ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดัน คุกคาม หรือบีบคั้น ซึ่งทำให้สมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป หรือร่างกายได้รับคุกคาม จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ชีวเคมีของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ปฏิกิริยานี้ เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัว

Chang and Lee (2007) กล่าวว่า ความเครียด คือ ภาวะที่บุคคลเผชิญกับโอกาส ข้อจำกัด หรือความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ปรารถนา โดยที่ผลลัพธ์มีความไม่แน่นอน ความเครียดอาจมีใช้ ภาวะที่ไม่ดีเสมอไป ความเครียดอาจทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติซึ่งอาจนำไปสู่ความสำเร็จ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2542) ให้ความหมายความเครียดว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นตัวบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคล จะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดัน คุกคาม หรือบีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ และมีความพึงพอใจ จะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ เป็นการเสริมความแข็งแกร่งทางร่างกาย และจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจจะไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด

อาภาพร เมาวัฒนา และสุรินทร์ กลัมพากร (2556) ให้ความหมายความเครียดว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะการตอบสนองของบุคคลทั้งทางกายและจิตต่อสภาพหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคล ที่ไม่สามารถจัดการกับสภาพหรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ จะทำให้เกิดความเครียดทั้งต่อร่างกายและ จิตใจ ความเครียดที่เหมาะสมจะไปกระตุ้นให้ปรับตัว แก้ปัญหา เกิดการพัฒนาและสร้างสรรค์ แต่ถ้า ความเครียดมากเกินไปจะส่งผลไม่ดีต่อร่างกายและจิตใจทำให้ปรับตัวไม่ได้ ประสิทธิภาพในการแก้ ปัญหาต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของบุคคลนั้น

นงนุช แนะแก้ว (2560) ให้ความหมายของความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจ ที่มีการตอบสนองต่อความกดดันคุกคาม การบีบคั้นทางด้านจิตใจและร่างกาย จากเหตุการณ์ใน ชีวิตประจำวัน ทั้งจากเหตุการณ์เล็ก ๆ จนถึงเหตุการณ์สำคัญหรือร้ายแรงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับสมดุล ร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ

พระประเสริฐ ศักดิ์รัตนญาโณ และพระครูภาวนาโพธิคุณ (2560) ให้ความหมาย ความเครียดว่า หมายถึง ภาวะหนึ่งของความทุกข์ที่เกิดขึ้นในภาวะจิต หมายถึง ปรากฎการณ์ที่ขาด สุขภาวะจิต ที่เกิดจากความโลภ ความโกรธ ความหลง มีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้นทางด้าน กายภาพที่มาคุกคามและขัดขวางการเจริญเติบโตความต้องการของมนุษย์ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เป็น ภาวะที่ทำให้เกิดความวุ่นวายทางจิตใจ มีอาการซึมเศร้า วิดกกังวล คับข้องใจ หงุดหงิด ใจฟุ้งซ่าน วุ่นวายใจ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการทำงานของร่างกายผิดปกติ มีอาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ตัวสั่น หัวใจสั่น นอนไม่หลับ สมองไม่ผ่อนคลาย เคร่งเครียด เจ็บปวด ทรมาน ทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บมากขึ้น ถึงขั้นรุนแรงตามลำดับความเครียด คือ ความเครียดระดับเล็กน้อยชั่วคราว ระดับค้างคา ระดับรุนแรง เป็นต้น

สรุปได้ว่า ความเครียด เป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจาก การต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ เป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Non-Specific Response) โดยเกิดขึ้นจาก หลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยอื่น ๆ อันเป็นเหตุทำให้เกิดอาการของความเครียด และมีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางอารมณ์ ทางความรู้สึกและอาการ ทางกาย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

ความเครียด (Stress) จากทฤษฎีเชิงการตอบสนองของ Selye (1979) กล่าวว่า

ความเครียดเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง ที่มีต่อร่างกายหรือจิตใจไม่ว่าทางใดก็ตาม ความเครียดที่เกิดขึ้นมีหลายสาเหตุ สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มปัจจัยได้ 4 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ระบบประสาท สารสื่อประสาท พันธุกรรม และบุคลิกภาพ
2. ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความกดดันคับข้องใจ ความขัดแย้ง เจตคติและความเชื่อ
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ชีวิต เรื่องรบกวนเล็กน้อย ขนชั้นสังคม
4. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การว่างงาน การหย่าร้าง การสูญเสีย การประจัญบาน

ภัยพิบัติ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อันเป็นเหตุทำให้เกิดความเครียดทั้งสิ้น

ผลจากปฏิกิริยาตอบสนอง ที่มีต่อความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย เมื่อเกิดภาวะเครียดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร และเมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ภาวะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมใต้สมองถูกกระตุ้น ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หรืออาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้ ในกรณีที่บุคคลนั้น ๆ ต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ เพราะระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย เช่น คนที่มีโรคเบาหวาน หากเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ฮอร์โมนคอร์ติซอลจะไปกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้นหรือลดต่ำลงอย่างผิดปกติทำให้เกิดอาการช็อกได้ หรือในบางรายที่ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เกิดอาการของโรคหอบหืด โรคมุมแพต่าง ๆ โรคผิวหนัง และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับคนปกติ

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อบุคคลมีความเครียดจิตใจจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ขาดความระมัดระวังในการทำงาน เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตตนเอง เศร้าซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตประสาทได้ เพราะฮอร์โมนคอร์ติซอลที่เพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อและลดจำนวนลง โดยเฉพาะสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำและสติปัญญา ทำให้ความจำและสติปัญญาลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะสารสื่อประสาท จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าปกติ

3. ด้านพฤติกรรม จากการที่ระบบของร่างกายมีการทำงานที่ผิดปกติไปส่งผลให้พฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น บางรายอาจมีอาการเบื่ออาหาร หรือรู้สึกลัวตัวเองหิว อยู่ตลอดเวลาทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับหลายคืน ติดต่อกัน ประสิทธิภาพการทำงานน้อยลง แยกตัวออกจากสังคมและเผชิญความเครียดอย่างโดดเดี่ยว ในบางรายมีการปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ติดเหล้า ติดยา เล่นการพนัน และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนต่ำลง อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบ นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

ความเครียดและอาการนอนไม่หลับ

เมื่อบุคคลมีภาวะเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีการตอบสนองต่อร่างกายและอารมณ์ ให้ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทค หลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เมื่อเกิดภาวะเครียดจะมีการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ ระบบประสาทซิมพาเทติกจะส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตส่วนอะดรีนัล เมดุลลาหลั่งแคทีโคลามีน ซึ่งประกอบไปด้วย ฮอร์โมนอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน ทำให้ร่างกายมีความตื่นตัว กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น ผั่งหลอดเลือดหดตัวทำให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

การประเมินความเครียด

ความเครียดเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในระดับเซลล์ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อ จนถึงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพร่างกายอย่างเป็นองค์รวมจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การประเมินความเครียดมี 3 วิธี (มรรยาท รุจิวิชญ์, 2556, หน้า 15-16) ได้แก่

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Stress) โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายของผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด เช่น อัตราการเปลี่ยนแปลง การเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ต่อมเหงื่อ เป็นต้น โดยใช้เครื่องมือไบโอฟีดแบค (Biofeedback Instrument)

2. การประเมินโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินการรับรู้ต่อความเครียด (Perceptive Measure of Stress) เป็นการประเมินภาวะเครียด ด้วยความรู้สึกของตนเองต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แล้วจึงมารวบรวมค่าคะแนนเพื่อประเมินระดับความเครียด แบบประเมินดังกล่าวมีผู้สร้างขึ้นมาหลายประเภทด้วยกัน เช่น The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) Analogies Symptom Distress Check List (SL-90) Health Opinion Survey (HOS) Understanding Your Health และแบบประเมินความเครียด SPST-20 กรมสุขภาพจิต เป็นต้น

3. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออกที่สามารถสังเกตเห็นได้ (Behavioral Measure of Stress) เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออก เป็นปฏิกิริยาสะท้อนออกมาจากความคิด จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้จากความผันแปรในด้านความคิด คำพูด และการติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความจำ วิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เมื่อคนเราเกิดภาวะเครียดจะแสดงออกมาในลักษณะของอาการสู้หรือหนี ซึ่งคนอื่นสามารถสังเกตเห็น และบันทึกพฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินนี้ต่อมาถูกพัฒนาและนำมาใช้ในผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตได้

การประเมินความเครียด โดยใช้แบบสอบถามในประเทศไทย มีการสร้างและพัฒนาแบบประเมิน เพื่อให้มีความเหมาะสมในแต่ละกลุ่มประชากร ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. แบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) มีลักษณะมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (Ordinal Rating Scale) แบบ 5 มาตรา จำนวน 20 ข้อ มีผลรวมคะแนนไม่เกิน 100 คะแนน โดยคะแนน 0-23 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 24-45 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 46-61 คะแนน หมายถึง เครียดสูง และคะแนน 62 คะแนน หมายถึง เครียดรุนแรง แบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ จัดทำเพื่อประเมินภาวะ

ความเครียดในประชากรที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานหรือวัยเรียน โดยแบบวัดความเครียดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าบุคคลนั้นมีความเครียดระดับใด ปริมาณมากน้อยเท่าไร แบบวัดความเครียดนี้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงสภาพ (Concurrent Validity) เมื่อใช้เครื่องมือมาตรฐาน คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีค่าความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบตามค่าความเครียดของกล้ามเนื้อในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95 และมีค่า Cronbach's Alpha Reliability Coefficient ที่มากกว่า 0.7 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) และเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ภาษาไทย สามารถใช้ได้ง่าย เหมาะกับประชากรทั่วไปในชุมชน

2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ แบบ 4 มาตรา จำนวน 20 ข้อ โดยการให้คะแนนเป็นช่วง 0-3 คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคย 1 หมายถึง เป็นครั้งคราว 2 หมายถึง เป็นบ่อย ๆ และ 3 หมายถึง เป็นประจำ แบบประเมินนี้ ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะความเครียดในชุมชน เช่น ความเครียดของผู้ตั้งครุฑเป็นต้น แบบประเมินชุดนี้มีความไว (Sensitivity) 70.4 ความจำเพาะ (Specificity) 64.6 และมีค่า Cronbach's Alpha Reliability Coefficient 0.86 (สุชีรา ภัตตราบุตรรัตน์, 2545)

3. แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) ของ สุชีรา ภัตตราบุตรรัตน์ (2545) และคณะภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นแบบวัดความเครียดแบบมาตรประเมิน แบบเรียงอันดับ แบบ 3 มาตรา จำนวน 24 ข้อ สำหรับประเมินภาวะความเครียดในประชากรทั่วไป เพื่อคัดกรองผู้มีภาวะความเครียด

การจัดการความเครียด

ในการใช้ชีวิตประจำวัน การจัดการความเครียดเป็นสิ่งจำเป็น โดยเริ่มจากการเข้าใจในเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะความเครียด ต้องพิจารณาและปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งการจะตัดสินใจควบคุมมูลเหตุที่ก่อความเครียดนั้น จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ (พินิจ ลาภธนานนท์, 2556, หน้า 28) การจัดการความเครียดเป็นกิจกรรมหนึ่ง เพื่อการผ่อนคลายจากความไม่สมดุลของภาวะร่างกายและจิตใจ การจัดการความเครียดนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด (อาภาพร เผ่าวัฒนา และสุรินทร์ กลัมพากร, 2556, หน้า 126) เมื่อเกิดความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2554)

การผ่อนคลายความเครียด มีหลายวิธี เช่น

1. การกำหนดลมหายใจ โดยการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ง่ายที่สุดและทำได้ทุกเวลา คือ การหายใจ ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร ยิ่งเมื่อเกิดอาการเครียดการหายใจก็จะถี่และตื้นกว่าเดิม การฝึกลมหายใจช้า ๆ ลึก ๆ อย่างถูกวิธีจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง การเผาผลาญอาหารสมบูรณ์ขึ้น ความดันโลหิตลดลง สมองแจ่มใส ความเครียดลดลง และอารมณ์ดีขึ้นโดยการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

2. การยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) เป็นการออกกำลังกายในท่าที่สามารถฝึกปฏิบัติเองได้ ใช้เวลาน้อย สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้กล้ามเนื้อลดการตึงตัว เกิดการผ่อนคลาย เช่น จากการศึกษาของ อารมณ์ ภูพิทยากร (2554) การฝึกโยคะพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย และลดความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการฝึกโยคะลดลงกว่าก่อนฝึกโยคะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. การนวด (Massage) เป็นการจัดระเบียบร่างกายรูปแบบหนึ่ง เพื่อการบำบัดและทำให้ร่างกายผ่อนคลาย โดยใช้ทักษะทางร่างกายและอุปกรณ์เสริมด้วยการ บีบ จับ คลึง รีดเส้น เหยียบ ยัน กดจุด ดัด หรือ กระตุ้นด้วยการสั่นเพื่อกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อและต่อมต่าง ๆ ในบริเวณนั้น ๆ ให้ทำงานดีขึ้น Harris and Richards (2010) ได้ศึกษาผลทางด้านร่างกายและจิตใจของการนวดหลังและนวดมือ ที่มีต่อความรู้สึกผ่อนคลายในผู้สูงอายุ พบว่า ประสิทธิภาพของการนวดหลังและนวดมือทำให้เกิดการผ่อนคลายมีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

4. การใช้จินตนาการ (Imagination) เป็นวิธีผ่อนคลายตนเอง โดยการฝึกการใช้จินตนาการ คำพูด (Autogenic Training) ที่ช่วยให้ร่างกายรู้สึกอบอุ่น หนัก และผ่อนคลาย บุคคลจะเรียนรู้แบบฝึกจากการอ่านหรือสังเกตจากครูฝึก จากนั้น จึงปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลาหลาย ๆ นาที หลาย ๆ ครั้งในแต่ละวัน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ผลที่ได้รับ คือ ช่วยลดอาการไมเกรน ความดันโลหิต หอบหืด โรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และนอนไม่หลับ (Varvogli & Darviri, 2011)

5. การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกสมาธิเป็นการจัดการความเครียดวิธีหนึ่ง ซึ่งการฝึกสมาธิทำให้จิตใจสงบและรู้สึกผ่อนคลาย (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2555) ช่วยทำให้ฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินหลั่งออกมา ระบบประสาทซิมพาเทติกและต่อมหมวกไตทำงานลดลง (Wahbeh, Elsas, Siegwad-M, & Oken, 2008) มีการศึกษาพบว่า การฝึกสมาธิ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดจากแบบประเมินความเครียด SOSI และเครื่องมือไปโอพิตแบบ แบบ SC และ ST ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ซึ่งสรุปได้ว่า การฝึกสมาธิสามารถลดระดับความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรังได้ (กนกภรณ์ ทองคุ้ม, มรรยาท รุจิวิชัย และชมชื่น สมประเสริฐ, 2013)

6. การฟังเพลงและดนตรี การฟังเพลงที่มีลักษณะผ่อนคลายส่งผลให้มีอัตราการหายใจที่ลดลง (สิริลักษณ์ ศรีเสวต, ทิพวัลย์ ดารามาต และเรณู พุกบุญ, 2556) อัตราการเต้นของหัวใจจะสอดคล้องกับจังหวะของดนตรีการรับเสียงที่ความถี่ต่ำกว่าร่างกาย จะส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง (Tan, Tengah, Nee, & Fredericks, 2014) การฟังเพลงที่มีจังหวะช้าถึงปานกลางส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวคลายตัวลง (อัจฉรงค์ โภธารมภ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2554) การฟังเพลงที่บุคคลฟังพอใจหรือมีลักษณะผ่อนคลายจะส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายลดลง แต่อุณหภูมิพื้นผิวมีค่าสูงขึ้น (Lin, Lu, Chen, & Chang, 2012) และการฟังเพลงส่งผลต่อสมอง คือ ทำให้คลื่นสมองอัลฟาเพิ่มขึ้น และทำให้คลื่นสมองเบต้าลดลง นั่นคือ จะทำให้ร่างกายที่อยู่ในสภาวะตึงเครียดมีค่าลดลง และทำให้รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (Morgan, Bartrop, Telfer, & Tennant, 2011)

ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดไทยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนวด (Massage) หมายถึง กระบวนการบำบัดด้วยมือ เพื่อวัตถุประสงค์ต่อระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ มีผลต่อทั้งเฉพาะบริเวณและโดยทั่วไปของระบบไหลเวียนของเหลวทั้งโลหิต และน้ำเหลือง (Alves, Jardim, & Gomes, 2018)

เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ และบุญเรือง นิยมพร (2549) ให้ความคิดเห็นว่า การนวด หรือ หัตถเวช เป็นการรักษาโรควิธีหนึ่ง ซึ่งมีผลทางการรักษาโรคบางโรคได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะโรคที่ไม่สามารถบำบัดได้ด้วยการใช้ยาฉีดหรือยากิน การนวดจึงมีบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรค

วันดี ไชยฉกรรจ์ (2550, หน้า 156) ได้กล่าวว่า การนวด คือ การสัมผัสโดยใช้ส่วนของร่างกาย เช่น ฝ่ามือ นิ้วมือ ข้อศอก หัวเข่า ฝ่าเท้า กระทำการนวด คลึง บีบ ตัด ดึง ทูบตี หรือใช้อุปกรณ์นวดที่ทำจากวัสดุต่าง ๆ เช่น ทำจากไม้ ทำจากก้อนหิน ทำจากแร่ โลหะ ทำมาจากน้ำยาง หรือพลาสติก หรือ จากการใช้แรงอื่น ๆ เช่น แรงลม แรงดันน้ำ กระทำต่อส่วนที่มีอาการเจ็บป่วย อาจกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้อื่นกระทำให้

การนวดไทยเป็นศาสตร์และศิลป์เป็นวัฒนธรรมประจำชาติสยาม เชื่อว่า เกิดจากการสังสมประสบการณ์ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยการสัมผัส การลูบไล้ การคลึง การกด การบีบ การขยี้ การจับ การตัด การประคบ การอบ หรือโดยวิธีการอื่นใดตามศาสตร์และศิลปะของการนวด โดยมี การถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง การนวดไทยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับวัฒนธรรมอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ วัฒนธรรมอินเดีย มีหลักในการปฏิบัติ และมีวิธีการที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว

ทฤษฎีการนวดไทยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีหลัก 2 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีธาตุทั้ง 4 ดิน น้ำ ลม ไฟ และ 2) ทฤษฎีเส้นประธาน (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2552) รูปแบบการนวดไทยจะมีความแตกต่างจากการนวดแบบตะวันตกโดยเฉพาะจุดนวดและแรงกดที่ใช้ โดยการนวดไทยจะใช้การกดนวดที่ลงลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ และการออกแรงกดจะออกแรงที่ละน้อยไปตามแนวนวดที่ตรงกับแนวของกล้ามเนื้อทั้งมัด แรงที่กดหนักแค่เพียงให้ถึงระดับที่ผู้ถูกนวดเริ่มรู้สึกปวด เนื่องจากทุกคนมีร่างกายที่มีกล้ามเนื้อและผิวหนัง ไขมันหนาบางไม่เหมือนกัน จุดระบบประสาทต่าง ๆ จะอยู่ตื้น ลึกไม่เท่ากัน ซึ่งเป็น การควบคุมได้ง่ายต่อการเกิดการเจ็บหรือระบมภายหลังการนวดในขณะที่การนวดตะวันตกจะใช้ การบดขยี้ (Deep Friction) หรือกดลงไปตามจุดกดเจ็บ (Trigger Point) ที่ทำให้เกิดการระบมได้ง่าย

ประเภทของการนวดไทยจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ (มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา, 2550)

1. การนวดแบบราชสำนัก หมายถึง การนวดเพื่อถวายกษัตริย์ และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก ซึ่งจะพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้นวด มีการเรียนการสอนจรรยาบรรณของการนวด มีหลักการฝึกมือและแบบแผนการนวดที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ การนวดแบบราชสำนักเป็นการนวดที่จะใช้เฉพาะนิ้วมือและฝ่ามือเท่านั้น เน้นบุคลิก ท่าทางของหมอ หรือ ผู้นวดเป็นหลัก คำนี้ถึงความเรียบร้อยสวยงามของท่าทางการนวด และการลงน้ำหนักมือในทิศแรงที่ถูกตอง

2. การนวดแบบเชลยศักดิ์มีจุดเริ่มต้นจากการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกันเอง ในครอบครัวของชาวบ้านทั่วไปหรือในชุมชน มีการใช้อวัยวะอื่น ๆ นอกจากมือและนิ้วมือ เช่น ศอก ท่อนแขน สันเท้า เป็นต้น ท่าทางการนวดหลากหลายไม่เพียงแค่มือบีบ หรือกด ในจุดที่ปวดเมื่อยอย่างเดียวนั้น ยังมีการยืดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะทำยืดกล้ามเนื้อบ่าและการตัดกระดูกสันหลัง

ความรู้และทักษะที่สำคัญสำหรับการนวดไทยแบบราชสำนัก (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม, 2554, หน้า 1-6)

1. การแพทย์แผนไทยเชื่อว่ามนุษย์ที่เกิดมานั้น ประกอบไปด้วยธาตุทั้งสี่ ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ โดยที่ธาตุทั้งสี่ต้องอยู่ในภาวะสมดุลกัน หากความสมดุลแห่งธาตุทั้งสี่แปรผันไปทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยได้ ซึ่งนอกเหนือจากการรักษาโดยหลักของเภสัชกรรมแล้วยังสามารถรักษาได้ด้วยหลักของหัตถเวชกรรม ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้รักษาอาการผิดปกติหรือความพิการของธาตุต่าง ๆ ได้

2. การนวดพื้นฐาน คือ การนวดตามแนวเส้นและตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลืองและระบบประสาทให้ทำงานได้ดีขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจะนวดจุดสัญญาณและเพิ่มประสิทธิภาพการนวดรักษา

3. การนวดจุดสัญญาณ คือ การนวดกดจุดสัญญาณที่อยู่ตามแนวเส้นพื้นฐาน เพื่อกระตุ้นพลังประสาท เพื่อจ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจุดสัญญาณหลักเรียกว่า จุดสัญญาณแม่

ข้อปฏิบัติของการนวดไทยแบบราชสำนัก (มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, 2551, หน้า 15-22)

1. ท่านวด ทั้งผู้ถูกนวดและผู้นวดจะอยู่ในท่าที่เหมาะสม ผ่อนคลายไม่เกร็งทั้งสองฝ่าย โดยปกติอาจให้ผู้ป่วยนั่งกับพื้นหรือนอนบนพูกที่พื้น แล้วผู้นวดนั่งคุกเข่าหรือยืนนวด แต่บางครั้งอาจให้ผู้ถูกนวดนั่งเก้าอี้ก็ได้ แต่ผลนวดมักไม่ค่อยดี เกิดการเกร็งมือของผู้นวด ผู้นวดอาจเมื่อยมือและผู้ถูกนวดอาจระบม ท่านวดของผู้ถูกนวด โดยปกติใช้ท่านอนตะแคง หนุนหมอนที่มีความหนาพอเหมาะให้หัวอยู่ในระดับเดียวกับแนวกระดูกสันหลัง สำหรับผู้นวด ควรวางนิ้ว ๓ ตำแหน่งที่จะนวดเหยียดแขนตรงทั้งที่ข้อมือ ข้อศอก เพื่อลงน้ำหนักตัวไปตามแขนสู่นิ้วหัวแม่มือ ถ้าอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งผู้นวดจะใช้แรงมากแต่ได้ผลน้อยท่านวดท่าหลักของผู้ป่วยมี 4 ท่า คือ 1) ท่านั่ง 2) ท่านอนตะแคง 3) ท่านอนหงาย และ 4) ท่านอนคว่ำ ส่วนท่าหลักของหมอนวดมี 5 ท่า คือ 1) ท่านั่งคุกเข่า 2) ท่ายืน 3) ท่าคุกเข่า 4) ยืนเข่า และ 5) ท่าชันเข่า

2. การวางมือและนิ้ว ผู้นวดควรวางนิ้ว ๓ ตำแหน่งที่จะนวด เหยียดแขนตรงทั้งที่ข้อมือและข้อศอก (แขนตั้ง หน้าตรง องศาได้) เพื่อลงน้ำหนักไปตามแขนสู่นิ้วหัวแม่มือ เพื่อให้การนวดเข้าตรงจุด ในบางท่าอาจใช้หัวแม่มือกด บางท่าอาจใช้อุ้งมือหรือสันมือกด หรือบางท่าใช้ปลายนิ้วมือทั้ง 4 กด หรือบางคราวอาจใช้นิ้วหัวแม่มือซ้อนกันเพื่อเพิ่มแรงกด ซึ่งลักษณะการวางมือก็ต้องขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ต้องการนวดให้เหมาะสมกับท่านวดและลักษณะการวางมือ

3. ตำแหน่งนวด ตำแหน่งจุดนวดถือว่ามีความสำคัญต้องสอดคล้องกับกายวิภาคศาสตร์ของร่างกายมนุษย์อาจเป็นตำแหน่งที่กล้ามเนื้อ ร่องกล้ามเนื้อ ตามแนวหลอดเลือดแดง แนวเส้นประสาทหรือตามข้อต่อ ความมุ่งหมาย คือ เพื่อให้กล้ามเนื้อที่แข็งตึง หรือหดเกร็งเกิดการคลายตัวหรือหย่อนตัว และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ต้องนวดตามแนวนวดและตำแหน่งนวดที่ถูกต้อง การนวดผิดจุดย่อมไม่ได้ผลในการรักษา และอาจทำให้เกิดผลเสียได้

4. ขนาดของแรงและทิศทางในการนวด ขนาดของแรงที่ใช้ควรเริ่มใช้แรงเบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับให้ใช้หลักการแตงรสมือ และพิจารณาจากอายุและสุขภาพของผู้ถูกนวด

ในลักษณะการกดอาศัยการแตงรสมือ คือ หนึ่ง-เน้น-นิ่ง และโดยมากการลงน้ำหนักมือที่เกิดในแต่ละรอบจะเริ่มต้นด้วย น้ำหนักเบา น้ำหนักปานกลาง และน้ำหนักมาก ตามลำดับ หนึ่งเป็นการลงน้ำหนักเบา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อตัวไม่เกร็งรับภาระหนัก เน้นเป็นการลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นบนตำแหน่งที่ต้องการกดและนิ่ง กดนิ่งพร้อมกำหนดลมหายใจสั้นยาวตามต้องการ ในการอธิบายแรงกดได้กำหนดแรงที่ใช้ในการกดไว้เป็นน้ำหนัก 3 ระดับ ดังนี้ แรงกดขนาด 50 ปอนด์ หมายถึง การกดขนาดน้ำหนักไม่มากนัก หรือเรียกว่า ขนาดเบา มีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อรับรู้ เกิดการปรับตัวและก่อให้เกิดความผ่อนคลายก่อนที่จะค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักของแรงกดให้มากขึ้น แรงกดขนาด 70 ปอนด์ หมายถึง การกดด้วยน้ำหนักเพิ่มขึ้น เรียกว่า ขนาดปานกลาง มีจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลายมากขึ้น กระตุ้นระบบประสาท เลือดลม ไหลเวียนดีขึ้น และเกิดประสิทธิผลในการกดก่อนที่ผู้นวดบำบัดจะค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักแรงกดให้มากขึ้น แรงกดขนาด 90 ปอนด์ หมายถึง การกดด้วยน้ำหนักที่มากขึ้นอีก หรือเรียกว่า ขนาดหนัก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจากการกดมากที่สุด เพราะขนาดแรงจะช่วยบังคับเลือดลมให้ไหลไปสู่ตำแหน่งที่ต้องการได้ เช่น การกดเน้นจุดสัญญาณในการนวดบำบัดรักษา จากการศึกษาผลของการนวดไทยต่อการเปลี่ยนแปลงค่าทางเคมีในเลือด เป็นการศึกษาในแง่ของการนวดไทยที่ทำให้เกิดการเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์เม็ดเลือด พบว่า การนวดไทยไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าทางเคมีในเลือดใด ๆ ที่ทำให้เกิดความเสียหายขึ้นกับเซลล์กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหรือต่อเนื้อเยื่อร่างกาย หากกระทำด้วยแรงและระยะเวลาที่เหมาะสม รวยริน ชนาวิรัตน์, วิชัย อึ้งพินิจพงษ์ และอุไรวรรณ ชัชวาล (2548)

5. ระยะเวลาที่ใช้สูวนวด ผู้นวดจะต้องกำหนดการนวดหรือการกดแต่ละจุดเป็นคาบ หรือระยะเวลาในการกด แบ่งเป็น คาบน้อย หมายถึง ระยะเวลาในการกดโดยการกำหนดลมหายใจระยะสั้นของผู้นวด และคาบใหญ่ หมายถึง ระยะเวลาในการกดโดยกำหนดลมหายใจระยะยาวของผู้นวด การใช้คาบน้อยและคาบใหญ่ เพื่อความเหมาะสมของการนวดแต่ละจุด ถ้ากดเวลาสั้นจะไม่ได้ผลในการรักษา การกดนานเกินไป นอกจากจะทำให้มือผู้นวดล้า มือผู้ถูกนวดอาจระบมได้เช่นกัน และการกดควรเพิ่มแรงทีละน้อยจนผู้ถูกนวดเริ่มรู้สึกปวด แล้วให้กดนิ่งไว้ประมาณ 10 วินาที จากนั้นจึงค่อย ๆ ปล่อย ไม่ใช้รีบปล่อยหรือยกมือโดยเร็วเพราะจะทำให้เกิดการระบมได้ด้วย

6. ควรนวดที่จุดไหน หรือ จุดใดก่อนหลังและการนวดซ้ำในแต่ละคราว ผู้นวดจะต้องทราบว่า โรคใดควรนวดจุดใดเป็นจุดแรก และจุดต่อ ๆ ไปควรเป็นจุดใด การนวดซ้ำ ผู้นวดจะต้องรู้ว่าควรนวดซ้ำกี่รอบ เช่น ถ้ามีอาการเรื้อรัง อาจจะนวด 5 รอบ ถ้ามีอาการเฉียบพลัน ควรนวด 3 รอบ

7. นวดกี่ครั้งจึงจะหาย ระยะถี่ห่างของการไปหาผู้นวด การนวดซ้ำ เมื่อนวดครบทุกแนวทุกจุดแล้ว ควรกลับมานวดซ้ำอีกประมาณ 3-5 รอบแล้วแต่อาการ บางโรคต้องนวดทุกวันในระยะแรก จากนั้นจึงเว้นไปนวดทุก 2-3 วัน หรือทุกสัปดาห์ การนวดบ่อยเกินไปอาจทำให้ระบม การเว้นระยะการนวดนานเกินไป ผู้ถูกนวดได้รับการนวดไม่ติดต่อกันทำให้เสียผลในการรักษาได้

8. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย การนวดอย่างเดียวไม่ทำให้ผลของการรักษาดีเต็มที่ ได้ จำเป็นต้องอาศัยคำแนะนำด้วยถึงสิ่งที่ควรกระทำ และสิ่งที่พึงละเว้น

9. การติดตามผล ต้องมีการติดตามผลการนวด ว่าได้ผลดีหรือไม่มากนักเพียงใด เพื่อนำมาพิจารณาว่า ที่นวดไปได้ผลหรือได้ผลน้อยเพราะเหตุใด

10. ข้อพึงระวังและข้อห้าม ผู้นวดจะต้องรู้ถึงเรื่องราวของผู้ถูกนวดเป็นอย่างดีว่าเป็นโรค

อะไร และผู้หนดต้องมีความรู้ทั้งทฤษฎีและทางปฏิบัติ จุดใดเป็นอันตรายหรือไม่อย่างไร รวมถึงข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ

การนวดมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนี้

การนวดนั้นมีผลต่อร่างกายเกือบทุกระบบ แต่มีผลโดดเด่นมากที่สุด คือ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีผลดังนี้

1. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การนวดนั้นมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อเพราะการนวดทุกชนิดต้องผ่านแรงเข้าไปสู่กล้ามเนื้อทั้งสิ้น เมื่อเรานวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อที่ตึงตัวจะถูกทำให้อ่อนนิ่มลง กล้ามเนื้อจะคลายตัวทำให้กรดแลคติกที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อไหลเวียนออกไปได้ ขณะเดียวกันเลือดก็นำสารอาหารใหม่ ๆ เข้ามาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ดี กล้ามเนื้อจึงมีประสิทธิภาพดีขึ้น จากการศึกษาของ Hongsuwan, Eungpinichpong, Chatchawan, and Yamauchi (2015) ผลของการนวดไทยประยุกต์ ต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายของนักกีฬา ในนักกีฬาฟุตบอล จำนวน 10 คน ผลการวิจัยปรากฏว่า หลังการนวดไทย 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที วันเว้น 3 วัน สมรรถภาพทางด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ความแคล่วคล่องว่องไว ความเร็ว ความอดทนของกล้ามเนื้อและความอดทนระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) พชรพล ศักดิ์ทินวัฒน์, ณรงค์ศักดิ์ บุญขาว และวีระพล วงษ์ประพันธ์ (2554) ได้ศึกษาผลของการนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายในการรักษาอาการปวดหลังในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 31 คน เข้ารับการนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย จำนวน 6 ครั้ง วันเว้นวัน เว้น 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังผ่านการบำบัด ระดับการเจ็บปวดลดลงจากก่อนบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ระบบไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง การนวดจะเป็นการกระตุ้นเส้นเลือดที่มีทั่วร่างกายให้ทำงานฟื้นตัวระดับกระแวง แรงที่นวดจะทำให้เส้นเลือดมีการบีบตัวได้ดีช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะทุกส่วนได้ดียิ่งขึ้น การนวดที่ใช้น้ำหนักแรงนวดระดับปานกลาง มีผลกระตุ้นการตอบสนองของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันเลือดลดลงแต่การไหลเวียนเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น (Diego & Field, 2009) ส่วนทางด้านน้ำเหลืองแรงจากการนวดจะช่วยให้น้ำเหลืองผ่านท่อน้ำเหลืองได้อย่างสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้นทำให้น้ำเหลืองไหลไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้ดีต่อมน้ำเหลืองจะถูกกระตุ้นให้ทำงานกักเก็บและฆ่าเชื้อโรคต่าง ๆ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคแข็งแรงขึ้นส่งผลให้เรามีสุขภาพดี สายธิดา ลาภอนันตสิน, ญาณิศรา สงเคราะห์ผล, ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ และสุนิศา จามจური (2559) ได้ศึกษาผลทันทีของการนวด การออกกำลังกายแบบ Buerger-Allen และแบบมีการลงน้ำหนักที่เท้าต่อการไหลเวียนเลือดส่วนปลายและอุณหภูมิผิวหนังบริเวณเท้าในคนหนุ่มสาว พบว่า การนวดและการออกกำลังกายแบบมีการลงน้ำหนักที่เท้ามีผลทันทีต่อการไหลเวียนเลือดส่วนปลายบริเวณเท้าชัดเจนกว่าการออกกำลังกายแบบ เบอเกอร์ แอลเลน (Buerger-Allen Exercise)

3. ระบบประสาท เมื่อได้รับการนวด ระบบประสาทอัตโนมัติจะมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการนวด ตัวเซลล์ประสาทในเส้นประสาทที่ถูกตัดขาดจะมีการสร้างส่วนปลายของประสาทขึ้นมาใหม่และส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความเจ็บปวด และทำให้นอน

หลับได้ดี จิตต์สกุส ศกุนะสิงห์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา จำนวน 50 คน โดยใช้การนวดเท้าร่วมกับการกดจุดนาคบาท และนวดแนวพื้นฐานทางด้านนอกท่อนล่าง กลุ่มทดลองมีอาการเท้าชาลดลงทั้งเท้าซ้ายและเท้าขวา โดยมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการนวดเท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ระบบทางเดินอาหาร การนวดทำให้อวัยวะภายในช่องท้องมีการเคลื่อนไหว ทำให้ย่อยอาหาร การดูดซึมอาหาร และการขับถ่ายเป็นไปอย่างปกติ การนวดเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบนี้ให้ทำงานได้ดีขึ้น การศึกษาของ รัชดา อนุวงศ์ศิลปชัย, ปชานันท์ ตันติโกสมุ, และประนอม รอดคำดี (2011) พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ร่วมกับการจัดโปรแกรมการจัด การกั้อากาศต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง ทำให้การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ของผู้ป่วยดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ งานวิจัยในต่างประเทศศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า สามารถช่วยให้อาการท้องผูกดีขึ้น และลำไส้ใหญ่มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น (Woodward, Norton, & Barriball, 2010)

5. ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ การนวดทำให้เกิดการกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น มีการบีบตัวที่ดี การนวดฝึ่บในระยยะคลอด สามารถลดการบาดเจ็บและฉีกขาดของฝึ่บลดอุบัติเหตุการตัดฝึ่บ และมีความปลอดภัยต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ (สมจิตร เมืองพิล, 2556)

6. ระบบผิวหนัง การนวดจะกระตุ้นทางผิวหนังโดยตรง จะทำให้ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันมีการหลั่งเหงื่อและไขมันออกเลี้ยงผิวหนังให้ชุ่มชื้น ทำผิวพรรณดี ทั้งผลในแง่ของความงาม และความแข็งแรงของผิวหนังที่จะต้านทานเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย Ahmadi, Rostami, Mahdavi, and Kargar (2017) ได้ศึกษาผลของการนวดหน้าเพื่อทำให้ใบหน้าอ่อนนุ่ม และบำบัดภาวะเลือดคั่งที่ใบหน้าสำหรับนักกีฬาที่ป่วยที่เป็นโรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดบำบัด อาการภาวะเลือดคั่งที่ใบหน้าดีขึ้น และใบหน้านุ่มนวลกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด

7. ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกายสบายใจ แจ่มใส กระฉับกระเฉง ทำให้ลดความเครียด ความกังวลทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ได้รับความรัก เอาใจใส่ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยนวดให้แกกันและกัน Back, Tam, Lee, and Haraldsson (2009) ได้ศึกษาผลจากการที่นายจ้างจัดให้มีการนวดบำบัดลูกจ้างในที่ทำงานที่มีต่อความพึงพอใจในการทำงาน ความกดดันหรือความเครียดในสถานประกอบการ รวมถึงความเจ็บปวดจากโรคภัยไข้เจ็บ และความรู้สึกสบายในที่ทำงาน จากการศึกษาวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ลูกจ้างกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในสถานที่ทำงานชื่นชอบ การนวดบำบัดมากที่สุด ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน คุณภาพชีวิตดีขึ้นและความเจ็บปวดลดน้อยลง โดยเฉพาะต่อลูกจ้างที่จำเป็นต้องดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ

ผลของการนวดต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้ง 4 ด้าน คือ

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยการนวดถือว่า มีสรรพคุณช่วยปรับสมดุลธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งการนวดนี้ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดแดงไปเลี้ยงได้ทั่วร่างกาย การไหลเวียนกลับทางเลือดดำ และน้ำเหลืองดีขึ้นช่วยยืดเส้นเอ็นที่ตึงให้หย่อนลง กล้ามเนื้อที่เครียดล้าจากการทำงาน

ผ่อนคลายลงและช่วยให้ระบบข้อไม่ติดขัด การนวดสามารถเพิ่มระบบการไหลเวียนของเลือด อัตราการเต้นของหัวใจที่ต่ำกว่า ลดความเจ็บปวด แก้ไขเรื่องการหายใจได้ลึกขึ้น และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Bennett et al., 2016)

2. ด้านการป้องกันโรค การนวดเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือสามารถช่วยให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน ซึ่งถือว่าเป็นสารแห่งความสุขของร่างกายทำให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงดี ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ สารนี้จะมีการหลั่งได้จาก 4 วิธี คือ 1) การฝังเข็ม 2) การนวด 3) การออกกำลังกาย และ 4) จิตใจที่มีความสุข การนวดคลายกล้ามเนื้อบ่าและต้นคอจะป้องกันอาการปวดศีรษะได้ ด้านการรักษาเมื่อเกิดการปวดขัด เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดลมภายในร่างกายไม่ดี การกวดจะช่วยให้ร่างกายปรับสมดุล ลดความเจ็บปวดลงได้ เช่น การนวดบริเวณบ่าและแขน ก็จะช่วยแก้อาการชาแขน การนวดท้องทำแหวก ทำนบ จะแก้อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก การนวดบริเวณเอว และขา จะช่วยแก้อาการชาขา ปวดขา ปวดเข่าได้และลดอาการบวมได้ การนวดมีผลทำให้จิตใจ และอารมณ์ดีขึ้น ในทางทฤษฎีจิตวิทยา การนวดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ และการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดความตึงเครียดและคลายความวิตกกังวล (Wright, Courtney, Donnelly, Kenney, & Lavin, 2002)

3. ด้านการบำบัดรักษาโรค การนวดสามารถลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ แก้อาการเคล็ด ขัด ยอก ของกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อ ต่าง ๆ ได้ สุภารัตน์ สุขโท, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และสมศักดิ์ เทียมเก่า (2555) ได้ศึกษาถึงผลทันทีของการนวดไทยต่อระดับระดับความรู้สึกกดเจ็บ ความรู้สึกปวด และองศาการเคลื่อนไหวของคอ โดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มนวดหลอด (Sham Ultrasound) ด้วยการนวดคลื่นเบา ๆ และไม่เปิดเครื่อง โดยแต่ละคนได้รับการสุ่มให้ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยและการนวดหลอด พบว่า ระดับอาการปวดศีรษะของทั้งสองกลุ่มมีการลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) เช่นเดียวกันกับผลขององศาการเคลื่อนไหวของคอที่พบเพียงการหมุนคอไปทางขวาเท่านั้นที่กลุ่มนวดไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากกว่ากลุ่มนวดหลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงสรุปได้ว่า ทั้งการนวดไทยและนวดคลื่นเบา ๆ ด้วย Ultrasound ให้ผลในการบรรเทาอาการปวดได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจส่งเสริมให้เป็นการรักษาอีกทางเลือกสำหรับผู้ที่มีอาการปวดศีรษะแบบเรื้อรัง

4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การนวดจะเป็นการช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมส่วนที่ชำรุดในโรคที่มีความพิการ หรือโรคที่มีความเรื้อรัง เช่น อัมพาต โปลิโอ สมอพิการในเด็ก เข้าเสื่อม โดยช่วยให้เอ็น กล้ามเนื้อ และข้อต่อแน่น กลับเข้าสู่สภาพเดิมเร็วขึ้น และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ทับทิม สุขศิลป์ (2559) ได้ศึกษาภูมิหลังองค์ความรู้ด้านการตรวจวินิจฉัยอาการลมอัมพฤกษ์ อัมพาต กระบวนการรักษา การส่งเสริม การฟื้นฟู อาการลมอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยหมอพื้นบ้านจำนวน 7 คน และคนไข้ที่เคยเข้ารับการรักษ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า วิธีการรักษาด้วยการนวด การเหยียบเหล็กแดง การประคบสมุนไพร การอบยาสมุนไพร และการรับประทานยาสมุนไพร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น

ทฤษฎีเส้นประธานสิบ

การนวดไทยถือว่าเส้นประธานสิบ หรือเส้นสิบ เป็นหัวใจหรือแก่นกลางของภูมิปัญญาการนวดไทย เส้นประธาน คือ เส้นที่เป็นหลักสำคัญของวิชาการนวดไทยตามที่บูรพาจารย์ได้สืบทอด

กันมา ซึ่งในร่างกายของคนเราจะมีเส้นอยู่ในร่างกายถึง 72,000 เส้น แต่ที่เป็นเส้นประธานแห่งเส้น ทั้งปวงจะมีเพียง 10 เส้นเท่านั้น โดยมีต้นกำเนิดบริเวณรอบสะดือแล้วไปยังจุดสุดท้ายที่ควบคุม การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เส้นประธาน 10 เส้น ได้แก่ อีทา ปิงคลา สุมนา กาลทารี สหัสรังสี ทวารี จันทภูสัง รุขำ ลิกขิณี และสุขุมัง (ประพจน์ เกตุรากาศ, 2555)

ความสำคัญของเส้นประธานสิบ

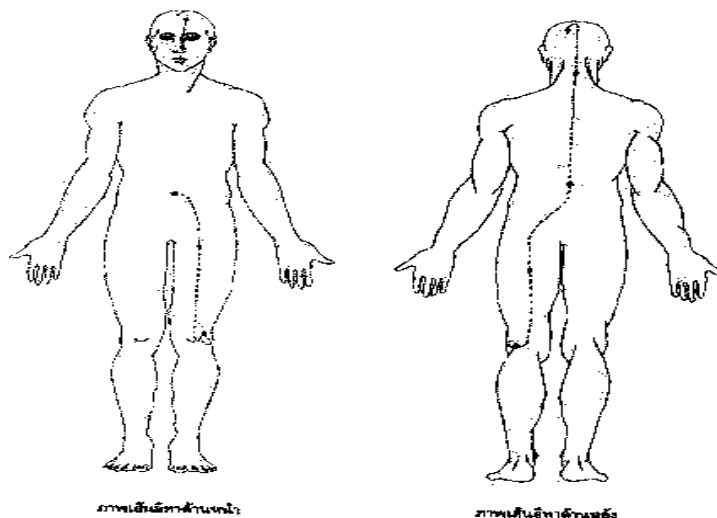
เส้นประธานทั้งสิบมีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาโรค เพราะเป็นโครงสร้างที่ใช้ใน การอธิบายถึงความเป็นปกติสุข และความผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะความผิดปกติซึ่งมีสาเหตุมา จากการติดขัดหรือการกำเริบของลม จึงสามารถนำมาใช้ในการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุของความผิด ปกติเห็นว่า มีความสัมพันธ์กับเส้นประธานใด รวมทั้ง สามารถกำหนดวิธีการนวดรักษาที่สอดคล้อง สัมพันธ์กับเส้นประธานนั้นได้อย่างถูกต้องตามหลักการแพทย์แผนไทย (มูลนิธิสาธารณสุขกับการ พัฒนา, 2552)

โครงสร้างของเส้นประธานสิบ

เส้นประธานทั้งสิบมีศูนย์กลางออกมาจากโดยรอบสะดือ ลึกลงไปในกล้ามเนื้อบริเวณท้อง ประมาณ 2 นิ้ว แล้วแต่ความหนาของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ขดกระหวัดกระจายอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกาย เมื่อพิจารณาโดยรอบคอบ ทดลองปฏิบัติตามตำรา และเปรียบเทียบกับความรู้ทางกายวิภาค สมัยใหม่ พบว่า ทางเดินของเส้นประธานนั้น ไม่สอดคล้องสัมพันธ์กับทางเดินของหลอดเลือด หรือ เส้นเอ็นอย่างตรงตัวเสียทีเดียว จากการศึกษาโดยกุดจุดเริ่มต้นของเส้นประธานบริเวณสะดือ พบว่า เกิดความรู้สึกที่แล่นไปได้ตามทิศทางที่มีระบุไว้ในตำรา จึงเป็นไปได้ว่า ทางเดินของเส้นประธาน คือ ทิศทางการแล่นของกระแสความรู้สึกที่เกิดจากการกุดจุดต่าง ๆ นั้นเอง โครงสร้างภายในร่างกายที่ สามารถทำให้เกิดความรู้สึกแล่นได้นั้น อาจเป็นเส้นประสาท เยื่อหุ้มกระดูก ฟังผืด เยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ หรือผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นโครงสร้างที่มีปลายประสาทมาเลี้ยง การนวดเป็นการกระตุ้นให้เกิด การตอบสนองทางสรีรวิทยาเพื่อเกิดผลการรักษา จึงอาจเป็นการนวดที่โครงสร้างใด โครงสร้างหนึ่ง หรือหลายโครงสร้างผสมกัน โดยประสานเชื่อมต่อกันทางปลายประสาทดังกล่าว (ยงศักดิ์ ตันติปัญญา, 2552)

ทางเดินของเส้นประธาน ประกอบด้วย

1. เส้นอิทา



ภาพที่ 2-4 เส้นอิทา วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

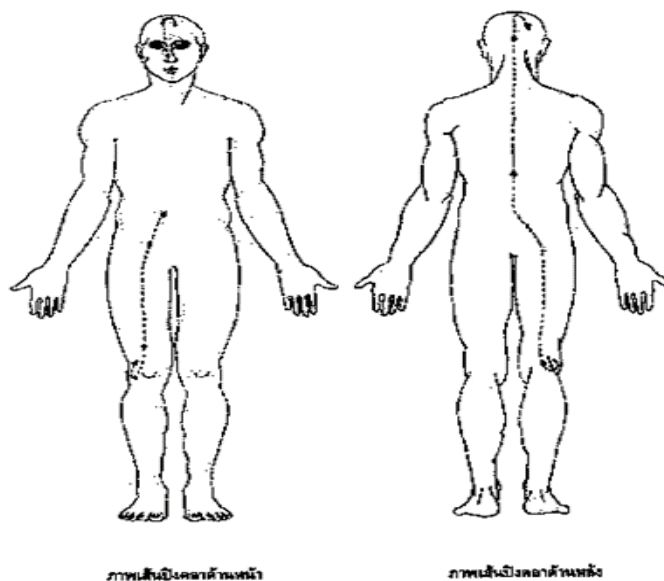
ที่มา: <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นอิทา ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องใต้สะดือ 2 นิ้ว เยื้องซ้าย 1 นิ้ว แล่นไปที่ต้นขาด้านซ้ายถึงเข่า แล้ววกกลับมาต้นขาด้านหลัง แล่นขึ้นแนบกระดูกสันหลังซ้าย ถึงคอ ถึงศีรษะ แล้ววกกลับมาริมจมูก ซ้าย ลมประจำ เรียกว่า ลมจันทรกะลา เมื่อเส้นอิทาผิดปกติ จะมีอาการดังนี้ ปวดศีรษะเป็นอย่างมาก ตามี دمัว ชักปากเบี้ยว เจ็บสันหลัง บางครั้งมีกำเดาและลมระคนกัน เกิดโทษสอง (ทวารโทษ) มีอาการเรียกลมปะกัง จะทำให้ตัวร้อนวิงเวียนหน้าตาบางครั้งเป็นสันนิบาต เป็นไข้ ปวดศีรษะมาก บางครั้งท้องมีอาการเรียกว่าลมพาหิ ลักษณะเหมือนงูทับทางมาขบ ทำให้เชื่อมมีนสลบ

เส้นอิทาด้านหน้า ผิดปกติจะมีอาการ นาสิกตึง หัวคางค้ำ หูตึง นมมีออก เมื่อยต้นขา ขัดเข่า เมื่อยแข้ง ลมขัง ร้อนฝ่าเท้า ปวดขมับ ลมดูดสะบัก เนื้อเหน็บชา ฟองตันบวม ชัดอุจจาระ ลมแบ่งผิดปกติ เฝ้ายื่น ตะคริวเพลิง ชักเท้า

เส้นอิทาด้านหลัง ผิดปกติจะมีอาการ ปวดหน้าผาก ปวดกระหม่อม จักขุมัว คลื่นเหียน หายใจขัด เสียดชายโครง แน่นหน้าอก ร้อนอก จุกอก ตัวร้อน จับให้หนาว สะท้านร้อน สะท้านหนาว เมื่อยเอว ขัดเข่า ร้อนฝ่าเท้า ตะคริวฝ่าเท้า ลมให้เดินตลอด

2. เส้นปิงคลา



ภาพที่ 2-5 เส้นปิงคลา วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

ที่มา: <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นปิงคลา ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องใต้สะดือ 2 นิ้ว เอียงขวา 1 นิ้ว แล่นไปต้นขาด้านขวาถึงเข่า แล้ววกกลับมา ต้นขาด้านหลัง แล่นขึ้นแนบกระดูกสันหลัง ถึงคอ ถึงศีรษะ แล้ววกกลับมาที่ริมจมูกขวา ลมประจำชื่อ ลมสุญทะกะลา

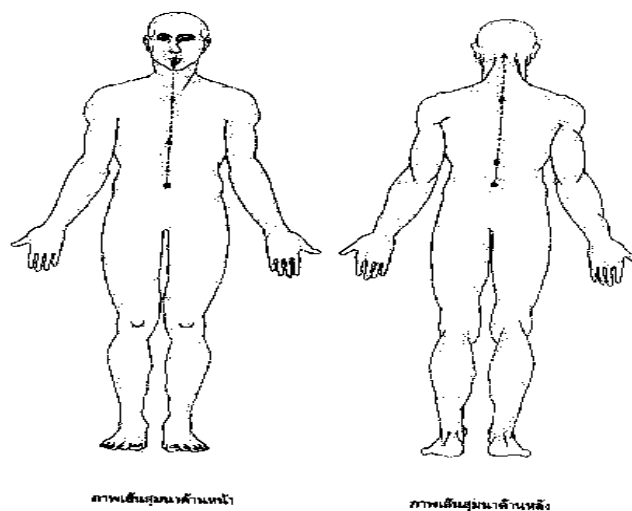
เส้นปิงคลา กำเรบผิดปกติ มีผลทำให้เกิดโรคต่อไปนี้ หน้าแดง ตาแดง เกิดพิษลมปะกัง บางครั้งมีอาการชัก ปากเอียง บางที่เป็นสันนิบาตบางที่เป็นริดสีดวง น้ำมูกไหลคัดจมูก จาม บางครั้งกลายเป็นลมพาหิ สิ้นสติ ไม่พูดจา เหมือนถูกงูทักสมิงคลาขบเอา ทำให้สลบไป

เส้นปิงคลาด้านหน้า กำเรบผิดปกติมีผลทำให้เกิดโทษดังนี้ ปวดขมับ สะบักจม หาวเรอ หูหนักข้างขวา คัดจมูก นมหลง ฝิในน้ำนม น้ำนมไม่มี เมื่อยขา กล่อนลงฝัก เตโซชาตุมืออก เมื่อยสันหน้าแข็ง เท้าสาก กล่อนลงแข็ง ตะคริวชัก กล่อนหลง แก้มอโรคมาวาตาให้อ่อนไหวตัวมิได้

เส้นปิงคลาด้านหลัง กำเรบ ผิดปกติ มีผลเกิดโทษดังนี้ ปวดหน้าผาก ตามัวคลื่นเวียน หายใจขัด แน่นอก ร้อนอก จุกอก ลมปัสชาต จับให้หนาว จับให้ร้อน สะท้านร้อน สะท้านหนาว เมื่อยเอว ชัดเข่า เมื่อยสันหน้าแข็ง ตะคริวชักกลางเท้า ลมขัดเท้า ร้อนหลังเท้า

วิธีแก้ นวดตามแนวเส้นปิงคลา นวดตั้งแต่กระหม่อม ตา ไรมมต้นคอ ตามหุบบริเวณตัดดอกไม้สองข้าง และที่กระหม่อม แล้วเลื่อนลงมาที่จุดศูนย์กลางบริเวณจมูกขวา ถ้าเป็นสันนิบาตลมปะกังนวดระหว่างคิ้วทั้ง 2 บริเวณ หน้าผาก คลึงไปท้ายผม หลังใต้หู ให้นวดทั้ง 2 ข้างโดยเน้นที่จุด ข้างจมูก ทั้ง 2 ข้าง

3. เส้นสุมนา



ภาพที่ 2-6 เส้นสุมนา วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

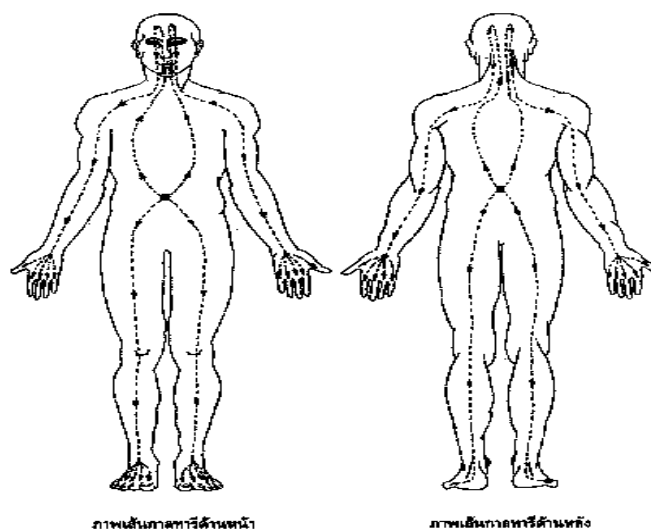
เส้นสุมนา ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องเหนือสะดือ 2 นิ้ว แล่นขึ้นไปในทรวงอก ถึงลำคอ ไปสิ้นสุดที่โคนลิ้น เรียกว่า รากเส้นลิ้น ลมประจำเรียกว่า ลมชีวหาสดมภ์

เส้นสุมนาพิการ มีผลทำให้เกิดอาการดังนี้ พุดไม่ออก เกิดลมเรียกว่าชีวหาสดมภ์ เกิดลิ้นกระด้าง คางแข็ง หนักอก หนักใจ เชื่อมมัว มึนซึม เกิดอาการจุกอก เกิดเอ็นเป็นลำ เรียกว่าลมตาลละคุณ ถ้าเกิดอาการดวงจิตระส่ำระสายเรียกลม ทะกรน ถ้าเคลิ้มเสียจริต เสียสติ พุดจาเพื่อเจ้า หลงลืม เรียกว่า ลมบาทจิต ลมสุมนาอ่อน ๆ ทำให้เบื่ออาหารมืออ่อนแรง นอนระทวยใจ

เส้นสุมนาด้านหน้า กำเรบผิดปกติมีผลเกิดโทษดังนี้ เชื่อมมึน จิตระส่ำระสาย เคลิ้มคลั่ง สะอื้นลมปะทะ ละเมอเพ้อพก มือแลเท้าเพ็ลย นอนมิหลับ เกิดลมจิตรค์คุณ เกิดลมมะหาสนุก เกิดชีวหาสดมภ์ กินอาหารไม่มีรส หวานปาก ขมปาก แคมปากเลือดปาก ลิ้นแข็งกระด้าง ลิ้นใหญ่ คับปาก ลิ้นหดยึดมือออก สุมรณันติ

เส้นสุมนาด้านหลัง กำเรบผิดปกติมีผลเกิดโทษดังนี้ เกิดลมหัดศตม เชื่อมมึน สวิงสวาย หายใจขัด ใจลอย นอนมิหลับ เกิดลมมะหาสนุก บาทลักซ์ ลมบาทยักซ์ ลมมหาสดมภ์ ลมให้หัว ลมกระทบใจ ละหวยใจ น้ำเขละใส คลื่นเหียน รากเพื่อพิศ ลมบาทจักร์ รำโหยจิตร

4. เส้นกาลทารี



ภาพที่ 2-7 เส้นกาลทารี วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

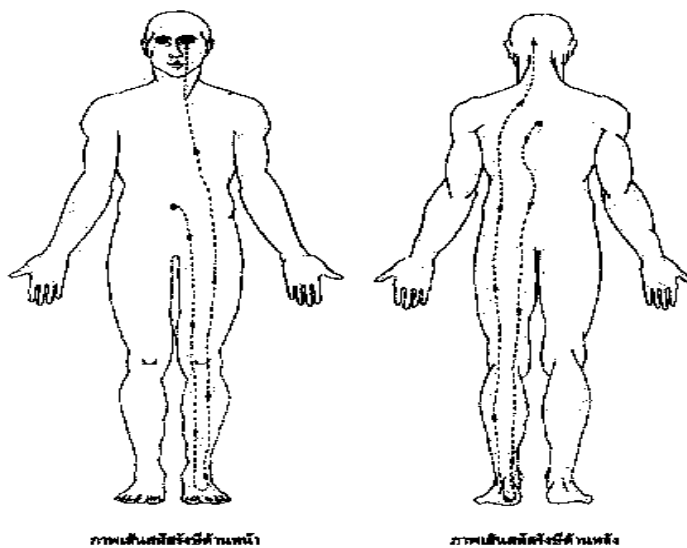
เส้นกาลทารี ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้อง แล้วแตกเป็น 4 เส้น ดังนี้ แนวตั้ง 2 เส้น แล่นทแยงไปสู่ชายโครง ที่กระดูกชายโครงคู่ที่ 1 แล้ววิ่งไปที่ไหล่ แล้วขดแยกไปเหนือสะบักหลัง ไปข้างกระดูกคอชั้นที่ 1 แล่นผ่านรอยบุมข้างคอ วกไปที่ศีรษะ แล้วกลับลงมาที่หู แนวแล่นอีกทางหนึ่ง แล่นจากเหนือสะบักหลัง มาที่ไหล่ จากไหล่งลงมาตามหลังแขน แล่นผ่านข้อศอกลงมาท่อนแขนด้านล่างผ่านบริเวณกลางข้อมือไปที่นิ้วมือทั้งห้า แนวเส้นอีก 2 เส้น แล่นออกจากท้องลงมาต้นขาด้านใน ผ่านบริเวณน่องห้างกระดูกสันหลังข้างด้านใน แล้วมากลางหลังเท้า แล่นผ่านบริเวณข้อเท้า แล้วแยกเป็นห้าเส้นไปที่นิ้วเท้าทั้งห้า

เส้นกาลทารีกำเริบ มีผลทำให้เกิดโรคและอาการดังนี้ มีอาการเย็นชาไปทั้งตัว ให้จับเย็นหนาวสะท้าน สาเหตุจากการกินอาหารผิดสำแดงหรือของแสลง เช่น ขนมะจัน ข้าวเหนียว ถั่ว บางครั้งเกิดอาการสันนิบาตบางครั้งเกิดลม เรียกว่า สหัสรังสี คือหมดสติไม่รู้ตัว

เส้นกาลทารีด้านหน้า กำเริบ ผิดปกติมีผลเกิดโทษดังนี้ ขบไหล่ให้หิว เมื่อยไหล่ ร้อนฝ่ามือ ยิ่งนัก ปลายมือเหน็บชา ปฏิวาตุให้ผูก ชัดข้อมือชัดศอก อาโปธาตุพิการ เท้าตาย อันทรฤทธิ์ ชัดไหล่ให้ยอก ไหล่ลดยกมิได้ มือตายให้เย็น คลอดปลายมือ ลมอะโรคมาวาตา ข้อศอกงอมิได้ เท้าตายยกมิขึ้น อัมระฤทธิ์ ให้เตโชออก

เส้นกาลทารีด้านหลัง กำเริบผิดปกติมีผลเกิดโทษดังนี้ ไหล่ตาย ลมดูกสะบัก ลมสบกตาย เจ็บหลัง ลมให้สเปอก วาโยธาตุพิการ เตโชธาตุถอย ลมแขนตาย ลมอันทพฤกษ์ แขนซ้ายขวาผิดปกติ ปฏิวาตุพิการ อาโปธาตุถอย ตะโพกตาย ลมเจ็บเอว ลมอันทพาดย์ น่องสันมิหยุด อยู่เพื่อตะคริว

5. เส้น



ภาพที่ 2-8 เส้นสหัสรังสี วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

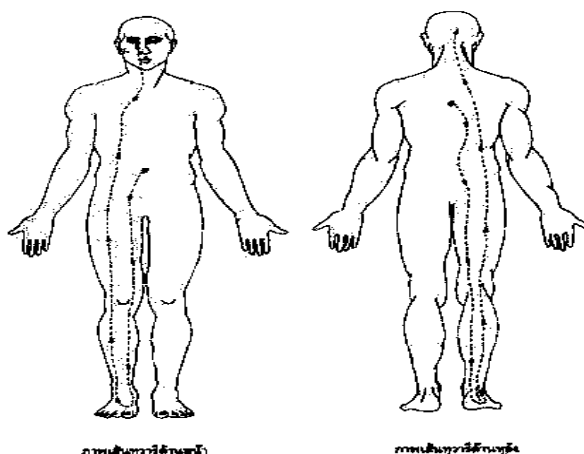
เส้นสหัสรังสี ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือมาทางซ้ายมือ 3 นิ้ว แล่นไปที่ขาซ้ายด้านในถึงฝ่าเท้า แล่นผ่านโคนนิ้วเท้าทั้งห้า แล้วกลับมาที่สันหน้าแข้งซ้าย แล่นผ่านรายนมซ้าย รอดไหปลาร้า รอดขาจรไรไปสุดที่ใต้ตาซ้าย เรียกว่า เส้นรากตาซ้าย

เส้นสหัสรังสี กำเริบ มีผลทำให้เกิดโรคและอาการ ดังนี้ ลมจักขุนิวัต และอัคคะนิวารคุณ ทำให้เจ็บกระบอกตา วิงเวียน สีมตาไม่ขึ้น สาเหตุอาจ เกิดจากการกินของมัน หวาน เกินไป

เส้นสหัสรังสีด้านหน้า กำเริบมีผลทำให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ลมพิวจักขุแห่ง ลมปดังมี พิศข้างซ้าย ลมปวดหว่างคิ้ว ลมปวดหลังจักขุ ลมจักขุแดง ลมเกิดแต่ปอด อุรรวาตา จักขุเพื่อเตโช ลมในจักขุเพื่อข้ำ

เส้นสหัสรังสีด้านหลัง กำเริบ มีผลทำให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ลมทำให้น้ำจักขุไหล ลมให้ แสบจักขุ ลมให้จักขุวิง ลมจักขุเป็นกุ่มยง ลมเบื้องต่ำให้หลับ ลมนอนมิหลับ ลมกระทำให้หลับ ลมให้ เสียจักขุ ลมขึ้นจักขุเพื่อกร่อน

6. เส้นทวารี่



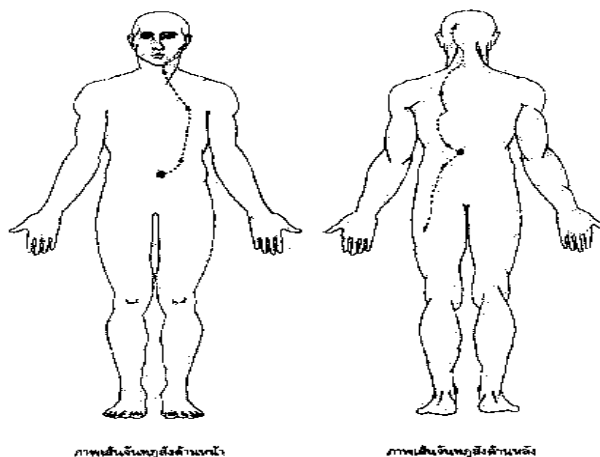
ภาพที่ 2-9 เส้นทวารี่ วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นทวารี่ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือ มาทางขวามือ 3 นิ้ว เล่นไปที่ขาขวาด้านในถึงฝ่าเท้า เล่นผ่านโคนนิ้วเท้าทั้งห้า แล้ววกกลับมาสันหน้าแข้งขวา เล่นผ่านรavnมขวา รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่ได้ตาขวา เรียกว่า เส้นรากตาขวา

เส้นทวารี่กำเริบ มีผลให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ตาลืมไม่ขึ้นวิงเวียน ปวดตามาก ถ้าทวารี่กำเริบ ปวดตาทั้ง 2 ข้างแต่บางครั้งเจ็บที่ข้างขวาข้างเดียว เรียกว่า ทิวจักขุขวา ทำให้ตาพร่า มองไม่เห็นถ้าเส้นนี้ เป็นบ่อย ๆ จะเกิดเป็นโรคปตคตเกิดจากการรับประทานน้ำมันมะพร้าวอันมัน หวาน จืด บ่อย ๆ เส้นทวารี่ด้านหน้า กำเริบมีผลให้เกิดโรคและอาการดังนี้ แก้วจักขุขวา ลืมจักขุมีขึ้น ลมสแปบจักขุ ลมเคื่องจักขุ ลมเขมนจักขุ ลมเกิดแต่ตบ ลมมีใหนอนหลับ ลมขึ้นจักขุเพื่อกร่อน

7. เส้นจันทภูสั้ง



ภาพที่ 2-10 เส้นจันทภูสั้ง วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นจันทูสั้งตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือมาทางซ้าย 4 นิ้ว ผ่านรายนมซ้าย รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่หูซ้าย เรียกว่า เส้นรากหูซ้าย

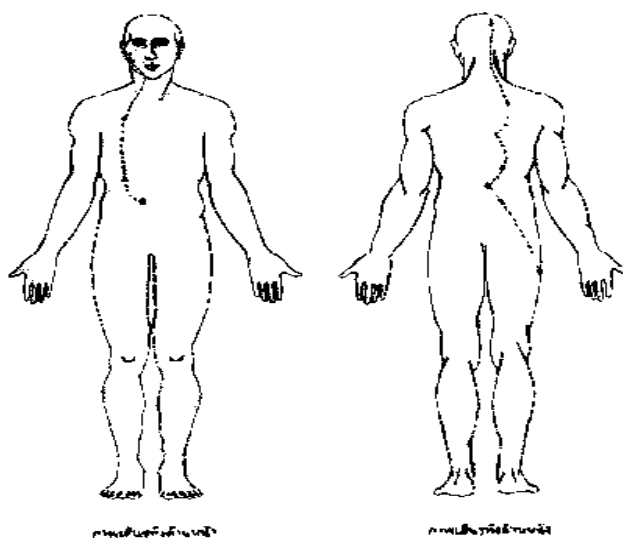
เส้นจันทูสั้ง เมื่อกำเร็บ หรือพิการมีผลทำให้เกิดโรคแทรกและอาการดังนี้

เส้นจันทูสั้ง ด้านหน้า เมื่อกำเร็บ หรือพิการมีผลทำให้เกิดโรคแทรกและอาการดังนี้
ลมในไสตหนัก ลมให้ปวดในไสต ลมไสตตั้งมะมี ลมออกไสตให้คัน ลมให้นอนมิหลับ ลมให้เบื่ออาหาร
ไม่มีรส ลมให้เมื่อยจำหระเบื่องซ้าย

เส้นจันทูสั้ง ด้านหลัง เมื่อกำเร็บ หรือพิการมีผลทำให้เกิดโรคแทรกและอาการดังนี้
ลมไสตตั้ง ลมปวดในไสต ลมฮิงในไสต ลมบริโภคอาหารไม่มีรส ลมให้เมื่อยจำหระเบื่องซ้าย ลมในตัน
ในไสต ลมนอนมิหลับ

วิธีแก้ นวดใบหู ตามเส้นข้างต้น จะทำให้เรียกชื่ออ้ออึงหายแต่ถ้ายังไม่ได้ยินเสียงแสดงว่า
เกิดลมชื้อทาระกรรมให้กลับมานวดที่สะเอดด้วยแล้วคลึงตามเส้นขึ้นไปใหม่พร้อมกับกินยาประกอบ

8. เส้นรุทัง



ภาพที่ 2-11 เส้นรุทัง วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นรุทัง ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้อง จากสะดือมาทางขวามือ 4 นิ้ว ผ่านรายนมขวา รอดไห
ปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่หูขวา เรียกว่า เส้นรากหูขวา

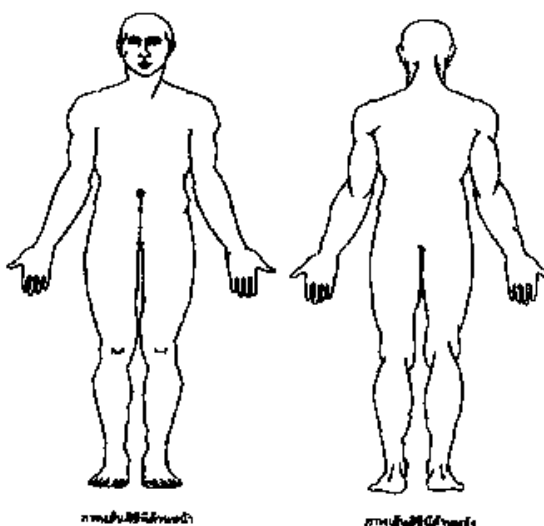
เส้นรุทัง เมื่อกำเร็บหรือพิการมีผลให้เกิดโรคและอาการคือหูตึง ลมออกหู เกิดลมชื้อ
คะพาหุ ทำให้มีอาการหูตึง

เส้นรุทัง ด้านหน้า เมื่อกำเร็บหรือพิการมีผลให้เกิดโรคและอาการคือ ลมให้ไสตตั้ง ลมปวด
ในไสต ลมฮิงในไสต ลมตันในไสต ลมนอนมิหลับ ลมให้บริโภคอาหารไม่มีรส ลมให้เมื่อยให้เสียว
จำหระเบื่องขวา

เส้นรุ้งด้านหลัง เมื่อกำเร็บหรือพิการมีผลให้เกิดโรคและอาการคือ ลมให้โสดหนัก ลมให้ปวดโนโสด ลมให้ฮึงโนโสด ลมให้นอนมิหลับ ลมให้คอแห้งหาน้ำทะเลมิได้ แก้มลมให้เมื่อยจำหระเบื่องขวา ลมคั่นโนโสด

วิธีแก้ นวดใบหู ตามเส้นข้างต้นจะทำให้เรียกชื่ออ้อฮึงหาย แต่ถ้ายังไม่ได้ยินเสียงแสดงว่าเกิดลม ซึ่งให้กลับมานวดที่สะเอวด้วยแล้วคลึงตามเส้นขึ้นไปใหม่พร้อมให้ยากินประกอบกัน

9. เส้นสิขินี



ภาพที่ 2-12 เส้นสิขินี วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

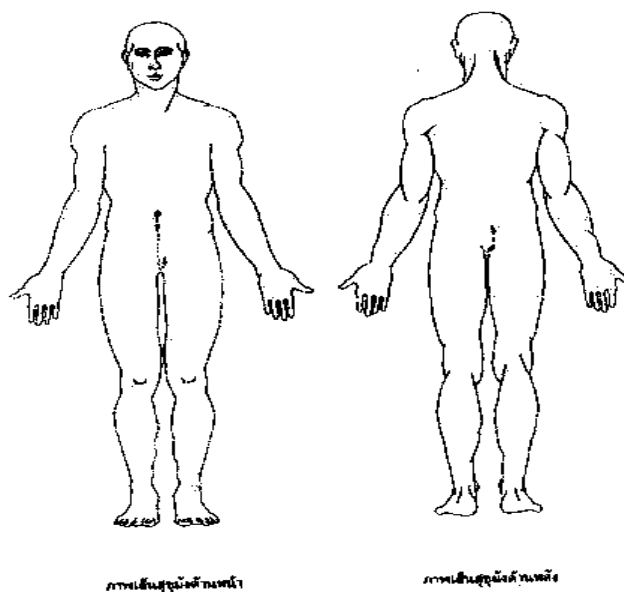
เส้นสิขินี ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องใต้สะดือ 3 นิ้ว เวลาฤดูเอื้องขวาล็กน้อยแล่นไปที่ทวารเบา เส้นสิขินีกำเร็บมีผลให้เกิดโรคและอาการ คือ เสียดสีข้าง ขับเบาปัสสาวะขุ่น เจ็บหัวเหน่าเกิดลมเรียก ราหัยกษ เกิดจากเอ็นขององคชาตรั้ว หม่นหมองเกิดเพราะน้ำกามถูกกั้นไว้ตกออกเวลากำหนด หรือน้ำกามก่อโทษ เกิดมีน้ำหนองไหล (หนองใน) สำหรับสตรี มีอาการจากปัญหาของโลหิตเกี่ยวกับมดลูก เกิดเจ็บท้องน้อย เจ็บสีข้างและเอว เส้นสิขินี ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินปัสสาวะระบบ ขับถ่ายของเสีย ไตท่อไต กระเพาะปัสสาวะจุดสำคัญจะอยู่บริเวณท้อง ท้องน้อย มีที่อก และขาข้าง

เส้นสิขินีด้านหน้า กำเร็บมีผลให้เกิดโรคและอาการคือ ลมมุดกิต ลมแสบปัสสาวะ ขบลำปัสสาวะ คั่นลำปัสสาวะ ปัสสาวะขาวขุ่น ปัสสาวะแดง ลมล้างลำปัสสาวะ ลมกระสายกล่อน ลมให้เสียว ลมสำหรับบุรุษ ลมอะติสารบุด ลมปัดฆาต ลมสันฆาต ลมมุดฆาต ลมองคสูตร ลมเสียว ปัสสาวะ ลมรัตฆาต ลมให้แสยงขน

เส้นสิขินีด้านหลัง กำเร็บมีผลให้เกิดโรคและอาการคือ ลมคลุ้มคลั่ง ลมเบืออาหาร ลมให้เสียวครวข้าง ลมบวมน้ำหนองในกองประมะหะ ลมบังเกิดในกองทุรวาสา ลมปวดบุโพ ลมปัสสาวะดำ

วิธีแก้ นวดเส้นที่ขวางเส้นดังกล่าว แก้มสะเอว ตะโพก นวดท้องน้อยให้คลาย แล้วแต่งยาให้รับประทาน

10. เส้นสุษุมัง



ภาพที่ 2-13 เส้นสุษุมัง วันที่ค้นข้อมูล 9 มิถุนายน 2559

เข้าถึงได้จาก <http://www.yurorui.blogspot.com/2013/04/10.html>

เส้นสุษุมัง ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องใต้สะดือ 3 นิ้ว ให้กดเอียงซ้ายเล็กน้อยไปที่ทวารหนัก เส้นสุษุมัง พิจารณาผลให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ตั้งบริเวณทวารรับประทานอาหารเพียงเล็กน้อยก็ รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง เส้นสุษุมังเกี่ยวข้องกับระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นส่วนใหญ่ เป็นเส้นบริเวณ ทวารหนัก ฝึย็บ ส่วนอาการอื่นที่อาจสืบเนื่องกันได้แก่ ประสาทวากัส ควบคุมอาเจียน สะอึก สะอื้น การทำงานของกระบังลมการหอบเหนื่อย

เส้นสุษุมัง ด้านหน้า พิจารณาผลให้เกิดโรคและอาการดังนี้ ไอเพื่อเสมหะ ลมทำให้หอบ ลมทำให้เหนื่อย ลมเพื่อลง ลมสะอึก ลมทำให้สะอื้น อาไปกำเร็บ ลมให้ลงท้อง ลมเท้าเย็น ลมอาเจียน มือบวม ลมอุจจาระมีกลิ่นร้าย ลมให้ปวดอุจจาระ ลมกองอุจจาระธาตุ ลมเช่าเพื่อลม ลมเมื่อยเบื่องต่ำ ลมบวมเท้า ลมกองอะติสาร

เส้นสุษุมัง ด้านหลัง พิจารณาผลให้เกิดโรค และอาการดังนี้ ลมให้หายใจขี้้ง ลมให้เรอ ลมให้หอบ โสภะโรค มูกเลือด อุจจาระธาตุพิการ บรมอะติสาร กระจายน้ำ ร้อนเกินกำหนด ลมให้ เหนื่อย ลมสะอึก ราก ลงโลหิต ปวดเป็นบิด ลงอะติสารโรค บาทเท้าทั้งสอง ลมคูดทวารตั้ง ปวดท้อง สุษุมัง

วิธีแก้ นวดเส้นท้องน้อย โดยกดให้รู้สึกเสียวไปที่ทวาร ทำให้ฝึย็บถูกเผยออกเกิดการแบ่ง อุจจาระ โดยงานวิจัยนี้สนใจศึกษาเส้นประธานสิบที่เกี่ยวกับการนอนหลับ คือ เส้นสุมนา เส้นสหสร้างสี ทวารี่ จันทะภูสัง และรุทัง

ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการนวดกดจุดแบบจีนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน

การแพทย์แผนจีนเป็นส่วนหนึ่งของอารยธรรมจีนที่รุ่งเรืองมานานกว่า 1000 ปี การแพทย์แผนจีนใช้หลักธรรมชาติบำบัดในการรักษาโรค ทำให้ได้รับความนิยมแพร่หลายในประเทศไทย การแพทย์แผนจีนได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นการแพทย์ทางเลือกหนึ่ง ทำให้การศึกษาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยกว้างขวางขึ้น (โกวิทย์ คัมภีร์ภาพ, 2558, หน้า 1) พื้นฐานการแพทย์แผนจีน เป็นการนำเอาปรัชญาและศาสนามาอธิบายถึง สรีรวิทยา พยาธิวิทยา กฎเกณฑ์วิธีการรักษา ฯลฯ และถือว่ามนุษย์เป็นเอกภาพกับธรรมชาติ รวมทั้งนำเอากฎเกณฑ์ของธรรมชาติมาประยุกต์ใช้ ในการตั้งชื่อโรคและเปรียบเทียบกับสิ่งที่มองไม่เห็น (ภาสกิจ วัฒนาวินบูล, 2551, หน้า 25)

ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีนวางอยู่บนแนวคิด 2 ประการ (โกวิทย์ คัมภีร์ภาพ, 2558, หน้า 1) คือ

1. แนวความคิดวัตถุนิยมสมัยโบราณโดยถือว่าชีวิตเป็นวัตถุคือ ร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วยอวัยวะและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ร่างกายทำงานโดยอาศัยสารจำเป็น (จิง) และลมปราณ อิน-หยาง มาหล่อเลี้ยงร่างกายประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ชีวิตจึงประกอบไปด้วยร่างกายและจิตใจซึ่งแบ่งแยกออกจากกันไม่ได้ การเกิดโรคมีสาเหตุจากภายนอกและภายในร่างกาย สาเหตุจากภายนอกมาทำให้ อิน-หยาง เสียสมดุล หรือทำให้ลมปราณตันทวนโรคอ่อนแอ จึงเกิดโรคซึ่งเป็นอิทธิพลมาจากทฤษฎี อิน-หยาง ทฤษฎีปัญญาธาตุ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรพยาธิวิทยาของอวัยวะภายใน ระบบเส้นลมปราณ เป็นพื้นฐานสำคัญ

2. แนวความคิดการวินิจฉัย และรักษาตามกลุ่มอาการเป็นหลัก ในการวินิจฉัยและรักษาโรคสามารถอธิบาย และใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนจีนคือ ร่างกายประกอบด้วยอวัยวะต้นทั้ง 5 เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงกับอวัยวะกลางและเนื้อเยื่ออื่น ๆ ทำงานพึ่งพาและควบคุมซึ่งกันและกัน โดยอาศัยเลือดและลมปราณหล่อเลี้ยงภายใต้การควบคุมของจิตใจ ร่างกายมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม สาเหตุของโรคจากภายนอกมากกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำถูกต้องจะต้องอาศัยข้อมูลจากการตรวจร่างกายของผู้ป่วย และข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องมาประกอบกัน

ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีนได้กล่าวถึง สรีรพยาธิวิทยา สาเหตุของโรค การดำเนินโรค และการป้องกันรักษาโรค ดังนี้

1. ทฤษฎี อิน-หยาง และทฤษฎีปัญญาธาตุ คือ แนวความคิดวัตถุนิยมสมัยโบราณ และแนวความคิดการวินิจฉัย และรักษาตามกลุ่มอาการโดยใช้หลักความสัมพันธ์กันของอิน-หยาง และปัญญาธาตุ มาอธิบายการกำเนิดของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรพยาธิวิทยา การวินิจฉัยและการรักษาโรค

2. ทฤษฎีอวัยวะภายใน คือ ทฤษฎีเกี่ยวกับอวัยวะภายในและเนื้อเยื่อในแง่การทำงานทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยา ความสัมพันธ์กันระหว่างอวัยวะภายใน และความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะภายในกับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และกับธรรมชาติสิ่งแวดล้อม มีประโยชน์ในการวินิจฉัยและรักษาตามกลุ่มอาการ

3. ทฤษฎีสารจำเป็น ลมปราณ เลือด และของเหลวในร่างกายกล่าวถึงการสร้างประโยชน์และความสัมพันธ์กันของสารจำเป็นลมปราณ เลือด และของเหลวในร่างกาย สารจำเป็น ลมปราณ เลือด และของเหลวในร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานต่อการทำงานตามปกติของอวัยวะภายใน และเป็นผลจากการทำงานของอวัยวะภายในด้วย

4. ทฤษฎีระบบเส้นลมปราณ กล่าวถึงระบบเส้นลมปราณในร่างกายในแง่หน้าที่ทางสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาและความสัมพันธ์กับอวัยวะภายใน ระบบเส้นลมปราณเป็นระบบโครงข่ายที่ทำหน้าที่ขนส่งลมปราณและเลือดให้มีการไหลเวียนเชื่อมโยงขึ้นลงเข้าออกระหว่างอวัยวะภายใน และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

5. ทฤษฎีสาเหตุของโรค กล่าวถึงคุณลักษณะ จุดเด่น และอาการทางคลินิกของสาเหตุของโรคแต่ละชนิด

6. ทฤษฎีพยาธิกำเนิดของโรค กล่าวถึง แก่นแท้ของโรคได้แก่ กฎเกณฑ์การเกิดโรค การดำเนินเปลี่ยนแปลงของโรค

7. หลักการป้องกันและรักษาโรค การป้องกันยึดหลักรักษาตั้งแต่ยังไม่เป็นโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือป้องกันไม่ให้โรคเปลี่ยนแปลงเลวลง การรักษาโรคยึดหลัก รักษาโรคที่แก่น เสริมลมปราณต้านทานโรคขจัดลมปราณก่อโรค ปรับการทำงานของอวัยวะภายใน ปรับสมดุล อิน-หยาง รักษาโดยคำนึงถึงเวลา สถานที่และบุคคล

การแพทย์แผนจีนถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในกลุ่มการแพทย์ทางเลือกที่ผู้คนในบ้านเราเริ่มหันมาให้ความสนใจกันมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันนี้โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง ได้จัดให้มีหน่วยการแพทย์ทางเลือก เช่น การนวดบำบัด การฝังเข็ม ไว้ให้ผู้ป่วยได้เลือกใช้บริการ แสดงให้เห็นประสิทธิผลในการรักษาจากการแพทย์แขนงนี้เป็นที่ยอมรับกันในวงกว้าง (ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล, 2553, หน้า 1) และเป็นที่ยอมรับในเมืองไทย เนื่องจากปัจจุบันการแพทย์แผนตะวันตก (Western Medicine) ซึ่งเป็นการแพทย์แผนหลักในประเทศไทยไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย หรือความเจ็บป่วยของประชาชนได้ทั้งหมด ดังนั้น ประชาชนจึงได้หันมาพึ่งพาการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนจีน ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนตะวันตกด้วย การแพทย์แผนจีนเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวม (Concept of Holism) และการพิจารณาถึงความแตกต่างในลักษณะเฉพาะของโรค ลักษณะของคนและการรักษา (Syndrome Differentiation and Treatment) รวมทั้งสุขภาพมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมมาก ตัวอย่าง การแพทย์แผนจีนที่นิยมนำมาใช้ในประเทศไทย คือ การฝังเข็ม (Acupuncture) การกดจุดบริเวณฝังเข็ม การนวดแผนจีน (Chinese Massage) และการใช้สมุนไพรจีน (Chinese Herbal) การเคลื่อนไหวเดินพลังลมปราณด้วยเทคนิควูซู (Wushu) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดโรค (พัชณา ใจดี, กุหลาบ รัตนัสจธรรม และศิริพร จันทร์ฉาย, 2556)

การนวดกดจุดบริเวณจุดฝังเข็ม

การนวดกดจุดเป็นศาสตร์การแพทย์แผนโบราณของชาวจีน ที่ยอมรับเชื่อถือกันมาหลายพันปีแล้ว เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ (พนิดา กุลประสูติติก, 2550) ชาวจีนเป็นชาติแรกที่ค้นพบการกดจุดบำบัดร่วมกับการรักษาโดยการฝังเข็มเพื่อลดความเจ็บปวด ต่อมาจึงมีการรวบรวมองค์ความรู้ด้านการกดจุด จัดพิมพ์เป็นตำราเพื่อเผยแพร่ในสมัยราชวงศ์จิ้น พ.ศ. 243 ซึ่งได้แพร่หลายมาทางประเทศอินเดีย โดยมีหลักการว่า ร่างกายมนุษย์มีจุด

ต่าง ๆ บนร่างกาย ประมาณ 2000-3000 จุด ที่ใช้กดจุดรักษาโรคต่าง ๆ ได้ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต อาการปวดจากกระดูกทับเส้น งอหัวเข่าไม่ได้ ยกแขนไม่ได้ อาการปวดศีรษะและความเครียด เป็นต้น (เบญจวรรณ สุขประพฤติ และคณะ, 2550) การนวดกดจุดฝังเข็มเป็นการนวดชุดหนึ่งที่ทำทั่วร่างกาย ตามระบบที่เป็นผลมาจากประสบการณ์และการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการนวดเพื่อรักษาโรค จุดฝังเข็มมีอยู่ทั่วร่างกายแต่คัดเลือกเฉพาะจุดที่มีประสิทธิผลที่สุด ส่วนการนวดนั้นมีทั้งการกดและการนวดด้วยปลายนิ้ว รวมทั้งการกลิ้งมือเพื่อกระตุ้นจุดฝังเข็มส่งผลให้ร่างกายทุกส่วนประสานสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันผ่านระบบจุดฝังเข็ม ทำให้ร่างกายมีแรงต้านทานต่ออิทธิพลภายนอกมากขึ้น และนำไปสู่การฟื้นคืนสภาพของอวัยวะส่วนที่ทำงานผิดปกติ (ตัวเสื่อ, 2551, หน้า 9)

จุดฝังเข็ม หมายถึง บริเวณพิเศษเป็นที่รวมศูนย์ของชีในเส้นลมปราณ เมื่ออวัยวะใดเสียดุลหรือชีเลือดติดขัดก็จะสะท้อนออกมาที่จุดบนเส้นลมปราณที่อวัยวะนั้นสังกัด จึงเรียกกันว่า จุดฝังเข็ม (หมอไพร, 2550, หน้า 27)

วิธีการนวดกดจุด

การนวดกดจุด เป็นการกดจุดในตำแหน่งเดียวกับการฝังเข็ม การกดจุดแต่ละครั้งจะใช้แรงที่ปลายนิ้ว เน้นกดในบริเวณจุดสำคัญต้องทำด้วยความระมัดระวัง ผู้ทำการบำบัดต้องเรียนรู้ถึงตำแหน่งของเส้นและระบบประสาทในร่างกาย การวางมือต้องพิถีพิถัน ร่างกายต้องตั้งในแนวปกติ เพื่อไม่ให้เกิดการเบี่ยงเบน ซึ่งสามารถทำได้ง่าย ๆ ด้วยตัวผู้ป่วยเอง (สมเกียรติ ศรไพศาล, ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร และสีไพร พลอยทรัพย์, 2009, หน้า 1) วิธีป้องกันและรักษาโรคด้วยการกดจุด ไม่มีผลข้างเคียง ดังเช่น วิธีกินยาแผนปัจจุบัน อีกทั้ง ยังฝึกง่ายสามารถฝึกไว้ช่วยเหลือตนเองได้ (วรรณะ มโนภินิเวศ และจรรยา มไหศวรรย์, 2556)

1. ใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้วางลงไปตำแหน่งจุดฝังเข็ม นิ้วที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับขนาดของกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น จุดแถวกระหม่อม รอบดวงตา ไบหู พวกนี้มักใช้นิ้วชี้ ถ้าเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่หรือจุดที่ลึกหน่อย เช่น บริเวณขมับ ท้ายทอย มือ ฝ่ามือ แขน ขา จุดพวกนี้มักจะใช้ นิ้วโป้ง แต่ถ้าเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่มาก เช่น บริเวณหลังหรือสะโพก อาจใช้ข้อศอกในการกด
2. วางนิ้วลงบนตำแหน่งจุดฝังเข็มที่ได้เลือกไว้ ใช้ปลายนิ้วกดลงที่จุดฝังเข็มหนัก ๆ ความรู้สึกของผู้ถูกกด อาจรู้สึกปวดหนึบ ๆ หรือ เสียว ๆ ที่จุดนั้น แล้วนับ 1-10 ซ้ำ ๆ
3. ผ่อนน้ำหนักนิ้วมือที่กดสักเล็กน้อย พร้อมกับคลึงเบา ๆ ที่จุดฝังเข็มนั้น ก่อนที่จะผ่อนน้ำหนักออกจนหมด
4. ทำซ้ำตรงจุดที่กดสัก 4-5 ครั้ง ตามความมากน้อยของอาการที่เป็น (ทีปทัศน์ ชุณหวัดดีกุล, 2553, หน้า 61)

ลำดับขั้นการนวดกดจุดบนร่างกาย มีดังนี้ 1) นวดจากศีรษะสู่ร่างกาย 2) จากด้านหลังสู่ด้านหน้า 3) จากลำตัวของร่างกายสู่ส่วนปลายของร่างกาย (แขน-ขา) 4) จากส่วนปลายของร่างกายตอนบนสู่ส่วนปลายของร่างกายตอนล่าง และ 5) จากด้านซ้ายสู่ด้านขวา (ตัวเสื่อ, 2551) ปกติการเริ่มต้นนวด การเรียงลำดับย่อมนต้องถือศีรษะมาก่อนเท้า แต่เท้าเป็นปลายสุดของร่างกาย ที่ห่างจากอวัยวะภายใน ซึ่งการหมุนเวียนเลือดค่อนข้างช้า ซึ่และเลือดในภาวะชะงักงันจึงมักเกิดขึ้นที่เท้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะของชีและเลือดทั้งหมดของร่างกาย การเริ่มต้นนวดจากเท้า เป็นการอบอุ่นร่างกาย และทำให้กระบวนการนวดทั้งหมดเป็นไปอย่างราบรื่น

ข้อแนะนำของการนวดหรือกดจุดคือ

1. นิ่งหรือนอนในท่าที่สบาย มือที่กดจุดหรือนวดควรจะอุ่น
2. ถ้ามีผิวหนังแพ้ง่าย ควรใช้โลชั่นหรือแป้งฝุ่นทาเล็กน้อยก่อนนวด
3. เมื่อกดถูกจุด จะให้ความรู้สึกได้ดีกว่าบริเวณรอบ ๆ และควรจะนวดจุดให้แรงพอ
4. นิ้วมือที่นิยมใช้กดจุดมักใช้นิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้โดยให้ปลายนิ้วมืองัดฉากกับผิวหนัง

นวดประมาณ 30 ครั้ง ต่อ 10 นาที

5. จุดบนใบหน้า มักจะใช้ปลายนิ้วก้อยหรือปลายดินสอพากกาที่มัน ๆ นวดแทนได้ เพราะบริเวณใบหน้าเล็ก และแคบกว่าร่างกาย

6. จุดที่อยู่บนร่างกายควรนวดทั้งสองข้างของร่างกาย ยกเว้นจุดที่อยู่กึ่งกลางของร่างกาย จะมีเพียงจุดเดียว

7. ระยะที่บอกเป็นหน่วย “นิ้วมือ” เป็นการวัดความกว้างของนิ้วมือของผู้ถูกกดจุดเอง
8. ในระหว่างการนวดหรือกดจุด บางรายอาจมีเหงื่อออกมากควรให้พักระหว่างนวดได้
9. ในวันที่อากาศหนาวเย็น เมื่อนวดเสร็จควรสวมเสื้อให้อบอุ่นก่อนออกไปนอกร้าน

อาการนอนไม่หลับตามแนวคิดทฤษฎีแพทย์แผนจีน โรคนอนไม่หลับเป็นภาวะที่พบได้

บ่อยมาก ประชาชนจำนวนไม่น้อยต้องหันมาใช้ยานอนหลับเป็นประจำ ปัญหาการนอนไม่หลับ มีอยู่ 2 ประเภท คือ 1) อาการนอนไม่หลับ เมื่อเข้านอนจะหลับยาก แต่เมื่อหลับแล้วจะหลับถึงเช้า และตื่นนอนตามปกติ และ 2) เมื่อเข้านอนจะหลับได้แต่ไปตื่นตอนดึก จากนั้นจะไม่หลับอีกเลย หรืออาจหลับได้ แต่หลับยาก มีอาการกระสับกระส่าย พลิกตัวไปมาบนเตียงเป็นเวลานานหลายชั่วโมง โดยมีสาเหตุทั่ว ๆ ไป คือ กินอาหารอิ่มจนเกินไป ก่อนเข้านอนจึงเกิดอาการท้องอืดหรือมีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความเครียด เป็นเวลานานซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และกรรมพันธุ์ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเส้นประสาทและสารเคมีในร่างกาย (ลลิตา อาชานานุภาพ และสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551, หน้า 3)

ประโยชน์ของการนวดกดจุด

1. ลดความรู้สึกไม่สบายทั้งหลายที่เกิดขึ้น จากความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ความผิดปกติของการทำงานของปอด ตับ ม้าม หัวใจ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ ข้อต่อ กล้ามเนื้อ หรือการหมุนเวียนของระบบเลือดแดงดำ และน้ำเหลือง เป็นต้น การกดจุดที่ถูกต้องสามารถกระตุ้นการทำงานของระบบต่าง ๆ เหล่านั้น ให้กลับมาทำงานได้ปกติหรือดีขึ้น ตามหน้าที่ของแต่ละอวัยวะกันตา ซึ่งจิต และนรลัทธิ เอื้อกิจ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเข้าร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การออกกำลังกายเข้าร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถเพิ่มความเร็วเฉลี่ยในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องได้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบเข้าสู่หัวใจ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง

2. ลดความเจ็บปวดต่าง ๆ ของร่างกาย เพราะเมื่อเกิดอาการเจ็บปวดขึ้น นั้นเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่ามีความผิดปกติของร่างกาย เช่น เมื่อมีอาการปวดหัวนาน ๆ เป็น ๆ หาย ๆ ปวดหลัง

เรื้อรังมานาน นั้นอาจเป็นสัญญาณของกระดูกสันหลังทับรากประสาทหรือ อาการปวดเข่า ซึ่งอาจมาจากอาการไขข้ออักเสบ หรือ ข้อเข่าเสื่อม หรือ เส้นเอ็นเข่าตึง ฯลฯ Chen and Chen (2010) ได้ศึกษาผลของการกดจุดเหอถู จุดชานหยินเจียว และจุดจู่ชานหลี่ ต่อการลดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของหญิงขณะมีประจำเดือน พบว่า การกดจุดเหอถู กับ จุดชานหยินเจียว เป็นเวลา 20 นาที สามารถลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลได้ โดยทำการศึกษาเป็นระยะ เวลา 6 เดือน ส่วนการกดจุดเหอถูเพียงจุดเดียว สามารถลดความเจ็บปวดได้เพียงอย่างเดียว และการกดจุดจู่ชานหลี่ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทั้งสามด้าน คือ ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวล Mirbagher, Adib, and Mosaebi (2011). ได้ศึกษาผลของการกดจุดชานหยินเจียวต่อการลดความเจ็บปวดในผู้หญิงขณะมีประจำเดือน พบว่า สามารถลดความเจ็บปวดได้ทันทีภายหลังการกดจุดและยังคงลดความเจ็บปวดต่อเนื่องไปอีก 3 ชั่วโมง

3. การป้องกันโรค ในปัจจุบันการแพทย์มักจะเน้นไปที่การรักษาโรค ซึ่งทำให้เกิดความสิ้นเปลืองอย่างมาก และอาจส่งผลจากการรักษาต่อสุขภาพอย่างมาก การกดจุด เน้นไปที่การป้องกันโรค ก่อนเกิดโรคเมื่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายกลับเข้าสู่การทำงานปกติ ดังที่กล่าวไว้ในข้อ 1 ข้างต้น โอกาสที่โรคร้ายจะคุกคามต่อสุขภาพของเราก็จะน้อยลงอย่างอัตโนมัติ ดังการศึกษาของ (Jirayingmongkol, Chantein, Phengschomjan, & Bhanggananda, 2002) ได้ศึกษาผลของการนวดเท้าโดยการตรวจวัดด้วยเครื่องวัดการตอบสนองทางกายสรีระหรือไบโอฟีดแบคในผู้สูงอายุ พบว่า การนวดเท้าช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ผ่อนคลาย ความกังวลใจน้อยลง มีความรู้สึกสบาย เพราะการสัมผัสเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดฟินที่ทำให้มีความสุขและเกิดพลังในการเยียวยารักษาสุขภาพตนเอง ความเจ็บปวดลดลง

4. การกดจุดช่วยให้ร่างกายกระฉับกระเฉง และเพิ่มสมรรถนะของนักกีฬาหรือผู้ที่ชอบการออกกำลังกาย โดยการกดจุดจะทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังกล้ามเนื้อเกร็งขึ้น ทนต่อการออกกำลังกายหนัก ๆ ได้ อีกทั้งยังทำให้ข้อต่อของกระดูก และกล้ามเนื้อเกิดความคล่องตัวในการขยับ ปัจจุบันสมาคมการกีฬาของบางประเทศในยุโรป ได้นำการกดจุดไปใช้ให้กับนักกีฬาก่อนการแข่งขันทำให้ได้ผลในการนำชัยชนะมาสู่สโมสรอย่างเห็นได้ชัด ในด้านความกระฉับกระเฉงนั้น ก็มาจากความคล่องตัวของกระดูก ข้อต่อและกล้ามเนื้อของผู้เข้ารับการกดจุด อีกทั้ง ระบบการไหลเวียนของเลือดและลมมีการหมุนเวียนได้อย่างราบรื่น ร่างกายจะโปร่งเบา กระฉับกระเฉงอย่างแน่นอน Sorour, Ayoub, and Aziz, (2014) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการกดจุดและการออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ต่ออาการเจ็บ ข้อตึงฝืด และการใช้งานของข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่า การออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (Isometric Exercise) และการกดจุด สามารถลดความเจ็บปวด และอาการข้อตึงฝืด ทำให้การใช้งานข้อเข่ามีประสิทธิภาพมากขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุมและการกดจุดสามารถลดความเจ็บปวด ได้ดีกว่าการออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน (Isometric Exercise)

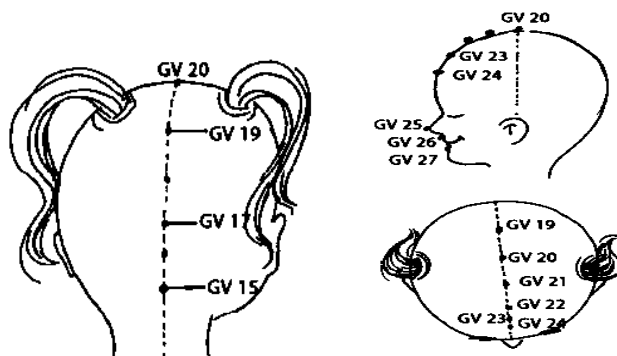
5. การกดจุดสามารถใช้เป็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของโรคบางอย่างได้อย่างดี เช่น โรคลมชัก เหน็บไหล่ หอบหืด ปวดไส้ติ่ง โรคกระเพาะ อาการเจ็บหน้าอก ปวดฟัน อื่น ๆ ก่อนที่จะพบแพทย์ ในกรณีที่ห่างไกลแพทย์หรือต้องรอแพทย์เป็นเวลานาน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ (Yeh & Golianu, 2014) พบว่า การบำบัดรักษาโรคกรดไหลย้อน อาหารไม่ย่อยในทาง

การแพทย์แผนจีนมีอยู่หลายวิธี วิธีหนึ่งที่ได้ผลการรักษาที่ดี นั่นคือ การฝังเข็ม และการกดจุดบริเวณจุดเน่ยจวาน ซึ่งสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ได้เป็นอย่างดี และการกดจุดจู่ชานหลี่สามารถลดกรดในกระเพาะอาหารได้

6. ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค เนื่องจากการกดจุดแก้อาการรักษาโรคนั้นสามารถใช้แทนการรักษาด้วยการฝังเข็ม ซึ่งจะฝังเข้าไปในเนื้อเฉพาะจุดเล็ก ๆ แต่การกดจุดไม่ต้องมีอะไรปักเข้าไปในเนื้อลดความเจ็บปวดจากการฝังเข็ม และยังสามารถรักษาโรคที่เกี่ยวกับ การเจ็บปวด อักเสบ เสื่อม พิการ เรื้อรังของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ผลและปลอดภัยได้ผลดี จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ (Lee & Frazier, 2011) ในเรื่องของประสิทธิผลของการกดจุดในการบำบัดอาการต่าง ๆ ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2000 - 31 มกราคม 2010 จากรายงานการศึกษา จำนวน 43 เรื่อง พบว่า การนวดกดจุดสามารถบำบัดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ในผู้หญิงตั้งครรภ์ และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด การกดจุดสามารถลดความเจ็บปวดในสตรีขณะมีประจำเดือนในผู้ใช้แรงงาน และผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการมีบาดแผล และการกดจุดสามารถลดความเมื่อยล้า อาการนอนไม่หลับและอาการหายใจลำบากในกลุ่มคนทั่วไป

จุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับตาทฤษฎีแพทย์แผนจีน

1. จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20

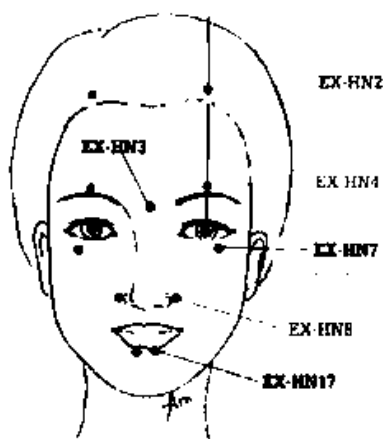


ภาพที่ 2-14 จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 87)

จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20 ความหมายไป แปลว่า หลักร้อย หุย แปลว่า บรรจบ จุดไป๋หุยเป็นจุดบรรจบกันของเส้นลมปราณหยาง ของเท้า 3 เส้น เส้นลมปราณเท้าจู่เหียนอิน ตับและเส้นลมปราณตุ จุดเฉพาะ จุดตัดกับเส้นลมปราณเท้าไท่หยาง กระเพาะปัสสาวะตำแหน่ง อยู่เหนือชายผมด้านหน้าขึ้นไป 5 ชุน กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อระหว่างยอดใบหูสองข้าง เป็นจุดฝังเข็มที่อยู่สูงสุดข้อบ่งใช้โรคของศีรษะและความรู้สึก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ระงับประสาท ทำให้สงบ เสียงอื้อในหู หนักศีรษะ สายตามัว คัดแน่นจมูก โรคทางเดินอาหาร เบื่ออาหาร ปากไม่ร่ำรส ทวารหนักปลิ้น การบีบเกร็งจากท้องเสีย และลำไส้อักเสบ กระเพาะอาหารหย่อน โรคระบบปัสสาวะ ไตหย่อน กลั้นปัสสาวะไม่ได้ โรคอวัยวะสืบพันธุ์ กามตายด้าน มดลูกหย่อน โรคทางจิต ใจสัน ความจำเสื่อม เป็นลม หมดสติ ซ็อก พุดไม่ได้ ขากรรไกรค้ำง อัมพาตครึ่งซีก ลมบ้าหมู โรคฮีสทีเรีย ชักกระตุก

โรคอื่น ๆ ความดันโลหิตสูง โรคจิต อาละวาด ปวดศีรษะ วิงเวียน อัมพาตพูดไม่ได้ ดากอก มดลูก
หย่อน นอนไม่หลับ มีสรรพคุณเด่นในเรื่อง ดึงหยางซี่ให้ขึ้นมาหากซี่ตก ไม่มีแรงดึงจะให้อวัยวะภายใน
หย่อน วิธีฝังเข็ม แทรบ 0.5-0.8 ชุน วิธีนวดใช้นิ้วดัน กดแรง นิ้วเดียว กดจุด

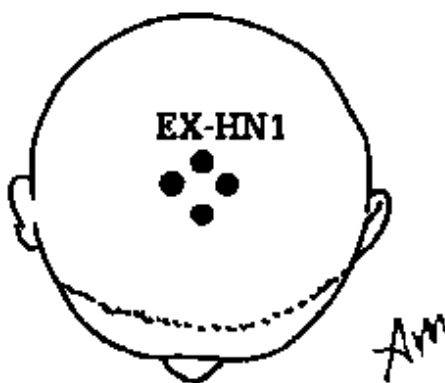
2. จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3



ภาพที่ 2-15 จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 227)

มีตำแหน่ง อยู่บนแนวเส้นกึ่งกลางลำตัว (บนแนวเส้นตู่) จุดอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง
ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะเวียนศีรษะมึนงง ปวดศีรษะด้านหน้า เลือดกำเดาไหล น้ำมูกมากไซนัส
อักเสบ นอนไม่หลับ ลมชักในทารก เป็นลมแดด

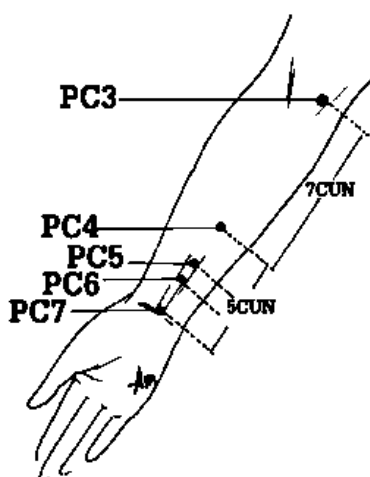
3. จุดซื่อเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1



ภาพที่ 2-16 จุดซื่อเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 227)

กลุ่มจุด 4 จุด อยู่กลางกระหม่อม โดยใช้จุดไปห้วย (Bai-Hui) GV 20 จุดศูนย์กลาง จุดทั้งสี่ อยู่ห่างจุดไปห้วยไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้ายและด้านขวา ด้านละ 1 ชู่น ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม ลมชัก วิธีฝังเข็ม แขนงราบ 0.5-1.0 ชู่น หรือรมยา

4. จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6



ภาพที่ 2-17 จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 175)

ความหมาย เน่ย แปลว่า ด้านใน กวาน แปลว่า ด้าน จุดเน่ยกวานเป็นจุดหรือด้านสำคัญ ทางด้านในแขน จุดเฉพาะ จุดลั่ว จุดเชื่อมโยงกับเส้นลมปราณอินเหวย ตำแหน่ง อยู่เหนือรอยพับ ข้อมือ 2 ชู่น บนแนวเส้นต่อระหว่างจุดชิวี่เจ้อ (PC3) กับ จุดต้าหลิง (PC3)

ข้อบ่งใช้

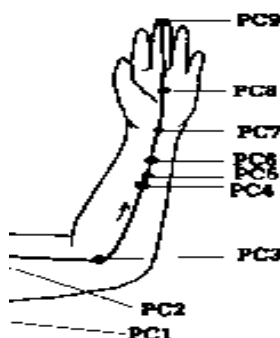
1. โรคตามเส้นลมปราณ ปวดเกร็งแขน ข้อศอก และข้อมืออัมพาตครึ่งซีก
2. โรคของศีรษะและอวัยวะรับความรู้สึก ไมเกรน เวียนศีรษะ
3. โรคทางเดินหายใจ ไอ หอบหืด แน่นหน้าอก หายใจตื้น
4. โรคทางเดินอาหาร ท้องอืด อาเจียน สะอึก ปวดท้อง ท้องเสีย โรคระเพาะอาหาร
5. โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ใจสั่น เจ็บหัวใจ เจ็บหน้าอก และชายโครง
6. โรกระบบสืบพันธุ์ ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ แพ้ท้อง อาเจียน เวียนศีรษะหลังคลอด

อสุจิตกลางคิน

7. โรคทางจิต นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม โรคซึมเศร้า mania โรคลมชัก
8. โรคอื่น ๆ เป็นลมแดด มาลาเรีย โรคไร้เหงื่อ (Anhidrosis)

สรรพคุณเด่น ขยายทรวงอก ช่วยปรับการเดินชี่ ปรับการเต้นของหัวใจให้ปกติ วิธีฝังเข็ม แขนงตรง 0.5-1.0 ชู่น

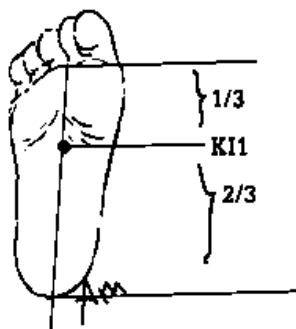
5. จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8



ภาพที่ 2-18 จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 180)

ความหมาย เหลา แปลว่า ใช้แรงงาน กง แปลว่า ศูนย์กลาง เหลากง หมายถึง มือทำงาน ใช้แรงงาน จุดเหลากงอยู่ตรงกลางฝ่ามือจุดเฉพาะ จุดอิง-น้ำพุ ตำแหน่ง ระหว่างกระดูกฝ่ามือที่ 2-3 เวลากำมือจุดนี้จะอยู่ตรงกับปลายนิ้วกลาง ข้อบ่งใช้ ปวดหัวใจ ลมชัก อาละวาด แผลในปาก อาเจียน มีกลิ่นปากจากโรคกลุ่มความร้อน วิธีฝังเข็ม แทงตรง 0.3-0.5 ชู่น

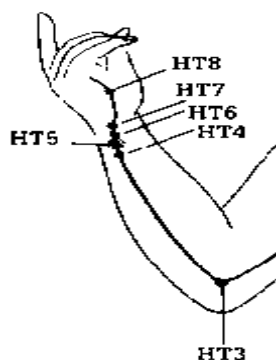
6. จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11



ภาพที่ 2-19 จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 163)

ความหมาย หย่ง แปลว่า ไหลพุ่ง เฉวียน แปลว่า น้ำพุ จุดหย่งเฉวียนอยู่ตรงรอยบุ๋มบนฝ่าเท้าที่ลมปราณไหลพุ่งขึ้นมาเหมือนน้ำพุจุดเฉพาะ จุดจิ่ง ตาน้ำ ตำแหน่ง เหยียดเท้าลงให้นิ้วเท้าทั้งห้างุ้มเข้าหาฝ่าเท้า ฝ่าเท้าจะปรากฏรอยบุ๋มที่ จุดหย่งเฉวียนจอยู่ที่ยรอยต่อระหว่างด้านหน้า 1/3 กับด้านหลัง 2/3 ของแนวยาวของฝ่าเท้า ระหว่างกระดูก Metatarsal ที่ 2 และที่ 3 ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะมีศีรษะ นอนไม่หลับ ตาตาย คอเจ็บ เสียงแหบแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะขัด โรคจิต อาละวาด ลมชัก หมดสติ วิธีฝังเข็ม แทงตรง 0.5-1.0 ชู่น

7. จุดเส้นหมื่น (Shen Men) HT7



ภาพที่ 2-20 จุดเส้นหมื่น (Shen Men) HT7 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551, หน้า 134)

ความหมาย เส้น แปลว่า จิตใจ หมื่น แปลว่า ประตุ จุดเฉพาะ จุดชี้ ตำแหน่ง อยู่บนเส้น
ข้อมื่อด้านใน ด้านนี้วก้อยขอบด้านในของ Flexor Carpi Ulnaris

ข้อบ่งใช้ ปวดหัวใจ ใจสั่นตกใจง่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย เตียนขวางเจียน
ปวดชายโครงทรวงอก สรรพคุณเด่น หลงลืมง่าย เสริมความจำ เสริมปัญญา วิธีฝังเข็ม ทางตรง
0.3-0.5 ชู่น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

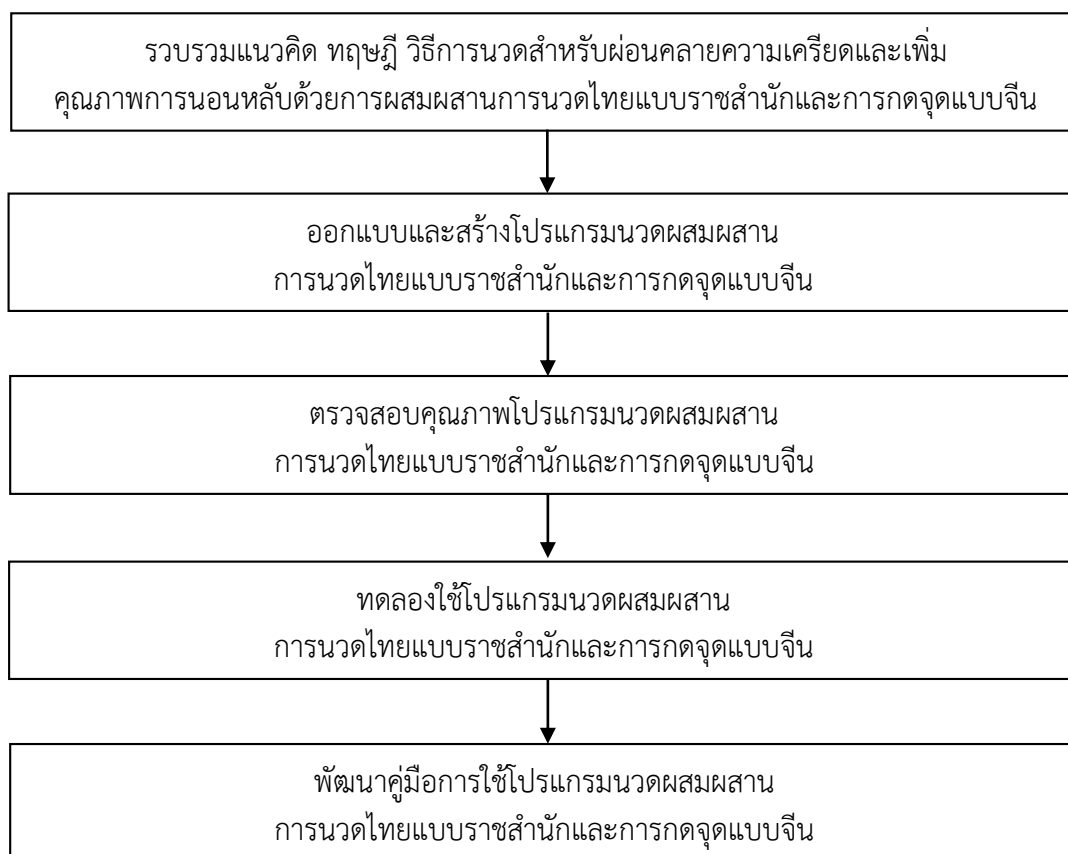
ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการนำโปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบผลในประเด็นต่อไปนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนวดในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

2.2 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนและในกลุ่มควบคุม

2.3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับระยะหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน



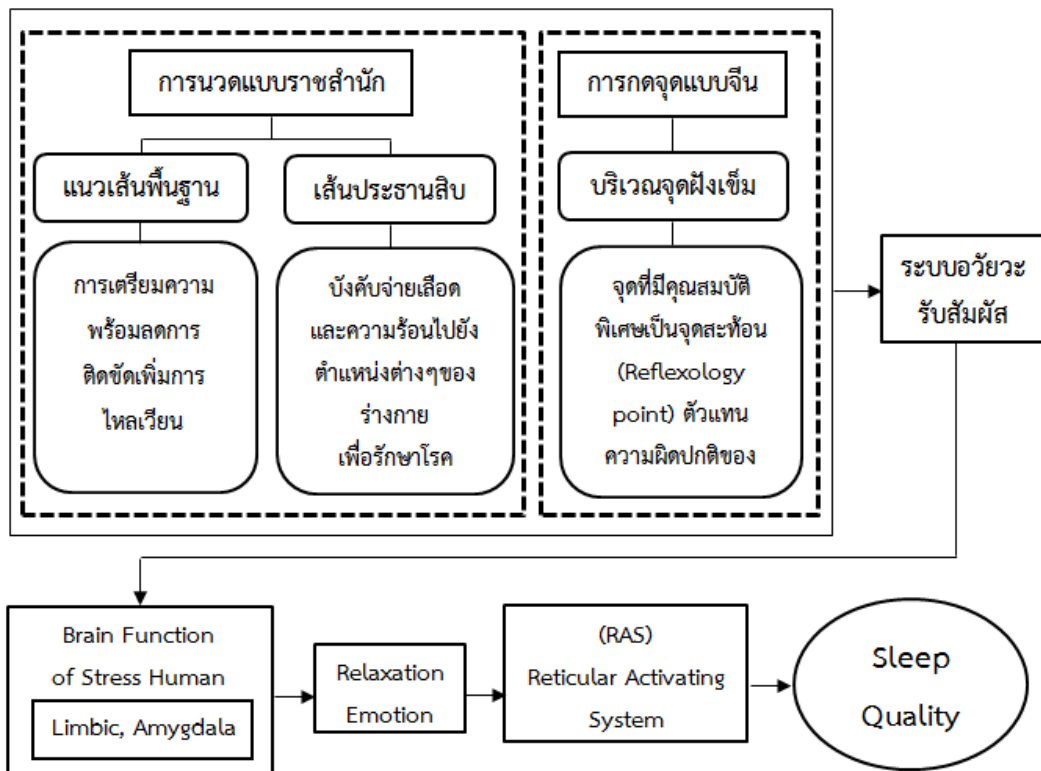
ภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

จากภาพที่ 3-1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน มีรายละเอียด ดังนี้

1. การรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี วิธีการนวดสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับด้วยการผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน

1.1 ศึกษาเอกสารวิชาการ รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนที่ส่งผลต่อการผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน และรวบรวมลำดับวิธีการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนโดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านกล้ามเนื้อและโครงสร้างร่างกาย

1.2 กำหนดแนวคิดและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสาน



ภาพที่ 3-2 แนวคิดและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสาน

จากภาพที่ 3-2 แนวคิดของโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนนี้ เป็นการนำจุดเด่นของทั้งสองศาสตร์มาผสมผสานไว้เข้าด้วยกัน โดยการเรียบเรียงคัดเลือก กลั่นกรอง ทดลองปฏิบัติ ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะทางด้านเวชกรรมไทย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการนวดไทยและแพทย์แผนจีน โดยมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยเป็นผู้ทำการนวด ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเกิดจากการมีภาวะเครียด ซึ่งทำให้ระบบประสาทมีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวลต่อมหมวกไตส่วนคอร์เท็กซ์ (Cortex) มีการหลั่งคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว (Arousal Area) ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี การนวดเป็นการกระตุ้นตัวรับสัญญาณความรู้สึกโดยร่างกายรับรู้การสัมผัสผ่านทางผิวหนัง กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ส่งสัญญาณประสาทผ่านไปยังไขสันหลังและสมองในส่วนลิมบิก (Limbic System) เพื่อรับรู้และส่งผลให้มีการปรับการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้รู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ การนวดแบบราชสำนักควรนวดเส้นพื้นฐานก่อนเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมลดการติดขัด เพิ่มการไหลเวียนทางเลือดทางลม ทำให้การนวดจุดสัญญาณในการรักษาโรคได้ผลดี ถ้าการนวดพื้นฐานไม่ดีสัญญาณก็อาจติดขัด ถ้านวดพื้นฐานดีเลือดลมจะวิ่งผ่านได้ดีและในเส้นพื้นฐานเหล่านี้ ยังเป็นทางผ่านของเส้นประธานสิบที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายและการนอนหลับ ส่วนการกดจุดแบบจีนเป็นการชี้ชัดถึงจุดหรือบริเวณที่จะช่วยในการปรับความสมดุลของร่างกาย โดยแต่ละจุด

จะเป็นตัวแทนสะท้อนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (ลดาวัลย์ อุ๋นประเสริฐพงษ์, 2551) ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผ่อนคลายในระดับลึก (Deep Relaxation) ทำให้ระบบลิมบิกในบริเวณสมองซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงนั้นถูกกระตุ้นน้อยลง ข้อมูลจะถูกส่งออกผ่านไฮโปทาลามัสที่เป็นศูนย์ควบคุมสภาพของสิ่งแวดล้อมในร่างกายให้เกิดความสมดุล โดยส่งการผ่านระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกเด่น จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลาย

2. ออกแบบและสร้างโปรแกรมหมวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน

โปรแกรมหมวดผสมผสานนี้ ใช้วิธีการนวดแบบราชสำนักเป็นทฤษฎีพื้นฐาน โดยการนวดเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณตามกายวิภาคศาสตร์สัญญาณ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ โรงเรียนอายุรเวท, 2448, หน้า 70-108) ที่ได้จากการเทียบเคียงทางเดินเส้นประธานสิบ และการกดจุดแบบจีนที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายและการนอนหลับ ดังนี้

2.1 การนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 11 แนวเส้นพื้นฐาน คือ แนวเส้นพื้นฐานขา, พื้นฐานขาด้านนอก, พื้นฐานขาด้านใน, พื้นฐานหลังท่านอน, พื้นฐานแขนด้านใน, พื้นฐานแขนด้านนอก, พื้นฐานหัวไหล่, พื้นฐานบ่า, พื้นฐานโค้งคอ, พื้นฐานท้อง และการนวดศีรษะ

2.2 การนวดตามแนวเส้นประธานสิบที่มีความเกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย และการนอนหลับมี 5 เส้นคือ

2.2.1 เส้นสุมนา ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องเหนือสะดือ 2 นิ้ว แล่นขึ้นไปในทรวงอก ถึงลำคอ ไปสิ้นสุดที่โคนลิ้น เรียกว่ารากเส้นลิ้น ลมประจำเรียกว่า ลมชีวหาสดมภ์

2.2.2 เส้นสหัสรังสี ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือมาทางซ้ายมือ 3 นิ้ว แล่นไปที่ขาซ้ายด้านในถึงฝ่าเท้า แล่นผ่านโคนนิ้วเท้าทั้งห้า แล้วกลับมาที่สันหน้าแข้งซ้าย แล่นผ่านรายนมซ้าย รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกรไปสุดที่ไตซ้าย เรียกว่า เส้นรากตาซ้าย

2.2.3 เส้นทวารี่ ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือ มาทางขวามือ 3 นิ้ว แล่นไปที่ขาขวาด้านในถึงฝ่าเท้า แล่นผ่านโคนนิ้วเท้าทั้งห้า แล้ววกกลับมาสันหน้าแข้งขวา แล่นผ่านรายนมขวา รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่ไตขวา เรียกว่า เส้นรากตาขวา

2.2.4 เส้นจันทภูสัง ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้องจากสะดือมาทางซ้าย 4 นิ้ว แล่นผ่านรายนมซ้าย รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่หูซ้าย เรียกว่า เส้นรากหูซ้าย

2.2.5 เส้นรุทัง ตั้งต้นที่กึ่งกลางท้อง จากสะดือมาทางขวามือ 4 นิ้ว แล่นผ่านรายนมขวา รอดไหปลาร้า รอดขากรรไกร ไปสุดที่หูขวา เรียกว่า เส้นรากหูขวา

2.3 การกดจุดแบบจีน บริเวณจุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย และการนอนหลับมีดังนี้

2.3.1 จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20 อยู่เหนือชายผมด้านหน้าขึ้นไป 5 ชู่น กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อระหว่างยอดใบหูสองข้างเป็นจุดฝังเข็มที่อยู่สูงสุด ข้อบ่งใช้ โรคของศีรษะและความรู้สึก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ระวังประสาท ทำให้สงบ ฯลฯ

2.3.2 จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3 อยู่บนแนวเส้นกึ่งกลางลำตัว (บนแนวเส้นตู่)

จุดอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะเวียนศีรษะมึนงง ปวดศีรษะด้านหน้า เลือดกำเดาไหล น้ำมูกมากไซนัสอักเสบ นอนไม่หลับ ลมชักในทารก เป็นลมแดด

2.3.3 จุดชื่อเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1 อยู่กลางกระหม่อม โดยใช้จุดไปหุ้ย (Bai-Hui), GV 20 เป็นจุดศูนย์กลาง จุดทั้งสองอยู่ห่างจุดไปหุ้ยไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้าย และ ด้านขวา ด้านละ 1 ชู่น ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม ลมชัก

2.3.4 จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 จุดเน่ยกวานเป็นจุดหรือด้านสำคัญทางด้าน ในแขน จุดเฉพาะ จุดลั่ว จุดเชื่อมโยงกับเส้นลมปราณอินเหวย ตำแหน่ง อยู่เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชู่น ข้อบ่งใช้ โรคทางจิต นอนไม่หลับ ความจำเสื่อม โรควิตกกังวล Mania โรคลมชัก

2.3.5 จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8 จุดเหลากงอยู่ตรงกลางฝ่ามือจุดเฉพาะ จุดอิง- น้ำพุ ตำแหน่ง ระหว่างกระดูกฝ่ามือที่ 2-3 เวลากำมือจุดนี้จะอยู่ตรงกับปลายนิ้วกลาง ข้อบ่งใช้ ปวด หัวใจ ลมชัก อาละวาด

2.3.6 จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11 อยู่ตรงรอยนูนบนฝ่าเท้าเหยียดเท้าลงให้ นิ้วเท้าทั้งห้าจุ่มเข้าหาฝ่าเท้า ๆ จะปรากฏรอยนูน จุดหย่งเฉวียนอยู่ที่รอยต่อระหว่างด้านหน้า 1/3 กับ ด้านหลัง 2/3 ของแนวยาวของฝ่าเท้า ข้อบ่งใช้ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ นอนไม่หลับ ตาตาย ฯลฯ

2.3.7 จุดเสินเหมิน (Shen Men) HT7 อยู่บนเส้นข้อมือด้านใน ด้านนิ้วก้อยขอบ ด้านในของ Flexor Carpi Ulnaris ข้อบ่งใช้ ปวดหัวใจ ใจสั่นตกใจง่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับหลง ลืมง่าย

ตารางที่ 3-1 ขนาดแรงและเวลาที่ใช้ในการวัดแนวเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณและบริเวณจุดฝังเข็ม

แนวเส้นพื้นฐาน ร่างกาย	การวัดแนวเส้นพื้นฐาน วัดครั้งละ 12 วินาที				การวัดจุดสัญญาณ วัดครั้งละ 40 วินาที จุดละ 1 ครั้ง					การวัดบริเวณจุดฝังเข็ม วัดครั้งละ 40 วินาที จุดละ 2 ครั้ง				
	ขนาดแรง (ปอนด์)/ จำนวนกด(ครั้ง)			เวลา (วินาที)	จุดสัญญาณ (ส.)	ขนาดแรง (ปอนด์)/ จำนวนกด(ครั้ง)			เวลา (วินาที)	บริเวณ จุดฝังเข็ม	ขนาดแรง(ปอนด์)/ จำนวนกด(ครั้ง)			เวลา (วินาที)
	50	70	90			50	70	90			50	70	90	
1. แนวเส้นพื้นฐานขา	39	1	-	477		-	-	-	-		-	-	-	-
2. พื้นฐานขาด้านนอก	23	-	-	186	ส.1, ส.2	-	4		160		-	-	-	-
3. พื้นฐานขาด้านใน	20	2	-	330	ส.3, ส.5	-	4		160	จุดหยิ่งเฉยียน	4	-	-	160
4. พื้นฐานหลังท่อนอน	20	20	-	480		-	-	-	-		-	-	-	-
5. พื้นฐานแขนด้านใน	20	2	-	330		-	-	-	-	จุดเน่ยกวาน, จุดเส้นเหมิน จุดเหลากง	12	-	-	480
6. พื้นฐานแขนด้านนอก	20	-	-	240		-	-	-	-		-	-	-	-
7. พื้นฐานหัวไหล่	2	-	-	24		-	-	-	-		-	-	-	-
8. พื้นฐานบ่า	10	10	10	360	ส.4	-	2	-	80		-	-	-	-
9. พื้นฐานคิงคอก	10	-	-	120		-	-	-	-		-	-	-	-
10. พื้นฐานท้อง	55	1	-	705	ส.3, ส.4, ส.5	-	3	-	120		-	-	-	-
11. การวัดศีรษะ	3	-	-	36	ด้านหลัง ส.3-ส.5 ด้านหน้า ส.1-ส.5	-	8	-	320	จุดอันถ้ง, จุดไปหุ่ย, จุดชื้อเสินชง (กลุ่มจุด 4 จุด)	12	-	-	480
รวม	3,288 วินาที (62.65%)				840 วินาที (16.01%)					1,120 วินาที (21.34%)				

จากตารางที่ 3-1 โปรแกรมหมวดผสมผสานประกอบด้วย เส้นพื้นฐาน จุดตำแหน่งสัญญาณ และบริเวณจุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายความเครียด และการนอนหลับมีวิธีการนวด ดังนี้

- 1) นวดตามแนวเส้นพื้นฐานขา เริ่มขาซ้ายและเปิดประตูลม ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 39 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 1 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 2) นวดพื้นฐานขาต้านอกใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 23 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณขาต้านอก สัญญาณที่ 1 และ 2 ด้วยแรงขนาด 70 ปอนด์ 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที
- 3) นวดพื้นฐานขาต้านใน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณ สัญญาณ 3 และสัญญาณ 5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที นวดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดหย่งเฉวียน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที
- 4) นวดฐานหลังทำนอน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 5) นวดพื้นฐานแขนต้านใน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดเน่ยกวาน, จุดเส้นหมื่น และจุดเหลากง ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที
- 6) นวดพื้นฐานแขนต้านนอก ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 7) นวดพื้นฐานหัวไหล่ ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 8) นวดพื้นฐานบ่า ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรง 90 ปอนด์ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 9) นวดจุดสัญญาณ สัญญาณ 4 ร่องไหปลาร้า ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที
- 10) นวดพื้นฐานท้องใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 55 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 1 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที
- 11) นวดจุดสัญญาณที่ท้อง สัญญาณ 3-5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 3 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที
- 12) นวดจุดสัญญาณที่ศีรษะใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณศีรษะด้านหลัง สัญญาณที่ 3-5 และ นวดจุดสัญญาณศีรษะด้านหน้า สัญญาณที่ 1-5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 8 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที

นวดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดอินถัง จุดไป๋หุย จุดชื้อเสินชง (กลุ่มจุด 4 จุด) ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที ซึ่งจุดสัญญาณและบริเวณจุดฝังเข็ม สามารถเทียบเคียงกับลักษณะตามกายวิภาคศาสตร์สัญญาณ ได้ดังนี้

1. สัญญาณขาต้านอก (สหัสรังสี ทวาริ)

การกดสัญญาณที่ 1 กดกระดูก Ilium กดกล้ามเนื้อ Gluteal Fascia Covering Gluteus Medius กดลงที่เส้นประสาท Gluteal Nerve และกดลงที่หลอดเลือด Superior Gluteal Artery

การกดสัญญาณที่ 2 กดไตปุ่มกระดูก Ilium กดลงที่กล้ามเนื้อ Gluteal Medius กดลงที่เส้นประสาท Gluteal Nerve และกดลงที่หลอดเลือด Superior Gluteal Artery

2. สัญญาณขาต้านใน (สหัสรังสี ทวาริ)

การกดสัญญาณที่ 3 ขาด้านใน กดลงที่กระดูก Femur กดลงที่กล้ามเนื้อ Vastus Medialis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Femoral Nerve กดลงที่หลอดเลือด Femoral Artery

การกดสัญญาณที่ 5 ขาด้านใน โดยกดลงที่กระดูก Tarsal Joint กดลงที่บริเวณเอ็นกล้ามเนื้อ Tendon of Tibialis Posterior กดลงที่เส้นประสาท Tibia Nerve กดลงที่หลอดเลือด Posterior Tibial Artery

บริเวณฝ่าเท้า จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11 อยู่ตรงรอยบุ๋มบนฝ่าเท้าเหยียดเท้าลงให้นิ้วเท้าทั้งห้าจุ่มเข้าหาฝ่าเท้า ๆ จะปรากฏรอยบุ๋ม จุดหย่งเฉวียนอยู่ที่รอยต่อระหว่างด้านหน้า 1/3 กับด้านหลัง 2/3 ของแนวยาวของฝ่าเท้า

3. สัญญาณแขนด้านใน จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 อยู่เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชู่น จุดเส้นเหมิน (Shen Men) HT7 อยู่บนเส้นข้อมือด้านใน ด้านนิ้วก้อยขอบด้านในของ Flexor Carpi Ulnaris เทียบเคียงได้กับ สัญญาณ 5 กดจุดกึ่งกลางข้อมือเหนือจุดสร้อยข้อมือเล็กน้อย โดยกดลงที่กระดูก Ulnar & Radius กดลงที่กล้ามเนื้อ Flexor Carpi Palmaris M กดลงที่เส้นประสาท Median & Ulnar Nerve กดลงที่เส้นเลือด Radial and Ulnar A

ลูกสัญญาณ 5 กดจุดที่อยู่ปลายนิ้วกลางเวลากำมือ เทียบเคียงได้กับ จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8 ระหว่างกระดูกฝ่ามือที่ 2-3 เวลากำมือจุดนี้จะอยู่ตรงกับปลายนิ้วกลาง

4. สัญญาณท้อง (สุมนา)

การกดสัญญาณ 3 ท้อง กดลงที่กล้ามเนื้อ Internal Oblige Muscle, External Oblige Muscle และ Transversus Abdominis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Lateral Femoral Cutaneous Nerve กดลงที่หลอดเลือด Lumbar Artery ซึ่งสัญญาณ 3 ท้องจะอยู่ทางด้านขวา

การกดสัญญาณ 4 ท้อง กดลงที่กล้ามเนื้อ Internal Oblige Muscle, External Oblige Muscle และ Transversus Abdominis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Lateral Femoral Cutaneous Nerve กดลงที่หลอดเลือด Lumbar Artery ซึ่งสัญญาณ 4 ท้องจะอยู่ทางด้านซ้าย

การกดสัญญาณ 5 ท้อง กดลงที่กล้ามเนื้อ Rectus Abdominis Muscle ไม่กดลงที่เส้นประสาท กดลงที่หลอดเลือด Abdominal Aorta

5. สัญญาณหัวไหล่ (สหัสรังสี, จันทภูสัง, ทวาริ, รุทัง)

การกดสัญญาณ 4 หัวไหล่ จะกดลงที่เหนือกระดูก Clavicle กดลงที่กล้ามเนื้อ Omohyoid กดลงที่เส้นประสาท Brachial Plexus Nerve

6. สัญญาณศีรษะด้านหลัง (รุทัง สุมนา)

การกดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลัง กดลงบริเวณ ที่เรียกว่า Occipital Condyle ที่กระดูก Temporal and Parietal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Temporalis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Auriculotemporal Nerve กดลงที่หลอดเลือด Super Facial Temporal Artery and Vein ซึ่งสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลังอยู่ด้านขวา และสัญญาณ 4 ศีรษะด้านหลังอยู่ด้านซ้าย

การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง กดลงบริเวณที่อยู่ระหว่าง External Occipital Protuberance กับ Crest กดลงที่กล้ามเนื้อ Trapezius และ Ligamentum Nuchae กดลงที่เส้นประสาท Occipital Nerve กดลงที่หลอดเลือด Occipital Artery and Vein

7. สัญญาณศีรษะด้านหน้า (ทวาริ สหัสรังสี รุทัง จันทภูสัง)

กดสัญญาณ 1 หัวคิ้วขวา โดยกดลงที่กระดูก Frontal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Corrugator Supercilii กดลงที่เส้นประสาท Supratrochlear กดลงที่หลอดเลือด Supratrochlear Artery

กดสัญญาณ 2 หัวคิ้วซ้าย โดยกดลงที่กระดูก Frontal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Corrugator Supercilii กดลงที่เส้นประสาท Supratrochlea กดลงที่เส้นเลือด Supratrochlear Artery

จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3 จุดอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้างระหว่างกดสัญญาณ

1 และ 2

กตสัณญาณ 3 ร่องขากรรไกรหน้าหูขวา กดลงที่กระดูก Temporal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Masseter กดลงที่เส้นประสาท Mandibular กดลงที่หลอดเลือด Transverse Facial Branch of Superficial Artery

กตสัณญาณ 4 ร่องขากรรไกรหน้าหูซ้าย โดยกดลงที่กระดูก Temporal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Masseter กดลงที่เส้นประสาท Mandibular กดลงที่เส้นเลือด Transverse Facial Branch of Superficial Artery

การกตสัณญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า กดลงที่กระดูก Mandible Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Mentalis, Orbicularis Oris, Inferior Incisive Muscle กดลงที่เส้นประสาท Mental Nerve กดลงที่หลอดเลือด Mental Artery

จุดจอมประสาทแนวแสกหน้าตัดกับแนวหน้าหู จุดไปห้วย (Bai-Hui) GV20 อยู่เหนือชายผม ด้านหน้าขึ้นไป 5 ชู่น กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อระหว่างยอดใบหูสองข้างเป็นจุดฝังเข็มที่อยู่สูงสุด

จุดชื่อเส้นชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1 กลุ่มจุด 4 จุดอยู่กลางกระหม่อม โดยใช้ จุดไปห้วย (Bai-Hui) GV 20 เป็นจุดศูนย์กลาง จุดทั้งสองอยู่ห่างจุดไปห้วยไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้ายและ ด้านขวา ด้านละ 1 ชู่น

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำโปรแกรมหมวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนที่พัฒนาขึ้นเสร็จเรียบร้อยแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมในด้านต่าง ๆ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของโปรแกรม จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

1) รศ.ดร.ปรัชญนันท์ นิลสุข ภาควิชาครุศาสตร์เทคโนโลยี คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

2) นายสุรศักดิ์ สิงห์ชัย แพทย์แผนไทย ปฏิบัติการ หัวหน้างานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพรหมพิราม จ.พิษณุโลก

3) นายธนต์เทพ เตรชะทวีกุล แพทย์แผนจีน ศูนย์การแพทย์มหิตลนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ การประเมินคุณภาพโปรแกรม แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านการออกแบบโปรแกรมโดยทั่วไป ประกอบด้วยการใช้ขนาดตัวอักษร

ความเหมาะสมของการใช้ชนิดของตัวอักษร และการใช้สีอักษร ด้านการใช้ภาพ ความเหมาะสมของการใช้จำนวนภาพเชื่อมกับเนื้อหา ความสอดคล้องของภาพกับเนื้อหา ความสนใจของภาพต่อการอ่าน ด้านการใช้สี ใช้สีพื้นกับตัวอักษร การใช้สีเส้นกรอบข้อความและความสนใจของสีต่อการอ่านด้านความชัดเจนของหัวข้อเรื่อง คำชี้แจง และคำอธิบายและด้านการเรียงลำดับหัวข้อในโปรแกรม

3.2 ด้านความเหมาะสมของเนื้อหาในโปรแกรม ประกอบด้วยความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ การเรียงลำดับขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อหาอย่างเหมาะสม ความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหาที่นำมาใช้ ความสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละข้อ ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหาในแต่ละข้อความ เป็นไปได้ของกิจกรรมการนวด เนื้อหาและรายการกิจกรรมโดยภาพรวมของโปรแกรมตรงกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

การประเมินความเหมาะสม ด้านการออกแบบโปรแกรมทั่วไปและด้านความเหมาะสมของเนื้อหาในโปรแกรม กำหนดคะแนนของความเหมาะสมในการนำไปใช้ ออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง รายการกิจกรรมมีความเหมาะสมของการนำไปใช้ในระดั้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง รายการกิจกรรมมีความเหมาะสมของการนำไปใช้ในระดั้มาก

ระดับ 3 หมายถึง รายการกิจกรรมมีความเหมาะสมของการนำไปใช้ในระดั้มานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง รายการกิจกรรมมีความเหมาะสมของการนำไปใช้ในระดั้น้อย

ระดับ 1 หมายถึง รายการกิจกรรมมีความเหมาะสมของการนำไปใช้ในระดั้น้อยที่สุด

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นว่า มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้

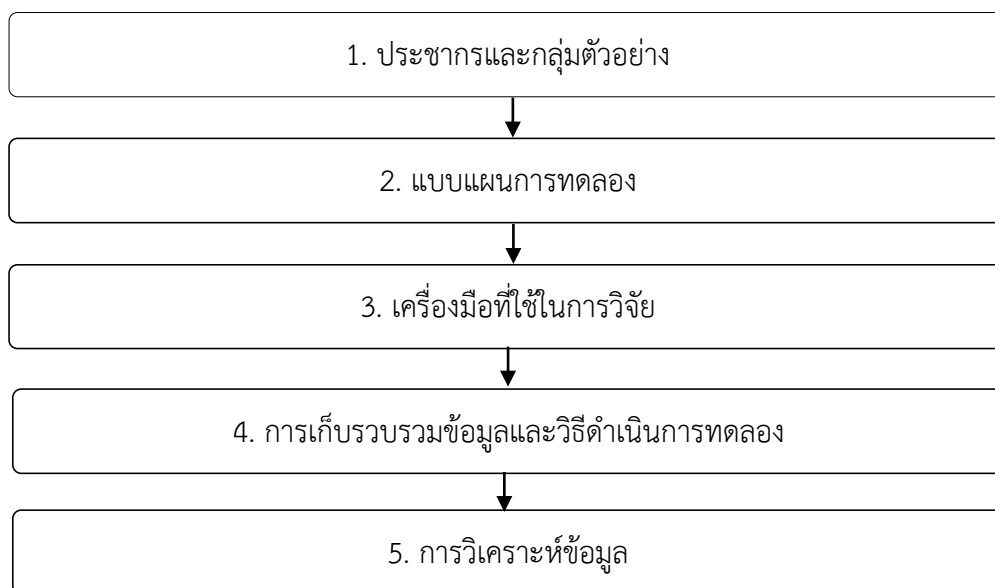
การคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)
เกณฑ์การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จะพิจารณาค่า CVI ต้องมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (Soeken, 2010, p. 165) โดยมีสูตรการคำนวณค่า CVI ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความเห็นระดับ 4 และ 5}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

4. ทดลองใช้โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนัก และการกดจุดแบบจีน กับหญิง 3 คน ชาย 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จากหมู่ที่ 7 ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ใช้ระยะเวลาในการนวด คนละ 90 นาที วันเว้นวัน จำนวน 12 ครั้ง โดยมีการเปรียบเทียบความเครียดจากแบบวัดสวนปรุงและคุณภาพการนอนหลับ ก่อนกับหลัง การได้รับโปรแกรมนวด

5. พัฒนาคู่มือการใช้โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการนำโปรแกรมนวดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียด และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ



ภาพที่ 3-3 ขั้นตอนการนำโปรแกรมนวดผสมผสานไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง จำนวน 251 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ระหว่างเดือนเมษายน 2560-เดือนมกราคม 2561 ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อายุระหว่าง 15-60 ปี และเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยให้อาสาสมัครกรอกแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบุชชี และคณะ ฉบับภาษาไทยแปลโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ เพื่อทำการคัดกรองผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ เพื่อให้ได้ผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

ขั้นตอนการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

1. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อชี้แจงโครงการ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและประชาสัมพันธ์เพื่อรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยติดประกาศประชาสัมพันธ์ในชุมชน และประชาสัมพันธ์โดยตรงกับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง

2. จัดประชุมชี้แจง ให้กับผู้สนใจเข้าร่วมโครงการ เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา

และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้อาสาสมัครกรอกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

3. คัดกรองผู้สมัครเข้าร่วมโครงการตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

ผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติในการนอนหลับ โดยใช้เกณฑ์ International Classification of Sleep Disorders (ICSD) and International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) การที่จะวินิจฉัยว่าใครมีภาวะนอนไม่หลับหรือไม่นั้น ต้องอาศัยการซักประวัติผู้ป่วยเป็นหลัก โดยจะซักถามรายละเอียดของการนอนไม่หลับ เช่น นอนไม่หลับเฉพาะตอนที่เพิ่งจะเข้านอนใหม่ ๆ หรือหลับแล้วตื่นบ่อย หรือพอหลับไปสักพักก็จะตื่นแล้วนอนหลับต่อไม่ได้ รวมทั้งระยะเวลาและความถี่ที่มีอาการ ลักษณะการนอน เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอนจำนวนครั้งที่ตื่นตอนกลางคืน อาการอื่นที่เกิดขึ้นในระหว่างการนอนหลับกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมภายในห้องนอนอุปกรณ์ในการนอนสิ่งแวดล้อมรอบบ้านอาการง่วงนอนตอนกลางวันประวัติโรคประจำตัวประวัติการใช้ยาและสารเสพติด รวมถึงประวัติครอบครัว (Schutte-Rodin, Broch, Buysse, Dorsey, & Sateia, 2008) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจนถึงอายุ 60 ปี ระหว่างเดือนเมษายน 2560-เดือนมกราคม 2561 จำนวน 251 คน หลังจากนั้นรับอาสาสมัครเข้าร่วมการทดลอง 80 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

3.1 คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

3.1.1 เป็นผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับทั้งเพศหญิง เพศชาย อายุระหว่าง 15-60 ปี

3.1.2 เป็นผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับชนิดปฐมภูมิซึ่งมีอาการอย่างหนึ่งหรือมากกว่า คือ

- 1) มีอาการหลับยาก ต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที จึงจะหลับได้
- 2) ตื่นขึ้นกลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อคืน
- 3) เมื่อตื่นกลางคืนต้องใช้เวลามากกว่า 30 นาที จึงหลับได้หรือหลับไม่ได้อีก
- 4) ตื่นเร็วกว่าปกติ ระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ตื่นมาแล้วรู้สึกไม่สดชื่น

โดยจะต้องมีอาการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และติดต่อกันนานมากกว่า 2 สัปดาห์ และผลจากการนอนไม่หลับนี้ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.1.3 การมองเห็นและการได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยดี

3.1.4 สามารถเข้ารับการนัดได้

3.1.5 ไม่มีบาดแผลเปิด ไม่มีรอยฟกช้ำ ไม่มีภาวะของกระดูกหักหรือข้อเคลื่อนหรือเป็นโรคต้องห้ามสำหรับการนัด เช่น ขณะที่มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส โรคติดต่อทุกชนิด โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง ความผิดปกติของระบบหลอดเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด

3.1.6 ไม่มีอาการนอนไม่หลับจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น

- 1) โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม
- 2) ผลจากการได้รับยาหรือสารกระตุ้นอื่น ๆ
- 3) ไม่มีภาวะการนอนหลับที่ผิดปกติอื่น ๆ เช่น ขากระตุก (Restless Leg Syndrome) และขากระตุกเป็นระยะ (Period Limb Movement of Sleep) ฯลฯ

3.2 คุณสมบัติที่ต้องคัดเลือกรออกจากกลุ่มตัวอย่าง

- 3.2.1 ได้รับการนวดน้อยกว่า สามครั้งต่อสัปดาห์
- 3.2.2 ได้รับการนวดแล้วรู้สึกไม่สุขสบาย
- 3.2.3 มีการเจ็บป่วยที่อาจมีผลต่อการนอนหลับในระหว่างที่เข้าร่วมงานวิจัย เช่น ได้รับบาดเจ็บ ได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น
- 3.2.4 มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมประจำวันต่างไปจากเดิมมาก หรือได้รับการนวดโดยวิธีอื่น ๆ

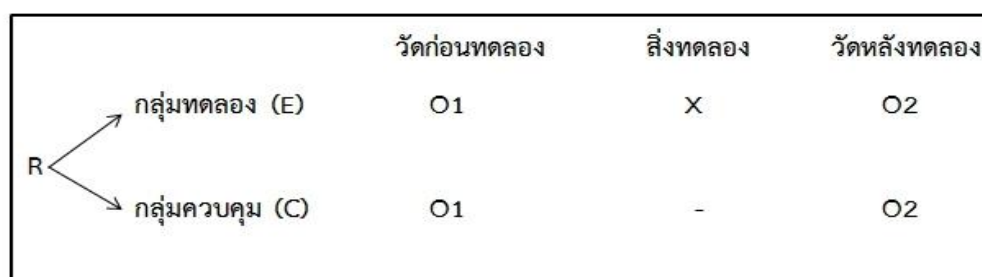
4. กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 ราย เป็นผู้ผ่านการคัดกรองได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา การชี้แจงสิทธิของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล โดยให้มีการลงนามในแบบยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิทุกคน หลังจากนั้น ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากสุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย โดยแยกชาย-หญิง ให้ฝ่ายชายทุกคนจับฉลาก ซึ่งมีฉลากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน เมื่อฝ่ายชายจับฉลากครบแล้ว นำฉลากส่วนที่เหลือให้ฝ่ายหญิงจับต่อไปจนครบทุกคน แสดงดังตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ

	ชาย	หญิง	รวม
กลุ่มทดลอง	5	15	20
กลุ่มควบคุม	4	16	20
รวม	9	31	40

2. แบบแผนการทดลอง

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบแผนการทดลองเป็นแบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and Posttest Control Group Design) (Edmonds & Kennedy, 2017 p. 37) ดังภาพ



ภาพที่ 3-4 แบบแผนการทดลอง

R หมายถึง การสู่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง (E) และกลุ่มควบคุม (C)

E หมายถึง กลุ่มทดลองที่ได้รับการนัดผสมผสานการนัดไทยแบบราชสำนักกับการกวดจุดแบบจีน

C หมายถึง กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนัดใด ๆ

O1 หมายถึง การวัดความเครียด และคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง

O2 หมายถึง การวัดความเครียด และคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมนัดผสมผสานการนัดไทยแบบราชสำนักกับการกวดจุดแบบจีน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

3.1.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวและการได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ

3.1.2 เกณฑ์ International Classification of Sleep Disorders (ICSD) and International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม

การตรวจการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี เป็นการตรวจการนอนหลับระดับมาตรฐาน (Gold Standard) เป็นวิธีที่ดีที่สุดในปัจจุบันเพื่อใช้ในการตรวจคุณภาพการนอนหลับ (Kushida et al., 2005) โดยให้ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ นอนในห้องพักสำหรับการตรวจ เรียกว่า ห้องตรวจการนอนหลับ (Sleep Laboratory) ซึ่งจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เงียบสบาย คล้ายกับห้องนอนทั่ว ๆ ไป โดยมีเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับติดอุปกรณ์ในการตรวจการนอนหลับที่เชื่อมต่อไปยังจอแสดงผลและเฝ้าดูคลื่นสัญญาณจากตัวแปรต่าง ๆ ที่ส่งมายังจอแสดงผลตลอดทั้งคืน หากมีปัญหาอุปกรณ์หลุดเลื่อนระหว่างคืน เจ้าหน้าที่สามารถแก้ไขได้ทันที การติดอุปกรณ์ดังกล่าวมีอย่างน้อย 7 ช่องสัญญาณ (Channel) ขึ้นไป

ในปัจจุบันการตรวจการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ Polysomnography สามารถที่จะตรวจการนอนหลับนอกสถานที่ได้ (Out-of-Center Sleep Testing: OCST) หรือบางครั้งอาจเรียกว่า การตรวจการนอนหลับแบบเคลื่อนย้ายได้ (Portable Monitoring of Sleep: PMS) หรือการตรวจการนอนหลับที่บ้าน (Home Sleep Testing: HST) ตามนิยามของสมาคมเวชศาสตร์การนอนหลับของสหรัฐอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine หรือ AASM) ทำให้ประหยัดต้นทุน งบประมาณกำลังคน และยังทำให้ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับยังได้รับความสะดวกสบายและเข้าถึงการบริการมากยิ่งขึ้น ดังภาพ



ภาพที่ 3-5 เครื่องมือตรวจการนอนหลับที่บ้าน

จากภาพที่ 3-5 เป็นเครื่องมือตรวจการนอนหลับที่บ้าน ที่ใช้ในการวิจัยนี้ มีความหมายเทียบได้กับการตรวจการนอนหลับแบบไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้า (Unattended Sleep Study) เป็นการตรวจวัดข้อมูลการนอนหลับมากกว่า 7 สัญญาณขึ้นไป เป็นการตรวจการนอนหลับที่บ้านในห้องนอนของผู้รับการตรวจเองซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้คล้ายกับการนอนในชีวิตประจำวันมากกว่า โดยจะมีเจ้าหน้าที่เข้าไปติดตั้งอุปกรณ์ให้แต่ไม่ได้เฝ้าระหว่างเวลาที่ตรวจลักษณะของการตรวจแบบนี้มีส่วนประกอบและข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้ใกล้เคียงกับการตรวจระดับ 1 แต่มีข้อดี เช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ถูกกว่า เนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มในเรื่องค่าห้องของโรงพยาบาลรวมถึงประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทาง โดยเจ้าหน้าที่จะไปติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือวัดสัญญาณให้ถึงที่พักของผู้รับการตรวจในช่วงหัวค่ำและมาถอดอุปกรณ์ เพื่อนำไปถ่ายข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์สำหรับประมวลผลในตอนเช้าวันรุ่งขึ้น แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าขณะนอน การตรวจชนิดนี้มีข้อดีเหนือกว่าการตรวจในโรงพยาบาล คือ ได้รับความสะดวกสบาย ผู้ป่วยจะได้นอนในห้องนอนของตนเอง จึงมีความรู้สึกผ่อนคลายและมีความเป็นส่วนตัวมากกว่า และทำให้เข้าถึงการบริการมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามมีโอกาสที่สัญญาณสูญเสียระหว่างการตรวจได้เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้า ซึ่งในทางปฏิบัติพบปัญหาเหล่านี้บ่อย

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจการนอนหลับชนิดมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และแปลผลโดยเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของหอผู้ป่วยโรค คอ นาสิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลค่ายนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เป็นผู้ผ่านการอบรมเทคนิคการตรวจการอ่านกราฟข้อมูล และการติดตั้งอุปกรณ์การตรวจการนอนหลับมาเป็นอย่างดี มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี เป็นผู้เข้าไปติดตั้งอุปกรณ์ให้ที่บ้าน ในห้องนอนของผู้รับการตรวจ โดยมีข้อมูลที่ได้จากการวัดและใช้ในงานวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Sleep Efficiency (SE) คือ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ เป็นค่าที่ได้จากค่าจำนวนเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนหลับ (Total Sleep Time: TST) หารด้วยจำนวนเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการตรวจ (Total Recording Time: TRT)

$$\text{Sleep Efficiency} = \frac{\text{TST}}{\text{TRT}} \times 100$$

$$\text{TRT} = \frac{(\text{“Light on” Epoch} - \text{“Light out” epoch})}{2}$$

Light On คือ เวลาที่เปิดไฟเพื่อเริ่มทำการตรวจ

Light Out คือ เวลาที่เปิดไฟเพื่อสิ้นสุดการตรวจ

2. Total Sleep Time (TST) เป็นค่าจำนวนเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยนอนหลับ ประกอบด้วย ระยะหลับตื้น (Stages N1 and N2) ระยะหลับลึก (Stage N3) และระยะหลับฝัน (Stage REM Sleep)

$$TST = N1_{total} + N2_{total} + N3_{total} + R_{total}$$

3. Sleep Latency (SL) เวลาที่นับตั้งแต่เริ่มเปิดไฟ (Light Out) จนถึงเข้าสู่ช่วงแรกของ การนอนหลับ (The First Epoch of Sleep: SO)

$$\text{Sleep Latency} = \frac{(\text{SO Epoch} - \text{Light Out Epoch})}{2}$$

4. Sleep Stage Percentage คือ สัดส่วนของการนอนหลับในแต่ละระยะเปรียบเทียบกับ เวลาที่หลับจริง

$$\text{Stage N1} = (\text{จำนวนนาทิจากการนอนหลับในระยะเวลา N1} / \text{TST}) \times 100$$

$$\text{Stage N2} = (\text{จำนวนนาทิจากการนอนหลับในระยะเวลา N2} / \text{TST}) \times 100$$

$$\text{Stage N3} = (\text{จำนวนนาทิจากการนอนหลับในระยะเวลา N3} / \text{TST}) \times 100$$

$$\text{Stage REM} = (\text{จำนวนนาทิจากการนอนหลับในระยะเวลา REM} / \text{TST}) \times 100$$

(Teofilo Lee-Chiong, 2012, p. 405)

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของ บุซซี่ และคณะ ฉบับภาษาไทยได้รับการพัฒนาโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์ เป็นแบบสัมภาษณ์มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ 7 องค์ประกอบ มีค่าความไวเท่ากับ 89.6 ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 86.5 และพบว่ามีค่าความตรงและความเที่ยงที่ดี โดยค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.73 แบบสัมภาษณ์มี 7 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้อายานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำ กิจกรรมในเวลากลางวัน (Sitasuwan, Bussaratid, Ruttanaumpawan & Chotinaiwattarakul, 2014) เป็นการประเมินตนเองถึงคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แต่ละข้อและ องค์ประกอบมีการแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับการแปลผลคะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบ ประเมิน อยู่ระหว่างคะแนน 0 - 21 คะแนน โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนที่ดี คะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบ มีรายละเอียดของเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (ใช้คำถามข้อ 5)

ดีมาก เท่ากับ 0 คะแนน

ดี เท่ากับ 1 คะแนน

ไม่ค่อยดี เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ดีเลย เท่ากับ 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 1

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (ใช้คำถามข้อ 2 และ 9.1)

1. ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

น้อยกว่า 15 นาที เท่ากับ 0 คะแนน

16-30 นาที เท่ากับ 1 คะแนน

31-60 นาที เท่ากับ 2 คะแนน

มากกว่า 60 นาที เท่ากับ 3 คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (ใช้คำถามข้อ

9.1)

ไม่เป็นปัญหาเลย เท่ากับ 0 คะแนน

มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ 0 คะแนน ให้คะแนน 0 คะแนน

1-2 คะแนน ให้คะแนน 1 คะแนน

3-4 คะแนน ให้คะแนน 2 คะแนน

5-6 คะแนน ให้คะแนน 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน (คำถามข้อ 4)

มากกว่า 7 ชั่วโมง เท่ากับ 0 คะแนน

6-7 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

5-6 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยกว่า 5 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย (คำถามข้อ 1,3 และ 4) โดย
คำนวณจากชั่วโมงในการหลับจริง (คำถามข้อ 4)หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณ
จากเวลาที่นอน (คำถามข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (ข้อ 1)

มากกว่า 85% เท่ากับ 0 คะแนน

75-84% เท่ากับ 1 คะแนน

65-74% เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยกว่า 65% เท่ากับ 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 9.2-9.10)

ไม่มีปัญหา เท่ากับ 0 คะแนน

น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 9.2-9.10 เท่ากับ 0 คะแนน ให้คะแนน 0 คะแนน

1-9 คะแนน ให้คะแนน 1 คะแนน

10-18 คะแนน ให้คะแนน 2 คะแนน

19-27 คะแนน ให้คะแนน 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 5

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นานอนหลับ (คำถามข้อ 6)

ไม่เคยใช้เลย เท่ากับ 0 คะแนน

ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 6

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อกิจกรรมในเวลากลางวัน (คำถามข้อ 7 และ 8)

1. การมีอาการง่วงนอนหรือผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน (คำถามข้อ 7)

ไม่เคยมีอาการ เท่ากับ 0 คะแนน

น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า เท่ากับ 3 คะแนน

2. ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

ไม่เป็นปัญหาเลย เท่ากับ 0 คะแนน

เป็นปัญหาเล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน

เป็นปัญหาพอสมควร เท่ากับ 2 คะแนน

เป็นปัญหามาก เท่ากับ 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 1 และ 2 เท่ากับ 0 คะแนน ให้คะแนน 0 คะแนน

1-2 คะแนน ให้คะแนน 1 คะแนน

3-4 คะแนน ให้คะแนน 2 คะแนน

5-6 คะแนน ให้คะแนน 3 คะแนน

ผลที่ได้จะเป็นคะแนนขององค์ประกอบที่ 7

3.2.3 แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ มีลักษณะมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (Ordinal Rating Scale) แบบ 5 มาตรา จำนวน 20 ข้อ มีผลรวมคะแนนไม่เกิน 100 คะแนน โดยคะแนน 0-23 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 24-45 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 46-61 คะแนน หมายถึง เครียดสูง และคะแนนตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ จัดทำเพื่อประเมินภาวะความเครียดในประชากรที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานหรือวัยเรียน โดยแบบวัดความเครียดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าคุณคนนั้นมีความเครียดระดับใด ปริมาณมากน้อยเท่าไร แบบวัดความเครียดชุดนี้มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงสภาพ (Concurrent Validity) เมื่อใช้เครื่องมือมาตรฐาน คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า

0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบตามค่าความเครียดของกล้ามเนื้อในช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% และมีค่า Cronbach's Alpha Reliability Coefficient ที่มากกว่า 0.70 (กรมสุขภาพจิต, 2545)

แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ เป็นแบบทดสอบสำเร็จที่ได้นำมาใช้เป็นแบบทดสอบความเครียดในงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2545 ลักษณะทางภาษาเป็นรูปแบบภาษาไทยตามแบบมาตรฐาน คำถามเป็นลักษณะที่จำเพาะ และมีความเกี่ยวเนื่องกัน ผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเอง คะแนนรวมของแบบวัดความเครียดเท่ากับ 100 คะแนน สามารถมองเปรียบเทียบในรูปแบบร้อยละได้ง่าย อีกทั้งเป็นแบบวัดความเครียดที่เผยแพร่ทั่วไป ทำให้ไม่มีผลทางด้านลิขสิทธิ์ ทำให้ผู้วิจัยเลือกมาเป็นแบบวัดความเครียดในการวิจัยนี้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีดำเนินการทดลอง

4.1 ระยะก่อนการทดลอง

4.1.1 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธและการถอนตัว การเข้าร่วมวิจัย หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยทำความเข้าใจเพิ่มเติม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

4.1.2 ทำการนัดหมายวันเวลา เพื่อดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยสามารถทำการทดลองได้วันละจำนวน 2 ถึง 3 ราย ในแต่ละรายจะได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับ การประเมินความเครียด โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที จากนั้นจึงทำการวัดประสิทธิภาพการนอนหลับภายในคืนนั้นทั้งคืน

4.1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ถูกทดลอง จำนวน 20 รายซึ่งอยู่ในกลุ่มทดลอง และผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ แต่ทั้งสองกลุ่มจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นนักการแพทย์แผนไทย 1 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน และเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ โดยใช้เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี จำนวน 2 คน ในการเตรียมผู้ช่วยวิจัยประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และการปฏิบัติเป็นผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ วิธีการจัดบันทึกการสัมภาษณ์ การตรวจวัดสัญญาณชีพต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เป็นบุคคลซึ่งผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่ได้รับรองจากคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ว่าได้ผ่าน“หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2550” (330 ชั่วโมง ระยะเวลา 10 เดือน) (ยงค์ศักดิ์ ตันติปัญญา, 2552, หน้า 3) ทดลองฝึกปฏิบัติการนวดตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านนวดไทยและแพทย์แผนจีนคอยตรวจสอบด้านความตรง ความถูกต้องตามหลักของการนวดในช่วงฝึกปฏิบัติการนวด มีการทดสอบแรงกดเพื่อวัดแรงการนวด โดยผู้ช่วยวิจัย มีประสบการณ์ในการนวดมากกว่า 10 ปี และเป็นผู้ให้บริการด้านแพทย์แผนไทย ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจการนอนหลับโดยใช้เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี ระดับที่ 2 โดยผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับของหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และโรงพยาบาลค่ายนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เป็นผู้ผ่านการอบรมเทคนิคการตรวจ การอ่านกราฟ ข้อมูล และการตีความการตรวจการนอนหลับมาเป็นอย่างดี มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 3 ปี เป็นผู้เข้าไปติดตั้งอุปกรณ์ให้ที่บ้าน ในห้องนอนของผู้รับการตรวจ จากการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน พบว่า ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี รวมทั้งทักษะการใช้โปรแกรมถอดผลผลสมผสานของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยพบว่าผู้ช่วยแพทย์แผนไทยสามารถปฏิบัติตามลำดับที่กำหนดในโปรแกรมและสามารถถอดเสร็จได้ตามระยะเวลาที่กำหนดโดยทำการทดลองนัดกับผู้มีอาการนอนไม่หลับซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน เพศชาย 3 คน และเพศหญิง จำนวน 3 คน

4.2 ระยะเวลาทดลอง

เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเวลา 19.00 น. ในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 24 เมษายน 2560 - 7 มกราคม 2561 ที่บ้านของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ประเมินความเครียดด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที จากนั้นจึงทำการติดอุปกรณ์วัดการนอนหลับ (เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี) โดยเจ้าหน้าที่ตรวจวัดการนอนหลับจะติดอุปกรณ์ให้ประมาณ 20.00 น. จนถึงรุ่งเช้า ประมาณ 6.00 น. พร้อมกับแจ้งนัดหมายว่าจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 1 ครั้ง คือ หลังทำการทดลองเสร็จสิ้น ในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง โดยผู้วิจัยสามารถทำการทดลองได้วันละ 2-3 ราย การนัดตามโปรแกรมจะนัดให้เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้นโดยให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ได้รับการฝึกโปรแกรมถอดผลผลสมผสานนัดเพียงคนเดียว โดยนัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน คนละ 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ในช่วงเวลาเดียวกันในแต่ละคน โดยมีลำดับทำการนัด ดังแสดงในภาคผนวก ง. และมีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในการทดลอง ตามวันและเวลา ดังแสดงในตารางที่ 3-3

ตารางที่ 3-3 กำหนดวันและเวลาปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานในกลุ่มทดลอง

ลำดับ	ก่อนการทดลอง		โปรแกรมนวัตกรรม		หลังการทดลอง
	PSQI Stress PSG		วันที่	เวลา	PSQI Stress PSG
1	24/04/60		28/04/60 – 20/05/60	10.00 – 11.30 น.	20/05/60
2	26/04/60		27/04/60 – 19/05/60	16.00 – 17.30 น.	19/05/60
3	06/05/60		08/05/60 – 30/05/60	08.00 – 09.30 น.	30/05/60
4	06/05/60		08/05/60 – 30/05/60	16.00 – 17.30 น.	30/05/60
5	07/05/60		10/05/60 – 01/06/60	17.30 – 19.00 น.	02/06/60
6	07/05/60		11/05/60 – 02/06/60	10.00 – 11.30 น.	02/06/60
7	03/06/60		08/06/60 – 30/06/60	09.00 – 10.00 น.	30/06/60
8	04/06/60		08/06/60 – 30/06/60	18.00 – 19.30 น.	30/06/60
9	04/06/60		09/06/60 – 01/07/60	15.00 – 16.30 น.	01/07/60
10	04/06/60		09/06/60 – 01/07/60	11.00 – 12.30 น.	01/07/60
11	28/09/60		02/10/60 – 24/10/60	11.00 – 12.30 น.	25/10/60
12	28/09/60		02/10/60 – 24/10/60	09.00 – 10.30 น.	25/10/60
13	29/09/60		04/10/60 – 26/10/60	13.30 – 15.00 น.	26/10/60
14	29/09/60		04/10/60 – 26/10/60	17.00 – 18.30 น.	26/10/60
15	30/09/60		05/10/60 – 27/10/60	13.00 – 14.30 น.	27/10/60
16	21/10/60		25/10/60 – 16/11/60	13.00 – 14.30 น.	16/11/60
17	21/10/60		25/10/60 – 16/11/60	10.00 – 11.30 น.	16/11/60
18	13/11/60		15/11/60 – 07/12/60	17.00 – 18.30 น.	07/12/60
19	18/11/60		22/11/60 – 14/12/60	16.00 – 17.30 น.	14/12/60
20	11/12/60		16/12/60 – 07/01/61	16.00 – 17.30 น.	07/01/61

หมายเหตุ PSQI: วัดคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ
(The Pittsburgh Sleep Quality Index)

Stress: วัดความเครียดด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ

PSG: การตรวจวัดการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟี

จากตารางที่ 3-3 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 24 เมษายน 2560 – 7 มกราคม 2561 เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเวลา 19.00 น. ที่บ้านของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินคุณภาพ

การนอนหลับด้วยแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ประเมินความเครียดด้วยแบบวัดความเครียด สนวนปรุแบบ 20 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที จากนั้นจึงทำการติดอุปกรณ์วัดการนอนหลับ (เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี) โดยเจ้าหน้าที่ตรวจวัดการนอนหลับ จะติดอุปกรณ์ให้ประมาณ 20.00 น. จนถึงรุ่งเช้า ประมาณ 6.00 น. พร้อมกับแจ้งนัดหมายว่าจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 1 ครั้ง คือ หลังทำการทดลองเสร็จสิ้น ในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง โดยผู้วิจัยสามารถทำการทดลองได้วันละ 2-3 ราย การนัดตามโปรแกรมจะนัด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วันเว้นวัน คนละ 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดช่วงเวลาเพื่อรับการนัดเองตามความสะดวกของตนเอง และจะต้องนัดในช่วงเวลาเดียวกันตลอดการทดลอง

ตารางที่ 3-4 กำหนดวันและเวลาปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมนัดผสมผสานในกลุ่มควบคุม

ลำดับ	ก่อน การทดลอง	โปรแกรมนัด		หลัง การทดลอง
	PSQI Stress PSG	วันที่	เวลา	PSQI Stress PSG
1	24/04/60			20/05/60
2	25/04/60			08/05/60
3	08/05/60			07/06/60
4	08/05/60			07/06/60
5	30/09/60			27/10/60
6	20/10/60			13/11/60
7	24/10/60			17/11/60
8	24/10/60			17/11/60
9	19/11/60			13/12/60
10	19/11/60	ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ		13/12/60
11	24/11/60			18/12/60
12	24/11/60			18/12/60
13	25/11/60			19/12/60
14	25/11/60			19/12/60
15	07/12/60			04/01/61
16	08/12/60			05/01/61
17	08/12/60			05/01/61
18	09/12/60			06/01/61
19	09/12/60			06/01/61
20	11/12/60			07/01/61

หมายเหตุ PSQI: วัดคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

(The Pittsburgh Sleep Quality Index)

Stress: วัดความเครียดด้วย แบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ

PSG: การวัดการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟี

จากตารางที่ 3-4 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ระหว่างวันที่ 24 เมษายน 2560 – 7 มกราคม 2561 เมื่อถึงเวลานัดหมาย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการทดลองและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเวลา 19.00 น. ที่บ้านของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบวัดคุณภาพการนอนหลับ ประเมินความเครียดด้วยแบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที จากนั้นจึงทำการติดอุปกรณ์วัดการนอนหลับ (เครื่องโพลีซอมโนกราฟี) โดยเจ้าหน้าที่ตรวจวัดการนอนหลับจะติดอุปกรณ์ให้ประมาณ 20.00 น. จนถึงรุ่งเช้า ประมาณ 6.00 น. พร้อมกับแจ้งนัดหมายว่าจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 1 ครั้ง คือ หลังทำการทดลองเสร็จสิ้น ในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง โดยผู้วิจัยสามารถทำการทดลองได้วันละ 2-3 ราย ในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการนัดใดๆ

4.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ การประเมินความเครียดและการตรวจวัดการนอนหลับ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

5.1 ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

5.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติทดสอบ *t*-test แบบการทดสอบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระกัน (Independent-Sample *t*-test) และภายในกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระกัน (Dependent-Sample *t*-test) และหาค่าขนาดอิทธิพลของความแตกต่าง (Effect Size: *ES*) ตามวิธีของ Cohen (1988) คำนวณจากสูตร ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S}$$

ES = ขนาดอิทธิพล

\bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง, ของกลุ่มทดลอง

\bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง, ของกลุ่มควบคุม

S = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม
เกณฑ์การแปลขนาดอิทธิพล

0.20 - 0.49 ขนาดอิทธิพลของความแตกต่างน้อย

0.50 - 0.79 ขนาดอิทธิพลของความแตกต่างปานกลาง

≥ 0.80 ขนาดอิทธิพลของความแตกต่างมาก

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ นำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 ผลของการนำโปรแกรมลดผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

1. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับระหว่างระยะก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนและในกลุ่มควบคุม

2. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับระยะหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนวดในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

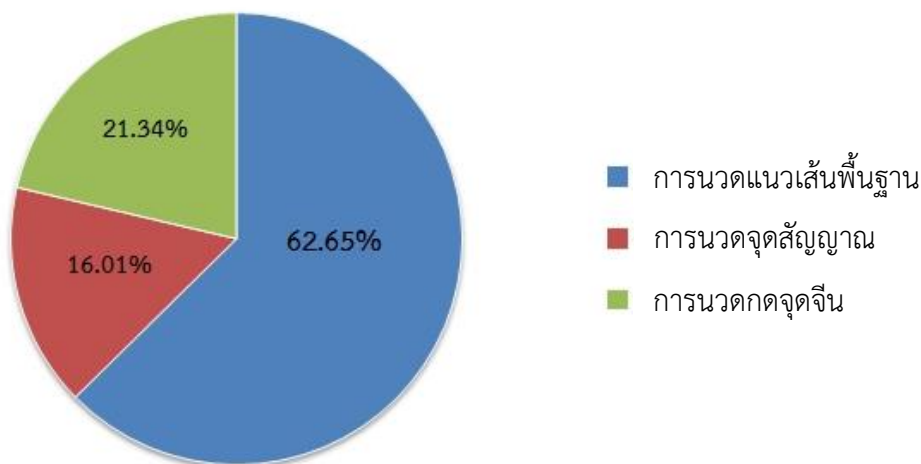
ความหมายและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่าง
t	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบ ที (t-test)
d	หมายถึง	ขนาดอิทธิพล (Effect Size)
P	หมายถึง	ความน่าจะเป็น

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน

ลักษณะโปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนสำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

โปรแกรมลดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ประกอบด้วย การนวดเส้นพื้นฐาน นวดจุดสัญญาณ และนวดกดจุดจีน สามารถคิดเป็นสัดส่วนเวลาที่ใช้ในการนวด ดังภาพที่ 4-1



ภาพที่ 4-1 สัดส่วนระยะเวลาในการวัดแนวเส้นพื้นฐาน จุดสัญญาณและการวัดกอดจุดจีน

จากภาพที่ 4-1 การวัดตามโปรแกรมวัดผสมผสานใช้เวลาในการวัด รวมทั้งหมด 5,248 วินาที (87.47 นาที) หรือ 90 นาที โดยประมาณ ใช้เวลาในการวัดแนวเส้นพื้นฐาน 3,288 วินาที คิดเป็นร้อยละ 62.65 วัดจุดสัญญาณ 840 วินาที คิดเป็นร้อยละ 16.01 และวัดกอดจุดจีน 1,120 วินาที คิดเป็นร้อยละ 21.34

ลักษณะของกิจกรรมการวัดไทยแบบราชสำนักใช้หลัก แขนตั้ง หน้าตรง อกศาได้ ขณะที่วัดแขนจะเหยียดตรง เพื่อลงน้ำหนักตามแขนลงไปสู่นิ้วที่วัด ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่ทั้งหามือและคว่ำมือ โดยใช้แรง 3 ขนาด คือ ขนาดเบา เท่ากับ 50 ปอนด์ ขนาดกลาง เท่ากับ 70 ปอนด์และขนาดหนัก เท่ากับ 90 ปอนด์ จังหวะในการลงน้ำหนักแต่ละครั้งมี 3 จังหวะ คือ หน่วง เป็นการลงน้ำหนักเบา เน้นเป็นการลงน้ำหนักเพิ่มขึ้นบนตำแหน่งที่ต้องการวัด นิ่งลงน้ำหนักมากและกอดนิ่งไว้

ลักษณะของกิจกรรมการวัดกอดจุดจีน ใช้นิ้วหัวแม่มือคู่ กอดคลึง หมุนไปมาและกอดแรงนิ่ง ใช้แรงขนาดเบา เท่ากับ 50 ปอนด์ รายละเอียดการวัดในแต่ละจุด ดังตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 ตำแหน่งการวัด แรงที่ใช้และระยะเวลาในโปรแกรมวัดผสมผสาน

แนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ	แรงและระยะเวลาที่ใช้				
	ขนาด แรง (ปอนด์)	จำนวน (ครั้ง)	เวลา/ ครั้ง (วินาที)	รวม (วินาที)	คิดเป็น %
1. การวัดแนวเส้นพื้นฐานขา (เริ่มขา ซ้าย+เปิดประตูลม)					
1.1 หน้าแข้ง-ข้อเท้า (1 รอบ)	50	5	12	60.00	1.14
1.2 เหนือข้อเข่า-ต้นขา (1 รอบ)	50	10	12	120.00	2.29

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

แนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ	แรงและระยะเวลาที่ใช้				
	ขนาด แรง (ปอนด์)	จำนวน (ครั้ง)	เวลา/ ครั้ง (วินาที)	รวม (วินาที)	คิดเป็น %
1.3 ต้นขา-ข้อเท้า (1 รอบ)	50	20	12	240.00	4.57
1.4 นวดหลังเท้า	50	4	3	12.00	0.23
1.5 เปิดประตูลม	70	1	45	45.00	0.86
2. นวดพื้นฐานขาด้านนอก ซ้าย-ขวา					
2.1 นวดจุดที่ 1,2,3 จุดละ 1 ครั้ง	50	3	12	36.00	0.69
2.2 นวดจุด 4-5 (5*2)	50	10	3	30.00	0.57
2.3 นวดจุด 6-7 (5*2)	50	10	12	120.00	2.29
สัญญาณขาด้านนอก (สหัสรังสี ทวารี)					
ส.1 เนินสะโพก (ซ้าย-ขวา)	70	2	40	80.00	1.52
ส.2 รอยพับหน้าขา (ซ้าย-ขวา)	70	2	40	80.00	1.52
3. นวดพื้นฐานขาด้านใน ซ้าย-ขวา					
3.1 แนวเส้นขาท่อนบนด้านใน (5*2)	50	10	12	120.00	2.29
3.2 จุดกึ่งกลางข้อพับเข่า จุดที่ 3 (เปิดประตูลมเข่า)	70	2	45	90.00	1.71
3.3 แนวเส้นขาท่อนล่างด้านใน (5*2)	50	10	12	120.00	2.29
สัญญาณขาด้านใน (สหัสรังสี ทวารี)					
ส.3 แนวขอบสะบ้าเข่า (ซ้าย-ขวา)	70	2	40	80.00	1.52
ส.5 ใต้ตาตุ่มด้านใน (ซ้าย-ขวา)	70	2	40	80.00	1.52
จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) บริเวณฝ่าเท้า	50	4	40	160.00	3.05
4. นวดพื้นฐานหลังท่านอน					
4.1 เที่ยวซัน เอว ชั้นที่ 5-คอ ชั้นที่ 7 (2*10)	50	20	12	240.00	4.57
4.1 เที่ยวหลง คอ ชั้นที่ 7-เอว ชั้นที่ 5 (2*10)	70	20	12	240.00	4.57
5. นวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านอน					
5.1 เปิดประตูลมแขน	70	2	45	90.00	1.71
5.2 นิ้วคู้จุดที่ 2-3 (10*2)	50	20	12	240.00	4.57

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

แนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ	แรงและระยะเวลาที่ใช้				
	ขนาด แรง (ปอนด์)	จำนวน (ครั้ง)	เวลา/ ครั้ง (วินาที)	รวม (วินาที)	คิดเป็น %
จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 เหนือรอยพับข้อมือ	50	4	40	160.00	3.05
จุดเสินเหมิน (Shen Men) HT7 บนเส้นข้อมื่อด้านใน	50	4	40	160.00	3.05
จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8 ลูกสัญญาณ 5	50	4	40	160.00	3.05
6. นวดพื้นฐานแขนด้านนอก ท่านอน					
6.1 การนวดแนวเส้นแขนท่อนบนด้าน นอก 1-2(5*2)	50	10	12	120.00	2.29
6.2 การนวดแนวเส้นแขนท่อนล่างด้าน นอก 3-4(5*2)	50	10	12	120.00	2.29
7. การนวดพื้นฐานหัวไหล่ (ข้างซ้ายและ ขวา)					
7.1 จุดที่ 1 กึ่งกลางขอบนอกของกระดูก สะบัก	50	2	12	24.00	0.46
8. นวดพื้นฐานบ่า (ข้างซ้ายและขวา)					
ท่าหกสูง แนวกล้ามเนื้อบ่า					
8.1 เหนือปุ่มกระดูกหัวไหล่---ปุ่มกระดูก ต้นคอ (50) (5*2)	50	10	12	120.00	2.29
ท่าหกกลาง แนวกล้ามเนื้อบ่า					
8.2 ปุ่มกระดูกต้นคอ---เหนือปุ่มกระดูก หัวไหล่ (70) (5*2)	70	10	12	120.00	2.29
ท่าหกต่ำแนวกล้ามเนื้อบ่า					
8.3 เหนือปุ่มกระดูกหัวไหล่---ปุ่มกระดูก ต้นคอ (90) (5*2)	90	10	12	120.00	2.29
สัญญาณหัวไหล่ (สหัสรังสี, จันทกฐสัง, ทวารี่, รุทั้ง)					
ส.4 ร่องไหปลาร้า	70	2	40	80.00	1.52

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

แนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ	แรงและระยะเวลาที่ใช้				
	ขนาด แรง (ปอนด์)	จำนวน (ครั้ง)	เวลา/ ครั้ง (วินาที)	รวม (วินาที)	คิดเป็น %
9. นวดพื้นฐานโค้งคอข้างซ้ายและขวา					
9.1 กระจกคอข้อที่ 7-กำดัน (นวดขึ้น) (5*2)	50	10	12	120.00	2.29
10. การนวดพื้นฐานท้อง					
ท่าแหวก ขวา 3 เที้ยว ซ้าย 3 เที้ยว					
10.1 จุดที่ 1 ซ้าย-ขวา (2*3)	50	6	12	72.00	1.37
10.2 จุดที่ 2 ซ้าย-ขวา (2*3)	50	6	12	72.00	1.37
10.3 แนวเส้นท้องท่าแหวก 3-4 ซ้าย-ขวา (3*3*2)	50	18	12	216.00	4.12
ท่า ناب ขวา 3 เที้ยว ซ้าย 3 เที้ยว					
10.4 จุดที่ 5	50	1	12	12.00	0.23
10.5 แนวเส้นท้องท่า ناب 6-7 ซ้าย-ขวา (3*3*2)	50	18	12	216.00	4.12
10.6 จุดที่ 8 (2*3)	50	6	12	72.00	1.37
เปิดประตูลมหน้าท้อง จุด 9	70	1	45	45.00	0.86
สัญญาณท้อง (สุนัข)					
ส.3 (ด้านขวา)	70	1	40	40.00	0.76
ส.4 (ด้านซ้าย)	70	1	40	40.00	0.76
ส.5 เหนือสะดือสองนิ้วมือ	70	1	40	40.00	0.76
11. การนวดศีรษะ					
11.1 กดลงบริเวณท้ายทอยด้านขวาใต้ กะโหลกศีรษะ	50	1	12	12.00	0.23
11.2 กดลงบริเวณท้ายทอยด้านซ้ายใต้ กะโหลกศีรษะ	50	1	12	12.00	0.23
11.3 กดลงบริเวณจุดกลางท้ายทอย	50	1	12	12.00	0.23
สัญญาณศีรษะด้านหลัง (รูทัง, จันทูสัง)					
ส.3 ทัดดอกไม้เหนือหูขวา (รูทัง)	70	1	40	40.00	0.76
ส.4 ทัดดอกไม้เหนือหูซ้าย (จันทูสัง)	70	1	40	40.00	0.76
ส.5 กลางฐานกะโหลก	70	1	40	40.00	0.76

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

แนวเส้นพื้นฐานและจุดสัญญาณ	แรงและระยะเวลาที่ใช้				
	ขนาด แรง (ปอนด์)	จำนวน (ครั้ง)	เวลา/ ครั้ง (วินาที)	รวม (วินาที)	คิดเป็น %
สัญญาณศีรษะด้านหน้า (ทวารี สหสร้างสี					
รู่ทัง จันทกู่สัง)					
ส.1 หัวคิ้วขวา	70	1	40	40.00	0.76
ส.2 หัวคิ้วซ้าย	70	1	40	40.00	0.76
ส.3 ร่องขากรรไกรหน้าหูขวา	70	1	40	40.00	0.76
ส.4 ร่องขากรรไกรหน้าหูซ้าย	70	1	40	40.00	0.76
ส.5 ลูกคาง	70	1	40	40.00	0.76
จุดอินถัง (Yin Tang) กึ่งกลางระหว่าง หัวคิ้ว	50	2	40	80.00	1.52
จุดไป๋หุ้ย (Bai-Hui) แนวแสกหน้าตัดกับ แนวหน้าหู	50	2	40	80.00	1.52
จุดซือเสินชง (Si-Shen-Cong) กลุ่มจุด 4 จุด กลางกระหม่อม	50	8	40	320.00	6.10

จากตารางที่ 4-1 โปรแกรมขนาดผสมผสานประกอบด้วย การวัดเส้นพื้นฐาน การวัดจุดสัญญาณและขนาดกดจุดจีน ที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายความเครียดและการนอนหลับมีวิธีการวัดดังนี้ ในการวัดผู้วัดจะใช้เพียงนิ้วมือและมือเท่านั้นในการวัดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือคู่ในการวัดโดยเริ่มวัดจาก 1) วัดตามแนวเส้นพื้นฐานขา เริ่มขาซ้าย+เปิดประตูลม ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 39 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 1 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที 2) วัดพื้นฐานขาด้านนอกใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 23 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที วัดจุดสัญญาณขาด้านนอกสัญญาณที่ 1 และ 2 ด้วยแรงขนาด 70 ปอนด์ 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที 3) วัดพื้นฐานขาด้านใน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที วัดจุดสัญญาณ สัญญาณ 3 และสัญญาณ 5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที วัดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดหย่งเฉวียน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที 4) วัดฐานหลังท่านอน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที 5) วัดพื้นฐานแขนด้านใน ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที วัดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดเน่ยกวาน, จุดเสินเหมิน และจุดเหลากง ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที 6) วัดพื้นฐานแขนด้านนอก ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 20 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที 7) วัดพื้นฐานหัวไหล่ ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที 8) วัดพื้นฐานบ่า ใช้แรงขนาด

50 ปอนด์ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที และใช้แรง 90 ปอนด์ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณ สัญญาณ 4 ร่องไหปลาร้า ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที 9) นวดพื้นฐานโค้งคอ ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที 10) นวดพื้นฐานท้องใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 55 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 1 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณที่ท้อง สัญญาณ 3-5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 3 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที 11) นวดศีรษะใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 12 วินาที นวดจุดสัญญาณศีรษะด้านหลัง สัญญาณที่ 3-5 และนวดจุดสัญญาณศีรษะด้านหน้า สัญญาณที่ 1-5 ใช้แรงขนาด 70 ปอนด์ 8 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที นวดบริเวณจุดฝังเข็ม จุดอินถัง จุดไป๋ฮุย จุดชื้อเสินซง (กลุ่มจุด 4 จุด) ใช้แรงขนาด 50 ปอนด์ จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที โดยมีลำดับท่าขนาดและวิธีการนวด โดยละเอียด ดังแสดงในภาคผนวก ค.

ผลการประเมินโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสมของโปรแกรมนวด และมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ มีค่า CVI = 1.00 แสดงว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องต้องกันว่าโปรแกรมมีเนื้อหาเหมาะสม และถูกต้อง

การนำโปรแกรมนวดผสมผสานไปทดลองใช้

จากการนำโปรแกรมนวดผสมผสานไปทดลองใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน พบว่า ผู้มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิทั้ง 6 คน มีความพึงพอใจกับโปรแกรมนวด แต่ต้องปรับขนาดแรงให้พอดีกับลักษณะร่างกายของผู้ป่วยด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย มีกล้ามเนื้อไม่มากไม่สามารถนวดและกดจุดด้วยน้ำหนักตามที่กำหนดได้ โดยต้องปรับขนาดแรงเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามที่ถูกนวดรู้สึกสุขสบายไม่เจ็บ แต่ยังคงอยู่ในช่วงขนาดแรงตามโปรแกรมกำหนด การนวดควรอยู่ในที่สงบไม่มีเสียงดังรบกวน

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวนและร้อยละ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	25.0	4	20.0	9	22.5
หญิง	15	75.0	16	80.0	31	77.5

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
≤40 ปี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
41-50 ปี	9	45.0	5	25.0	14	35.0
51-60 ปี	9	45.0	14	70.0	23	57.5
ส่วนสูง						
≤155.00 ซม.	6	30.0	12	60.0	18	45.0
155.01-160.0 ซม.	6	30.0	3	15.0	9	22.5
160.01-165.0 ซม.	5	25.0	2	10.0	7	17.5
≥ 165.01 ซม.	3	15.0	3	15.0	6	15.0
น้ำหนัก						
≤50.00 กก.	2	10.0	2	10.0	4	10.0
50.01-55.0 กก.	2	10.0	4	20.0	6	15.0
55.01-60.0 กก.	2	10.0	3	15.0	5	12.5
60.01-65.0 กก.	5	25.0	5	25.0	10	25.0
≥ 65.01 กก.	9	45.0	6	30.0	15	37.5
สถานภาพ						
โสด	1	5.0	1	5.0	2	5.0
สมรส	17	85.0	14	70.0	31	77.5
หม้าย	0	0.0	3	15.0	3	7.5
หย่า	2	10.0	1	5.0	3	7.5
แยกกันอยู่	0	0.0	1	5.0	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0.0	2	10.0	2	5.0
ประถมศึกษา	13	65.0	11	55.0	24	60.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.0	1	5.0	3	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1	5.0	2	10.0	3	7.5
ปวส./อนุปริญญา	0	0.0	1	5.0	1	2.5
ปริญญาตรี	1	5.0	3	15.0	4	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	15.0	0	0.0	3	7.5

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ค้าขาย	6	30.0	3	15.0	9	22.5
รับจ้าง	5	25.0	5	25.0	10	25.0
เกษตรกร	1	5.0	4	20.0	5	12.5
อื่น ๆ	5	25.0	5	25.0	10	25.0
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	11	55.0	10	50.0	21	52.5
ไม่มีโรคประจำตัว	9	45.0	10	50.0	19	47.5
ยาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน						
รับประทานยาเป็นประจำ	10	50.0	12	60.0	22	55.0
ไม่ได้รับประทานยาเป็นประจำ	10	50.0	8	40.0	18	45.0

จากตารางที่ 4-2 ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) และเมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่าแต่ละกลุ่มสอดคล้องกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80)

อายุ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 35) และอายุไม่เกิน 40 ปี (ร้อยละ 7.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า

กลุ่มทดลองมี อายุระหว่าง 41-50 ปี และ 51-60 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 45) มีอายุไม่เกิน 40 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 10)

กลุ่มควบคุมมี อายุ 51-60 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 70) รองลงมา มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 25) และมีอายุ 18-40 ปี (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

ความสูง กลุ่มตัวอย่างมีความสูงไม่เกิน 155.00 เซนติเมตร มากที่สุด (ร้อยละ 45) และมีความสูงตั้งแต่ 165.01 เซนติเมตรขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 15) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า

กลุ่มทดลอง มีความสูงไม่เกิน 155.00 เซนติเมตรกับความสูงตั้งแต่ 155.01-160.0 เซนติเมตร มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมา มีความสูง ตั้งแต่ 160.01-165.0 เซนติเมตร (ร้อยละ 25) และมีความสูง ตั้งแต่ 165.01 เซนติเมตรขึ้นไป (ร้อยละ 15) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม มีความสูงไม่เกิน 155.00 เซนติเมตร มากที่สุด (ร้อยละ 60) รองลงมา มีความสูง ตั้งแต่ 155.01-160.0 เซนติเมตร กับความสูงตั้งแต่ 160.01-165.0 เซนติเมตร (ร้อยละ 15) และมีความสูงตั้งแต่ 160.01-165.00 เซนติเมตร (ร้อยละ 10) ตามลำดับ

น้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตั้งแต่ 65.01 กิโลกรัมขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) มีน้ำหนัก ตั้งแต่ 50.00 กิโลกรัม รองลงมา น้อยที่สุด (ร้อยละ 10) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า

กลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตั้งแต่ 65.01 กิโลกรัมขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 45) รองลงมา มีน้ำหนัก ตั้งแต่ 60.01-65.00 กิโลกรัม (ร้อยละ 25) และมีน้ำหนัก น้อยกว่า 50.00 กิโลกรัม รองลงมา น้ำหนัก ตั้งแต่ 50.01-55.00 กิโลกรัม และน้ำหนักตั้งแต่ 55.01-60.00 กิโลกรัม น้อยที่สุด (ร้อยละ 10)

กลุ่มควบคุม มีน้ำหนักตั้งแต่ 65.01 ขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมา มีน้ำหนัก ตั้งแต่ 60.01-65.00 กิโลกรัม (ร้อยละ 25) น้ำหนักตั้งแต่ 50.01-55.00 กิโลกรัม (ร้อยละ 20) น้ำหนัก ตั้งแต่ 55.01-60.00 กิโลกรัม (ร้อยละ 15) และมีน้ำหนักตั้งแต่ 50.00 กิโลกรัม รองลงมา (ร้อยละ 10) ตามลำดับ

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 77.5) รองลงมา หม้ายและหย่า (ร้อยละ 7.50) และมีโสดน้อยที่สุด (ร้อยละ 5) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้สมรส (ร้อยละ 85) รองลงมา หย่า (ร้อยละ 10) และโสด (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นผู้สมรส (ร้อยละ 70) รองลงมา หม้าย (ร้อยละ 15) หย่าและโสด (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 60) รองลงมา ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 10) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 65) รองลงมา ระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 15) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 10) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. และปริญญาตรี (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 55) รองลงมา ระดับ การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 15) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และไม่ได้รับ การศึกษา (ร้อยละ 10) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และปวส./อนุปริญญา (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้าง และอื่น ๆ เช่น ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ข้าราชการท้องถิ่น ฯลฯ (ร้อยละ 25) รองลงมา ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ (22.5) ไม่ได้ประกอบ อาชีพ (ร้อยละ 15) และอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 12.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 30) รองลงมา คือรับจ้าง และอื่น ๆ (ร้อยละ 25) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 15) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 5) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และอื่น ๆ เช่น ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ข้าราชการท้องถิ่น ฯลฯ สูงที่สุด (ร้อยละ 25) รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 20) ค้าขายและไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 15) ตามลำดับ

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.5) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง รองลงมา คือ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 47.5) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55) รองลงมา คือ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45)

กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวเท่า ๆ กัน คือ อย่างละ (ร้อยละ 50) ยาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยา เช่น ยาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมัน (ร้อยละ 55) รองลงมา คือ ไม่มีการใช้ยา (ร้อยละ 45) เมื่อพิจารณาโดยจำแนกตามกลุ่ม เห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีการใช้ยา เช่น ยาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมัน (ร้อยละ 50) และไม่ใช้ยา (ร้อยละ 50)

กลุ่มควบคุมมีการใช้ยา เช่น ยาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิตสูง ยาลดไขมัน (ร้อยละ 60) และไม่ใช้ยา (ร้อยละ 40)

สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะข้อมูลทั่วไปทางด้านเพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และยาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน คล้ายคลึงกันสามารถนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มได้

ตอนที่ 3 ผลของการนำโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ สำหรับผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ

1. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างระยะก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนและในกลุ่มควบคุม แสดงดังตารางที่ 4-3 ถึง 4-4

ตารางที่ 4-3 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียดและคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

ด้าน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		t	p
	n	M	SD	M	SD		
ความเครียด							
1. แบบวัดสวอนปรุง							
ความเครียด (คะแนน)	20	47.35	22.42	21.20	17.22	5.94**	.00
คุณภาพการนอนหลับ							
1. แบบประเมิน PSQI							
คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	20	15.20	2.16	5.15	3.73	11.11**	.00

ตารางที่ 4-3 (ต่อ)

ด้าน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		t	p
	n	M	SD	M	SD		
2. เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี							
-ประสิทธิภาพ							
การนอนหลับ (%)	20	66.51	14.66	81.83	8.99	4.88**	.00
-เวลารวมเฉพาะ							
เวลาหลับจริง (นาที)	20	324.45	109.93	378.63	71.40	2.97**	.00
-ระยะเวลา							
ที่เข้านอนจนหลับ (นาที)	20	58.34	50.27	28.62	18.36	2.91**	.00
-ระยะการนอนหลับ							
NREM ช่วงที่ 3 (%)	20	25.18	21.81	30.30	23.65	0.85	.40
-ระยะการนอนหลับ							
REM Sleep (%)	20	9.62	6.16	11.08	7.08	0.78	.44

** $p < .01$

จากตารางที่ 4-3 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับ 47.35 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับ 21.20 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสานลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ คะแนนความเครียดของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสานลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับ 15.20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับ 5.15 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสานดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ คะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสานลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสานคือมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

ผลการตรวจการนอนหลับ ด้านค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับร้อยละ 66.51 มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน เท่ากับร้อยละ 81.83 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดผสมผสานดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ

ประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน

ค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ 324.45 นาที มีค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ 378.63 นาที ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิใน กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ เวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงของผู้ที่มี อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานมากขึ้นกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ 58.34 นาที มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ 28.62 นาที ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิใน กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับของผู้ที่มี อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม นวดผสมผสาน

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานเท่ากับ ร้อยละ 25.18 มีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 หลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับร้อยละ 30.30 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ของผู้ที่มี อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานไม่แตกต่างจากก่อน ได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานสูงขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ก่อนได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ ร้อยละ 9.62 มีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep หลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน เท่ากับ ร้อยละ 11.08 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ของผู้ที่มีอาการนอน ไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานไม่แตกต่างจากก่อนได้รับ โปรแกรม นวดผสมผสาน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ระยะการนอนหลับ REM Sleep ของผู้ที่มี อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม นวดผสมผสานสูงขึ้นกว่าก่อน ได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน

สรุปได้ว่า ระยะเวลาหลังการนวดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม นวดผสมผสาน มีระดับ ความเครียดลดลง คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับดีขึ้น เวลารวมเฉพาะหลับ จริงมากขึ้นและระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับลดลง ดีกว่าระยะก่อนการนวด มีเพียงระยะเวลาการนอน หลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะเวลาการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกันกับระยะก่อนการนวด แต่ก็มีแนวโน้มดีขึ้น

ตารางที่ 4-4 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระหว่างระยะก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสาน การนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

ด้าน	n	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
		M	SD	M	SD		
ความเครียด							
1. แบบวัดสวันปรุง							
ความเครียด (คะแนน)	20	34.65	17.26	36.15	16.65	1.60	.12
คุณภาพการนอนหลับ							
1. แบบประเมิน PSQI							
คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	20	14.70	1.62	14.65	1.63	0.43	.66
2. เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี							
-ประสิทธิภาพ							
การนอนหลับ (%)	20	68.88	14.54	70.25	14.31	0.43	.67
-เวลารวมเฉพาะ							
เวลาหลับจริง (นาที)	20	310.60	57.32	299.68	84.82	0.59	.55
-ระยะเวลา							
ที่เข้านอนจนหลับ (นาที)	20	49.84	38.73	30.96	24.17	2.12*	.04
-ระยะการนอนหลับ							
NREM ช่วงที่ 3 (%)	20	28.09	17.63	26.55	16.11	0.28	.77
-ระยะการนอนหลับ							
REM Sleep (%)	20	8.94	7.15	7.06	6.02	1.08	.29

* $p < .05$

จากตารางที่ 4-4 กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสาน จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลอง เท่ากับ 34.65 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองเท่ากับ 36.15 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง เท่ากับ 14.70 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลอง เท่ากับ 14.65 คะแนน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ผลการตรวจการนอนหลับ ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง เท่ากับ ร้อยละ 68.88 มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับหลังการทดลอง เท่ากับร้อยละ 70.25

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงก่อนการทดลอง เท่ากับ 310.60 นาที มีค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงหลังการทดลอง เท่ากับ 299.68 นาที ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับก่อนการทดลอง เท่ากับ 49.84 นาที มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับหลังการทดลอง เท่ากับ 30.96 นาที ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ก่อนการทดลองเท่ากับ ร้อยละ 28.09 มีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 หลังการทดลองเท่ากับ ร้อยละ 26.55 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ก่อนการทดลองเท่ากับ ร้อยละ 8.94 มีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep หลังการทดลองเท่ากับ ร้อยละ 7.06 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ระยะเวลาการนอนหลับในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมลดผสมผสาน มีระดับความเครียด คุณภาพการนอนหลับ ประสิทธิภาพการนอนหลับ ค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริง ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนหลับ NREM 3 และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนหลับ REM ระยะเวลาหลังการนอนไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับที่ลดลงแต่ก็ยังเกินจากค่าปกติ ซึ่งระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับต้องใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที

2. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาหลังการนอนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมลดผสมผสานการนอนไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ
ระยะหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทย
แบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p	ES
	M	SD	M	SD			
ความเครียด							
1. แบบวัดสวอนปรุง							
ความเครียด (คะแนน)	21.20	17.22	36.15	16.65	2.79**	.00	0.40
คุณภาพการนอนหลับ							
1. แบบประเมิน PSQI							
คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน)	5.15	3.73	14.65	1.63	10.43**	.00	0.85
2. เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี							
-ประสิทธิภาพ การนอนหลับ (%)	81.83	8.99	70.25	14.31	3.06**	.00	0.43
-เวลารวมเฉพาะ เวลาหลับจริง (นาที)	378.62	71.40	299.68	84.82	3.18**	.00	0.44
-ระยะเวลา ที่เข้านอนจนหลับ (นาที)	28.62	18.36	30.96	24.17	0.34	.72	.05
-ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 (%)	30.30	23.65	26.55	16.11	0.58	.56	0.09
-ระยะการนอนหลับ REM Sleep (%)	11.08	7.08	7.06	6.02	1.93	.06	0.29

** $p < .01$

จากตารางที่ 4-5 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสาน จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมใด ๆ จำนวน 20 คน ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 21.20 คะแนน กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 36.15 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.40 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 5.15 คะแนน กลุ่มควบคุมมีค่า

เฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 14.65 คะแนน พบว่า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในระดับมาก เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับเท่ากับร้อยละ 81.83 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับเท่ากับร้อยละ 70.25 พบว่า สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.43 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการนอนหลับในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงเท่ากับ 378.63 นาที กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงเท่ากับ 299.68 นาที พบว่า สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.44 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับเท่ากับ 28.62 นาที กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับเท่ากับ 30.96 นาที พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 เท่ากับร้อยละ 30.30 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 เท่ากับร้อยละ 26.55 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 ในกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep เท่ากับร้อยละ 11.08 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep เท่ากับร้อยละ 7.06 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 คือ ค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ REM Sleep ในกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า ระยะหลังการนอนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสาน มีความเครียดลดลง คะแนนคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับดีขึ้น และเวลารวมเฉพาะหลับจริงมากขึ้นดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ NREM

ช่วงที่ 3 และระยะเวลาการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมแต่ก็มีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนอนในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนอนในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

ความเครียด (คะแนน)	คุณภาพการนอนหลับ (คะแนน) (n=40)	
	r	p
	-0.126	0.45

จากตารางที่ 4-6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับระยะก่อนการนอนในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ แสดงให้เห็นว่า คะแนนความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ($r=-.126, p>.05$) แต่แนวโน้มมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม คือ ถ้ามีคะแนนความเครียดน้อย คุณภาพการนอนหลับจะดีถ้ามีคะแนนความเครียดมากคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมนวด โดยมีการประยุกต์การนวดราชสำนักตามแนวเส้นประธานสิบร่วมกับการกดจุดแบบจีน เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับระหว่างก่อนกับหลังการนวด ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงทางด้านความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ระยะหลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อายุระหว่าง 15-60 ปี ได้มาโดยการรับอาสาสมัคร จำนวน 40 คน หลังจากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละเท่า ๆ กัน ดำเนินการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and Posttest Control Group Design) ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน ตัวแปรตาม ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียดและคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับวัดได้จากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ เวลารวมเฉพาะหลับจริง ระยะเวลาที่เข้าอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชนิด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดตัวแปรตาม ได้แก่ การวัดการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบุซซี่ และคณะ ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์, แบบวัดความเครียดสวนปรุง แบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t -test และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ได้โปรแกรมนวดที่มีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 การนวดไทยแบบราชสำนัก ประกอบด้วย

การนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ 1) แนวเส้นพื้นฐานขา 2) พื้นฐานขาด้านนอก 3) พื้นฐานขาด้านใน 4) พื้นฐานหลังท่านอน 5) พื้นฐานแขนด้านใน 6) พื้นฐานแขนด้านนอก

7) พื้นฐานหัวไหล่ 8) พื้นฐานบ่า 9) พื้นฐานโค้งคอ 10) พื้นฐานท้อง และ 11) การนวดศีรษะ โดยใช้แรงกดขนาด 50 ปอนด์ 70 ปอนด์ และ 90 ปอนด์ ใช้เวลาครั้งละ 12 วินาที รวมเวลาที่ใช้ในการนวดแนวเส้นพื้นฐาน 3,288 วินาที คิดเป็นร้อยละ 62.65

การนวดจุดสัญญาณ ดังต่อไปนี้ 1) สัญญาณ 1 และสัญญาณ 2 ขาด้านนอก 2) สัญญาณ 3 สัญญาณ 5 ขาด้านใน 3) สัญญาณ 4 พื้นฐานบ่า 4) สัญญาณ 3 สัญญาณ 4 สัญญาณ 5 ท้อง และ 5) สัญญาณ 3 สัญญาณ 4 สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลังและ สัญญาณ 1 สัญญาณ 2 สัญญาณ 3 สัญญาณ 4 สัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า โดยใช้แรงกดขนาด 70 ปอนด์ ใช้เวลาครั้งละ 40 วินาที รวมเวลา ที่ใช้นวดจุดสัญญาณ 840 วินาที คิดเป็นร้อยละ 16.01

1.2 การกดจุดแบบจีน

การนวดบริเวณจุดฝังเข็ม ดังต่อไปนี้ 1) จุดหย่งเฉวียน บริเวณขาด้านใน 2) จุดเน่ยกวาน จุดเสินเหมิน จุดเหลากง บริเวณแขนด้านใน และ 3) จุดอินถัง จุดไป๋หุย จุดซื่อเสินซง (กลุ่มจุด 4 จุด) บริเวณศีรษะ โดยใช้แรงกดขนาด 50 ปอนด์ ครั้งละ 40 วินาที ซ้ำ 2 ครั้ง รวมเวลาที่ใช้กดจุดแบบจีน 1,120 วินาที คิดเป็นร้อยละ 21.34

โดยเริ่มจากการนวดตามแนวเส้นพื้นฐานชาก่อน ต่อด้วยการนวดจุดสัญญาณ และการนวดบริเวณจุดฝังเข็มที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ต่อเนื่องกันไปจนครบในส่วนของการนวดฯ จากนั้นจึงเริ่มนวดในส่วนนวดบริเวณถัดไป คือ การนวดพื้นฐานหลัง การนวดแขนด้านใน การนวดแขนด้านนอก การนวดหัวไหล่ การนวดบ่า การนวดโค้งคอ การนวดท้อง และการนวดศีรษะ ซึ่งผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ควรได้รับโปรแกรมการนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ครั้งละ 90 นาทีจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2. ผลการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ปรากฏว่า

2.1 ด้านความเครียด

2.1.1 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ที่ได้รับโปรแกรมการนวดผสมผสาน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนการนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.1.2 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.1.3 คะแนนความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

2.2 ด้านคุณภาพการนอนหลับ

2.2.1 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ที่ได้รับโปรแกรมการนวดผสมผสาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ เวลารวมเฉพาะหลับจริงและระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับดีกว่าก่อนการนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนมีผลการตรวจการนอน

หลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านค่าเฉลี่ยระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกัน กับก่อนการนวด

2.2.3 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับและเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริงดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.4 ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หลังการนวดระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน มีผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน อย่างต่อเนื่องครั้งละ 90 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีระดับความเครียดลดลง คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และผลการตรวจการนอนหลับทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ เวลารวมเฉพาะหลับจริงดี และระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับดีขึ้น มีเพียงผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ทางด้านระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกันกับก่อนการนวดในกลุ่มทดลอง และผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (PSG) ด้านระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

โปรแกรมนวดผสมผสาน สามารถนำไปใช้ กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ได้ เนื่องจากผ่านการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในด้านความเหมาะสมของท่านวดไทยแบบราชสำนักที่เป็นการนวดโดยใช้นิ้วมือและฝ่ามือในการนวดลงน้ำหนักมือ มีทิศทางและแรงอย่างถูกต้องโดยการนวดห่วง เน้น นิ่ง อย่างนุ่มนวลในลักษณะของการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งเป็นการช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลืองและระบบประสาทให้ทำงานดีขึ้น ทั้งยังทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว สำหรับการนวดไทยแบบราชสำนัก ประกอบไปด้วยการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 11 เส้น โดยใช้แรงกดขนาด 50 ปอนด์ 70 ปอนด์ และ 90 ปอนด์ ใช้เวลาครั้งละ 12 วินาที รวมเวลาที่ใช้ในการนวดแนวเส้นพื้นฐาน 3,288 วินาที คิดเป็นร้อยละ 62.65 พร้อมกันนี้ยังมีการนวดจุดสัญญาณ 16 จุด โดยใช้แรงกดขนาด 70 ปอนด์ ใช้เวลาครั้งละ 40 วินาที รวมเวลาที่ใช้นวดจุดสัญญาณ 840 วินาที คิดเป็น ร้อยละ 16.01 ซึ่งสอดคล้องตามหลักการแพทย์แผนไทย (มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, 2552)

นอกจากนี้ โปรแกรมนวดผสมผสานยังมีการนวดกดจุดในบริเวณจุดฝังเข็มที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการนอนหลับ จำนวน 7 จุด โดยใช้แรงกดขนาด 50 ปอนด์ ครั้งละ 40 วินาที ซ้ำ 2 ครั้ง รวมเวลาที่ใช้นวดกดจุดแบบจีน 1,120 วินาที คิดเป็นร้อยละ 21.34 ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแพทย์แผนจีน

(กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

1. ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หลังการได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ครั้งละ 90 นาทีจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นานติดต่อกันเป็นเวลา 1 เดือน ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดจากแบบวัดสวนปรุงลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนรู้สึกผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ตึงเครียด ปวดตึงโง้งโง้งสบาย ตัวเบาและไม่มีอาการปวดศีรษะเลย รู้สึกว่านอนได้เต็มอิ่ม ตื่นมาแล้วรู้สึกสดชื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Billhult Annka, 2008) ที่มีการจัดกระทำ คือ การนวดแบบสวีดิช (Swedish Massage) ให้กับกลุ่มตัวอย่างสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคน รู้สึกผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในระหว่างการนวด มีผู้ป่วย 1 คน อธิบายในเรื่องของการผ่อนคลายได้ว่า รู้สึกผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อม ๆ กัน อย่างที่ไม่เคยรู้สึกมาก่อน รู้สึกเหมือนตนเองล่องลอย และยังมีผู้กล่าวอีกว่าในขณะที่ถูกนวดผู้ป่วยจะรู้สึกได้ว่าจิตใจสงบและสามารถลดความตึงเครียด เพิ่มความผ่อนคลาย ในระหว่างทำการนวด โปรแกรมผสมผสานนี้สามารถนำไปใช้ผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิได้ เพราะการนวดไทยแบบราชสำนัก ร่วมกับการนวดกดจุดแผนจีนทำให้ผู้ถูกนวดได้รับการกระตุ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทรับความรู้สึก มีผลทำให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดการตอบสนองปรับการทำงานของไฮโปทาลามัส ต่อมาได้สมองเกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟินทำให้ผู้ถูกนวดเกิดความผ่อนคลาย (Relaxation) (Dougans, 1996) ในทางทฤษฎีจิตวิทยา การนวดจะช่วยให้ผู้ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย ช่วยลดความตึงเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ (Wright, Courtney, Donnelly, Kenney, & Lavin, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dreyer et al. (2015) ที่อธิบายถึงผลของการนวดทำให้เกิดระดับการตอบสนองของสัญญาณชีพ (Vital Sign) และการตอบสนองต่อสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being) ได้แก่ ความเจ็บปวด (Pain) ความตึงเครียด (Tension) ความวิตกกังวล (Anxiety) และความผ่อนคลาย (Relaxation) และจากการศึกษาของ Moraska & Chandler (2009) การเปลี่ยนแปลงของค่าพารามิเตอร์ ของผู้ป่วยโรคปวดศีรษะจากความเครียดหลังการรักษาด้วยการนวด พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความเครียดลดลงโดยมีค่าพารามิเตอร์ในด้านต่าง ๆ คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 หลังจากได้รับการนวด 12 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์ ส่วนงานวิจัยของ จิรภรณ์ แนนบุตร และบุรณี กาญจนถวัลย์ (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดหลังรับการนวดแผนไทย 3 ครั้ง มีระดับคะแนนความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนการรักษา เป็น 10.60 คะแนน และ 5.53 คะแนน หลังการรักษา คะแนนเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าก่อนรักษาเป็น 8.4 คะแนน และ 4.5 คะแนน หลังการรักษา และคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดก่อนการรักษา เป็น 2.46 คะแนน และ 1.8 คะแนน หลังการรักษา และจากการศึกษาวิจัยของ Castro-Sanchez (2011) ประสิทธิภาพของการนวดต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวล คุณภาพการนอนหลับ ความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อและพังผืดอักเสบ พบว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการนวดผ่านไป 1 เดือน ระดับความวิตกกังวล คุณภาพการนอนหลับ ความเจ็บปวด และคุณภาพชีวิตดีขึ้นในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

แต่เมื่อได้รับการนวดผ่านไป 6 เดือน พบว่า จะมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในด้าน การนอนหลับในทางที่ดีขึ้นในกลุ่มทดลองเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Yin et al. (2017) พบว่า การฝังเข็มในจุดไป๋หุ่ย จุดเสินถึง จุดอันถั่ง จุดเสินเหมิน จุดชานอินเจียว โดยใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที ทำให้เพิ่มความผ่อนคลาย ลดการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้มีประสิทธิภาพ การนอนหลับที่ดีขึ้น ระยะเวลาการนอนหลับดีขึ้น

2. โปรแกรมนวดผสมผสานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ ในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ได้จริง เพราะก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมนวดผสมผสาน กลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ มีความยากลำบากในการเริ่ม หรือ คงสภาพการนอน มีการนอนที่รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน จึงส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนอนไม่หลับต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาว มีผลต่อสุขภาพจิต คือ วิตกกังวล และ ซึมเศร้าทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น (Leger & Bayon, 2010) แต่เมื่อผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิด ปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกด จุดแบบจีน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ผลการตรวจการนอนหลับจากเครื่อง โพลีซอมโนกราฟี (PSG) ทางด้านประสิทธิภาพการนอนหลับ เวลารวมเฉพาะหลับจริงและระยะเวลา ที่เข้านอนจนหลับดีกว่าก่อนการนวด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าในระหว่าง การนวดกลุ่มตัวอย่างบางคนผลหลับในระหว่างการนวดตั้งแต่ครั้งแรก มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ที่เริ่มรู้สึกง่วงเร็ว และใช้ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับน้อยลงจากเดิม ตั้งแต่การนวดครั้งแรกแต่ยังหลับ ไม่สนิททั้งคืน และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน ที่ตอบเหมือนกันว่า ง่วงนอนเร็วขึ้น ใช้ระยะเวลา เข้านอนจนหลับ น้อยกว่า 30 นาที และสามารถหลับสนิทได้ดีทั้งคืนจนถึงเช้า ตั้งแต่เสร็จสิ้นการนวด ในครั้งที่ 3 จนหมดระยะเวลาทำการทดลอง หากมีการลุกตื่นปัสสาวะก็สามารถกลับมานอนต่อได้อีก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางคนยังกล่าวว่าในขณะที่ลุกเดินเพื่อไปปัสสาวะ ยังรู้สึกสะสึมสะสือเพราะความง่วง อีกทั้งมีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ตื่นขึ้นไปปัสสาวะเลยทั้งคืน ซึ่งต่างไปจากก่อนการทดลองคือ ถ้าตื่น ไปปัสสาวะ ในช่วงเวลา 01.00-02.00 น. จะไม่สามารถหลับต่อได้อีกเลยจนถึงเช้า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คนที่กล่าวว่า เริ่มรู้สึกง่วงและหลับสนิทได้ตลอดทั้งคืนในการนวดครั้งที่ 6 และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน ที่บอกว่าไม่รู้สึกรู้สึการเปลี่ยนแปลงด้านการนอนหลับใด ๆ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 85 ที่มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นตั้งแต่ได้รับการนวดในครั้งนี้ 3 นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ ข้อมูลเพิ่มเติม นอกเหนือจากสมมุติฐาน พบว่า ผลการวัดการนอนหลับจากเครื่องโพลีซอมโนกราฟี ทางด้านการตื่นระหว่างการนอนหลับ (Wake After Sleep Onset :WASO) หลังการทดลอง ในกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมนวดผสมผสาน พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .01 ในทางที่ดีขึ้น คือ มีระยะเวลาการตื่นระหว่างการนอนหลับน้อยลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า หลับสนิททั้งคืน ไม่ตื่นบ่อยเหมือนที่เคย เป็นมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chen, Chao, Lu, Shiung, & Yann-Fen, 2012) ในผู้ป่วย หอบหืดผู้ป่วยหนัก พบว่า การนวดกดจุดเสินเหมิน เน่ยกวาน และย่งเฉวียน ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และเพิ่มชั่วโมงการนอนหลับมากขึ้น และจำนวนครั้งการตื่นลดลง จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน การนวดจุดสัญญาณ และการนวดกดจุดจีนที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ จะช่วยปรับความสมดุลของร่างกาย โดยแต่ละจุดเป็นตัวแทนสะท้อนไปยังอวัยวะต่าง ๆ (ลดาวัลย์

อุ้นประเสริฐพงศ์, 2551) ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อผ่อนคลายลง ระบบลิมบิกในบริเวณสมอง ซึ่งทำหน้าที่ตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ถูกกระตุ้นน้อยลง ข้อมูลจะถูกส่งออกผ่านไฮโปทาลามัสที่เป็นศูนย์ควบคุมสภาพของสิ่งแวดล้อมในร่างกายให้เกิดความสมดุล โดยส่งการผ่านระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเธติกเด่น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง กล้ามเนื้อผ่อนคลายจึงเป็นการส่งเสริมให้เข้าสู่วงจรการนอนหลับ (Dougan, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Nerbass (2010) เรื่องผลของการนวดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดทำบายพาส พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดทำบายพาสจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน ทำการศึกษาหลังจากผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักแล้วได้ผล คือ ไม่พบความแตกต่างในเรื่องของความเจ็บปวดที่หน้าอก ไหล่ และหลังในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางที่ดีขึ้นในด้านคุณภาพการนอนหลับและการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ (Chen, Chao, Lu, Shiung, & Yann-Fen, 2012) พบว่า การนวดกดจุดเส้นหมื่นเน่ยกวาน และย่งเฉวียน ให้กับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักรู้สึกผ่อนคลาย และเพิ่มชั่วโมงการนอนหลับมากขึ้น และจากการศึกษาของ (Zhou Jing, 2010) พบว่า การนวดกดจุดหูน่า (Tuina) ร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน อัลปราโซแลม 0.4 มิลลิกรัม ในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลอง มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับระยะหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การใช้วิธีการรักษาด้วยการนวดกดจุดรวมกับการใช้ยานั้นทำให้มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และยังมีมีการใช้ยานอนหลับลดลงด้วย

ในผลการวิจัยในส่วนของผลการตรวจการนอนหลับด้านระยะการนอนหลับ (Sleep Stage) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ช่วงคือ 1) ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid Eye Movement: NREM) และ 2) ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM) ซึ่งในแต่ละช่วงของการนอนหลับและการตื่นจะพบคลื่นความถี่สมองของต่าง ๆ กัน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากผลที่ได้ไม่แตกต่างกับระยะก่อนการนวดในกลุ่มทดลองและไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมนั้น สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการนวดที่มีผลต่อการปรับความสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองหรือต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) จะเกิดการกระตุ้นให้หลังสารเอนดอร์ฟินออกมา และสารเอนดอร์ฟินจะหลังในระยะเวลา 30 นาที หลังจากการนวด (Hulme, Waterman, & Hillier, 1999) ซึ่งสารเอนดอร์ฟินที่หลังออกมานี้ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้วงจรการนอนหลับมีการเข้าสู่ระยะการนอนหลับลึก และเข้าสู่ระยะการนอนหลับ REM Sleep และมีระยะของการนอนหลับ REM Sleep ที่ปกติ แล้วจะส่งผลให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น แต่ในการศึกษานี้ช่วงระยะเวลาของการนวดในกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันไปตามความสะดวกของแต่ละคน บางคนสะดวกนวดในช่วงเวลาเช้า บางคนสะดวกนวดในช่วงพลบค่ำ จึงทำให้มีความแตกต่างในช่วงเวลาในการนวดมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการคงอยู่ของปริมาณสารเอนดอร์ฟิน ที่มีผลต่อการเข้าสู่ระยะการนอนหลับลึกและการเข้าสู่การนอนหลับ REM Sleep อีกทั้งในการศึกษาวิจัยอาจใช้เวลาหนึ่งคืนไม่เพียงพอ เนื่องจากอาจมีปฏิกิริยาที่เรียกว่า First Night Effect ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ การติดอุปกรณ์ของเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟีเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมในการนอนหลับ

ซึ่งมีผลทำให้ระยะเวลาอนทั้งหมดสั้นลง ระยะเวลาการนอน REM Sleep ประสิทธิภาพการนอนลดลง และระยะเวลาของ REM Latency ยาวขึ้น (Suetsugi, Mizuki, Yamamoto, Uchida, & Watanabe, 2007) แต่ก็พบว่า ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิสามารถนอนหลับได้ง่ายขึ้น และนอนหลับได้นานขึ้นในช่วงของระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mandiroglu and Ozdilekcan (2017) การฝังเข็มบริเวณจุดที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ คือ จุดไป๋หุ้ย จุดซื่อเสินซง จุดเสินเหมิน ฯลฯ ในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรังจำนวน 2 ราย เป็นเวลา 1 เดือน พบว่า ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับลดลง ระยะการนอนหลับ NREM 3 และระยะการนอนหลับ REM มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถือว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพในการนอนหลับไปในทางที่ดีขึ้น

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า คะแนนความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการนอนหลับคล้ายคลึงกันมาก จึงพบขนาดความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก ($r = -.126, p > .05$) แต่แนวโน้มมีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงกันข้ามคือ ถ้ามีคะแนนความเครียดน้อย คุณภาพการนอนหลับจะดี และถ้ามีคะแนนความเครียดมาก คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

โปรแกรมนวดผสมผสานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะเด่น คือ เป็นการผสมผสานวิธีการนวดแบบราชสำนัก ที่เน้นการสัมผัสแบบอ่อนโยน เริ่มต้นการนวดด้วยแรงขนาดปานกลางบริเวณแนวเส้นพื้นฐาน ที่ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย สบายใจและเป็นอวัจนภาษาจากผู้สัมผัสผู้ถูกสัมผัส (Stephenson, Weinrich, & Tavakoli, 2000) อันเกิดจากการรับรู้จากการสัมผัสก่อนการนวดตามจุดสัญญาณและการกดจุดแบบจีน อีกทั้ง ยังเป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลืองและระบบประสาทให้ทำงานได้ดีขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพการนวดรักษาตามจุดต่าง ๆ ผู้วิจัยสังเกตได้ว่า หลังการทดลองผู้ถูกนวดจะมีสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้นกับผู้นวดมากกว่าก่อนการทดลอง เกิดการเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจกันระหว่างผู้นวดและผู้ถูกนวด เป็นผลให้ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ รู้สึกผ่อนคลายมากยิ่งขึ้นและทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ทำให้ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมามีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น จึงควรนำมาเป็นการแพทย์ทางเลือกเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ลดการใช้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาต่อไป

2. ควรมีการนำโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนไปใช้ในสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ควรมีการตรวจสอบความแม่นยำ ความถูกต้องของท่าและมีการฝึกปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริงโดยเฉพาะแรงที่ใช้ในการนวด ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ถูกนวด เพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุดจากการใช้โปรแกรมนวดผสมผสาน

3. ด้านการศึกษาทางการแพทย์ทางเลือก อาจารย์ในสถาบันการศึกษาการแพทย์ทางเลือกหรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกด

จุดแบบเงินที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปเป็นตัวอย่างประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาในการส่งเสริมการนอนหลับให้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ในช่วงอายุ 15-60 ปี ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้ใช้เวลาศึกษาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือ ระยะเวลาก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาและจำนวนครั้ง การประเมินผลในระหว่างการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบเงินต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ
2. การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ช่วงอายุ 15-60 ปี ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป ฯลฯ เพื่อให้สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางมากขึ้น
3. ในการวิจัยนี้ ใช้แรงคนนวด ในการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาและพัฒนาเป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีความปลอดภัย สะดวกใช้และสามารถทำตัวเอง เพื่อเป็นการส่งเสริมการนอนหลับต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ทองคุ้ม, มรยาท รุจิวิชัย, และชมชื่น สมประเสริฐ. (2013). ผลของการฝึกสมาธิร่วมกับการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคต่อระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล*, 42(1), 24-37.
- กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิเชิตพรชัย. (2551). *การหลับ-ตื่น* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- กรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การฝังเข็ม-รมยา เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์*. กองแผนงานสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545. แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กันตา ชื่นจิต และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเร็วในการไหลเวียนกลับของเลือดดำบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(1), 164-177.
- โกวิท คัมภีร์ภาพ. (2558). *ทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน (BASIC THEORY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยา เขียวผึ้ง, ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, นิชิโรจน์ ประคอง, อินทรสมบัติ และอรพิชญา ไกรฤทธิ. (2011). ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อคุณภาพการนอนในผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนไม่หลับ. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(1), 90-107.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์ และคณะ. (2555). ประสิทธิภาพของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา. *วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, ภาพลัทธิ, มหาสารคาม*, 19(1). 36-43.
- จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2013). ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. *วารสารพยาบาล*, 40, 105-115.
- จิรภรณ์ แนวบุตร และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2561). ผลการนวดไทยต่อระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและอาการปวดของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ และเยื่อพังผืดที่มารับบริการนวดแผนไทย ณ คลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(3), 314-327.
- ชลธิชา แยมมา และพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2556). ปัญหาการนอนหลับความเหนื่อยล้าและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 183-196.

- ชาธิปต์ย์ เครือพานิชย์, อุไรวรรณ ชัชวาล, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และกรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. (2554). ผลแบบทันทีของการนวดไทยในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic Tension-Type Headache. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 23(1), 57-70.
- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 1-10.
- ต้าวเสื่อ. (2551). *คู่มือนวดเพื่อเสริมสุขภาพประจำครอบครัว*. กรุงเทพฯ: แสงดาว
- ทะเบียนผู้รับยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าทอง. (2559, 30 กันยายน). ประจำปี 2559.
- ทับทิม สุขศิลป์. (2559). การรักษาอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยหมอพื้นบ้าน. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ ๗* (หน้า 2793-2802). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล. (2553). แพทย์แผนจีนกับทางเลือกสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มติชน
- ธีรเดช คุปตานนท์. (2559). *การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์การหลับ*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย.
- นงนุช แนงแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ โรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108.
- นาฏนภา อารยะศิลป์ธร, พัทณี สมกำลัง, จรัสศรี สีลาวัณ, จันทร์จิรา ภูบุญเอิบ, และจิราภรณ์ มูลเมืองแสน. (2017). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(1), 38-50.
- เบญจวรรณ สุขประพณี และคณะ. (2550). *แพทย์ทางเลือก*. กรุงเทพฯ: ฐานการพิมพ์จำกัด.
- ประเทือง อานันท์โก, บงกช เก่งเขตกิจ, บุญธดา วิชกุล, สมคิด พระไชยบุญ และรพินทร์ กงแก้ว. 2550. *คู่มือการนวดรักษาโรคแบบราชสำนัก*. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทยมูลนิธิการแพทย์แผนไทย.
- ประพจน์ เกตราภาค. (2555). รากที่มาของเส้นประธานสิบ. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 10(1), 1-7.
- ปราณี กาญจนวรรณวงศ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 24-34.
- พงษ์พันธ์ จันทศิริ. (2011). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 65-80.
- พชรพล ศักดิ์ทิววัฒน์, ณรงค์ศักดิ์ บุญขาว และวีระพล วงษ์ประพันธ์. (2554). ผลของการนวดสัมผัสปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายในการรักษาอาการปวดหลังในผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทในคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลขามสะแกแสงอำเภอามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 4(3), 26-36.

- พนิดา กุลประสูติติลก. (2550). *กตจุตหยุดป่วย*. กรุงเทพฯ: วันว่าง.
- พระประเสริฐ ศักดิ์รัตนญาโณ และพระครูภาวนาโพธิคุณ. (2560). การแก้ปัญหาความเครียดตามหลักสติปัฏฐาน 4. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 4(1), 29-41.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2555). *พุทธธรรมฉบับปรับขยาย* (พิมพ์ครั้งที่ 32). กรุงเทพฯ: ผลิตัมม์.
- พวงพะยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาสุขะ, และศิริพร เปลี่ยนผดุง. (2549). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 33(2), 51-62.
- พัชณา ใจดี, กุหลาบ รัตนสังข์ธรรม และศิริพงษ์ จันทร์ฉาย. (2556). การแพทย์แผนจีนกับการสาธารณสุขไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(2), 120-126.
- พินิจ ลาภอนานนท์. (2556). *ประเด็นสุขภาพในพระไตรปิฎก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จริยสุนิทวงศ์การพิมพ์.
- เพ็ญนภา ทรรศย์เจริญ. (2549). *คู่มืออบรมการนวดไทยแบบราชสำนัก*. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาตำราการแพทย์แผนไทย.
- ภาสกิจ วัฒนวิบูล. (2551). *ทฤษฎีแพทย์จีน*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- มรรยาท รุจิวิษณุ. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา. (2550). *ประวัติวิวัฒนาการและการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. (2554). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดแบบราชสำนัก)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. (2548). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดแบบราชสำนัก)*. กรุงเทพฯ: บริษัทพินเนต พรินท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด.
- มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. (2551). *หลักพื้นฐานการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. (2552). *ตำราการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก. (2552). *ตำราการนวดไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา.
- รวจริณ ชนาวิรัตน์, วิชัย อึ้งพินิจพงษ์ และอุไรวรรณ ชัชวาล. (2548). *ผลของการนวดไทยต่อการเปลี่ยนแปลงค่าทางเคมีในเลือด*. ภาควิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชดา อนุวงศ์ศิลป์ชัย, ปชานันท์ ตันติโกสม, และประนอม รอดคำดี. (2011). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 84-92.
- ราตรี สุดทรง. (2550). *ประสาทวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- ลดวาลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2551). *วิถีทัศน์การนวดกดจุดฝ่าเท้าประกอบการอบรมการนวดกดจุดฝ่าเท้า วันที่ 31 พฤษภาคม - 1 มิถุนายน 2551* ณ. ไทยลดาเฮลส์สปา กรุงเทพฯ.
- วรกต สุวรรณสถิต. (2546). การตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 9(2), 111-123.
- วรรณนะ มโนภินิเวศ และจรุณ มโหศวรรย์. (2556). *คู่มือกดจุด 174 จุดหยุดป่วยตามหลักแพทย์จีน* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เต่าประยุกต์.
- วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล และพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2559). ความคิดรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 89-106.
- วสันต์ ไชยฉกรรจ์. (2550). *เอกสารการสอนชุดวิชานวดแผนไทย “หน่วยที่ 3 การเตรียมความพร้อม และการนวดแผนไทยอย่างมีคุณภาพ”* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิษญ์ บรรณหิรัญ. (ม.ป.ป.). *การตรวจการนอนหลับนอกสถานที่*. ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2554). *ความเครียดและวิธีความเครียด*. ภาควิชาเภสัชวิทยา, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นข้อมูลวันที่ 6 มกราคม 2561, เข้าถึงได้จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/47>.
- สมเกียรติ ศรไพศาล, ยิ่งศักดิ์ จิตตะโคตร, และสีไพร พลอยทรัพย์. (2009). ประสิทธิภาพการกดจุดบำบัด. *สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 2(3).
- สมจิตร เมืองพิล. (2556). การนวดผีเย็บในระยะคลอดสิ่งที่ทำหายสำหรับผดุงครรภ์ในการลดการบาดเจ็บของผีเย็บ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(4), 129-134.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2556). *สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายธิดา ลากอนันตสิน, ญาณิศา สงเคราะห์ผล, ณัฐนันท์ ฤทธิสำเร็จ และสุนิศา จามจรี. (2559). ผลทันทีของการนวด การกำลังกายแบบ Buerger-Allen และแบบมีการลงน้ำหนักที่เท้าต่อการไหลเวียนเลือดส่วนปลายและอุณหภูมิผิวหนังบริเวณเท้าในคนหนุ่มสาว. *วารสารกายภาพบำบัด*, 38(1), 15-22.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก. (2556). การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine). *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 6(1), 1-10.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. *ฝึกการหายใจ ผ่อนคลายความเครียด*. วันที่สืบค้นข้อมูล 24 สิงหาคม 2560, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/38329>
- สิริลักษณ์ ศรีเศวต, ทิพวัลย์ ดารามาต, และเรณู พุกบุญ. (2556). ผลของเสียงเพลงโมสาร์ทต่ออัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดและระยะเวลาการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 19(2), 221-234.

- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เตชะหงส์. (2554). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. (2545). การพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตในคนไทย. *สารศิริราช*, 51(12), 946.
- สุภารัตน์ สุขโท, อุไรวรรณ ชัชวาลย์, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์ และสมศักดิ์ เทียมเก่า. (2555). ผลทันทีของการนวดไทยต่อการบรรเทาอาการปวดในการบำบัดกลุ่มอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไม่เกรน. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(2), 220-234.
- หมอไพร. (2550). *ชีวิตสมดุลงแบบแพทย์แผนจีน*. กรุงเทพฯ: ปาเจรา.
- อัจฉรงค์ โภธารมภ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2554). ผลของการฟังเพลงไทยเดิมที่มีต่อระดับความวิตกกังวลประจำตัวในวัยรุ่น. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 12(1), 103-110.
- อาภรณ์ ภูพิทยากร. (2554). ผลของการฝึกโยคะพื้นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(2), 1-14.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา และสุรินธร กลัมพากร. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Ahmadi, F., Rostami Zalani, F., Mahdavi Nezhad, R., & Kargar Fard, M. (2017). The Effect of Therapeutic Massage on the Athletes with Chronic Sinusitis. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*, 6(1), 83-90.
- Ajilore, O., Stickgold, R., Rittenhouse, C. D., & Hobson, J. A. (1995). Nightcap: Laboratory and home based-evaluation of a portable sleep monitor. *Psychophysiology*, 32(1), 92-98.
- Alves, M. L., Jardim, M. H., & Gomes, B. P. (2018). The Effect of Massage Therapy on the Cancer Patient: Mental Health. *International Journal of Scientific Research*, 7(3), 83-91.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). International classification of sleep disorders. *Diagnostic and Coding Manual*, 51-55.
- Arab, M., Mashayekhi, F., Ranjbar, H., Abazari, F., & Dortaj, E. (2013). Comparing the effects of using Earplugs and eye masks on sleep quality of patients in coronary care unit (CCU). *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 28(2), 93-100.
- Assari, S., Lankarani, M. M., Saleh, D. K., & Ahmadi, K. (2013). Gender modifies the effects of education and income on sleep quality of the patients with coronary artery disease. *International Cardiovascular Research Journal*, 7(4), 141.

- Auger, R. R., Burgess, H. J., Emens, J. S., Deriy, L. V., Thomas, S. M., & Sharkey, K. M. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of intrinsic circadian rhythm sleep-wake disorders: Advanced sleep-wake phase disorder (ASWPD), Delayed sleep-wake phase disorder (DSWPD), non-24-hour sleep-wake rhythm disorder (N24SWD), and irregular sleep-wake rhythm disorder (ISWRD). An update for 2015. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 11*(10), 1199-1236.
- Back, C., Tam, H., Lee, E., & Haraldsson, B. (2009). The Effects of Employer-Provided Massage Therapy on Job Satisfaction, Workplace Stress, and Pain and Discomfort. *Holistic Nursing Practice, 23*(1), 19-31.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders, 135*(1-3), 10-19.
- BaHammam, A. S., Alaseem, A. M., Alzakri, A. A., Almeneessier, A. S., & Sharif, M. M. (2012). The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 12*(1), 61.
- Bennett, S., Bennett, M. J., Chatchawan, U., Jenjaiwit, P., Pantumethakul, R., Kunhasura, S., & Eungpinichpong, W. (2016). Acute effects of traditional Thai massage on cortisol levels, arterial blood pressure and stress perception in academic stress condition: A single blind randomised controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 20*(2), 286-292.
- Bergdahl, L., Broman, J. E., Berman, A. H., Haglund, K., von Knorring, L., & Markström, A. (2017). Sleep patterns in a randomized controlled trial of auricular acupuncture and cognitive behavioral therapy for insomnia. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 28*, 220-226.
- Berry, R. B., Brooks, R., Gamaldo, C. E., Harding, S. M., Lloyd, R. M., Marcus, C. L., & Vaughn, B. V. (2016). *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications: Version 2.3*. American Academy of Sleep Medicine. Retrived from <https://aasm.org/resources/pdf/scoring-manual-preface.pdf>
- Billhult, A., & Määttä, S. (2009). Light pressure massage for patients with severe anxiety. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*(2), 96-101.

- Billioti de Gage, S. B., Bégau, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K., & Pariente, A. (2012). *Benzodiazepine use and risk of dementia: Prospective population based study*. Retrived from <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231.short>
- Bootzin, R. R., & Epstein, D. R. (2011). Understanding and treating insomnia. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 435-458.
- Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Kharmwan, S. (2011). The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress-related parameters in patients with back pain associated with myofascial trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 15*(1), 15-23.
- Buxton, O. M., Ellenbogen, J. M., Wang, W., Carballeira, A., O'Connor, S., Cooper, D., & Solet, J. M. (2012). Sleep disruption due to hospital noises: A prospective evaluation. *Annals of Internal Medicine, 157*(3), 170-179.
- Buysse, D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2008). Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep, 31*(4), 473-480.
- Buysse, D. J., Hall, M. L., Strollo, P. J., Kamarck, T. W., Owens, J., Lee, L., & Matthews, K. A. (2008). Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 4*(06), 563-571.
- Cain, N., & Gradisar, M. (2010). Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Medicine, 11*(8), 735-742.
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep, 35*(2), 287-302.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2005). Normal human sleep: An overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine, 4*, 13-23.
- Castro-Sánchez, A. M., Moreno-Lorenzo, C., Matarán-Peñarrocha, G. A., Feriche-Fernández-Castany, B., Granados-Gámez, G., & Quesada-Rubio, J. M. (2011). Connective tissue reflex massage for type 2 diabetic patients with peripheral arterial disease: Randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2011*. Retrived from <http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2011/804321.pdf>

- Chang, S. C., & Lee, M. S. (2007). A study on relationship among leadership, organizational culture, the operation of learning organization and employees' job satisfaction. *The Learning Organization*, 14(2), 155-185.
- Chen, H. M., & Chen, C. H. (2010). Effects of acupressure on menstrual distress in adolescent girls: A comparison between Hegu–Sanyinjiao Matched Points and Hegu, Zusanli single point. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 998-1007.
- 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.
- Chien, M. Y., & Chen, H. C. (2015). Poor sleep quality is independently associated with physical disability in older adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(03), 225-232.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diego, M. A., & Field, T. (2009). Moderate pressure massage elicits a parasympathetic nervous system response. *International Journal of Neuroscience*, 119(5), 630-638.
- Dolezal, B. A., Neufeld, E. V., Boland, D. M., Martin, J. L., & Cooper, C. B. (2017). Interrelationship between sleep and exercise: A systematic review. *Advances in preventive medicine, 2017*. Retrieved from <http://downloads.hindawi.com/journals/apm/2017/1364387.pdf>
- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). *The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures*. Norwich: John Wiley & Sons.
- Dreyer, N. E., Cutshall, S. M., Huebner, M., Foss, D. M., Lovely, J. K., Bauer, B. A., & Cima, R. R. (2015). Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(3), 154-159.
- Dulcan, M. K., & Wiener, J. M. (2004). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. American Psychiatric Pub.
- Ebben, M. R., & Spielman, A. J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(3), 244-254.
- Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2017). *An applied guide to research designs: Quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage Publications.
- Ejindu, A. (2007). The effects of foot and facial massage on sleep induction, blood pressure, pulse and respiratory rate: Crossover pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(4), 266-275.

- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research, 255*, 186-194.
- Floyd, J. A., Medler, S. M., Ager, J. W., & Janisse, J. J. (2000). Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health, 23*(2), 106-117.
- Frank Bahr. (2551). *กตจุต หยุดโรค*. (ลลลดา อาชานูภาพ และสรูเกยรรตล อาชานูภาพ, แพลล). กรุงเทพฯ: หมอชวบบัน.
- Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., Hale, L., Rosenberg, R., & Czeisler, C. A. (2013). The sleep and technology use of Americans: Findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 9*(12), 1291-1299.
- Guarnieri, B., Adorni, F., Musicco, M., Appollonio, I., Bonanni, E., Caffarra, P., & Ferrara, S. (2012). Prevalence of sleep disturbances in mild cognitive impairment and dementing disorders: a multicenter Italian clinical cross-sectional study on 431 patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 33*(1), 50-58.
- Han, L., Li, J. P., Sit, J. W., Chung, L., Jiao, Z. Y., & Ma, W. G. (2010). Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, 19*(7-8), 978-987.
- Harris, M., & Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *Journal of Clinical Nursing, 19*(7-8), 917-926.
- Harvey, A. G., Stinson, K., Whitaker, K. L., Moskowitz, D., & Virk, H. (2008). The subjective meaning of sleep quality: A comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep, 31*(3), 383-393.
- Hauri, P. J. (1991). *Sleep hygiene, relaxation therapy, and cognitive interventions*. In *Case studies in insomnia* (pp. 65-84). Springer, Boston.
- Hayley, A. C., Williams, L. J., Venugopal, K., Kennedy, G. A., Berk, M., & Pasco, J. A. (2015). The relationships between insomnia, sleep apnoea and depression: Findings from the American National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2008. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(2), 156-170.
- Hershner, S. D., & Chervin, R. D. (2014). Causes and consequences of sleepiness among college students. *Nature and Science of Sleep, 6*, 73.

- Hodgson, L. A. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1503-1510.
- Hongsuwan, C., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., & Yamauchi, J. (2015). Effects of Thai massage on physical fitness in soccer players. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(2), 505-508.
- Howell, D. C. (2009). *Statistical methods for psychology*. Cengage Learning.
- Huang, Y. S., Wang, C. H., & Guilleminault, C. (2010). An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. *Sleep Medicine*, 11(10), 1035-1042.
- Hulme, J., Waterman, H., & Hillier, V. F. (1999). The effect of foot massage on patients' perception of care following laparoscopic sterilization as day case patients. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 460-468.
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K. & Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34(8), 1103-1110.
- Jirayingmongkol, P., Chantein, S., Phengchomjan, N., & Bhanggananda, N. (2002). The effect of foot massage with biofeedback: A pilot study to enhance health promotion. *Nursing & Health Sciences*, 4(3).
- Jones, J., Thomson, P., Lauder, W., Howie, K., & Leslie, S. J. (2012). Reflexology has an acute (immediate) haemodynamic effect in healthy volunteers: A double-blind randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(4), 204-211.
- Kripke, D. F., Langer, R. D., & Kline, L. E. (2012). Hypnotics' association with mortality or cancer: A matched cohort study. *BMJ Open*, 2(1), Retrieved from [https://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000850+](https://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000850)
- Krystal, A. D., & Thakur, M. E. (2009). *Sleep and circadian rhythm disorders*. The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, 395.
- Kushida, C. A., Littner, M. R., Morgenthaler, T., Alessi, C. A., Bailey, D., Coleman Jr, J., & Lee-Chiong, T. (2005). Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: An update for 2005. *Sleep*, 28(4), 499-523.
- Lai, H. L., & Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 134-144.
- Landis, C. A. (2002). Sleep and methods of assessment. *The Nursing Clinics of North America*, 37(4), 583-597.

- Lavigne, G. J. (2016). Prevention of opioid misuse: A summary with suggestions from a pain working group. *Pain Research and Management*, 2016. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8708654>.
- Le Guen, M., Nicolas-Robin, A., Lebard, C., Arnulf, I., & Langeron, O. (2013). Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: A randomized study. *British Journal of Anaesthesia*, 112(1), 89-95.
- Lee, E. J., & Frazier, S. K. (2011). The efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 589-603.
- Lee, K. A., Mcenany, G., & Zaffke, M. E. (2000). REM sleep and mood state in childbearing women: Sleepy or weepy?. *Sleep*, 23(7), 877-885.
- Lee, S. Y., Wuertz, C., Rogers, R., & Chen, Y. P. (2013). Stress and sleep disturbances in female college students. *American Journal of Health Behavior*, 37(6), 851-858.
- Léger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(6), 379-389.
- Lim, D. K., Baek, K. O., Chung, I. S., & Lee, M. Y. (2014). Factors related to sleep disorders among male firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 26(1), 11.
- Lin, Y. J., Lu, K. C., Chen, C. M., & Chang, C. C. (2012). The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. *Biological Research for Nursing*, 14(3), 277-285.
- Lo, C., Liao, W. C., Liaw, J. J., Hang, L. W., & Lin, J. G. (2013). The stimulation effect of auricular magnetic press pellets on older female adults with sleep disturbance undergoing polysomnographic evaluation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. Retrieved from <http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2013/530438.pdf>
- Lobo, A., López-Antón, R., De-La-Cámara, C., Quintanilla, M. Á., Campayo, A., Saz, P., & Workgroup, Z. A. (2008). Non-cognitive psychopathological symptoms associated with incident mild cognitive impairment and dementia, Alzheimer's type. *Neurotoxicity Research*, 14(2-3), 263-272.
- Lueboonthavatchai, P. (2011). Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: A case-control study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 92(9), 1240.

- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), 124-132.
- Luo, J., Zhu, G., Zhao, Q., Guo, Q., Meng, H., Hong, Z., & Ding, D. (2013). Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: Results from the Shanghai aging study. *PLoS One, 8*(11), Retrieved from <http://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2013/530438.pdf>
- Luyster, F. S., Choi, J., Yeh, C. H., Imes, C. C., Johansson, A. E., & Chasens, E. R. (2015). Screening and evaluation tools for sleep disorders in older adults. *Applied Nursing Research, 28*(4), 334-340.
- Mallik, M., Hall, C., & Howard, D. (2009). *Nursing Knowledge and Practice E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Mandirođlu, S., & Ozdilekcan, C. (2017). Impact of acupuncture on chronic insomnia: A report of two cases with polysomnographic evaluation. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 10*(2), 135-138.
- Martin, J. L., & Hakim, A. D. (2011). Wrist actigraphy. *Chest, 139*(6), 1514-1527.
- Meek, S. S. (1993). Effects of slow stroke back massage on relaxation in hospice clients. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25*(1), 17-22.
- Mirbagher-Ajorpaz, N., Adib-Hajbaghery, M., & Mosaebi, F. (2011). The effects of acupressure on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 17*(1), 33-36.
- Montagna, P., & Chokroverty, S. (2011) *Handbook of clinical neurology: Sleep disorder, Part 1*. Edinburgh: Elsevier.
- Moraska, A., & Chandler, C. (2009). Changes in psychological parameters in patients with tension-type headache following massage therapy: A pilot study. *Journal of Manual & Manipulative Therapy, 17*(2), 86-94.
- Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J., & Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(5), 363-371.
- Morin, C. M. (2009) *Foreward*. In Silberman, S. A. *The insomnia workbook: A comprehensive guide to getting the sleep you need*. New Harbinger Publications.
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet, 379*(9821), 1129-1141.

- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*(5), 601-608.
- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin, 130*(1), 3.
- Mustian, K. M., Sprod, L. K., Janelins, M., Peppone, L. J., Palesh, O. G., Chandwani, K., & Morrow, G. R. (2013). Multicenter, randomized controlled trial of yoga for sleep quality among cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology, 31*(26), 3233.
- Neinstein, L. S. (2008). *Adolescent health care: A practical guide* (Vol. 414). Lippincott Williams & Wilkins.
- Nerbass, F. B., Feltrim, M. I., Souza, S. A., Ykeda, D. S., & Lorenzi-Filho, G. (2010). Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery by pass graft surgery. *Clinics, 65*(11), 1105-1110.
- Nicolás, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vázquez, M., Margall, A., & Asiain, C. (2008). Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nursing in Critical Care, 13*(1), 25-33.
- Ohayon, M. M., & Reynolds III, C. F. (2009). Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Medicine, 10*(9), 952-960.
- Papaconstantinou, E. A. (2014). *The Feasibility and Acceptability of a Behavioral-educational Intervention-the Relax to Sleep Program-to Increase Pediatric Sleep during Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial* (Doctoral dissertation). Retrieved from https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/68397/1/Papaconstantinou_Efrosini_A_201411_PhD_thesis.pdf
- Radwan, A., Fess, P., James, D., Murphy, J., Myers, J., Rooney, M., & Torii, A. (2015). Effect of different mattress designs on promoting sleep quality, pain reduction, and spinal alignment in adults with or without back pain; systematic review of controlled trials. *Sleep Health, 1*(4), 257-267.
- Razali, R., Ariffin, J., Aziz, A., Puteh, S., Wahab, S., & Daud, T. I. (2016). Sleep quality and psychosocial correlates among elderly attendees of an urban primary care centre in Malaysia. *Neurology Asia, 21*(3).
- Richardson, S. J. (1997). A comparison of tools for the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN, 16*(5), 26-39.

- Rocha, M. C., & Martino, M. M. (2010). Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *44*(2), 280-286.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders. *Chest*, *146*(5), 1387-1394.
- Savard, J., Ivers, H., Savard, M. H., & Morin, C. M. (2014). Is a video-based cognitive behavioral therapy for insomnia as efficacious as a professionally administered treatment in breast cancer? Results of a randomized controlled trial. *Sleep*, *37*(8), 1305-1314.
- Schiza, S. E., Simantirakis, E., Bouloukaki, I., Mermigkis, C., Arfanakis, D., Chrysostomakis, S., & Sifakas, N. M. (2010). Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes. *Sleep Medicine*, *11*(2), 149-153.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C., & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in University students. *Journal of Pain Research*, *10*, 1189.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *4*(05), 487-504.
- Selye, H. (1979). *The stress of my life: A scientist's memoirs*. New York: Toronto: Van Nostrand Reinhold.
- Shepherd, G. M. (1988). *A basic circuit for cortical organization* (pp. 93-134). MIT-Press.
- Silber, M. H., Krahn, L. E., & Morgenthaler, T. I. (2016). *Sleep medicine in clinical practice*. CRC Press.
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai*, *97*(3), S57-67.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology review*, *25*(5), 559-592.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health*, *10*(3), 155-163.
- Soeken, K. L. (2010). *Instrumentation and data collection*. In Strickland, O. L., Lenz, E.R., & Waltz, C. *Measurement in nursing and health research* (4th ed., pp. 163-201). New York: Springer Publishing.

- Sorour, A. S., Ayoub, A. S., & El Aziz, E. (2014). Effectiveness of acupressure versus isometric exercise on pain, stiffness, and physical function in knee osteoarthritis female patients. *Journal of Advanced Research*, 5(2), 193-200.
- Stern, T. A., Fava, M., Rosenbaum, J. F., & Wilens, T. E. (2015). *Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry*. Elsevier Health Sciences.
- Tan, F., Tengah, A., Nee, L. Y., & Fredericks, S. (2014). A study of the effect of relaxing music on heart rate recovery after exercise among healthy students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(2), 114-117.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2008). *Self concept. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care, 6th Ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 923-51.
- Teofilo Lee-Chiong, M. D. (2012). *Fundamentals of sleep technology*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Torobrum, W. (2017). The Influence of Density of the Materials and Body Mass Index on the Elderly's Sleep Efficiency. *Proceedings of Engineering and Technology Innovation*, 7, 8-13.
- Tortora, G. J., & Grabowski, S. R. (1993). The muscular system. *Principles of Anatomy and Physiology*, 270-343.
- Troxel, W. M., Kupfer, D. J., Reynolds, C. F., Frank, E., Thase, M., Miewald, J., & Buysse, D. J. (2012). Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(4), 478.
- Tsou, M. T. (2013). Prevalence and risk factors for insomnia in community-dwelling elderly in northern Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 4(3), 75-79.
- Tubtimtes, S., Sukying, C., & Prueksaritanond, S. (2011). Sleep problems in out-patient of primary care unit. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 92(2), 273.
- Urru, S. A. M., Pasina, L., Minghetti, P., & Giua, C. (2015). Role of community pharmacists in the detection of potentially inappropriate benzodiazepines prescriptions for insomnia. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(6), 1004-1008.
- Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*, 5(2), 74.

- Wahbeh, H., Elsas, Siegward-M., & Oken, B. S. (2008, June 10). Mind-body interventions: Applications in neurology. *Neurology, 70*(24), 2321-2328.
- Woodward, S., Norton, C., & BARRIBALL, K. L. (2010). A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 16*(1), 41-46.
- Wright, S., Courtney, U., Donnelly, C., Kenny, T., & Lavin, C. (2002). Clients' perceptions of the benefits of reflexology on their quality of life. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 8*(2), 69-76.
- Wu, C. Y., Su, T. P., Fang, C. L., & Chang, M. Y. (2012). Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of the Chinese Medical Association, 75*(2), 75-80.
- Yang, P. Y., Ho, K. H., Chen, H. C., & Chien, M. Y. (2012). Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: A systematic review. *Journal of Physiotherapy, 58*(3), 157-163.
- Yeh, A., & Golianu, B. (2014). Integrative treatment of reflux and functional dyspepsia in children. *Children, 1*(2), 119-133.
- Yin, X., Gou, M., Xu, J., Dong, B., Yin, P., Masquelin, F., & Xu, S. (2017). Efficacy and safety of acupuncture treatment on primary insomnia: a randomized controlled trial. *Sleep Medicine, 37*, 193-200.
- Zhou, J. (2010). Clinical observation on the management of insomnia with single-finger pushing manipulation plus medication. *Journal of Acupuncture and Tuina Science, 8*(1), 38-41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ ๐๐๗/๒๕๖๐



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อเรื่องคุณูปนิพนธ์
ชื่อเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการนวดกดจุดแบบจีนสำหรับ
ผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ
TITLE DEVELOPMENT OF A MIXED MASSAGE PROGRAM BY INTEGRATING THE ROYAL THAI
AND CHINESE ACUPRESSURE TECHNIQUES FOR RELIEVING STRESS AND INCREASING
THE SLEEP QUALITY OF PEOPLE WITH PRIMARY INSOMNIA
๒. ชื่อนิสิต (นาย, นาง, นางสาว): ขวัญเรียม นิมสุวรรณ
หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.) สาขาวิชา การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
รหัส ๕๓๘๑๐๒๓๖
๓. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
ได้พิจารณาเห็นแล้วว่าเค้าโครงคุณูปนิพนธ์ดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด
อันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของเค้าโครงคุณูปนิพนธ์ที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ออกให้ ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(ลงนาม)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุซาดา กรเพชรปानी)

คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข. 1

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia)

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยกย้ายกันอยู่ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
7. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมต้น/ปสช. มัธยมปลาย/ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
8. อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร ข้าราชการเกษียณอายุ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
9. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน
10. การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย ไม่เพียงพอ เพียงพอ เพียงพอและมีเหลือเก็บ

11. จำนวนสมาชิกที่มีอยู่ในครอบครัว.....คน
12. บทบาทของท่านในครอบครัว หัวหน้าครอบครัว
 สมาชิกในครอบครัว
 ผู้อาศัย
 อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
13. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีความผิดปกติหรือไม่ มี (โปรดระบุ).....
 ไม่มี
14. ยาที่รับประทานประจำ มี (โปรดระบุ).....
 ไม่มี
15. งานอดิเรก (โปรดระบุ).....
16. การออกกำลังกาย ออกกำลังกาย 3 ครั้ง หรือมากกว่า/สัปดาห์
 ออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
 ไม่ออกกำลังกาย
17. ท่านดื่มกาแฟ/ชาหรือไม่ ดื่ม โปรดระบุจำนวน.....
 ไม่ดื่ม
18. ท่านดื่มสุราหรือไม่ ดื่ม โปรดระบุจำนวน.....
 ไม่ดื่ม
19. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ สูบ โปรดระบุจำนวน.....
 ไม่สูบ
20. ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยการนวดหรือไม่ เคย โปรดระบุจำนวน.....
 ไม่เคย

ภาคผนวก ข. 2

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

(The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบุชชี และคณะ
ฉบับภาษาไทย แปลโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

(The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)

ของบุษซี และคณะ ฉบับภาษาไทยแปลโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์

คำแนะนำโปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างแต่ละข้อที่ตรงกับ การนอนส่วนใหญ่ของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ท่านเข้านอนเวลาประมาณ.....น.
2. ท่านต้องใช้เวลาานประมาณเท่าไร ตั้งแต่เข้านอนจนหลับไป.....นาที่
3. ปกติท่านลุกจากที่นอนตอนเช้าเวลาประมาณ.....น.
4. ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงนี้อาจแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่คุณเริ่มเข้านอนจนตื่นนอน)
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านคิดว่าคุณภาพการนอนโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 ดีมาก ดี ไม่ค่อยดี ไม่ดีเลย
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณใช้ยานอนหลับ (ไม่ว่าจะโดยแพทย์สั่งหรือซื้อเองเพื่อช่วยให้
 นอนหลับบ่อยเพียงใด)
 ไม่เคยใช้เลย ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกง่วงบ่อยเพียงใด ในขณะที่ทำกิจกรรมประจำวัน เช่น
 รับประทานอาหาร ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ซักเสื้อผ้า เป็นต้น
 ไม่เคยเลย น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
8. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณรู้สึกเป็นปัญหาบ้างไหม ในการที่จะทำงานให้สำเร็จลุล่วงไป
 ไม่เป็นปัญหาเลย เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย
 เป็นปัญหามากพอสมควร เป็นปัญหามาก

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ในแต่ละข้อตามตัวอักษรดังนี้ (กรุณาตอบทุกข้อ)

- 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย
- 1 หมายถึง มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- 2 หมายถึง มีปัญหา 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- 3 หมายถึง มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเกี่ยวกับ การนอน เนื่องจากสาเหตุ เหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่มี ปัญหา เลย	มีปัญหา น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์	มีปัญหา 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์	มีปัญหา 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์
9.1 นอนไม่หลับหลังจาก เข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่น ช้ากว่าปกติ				
9.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจติดขัด				
9.5 ไอหรือกรนเสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 เจ็บหรือปวดตามตัว				
9.10 สาเหตุอื่น ๆ ถ้ามี โปรดระบุ				

ภาคผนวก ข. 3

แบบวัดความเครียดสวนปรงแบบ 20 ข้อ
(Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

แบบวัดความเครียดสวนปรุงแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)

ให้คุณอ่านหัวข้อข้างล่างนี้ แล้วสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง ถ้าข้อไหนไม่เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับตัวคุณ ให้ประเมินว่าคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น แล้วทำเครื่องหมายให้ ตรงช่องตามที่ คุณประเมิน โดย

- คะแนนความเครียด 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
 คะแนนความเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
 คะแนนความเครียด 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
 คะแนนความเครียด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
 คะแนนความเครียด 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	คะแนนความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธ หรือ หงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ					

ภาคผนวก ค

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20)
2. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI)
3. การตรวจการนอนหลับโดยเครื่องโพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography: PSG)

ภาคผนวก ค. 1

ข้อมูลคะแนนความเครียด (จากแบบวัดสวนปรุง) คะแนนคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และประสิทธิภาพการนอนหลับ (PSG) ระยะก่อนและหลังการนวดในกลุ่มทดลอง

ข้อมูลคะแนนความเครียด คะแนนคุณภาพการนอนหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับ
ระยะก่อนและหลังการนัดในกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนความเครียด		คะแนนคุณภาพการนอนหลับ		ประสิทธิภาพการนอนหลับ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	73	24	13	9	85	87
2	42	20	13	4	73	91
3	50	3	10	2	77	85
4	60	54	18	2	82	95
5	77	29	20	6	65	73
6	72	60	15	2	60	79
7	5	3	18	10	67	71
8	46	29	18	5	69	87
9	49	38	15	15	86	90
10	6	6	15	9	53	77
11	41	15	15	8	82	67
12	84	18	16	3	43	87
13	63	48	15	1	77	88
14	62	17	14	3	69	80
15	52	4	15	5	60	83
16	46	14	14	2	53	79
17	22	17	16	3	61	83
18	24	16	14	4	45	59
19	51	7	15	9	39	85
20	22	2	15	1	85	91
<i>M</i>	47.35	21.20	15.20	5.15	66.51	81.83
<i>SD</i>	22.42	17.22	2.16	3.73	14.66	8.99
Min	5.00	2.00	10.00	1.00	39	59
Max	84.00	60.00	20.00	15.00	86	95

ภาคผนวก ค. 2

ข้อมูลเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริง ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ
ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ระยะก่อนและหลัง
การวัดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมวัด

ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM
ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ระยะก่อนและหลังการรวดในกลุ่มทดลอง

คนที่	เวลารวมเฉพาะ		ระยะเวลาที่เข้านอน		ระยะการนอนหลับ		ระยะการนอนหลับ	
	เวลาหลับจริง (นาที)		จนหลับ (นาที)		NREM ช่วงที่ 3		REM Sleep	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	ก่อน
	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง
1	433	427	20	20	11	13	13	12
2	205	432	2	32	3	2	6	15
3	367	338	28	10	2	10	12	16
4	527	531	108	22	12	12	21	16
5	348	376	156	83	1	27	17	11
6	281	372	125	17	6	25	14	21
7	318	350	38	41	33	10	10	21
8	239	345	22	26	24	75	7	0
9	582	432	74	28	14	64	22	11
10	222	345	61	22	42	23	1	13
11	409	424	11	9	20	19	16	6
12	199	393	77	16	71	73	11	5
13	351	366	6	9	31	29	8	6
14	321	361	22	50	81	45	4	4
15	429	520	173	31	10	34	0	5
16	221	279	14	23	20	12	6	21
17	277	376	41	37	22	71	7	4
18	196	218	99	57	52	0	5	25
19	225	334	52	30	25	39	9	7
20	344	359	40	12	25	25	3	5
<i>M</i>	324.45	378.63	58.34	28.62	25.18	30.30	9.62	11.08
<i>SD</i>	109.94	71.41	50.28	18.36	21.81	23.66	6.16	7.09
Min	196.00	218.00	2.00	9.00	1.00	0.00	0.00	0.00
Max	582.00	531.00	173.00	83.00	81.00	75.00	22.00	25.00

ภาคผนวก ค. 3

ข้อมูลคะแนนความเครียด (จากแบบวัดสวนปรุง) คะแนนคุณภาพการนอนหลับ (PSQI) และประสิทธิภาพการนอนหลับ (PSG) ระยะก่อนและหลังการรูดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมรูด

ข้อมูลคะแนนความเครียด คุณภาพการนอนหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับ ระยะก่อนและ
หลังการนวดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนวด

คนที่	คะแนนความเครียด		คะแนนคุณภาพการนอนหลับ		ประสิทธิภาพการนอนหลับ	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	33	30	12	12	100	92
2	45	45	12	12	79	81
3	44	43	18	18	62	46
4	67	66	16	16	76	64
5	40	39	15	15	40	46
6	22	22	16	16	71	85
7	39	35	15	15	89	84
8	47	49	14	13	66	95
9	28	32	15	15	63	68
10	14	22	13	13	59	69
11	29	43	16	16	85	70
12	60	62	14	15	66	53
13	47	48	14	14	67	62
14	55	58	16	15	44	62
15	40	42	14	15	79	62
16	9	14	16	16	80	84
17	1	3	13	13	53	78
18	17	16	15	14	61	80
19	20	21	13	13	73	67
20	36	32	17	17	65	57
<i>M</i>	34.65	36.15	14.70	14.15	68.88	70.25
<i>SD</i>	17.26	16.65	1.62	1.63	14.55	14.32
Min	1.00	3.00	12.00	12.00	40.00	46.00
Max	67.00	66.00	18.00	18.00	100.00	95.00

ภาคผนวก ค. 4

ข้อมูลเวลารวมเฉพาะเวลาหลับจริง ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ
ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3 และระยะการนอนหลับ REM Sleep ระยะก่อนและหลัง
การนัดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนัด

ข้อมูลเวลาเฉพาะเวลาหลับจริง ระยะเวลาที่เข้านอนจนหลับ ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่ 3
ระยะการนอนหลับ REM Sleep ก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม

คนที่	เวลารวมเฉพาะ เวลาหลับจริง (นาที)		ระยะเวลาที่เข้านอน จนหลับ (นาที)		ระยะการนอนหลับ NREM ช่วงที่3		ระยะการนอนหลับ REM Sleep	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	ก่อน
	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง	ทดลอง
1	356	353	0	8	5	29	15	18
2	291	319	24	23	27	34	15	8
3	260	207	0	27	18	16	6	9
4	367	269	83	31	4	51	24	3
5	189	145	119	109	8	9	2	21
6	380	391	60	7	18	36	21	9
7	343	359	19	15	40	13	9	3
8	260	506	72	14	47	45	2	6
9	336	300	109	30	10	11	4	3
10	303	290	48	20	57	12	1	3
11	343	261	13	37	22	63	6	3
12	326	245	60	25	20	15	9	5
13	304	209	27	45	38	47	4	3
14	194	270	123	11	52	34	4	6
15	334	279	45	58	36	14	5	2
16	400	371	22	4	15	18	20	20
17	306	414	80	36	44	23	17	10
18	291	309	68	42	47	6	2	3
19	373	316	16	21	5	18	10	1
20	260	185	12	60	49	37	2	4
<i>M</i>	310.60	299.68	49.84	30.96	28.09	26.55	8.94	7.06
<i>SD</i>	57.33	84.83	38.73	24.18	17.63	16.12	7.15	6.03
Min	189.00	145.00	0.00	4.00	4.00	6.00	1.00	1.00
Max	400.00	506.00	123.00	109.00	57.00	63.00	24.00	21.00

ภาคผนวก ง
คู่มือโปรแกรมนัดผสมผสาน



คู่มือการใช้งาน
โปรแกรมประมวลผลสารสนเทศไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

พัฒนาโดย

นางขวัญเรียม นิมสุวรรณ
สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
มหาวิทยาลัยบูรพา

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

2561

คำนำ

คู่มือการใช้โปรแกรมวัดผลสมรสผสมงานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการนวด แบบผสมผสานแนวความคิดการนวดไทยแบบราชสำนักตามทฤษฎีเส้นประธานสิบและการกดจุดตามทฤษฎีพื้นฐานการแพทย์แผนจีน โดยนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 11 เส้น เป็นเวลา 55 นาที การนวดจุดสัญญาณ 16 จุด เวลา 15 นาที และการกดจุดจีน 7 จุด เป็นเวลา 20 นาที รวมใช้เวลาทั้งหมด 90 นาที โดยมีการลงน้ำหนัก 3 ระดับ คือ 50, 70 และ 90 ปอนด์ การนวดมีผลต่อระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและระบบหายใจ มีผลต่อทั้งเฉพาะบริเวณและโดยทั่วไปของระบบไหลเวียนของเหลวทั้งโลหิต และน้ำเหลือง

ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความเครียด ระบบประสาทจะมีการตอบสนองต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การตอบสนองของภาวะเครียด วิตกกังวล ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี การนวดเป็นการกระตุ้นตัวรับสัญญาณความรู้สึกโดยร่างกายรับรู้การสัมผัสผ่านทางผิวหนังกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ส่งสัญญาณประสาทผ่านไปยังไขสันหลัง และสมองในส่วนลิมบิก เพื่อรับรู้และส่งผลให้มีการปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้รู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ จึงเป็นการส่งเสริมให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

ผู้วิจัยมีความยินดีหากท่านมีข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้คู่มือการใช้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กรุณาส่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมายังผู้วิจัยเพื่อรวบรวม และแก้ไขพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์ต่อไป

ขวัญเรียม นิมสุวรรณ

นิสิตสาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ 2560

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทนำโปรแกรมหมวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน.....	1
โปรแกรมหมวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน.....	4
สัญญาณชาต้านอก (สหัสรังสี ทวารี)	4
สัญญาณชาต้านใน (สหัสรังสี ทวารี).....	5
สัญญาณแขนด้านใน.....	7
สัญญาณท้อง (สุนนา).....	8
สัญญาณหัวไหล่ (สหัสรังสี จันทกุสัง ทวารี รุทัง).....	10
สัญญาณด้านหลัง (รุทัง สุนนา).....	10
สัญญาณศีรษะด้านหน้า (ทวารี สหัสรังสี รุทัง จันทกุสัง).....	11
การนวดพื้นฐานขาเริ่มจากซ้ายและเปิดประตูลม.....	14
การนวดพื้นฐานชาต้านอก.....	17
การนวดพื้นฐานชาต้านใน.....	21
การนวดพื้นฐานหลัง.....	24
การนวดพื้นฐานแขนด้านใน	26
การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก.....	29
การนวดพื้นฐานหัวไหล่.....	31
การนวดพื้นฐานบ่า.....	32
การนวดพื้นฐานโค้งคอข้างซ้ายและขวา.....	34
การนวดพื้นฐานท้อง.....	36
การนวดพื้นฐานศีรษะด้านหลัง 3 จุด	42
ประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมหมวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนัก กับการกดจุดแบบจีน.....	48
บรรณานุกรม.....	49

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ง-1 การกดสัญญาณที่ 1 ขาด้านนอก	4
ง-2 การกดสัญญาณที่ 2 ขาด้านนอก	5
ง-3 การกดสัญญาณที่ 3 ขาด้านใน	5
ง-4 การกดสัญญาณที่ 5 ขาด้านใน	6
ง-5 การกดจุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) บริเวณฝ่าเท้า	6
ง-6 การกดจุดจุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 อยู่เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชู่น	7
ง-7 การกดจุดเส้นหมิน (Shen Men) HT7	7
ง-8 การกดจุดลูกสัญญาณ 5 จุดกลาง (Lao-Gong) PC8	8
ง-9 การกดสัญญาณ 3 ท้อง	8
ง-10 การกดสัญญาณ 4 ท้อง	9
ง-11 การกดสัญญาณ 5 ท้อง	9
ง-12 การกดสัญญาณ 4 หัวไหล่	10
ง-13 การกดสัญญาณ 3 และ 4 ศีรษะด้านหลัง	10
ง-14 การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง	11
ง-15 การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง	11
ง-16 การกดจุดอินถิง (Yin Tang) EX-HN3 ศีรษะด้านหน้า	12
ง-17 กดสัญญาณ 3 และ 4 ศีรษะด้านหน้า	12
ง-18 กดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า	13
ง-19 การกดจุดไป่หุย (Bai-Hui) GV20	13
ง-20 การกดจุดชื่อเส้นชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1	14
ง-21 การนวดพื้นฐานขา	14
ง-22 การเปิดประตู	15
ง-23 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก ข้างซ้าย	17
ง-24 การนวดจุดสัญญาณ 1 ขาด้านนอก	20
ง-25 การนวดจุดสัญญาณ 2 ขาด้านนอก	20
ง-26 การนวดพื้นฐานขาด้านใน	21
ง-27 สัญญาณ 3 ขาด้านใน	23
ง-28 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน	23
ง-29 จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11	24
ง-30 การนวดพื้นฐานหลังท่านอน	24
ง-31 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านอน	26
ง-32 การนวดจุดสัญญาณแขนด้านใน จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6	28
ง-33 การนวดกดจุดเส้นหมิน (Shen Men) HT7	28

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ง-34 การกวดจุดลูกสัญญาณ 5 จุด เหลากง (Lao-Gong) PC8.....	29
ง-35 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน.....	29
ง-36 การนวดพื้นฐานหัวไหล่.....	31
ง-37 นวดบ่าพื้นฐาน.....	32
ง-38 กดสัญญาณ 4 สัญญาณหัวไหล่.....	34
ง-39 นวดพื้นฐานโค้งคอ.....	34
ง-40 การนวดพื้นฐานท้อง.....	36
ง-41 การนวดท้องท่าแหวก.....	37
ง-42 การกวดสัญญาณท่านาบ.....	38
ง-43 การเปิดประตูลมหน้าท้อง.....	39
ง-44 กดสัญญาณ 3 หน้าท้อง.....	40
ง-45 กดสัญญาณ 4 หน้าท้อง.....	41
ง-46 กดสัญญาณ 5 หน้าท้อง.....	41
ง-47 การนวดศีรษะด้านหลัง.....	42
ง-48 การกวดจุดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลัง.....	43
ง-49 การกวดจุดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง.....	43
ง-50 การจุดสัญญาณ 1 ศีรษะด้านหน้า.....	44
ง-51 การจุดสัญญาณ 2 ศีรษะด้านหน้า.....	44
ง-52 การจุดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหน้า.....	45
ง-53 การจุดสัญญาณ 4 ศีรษะด้านหน้า.....	45
ง-54 การจุดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า.....	46
ง-55 การกวดจุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3.....	46
ง-56 การกวดจุดไป๋หุย (Bai Hui) GV20.....	47
ง-57 การกวดจุดซือเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1.....	47

บทนำโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

การแพทย์แผนไทยเชื่อว่าเมื่อความสมดุลแห่งธาตุทั้งสี่แปรผันไป จะทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยได้ ซึ่งนอกเหนือจากการรักษาโดยหลักของเภสัชกรรมแล้วยังสามารถรักษาได้ด้วยหลักของหัตถเวชกรรม การนวดเป็นการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองทางสรีรวิทยาเพื่อเกิดผลการรักษา จึงอาจเป็นการนวดที่โครงสร้างใด โครงสร้างหนึ่งหรือหลายโครงสร้างผสมกัน โดยประสานเชื่อมต่อผ่านทางปลายประสาทดังกล่าว (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2552) การนวดไทยแบบราชสำนัก ประกอบไปด้วย 1) การนวดตามแนวเส้นและตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนของเลือด น้ำเหลืองและระบบประสาทให้ทำงานได้ดีขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจะนวดจุดสัญญาณและเพิ่มประสิทธิภาพการนวดรักษา ซึ่งเรียกว่าการนวดพื้นฐาน และ 2) การนวดกดจุดสัญญาณที่อยู่ตามแนวเส้นพื้นฐาน เพื่อกระตุ้นพลังประสาท เพื่อจ่ายหรือบังคับเลือดและความร้อนไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ แผนไทยเดิม, 2554, หน้า 1-6) การนวดกดจุดฝังเข็ม เป็นการนวดจุดหนึ่งที่ทำให้ทั่วร่างกาย จุดฝังเข็มมีอยู่ทั่วไปตามร่างกายแต่คัดเลือกเฉพาะจุดที่มีประสิทธิผลที่สุด โดยการนวดด้วยปลายนิ้ว รวมทั้งการกรัดมือเพื่อกระตุ้นจุดฝังเข็ม ส่งผลให้ร่างกายทุกส่วนประสานสัมพันธ์ซึ่งกันและกันผ่านระบบจุดฝังเข็ม ทำให้ร่างกายมีแรงต้านทานต่ออิทธิพลภายนอกมากขึ้น และนำไปสู่การฟื้นคืนสภาพของอวัยวะส่วนที่ทำงานผิดปกติ (ตัวเสื่อ, 2551, หน้า 9)

อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) คือ อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้น หรืออาจเกิดขึ้นในคนปกติที่บังเอิญมีตัวกระตุ้นให้นอนไม่หลับ เช่น มีความเครียดกังวล และมีอาการนอนหลับยากหรือหลับไม่สนิทเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวช โรคทางกายหรือการเสพสารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556, หน้า 1150) เมื่อบุคคลมีภาวะเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง มีการตอบสนองต่อร่างกายและอารมณ์ ซึ่งส่งผลทำให้ไปกระตุ้นสมองบริเวณที่ตื่นตัว ทำให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา กล้ามเนื้อเกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น เป็นผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาการนอนไม่หลับส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากบุคคลใดมีปัญหาด้านการนอน จะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อ่อนล้า มีภาวะเสี่ยงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2556) การนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาต่าง ๆ ลดลง เพิ่มระยะเวลาในการรักษาโรค มีความรุนแรงและเพิ่มการกลับเป็นซ้ำ (Jausset et al., 2011; Troxel et al., 2012) และจากการศึกษาผลของการขาดการนอนหลับ (Sleep Deprivation) ผู้ป่วยที่ขาดการนอนหลับมักจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ขาดสมาธิ มีอาการเบื่อหน่าย ขาดความกระตือรือร้นหรือความสนใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการนอนหลับต่อกระบวนการฟื้นคืนพลังงานของสมอง (Rocha & Martino, 2010)

จากการศึกษาในประเทศไทยเรื่องความชุกของภาวะนอนไม่หลับในผู้ใหญ่ที่สุขภาพดี และในผู้สูงอายุมีความชุกร้อยละ 40.89 และ 46.3 ตามลำดับ และยังพบอีกว่า ผู้ป่วยที่มากลินิกปฐมภูมิ มีความชุกสูงถึง ร้อยละ 50.4 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้มีอาการการนอนไม่หลับอย่าง

ต่อเนื่องสูงถึงร้อยละ 71.61 (วรุตม์ อุณจิตสกุล และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2559) การนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับและลดความเครียดได้ การนวดสามารถกระตุ้นระบบประสาทได้ เมื่อได้รับการนวดระบบประสาทอัตโนมัติจะมีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง การนวด ตัวเซลล์ประสาทในเส้นประสาทที่ถูกตัดขาดจะมีการสร้างส่วนปลายของประสาทขึ้นมาใหม่ และส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ ทำให้ลดความเครียด ความกังวลทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นลดความเจ็บปวด และทำให้นอนหลับได้ดี จากสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิในปัจจุบัน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข มีหน้าที่คอยดูแลส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน จึงมีความสนใจในการแก้ไข หรือบรรเทาปัญหาอาการนอนไม่หลับนี้ โดยการพัฒนาโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีนเพื่อผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการนำจุดเด่นของทั้งสองวิธีมาผสมผสานเป็นโปรแกรมนวดที่ต่อเนื่อง เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหายาอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (Primary Insomnia) หมายถึง การมีความยากลำบากในการเริ่มหรือคงสภาพการนอน (Initiating or Maintaining Sleep) หรือ มีการนอนที่รู้สึกเหมือนไม่ได้พักผ่อน (Nonrestorative Sleep) และอาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ ความผิดปกติของการนอนนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงระยะที่เป็น Narcolepsy, Breathing-Related Sleep Disorder, Circadian Rhythm Sleep Disorder, Parasomnias หรือโรคทางจิตเวชใด ๆ นอกจากนี้ การนอนไม่หลับดังกล่าว ต้องไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

ทฤษฎีเส้นประสาทลิบ หมายถึง เส้นซึ่งเป็นหลักสำคัญของวิชาการนวดไทยตามที่บูรพาจารย์ได้ถ่ายทอดสืบต่อกันมา เชื่อกันว่า มีเส้นอยู่ในร่างกายถึง 72,000 เส้น แต่ที่เป็นเส้นแห่งประธานทั้งปวงมีเพียง 10 เส้น เท่านั้น เส้นประธานเป็นทางเดินของลม ซึ่งเป็นพลังภายในที่หล่อเลี้ยงร่างกายให้ทำงานได้ตามปกติ

การนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักและการกดจุดแบบจีน หมายถึง การผสมผสานวิธีการนวดไทยแบบราชสำนักโดยการนวดตามแนวเส้นพื้นฐาน 11 เส้น การนวดจุดสัญญาณ 16 จุด และการกดจุดแบบจีน 7 จุด

ความเครียด หมายถึง สภาวะของจิตใจ และร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดัน หรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจเป็นการตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Non-Specific Response) โดยเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยอื่น ๆ อันเป็นเหตุทำให้เกิดอาการของความเครียดและมีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางอารมณ์ทางการรับรู้และอาการ

ทางกาย การประเมินความเครียดใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุแบบ 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาท ปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอลในปัสสาวะ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับตั้งแต่เข้านอน จนถึงตื่นนอน ซึ่งบุคคลสามารถประเมินตนเองได้ และยังมีความต้องการการนอนหลับที่แตกต่างกัน การประเมินคุณภาพของการนอนหลับสามารถประเมินได้ทั้งเชิงปรนัย (Objective Sleep Quality) และเชิงอัตนัย (Subjective Sleep Quality) ในงานวิจัยนี้ วัดคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ใช้วัดการนอนหลับ Polysomnography และแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ของบุซซี่ และคณะ ฉบับภาษาไทยแปลโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การนวดไทย (การนวดแบบราชสำนัก) หมายถึง รูปแบบของการออกแรงกดตามจุดต่าง ๆ เพื่อลดการตึงของกล้ามเนื้อ หมอนวดจะใช้เพียงนิ้วมือและมือเท่านั้นในการนวด ซึ่งจุดต่าง ๆ นี้มีอยู่ตลอดทั่วร่างกาย เรียกว่า “เส้นสิบ” โดยเชื่อว่า มันสามารถปลดปล่อยพลังงาน เพิ่มการรับรู้พลังแห่งชีวิต ช่วยยืดกล้ามเนื้อออก ลดการตึงตัว เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกายและนำไปสู่ความสงบ

การนวดกดจุด (Acupressure) เป็นวัฒนธรรมของจีน หมายถึง วิธีการบำบัดรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยภายในร่างกาย โดยการนวดกดลงตำแหน่งจุดต่าง ๆ ในบริเวณที่เป็นจุดฝังเข็มบนร่างกายที่มีความเกี่ยวข้องกับการนอนหลับโดยใช้นิ้วมือกระตุ้นต่อจุดนั้น ๆ มากกว่าปกติ เพื่อให้มีผลต่ออวัยวะที่ต้องการ

ขนาดของแรงและระยะเวลาในการนวดแบบราชสำนัก

ขนาดของแรงและเวลาที่ใช้ในการนวดแต่ละครั้งแต่ละจุด

1. ขนาดของแรง มีดังนี้

- 1.1 ขนาดเบา เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 50 ปอนด์
- 1.2 ขนาดกลาง เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 70 ปอนด์
- 1.3 ขนาดหนัก เทียบได้เท่ากับแรง ขนาด 90 ปอนด์

2 ระยะเวลาที่ใช้ในการนวด มีดังนี้

2.1 ระยะเวลาในการนวดแนวเส้นพื้นฐานซึ่งเป็นการนวดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเตรียมพร้อมของกล้ามเนื้อใช้เวลาเพียงสั้น ๆ ประมาณ 10-15 วินาที เรียกว่า คาบน้อย (ซึ่งหากเทียบกับลมหายใจเข้าออกของผู้นวดบำบัดจะเท่าการหายใจ 3-5 ครั้ง)

2.2 ระยะเวลาในการนวดกดจุดสัญญาณและการนวดเปิดประตูลม ซึ่งเป็นการกดนวดเพื่อรักษาโรค หรือบางครั้ง สัญญาณบางตำแหน่งอยู่ลึก อาจกดนวดนานขึ้น เรียกว่า คาบใหญ่ คือ กดนานกว่า 30-45 วินาที (ซึ่งหากเทียบกับลมหายใจเข้าออกของผู้นวดบำบัดจะเท่าการหายใจ 10-15 ครั้ง) และการใช้คาบใหญ่กับการนวดเปิดประตูลม ไม่ควรกดนานเกิน 45 วินาที

ขนาดของแรงและระยะเวลาในการกดจุดแบบจีน

1. การกดจุดต่าง ๆ บนศีรษะ
2. การกดจุดแขนด้านใน
3. การกดจุดที่ฝ่ามือ
4. การกดจุดที่ฝ่าเท้า

ใช้แรงกดหนัก 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที

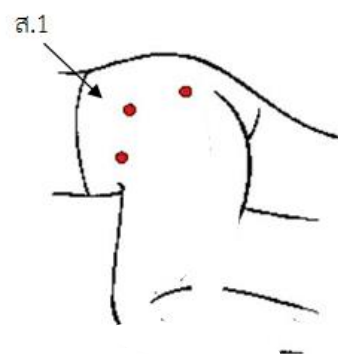
ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ควรได้รับโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน ครั้งละ 90 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

โปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

ประกอบด้วย จุดตำแหน่งสัญญาณบนเส้นพื้นฐานทั้ง 10 เส้น ที่ได้จากการเทียบเคียงเส้นประธานสิบและจุดแบบจีนที่เกี่ยวข้องกับการผ่อนคลายและการนอนหลับตามกายวิภาคศาสตร์สัญญาณ ดังนี้

1. สัญญาณขาด้านนอก (สหัสรังสี ทวาริ)

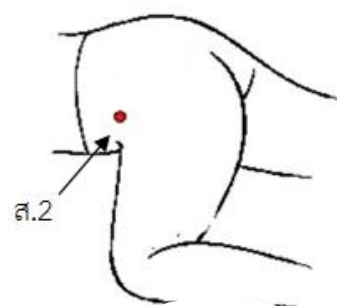
กดสัญญาณที่ 1



ภาพที่ ง-1 การกดสัญญาณที่ 1 ขาด้านนอก

การกดสัญญาณที่ 1 จะกดกระดูก Ilium กดกล้ามเนื้อ Gluteal Fascia Covering Gluteus Medius กดลงที่เส้นประสาท Gluteal Nerve และกดลงที่หลอดเลือด Superior Gluteal Artery

กดสัญญาณที่ 2

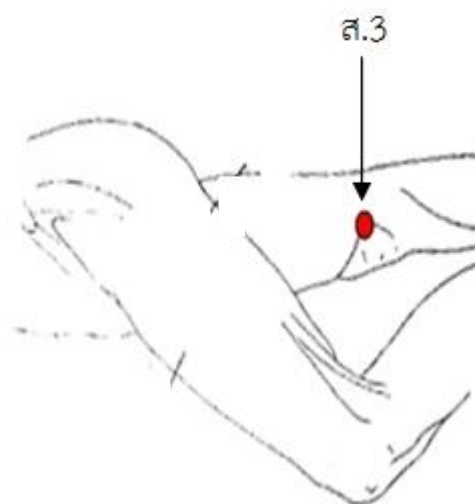
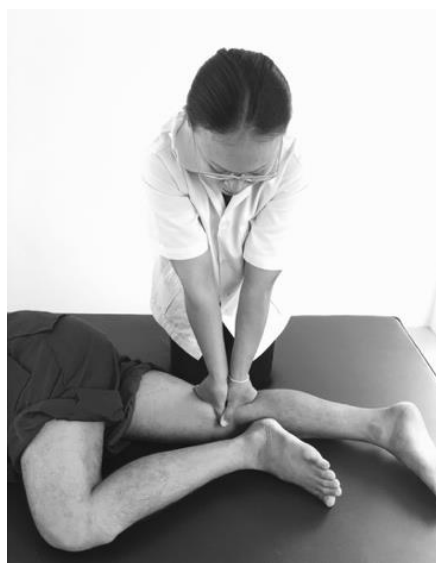


ภาพที่ ง-2 การกดสัญญาณที่ 2 ขาด้านนอก

การกดสัญญาณที่ 2 กดใต้ปุ่มกระดูก Ilium กดลงที่กล้ามเนื้อ Gluteal Medius กดลงที่เส้นประสาท Gluteal Nerve และกดลงที่หลอดเลือด Superior Gluteal Artery

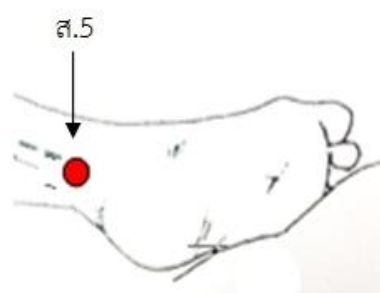
2. สัญญาณขาด้านใน (สหัสรังสี ทวารี)

กดสัญญาณที่ 3



ภาพที่ ง-3 การกดสัญญาณที่ 3 ขาด้านใน

การกดสัญญาณที่ 3 ชาด้านใน กดลงที่กระดูก Femur กดลงที่กล้ามเนื้อ Vastus Medialis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Femoral Nerve กดลงที่หลอดเลือด Femoral Artery กดสัญญาณที่ 5



ภาพที่ ง-4 การกดสัญญาณที่ 5 ชาด้านใน

การกดสัญญาณที่ 5 ชาด้านใน โดยกดลงที่กระดูก Tarsal Joint กดลงที่บริเวณเอ็นกล้ามเนื้อ Tendon of Tibialis Posterior กดลงที่เส้นประสาท Tibia Nerve กดลงที่หลอดเลือด Posterior Tibial Artery จุดหยั่งเฉวียน (Yong-Quan) บริเวณฝ่าเท้า



ภาพที่ ง-5 การกดจุดหยั่งเฉวียน (Yong-Quan) บริเวณฝ่าเท้า

อยู่ตรงรอยบุ๋มบนฝ่าเท้าเหยียดเท้าลงให้นิ้วเท้าทั้งห้างุ้มเข้าหาฝ่าเท้า ๆ จะปรากฏรอยบุ๋มจุดหย่งเฉวียนอยู่ที่รอยต่อระหว่างด้านหน้า 1/3 กับด้านหลัง 2/3 ของแนวยาวของฝ่าเท้า

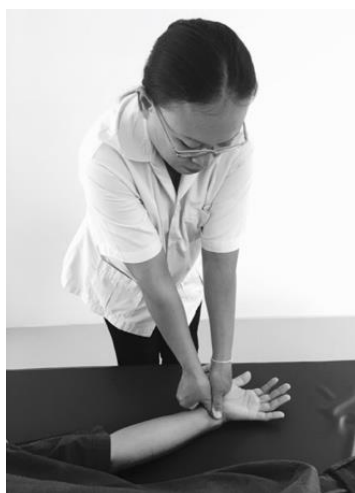
3. สัญญาณแขนด้านใน

จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6



ภาพที่ ง-6 การกดจุดจุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6 อยู่เหนือรอยพับข้อมือ 2 ชู่น

จุดเส้นเหมิน (Shen Men) HT7



ภาพที่ ง-7 การกดจุดจุดเส้นเหมิน (Shen Men) HT7

อยู่บนเส้นข้อมื่อด้านใน ด้านนิ้วก้อยขอบด้านในของ Flexor Carpi Ulnaris เทียบเคียงได้กับสัญญาณ 5 กดจุดกึ่งกลางข้อมือ เหนือจุดสร้อยข้อมือ เล็กน้อย โดยกดลงที่กระดูก Ulnar & Radius กดลงที่กล้ามเนื้อ Flexor Carpi Palmaris กดลงที่เส้นประสาท Median & Ulnar Nerve กดลงที่เส้นเลือด Radial & Ulnar Artery

ลูกสัญญาณ 5 เทียบเคียงได้กับ จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8

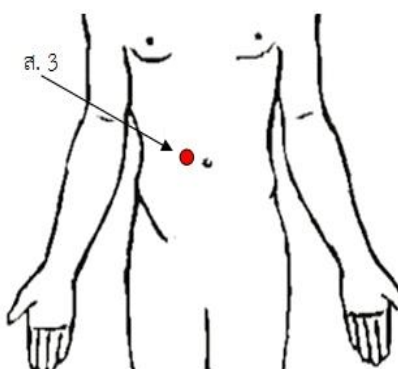


ภาพที่ ง-8 การกดจุดลูกสัญญาณ 5 จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8

กดจุดที่อยู่ปลายนิ้วกลางเวลากำมือระหว่างกระดูกฝ่ามือที่ 2-3 เวลากำมือจุดนี้จะอยู่ตรงกับปลายนิ้วกลาง

4. สัญญาณทอง (สุนนา)

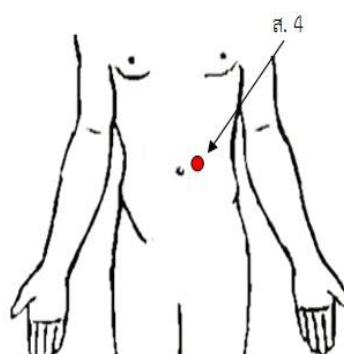
กดสัญญาณ 3



ภาพที่ ง-9 การกดสัญญาณ 3 ทอง

การกดสัญญาณ 3 ท้อง ไม่กดโดนกระดูกโดยตรง กดลงที่กล้ามเนื้อ Internal Oblige Muscle, External Oblige Muscle และ Transversus Abdominis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Lateral Femoral Cutaneous Nerve กดลงที่หลอดเลือด Lumbar Artery ซึ่งสัญญาณ 3 ท้องจะอยู่ทางด้านขวา

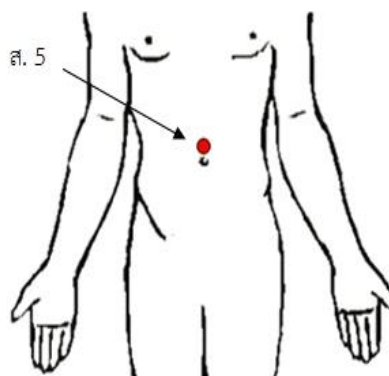
กดสัญญาณ 4



ภาพที่ ง-10 การกดสัญญาณ 4 ท้อง

การกดสัญญาณ 4 ท้อง ไม่กดโดนกระดูกโดยตรงกดลงที่กล้ามเนื้อ Internal Oblige Muscle, External Oblige Muscle และ Transversus Abdominis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Lateral Femoral Cutaneous Nerve กดลงที่หลอดเลือด Lumbar Artery ซึ่งสัญญาณ 4 ท้องจะอยู่ทางด้านซ้าย

กดสัญญาณ 5

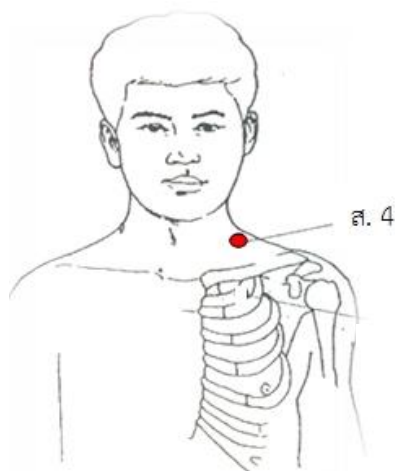


ภาพที่ ง-11 การกดสัญญาณ 5 ท้อง

การกดสัญญาณ 5 ท้อง ไม่กดโดนกระดูกโดยตรง กดลงที่กล้ามเนื้อ Rectus Abdominis Muscle ไม่กดลงที่เส้นประสาท กดลงที่หลอดเลือด Abdominal Aorta

5. สัญญาณหัวไหล่ (สหัสรังสี จันทภูสัง ทวารี รุทัง)

กดสัญญาณ 4

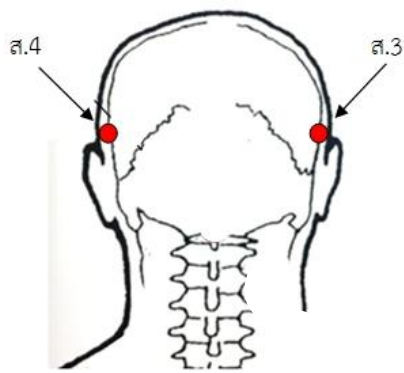


ภาพที่ ง-12 การกดสัญญาณ 4 หัวไหล่

การกดสัญญาณ 4 หัวไหล่ จะกดลงที่เหนือกระดูก Clavicle กดลงที่กล้ามเนื้อ Omohyoid กดลงที่เส้นประสาท Brachial Plexus Nerve

6. สัญญาณศีรษะด้านหลัง (รุทัง สุมนา)

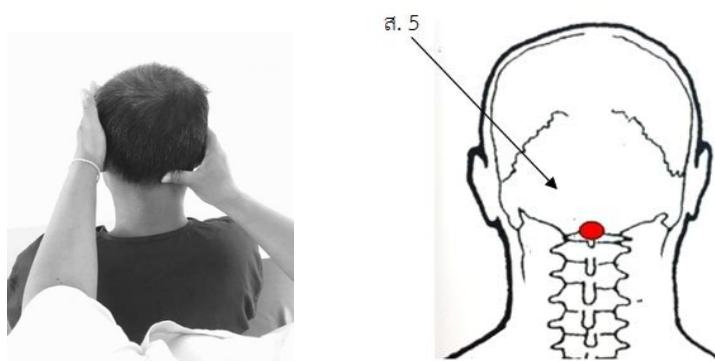
กดสัญญาณ 3 และ 4



ภาพที่ ง-13 การกดสัญญาณ 3 และ 4 ศีรษะด้านหลัง

การกดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลัง กดลงบริเวณที่เรียกว่า Occipital Condyle ที่กระดูก Temporal & Parietal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Temporalis Muscle กดลงที่เส้นประสาท Auriculotemporal Nerve กดลงที่หลอดเลือด Super Facial Temporal Artery & Vein ซึ่งสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลังอยู่ด้านขวา และสัญญาณ 4 ศีรษะด้านหลังอยู่ด้านซ้าย

กดสัญญาณ 5

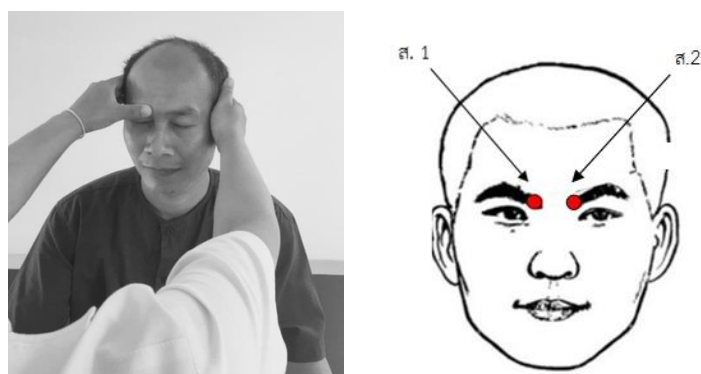


ภาพที่ ง-14 การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง

การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง กดลงบริเวณที่อยู่ระหว่าง External Occipital Protuberance กับ Crest กดลงที่กล้ามเนื้อ Trapezius และ Ligamentum Nuchae กดลงที่เส้นประสาท Occipital Nerve กดลงที่หลอดเลือด Occipital Artery & Vein

7. สัญญาณศีรษะด้านหน้า (ทวารี่ สหฺสรังสี รุทัง จันทภูสัง)

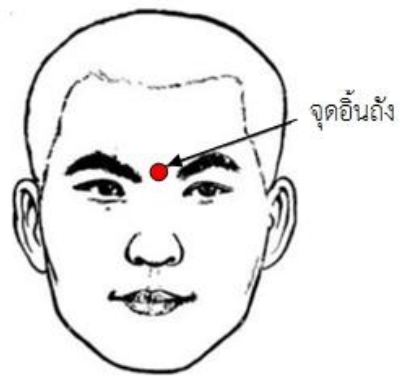
กดสัญญาณ 1 และ 2



ภาพที่ ง-15 การกดสัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า

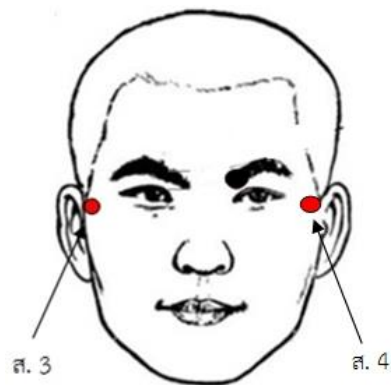
การกดสัญญาณ 1 และ 2 ศีรษะด้านหน้า กดลงที่กระดูก Frontal Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Corrugator Supercilii Muscle กดลงที่เส้นประสาท Supratrochlear Nerve กดลงที่เส้นเลือด Supratrochlear Artery ซึ่งสัญญาณ 1 อยู่หัวคิ้วด้านขวาและสัญญาณ 2 อยู่หัวคิ้วด้านซ้าย

จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3



ภาพที่ ง-16 การกดจุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3 ศีรษะด้านหน้า

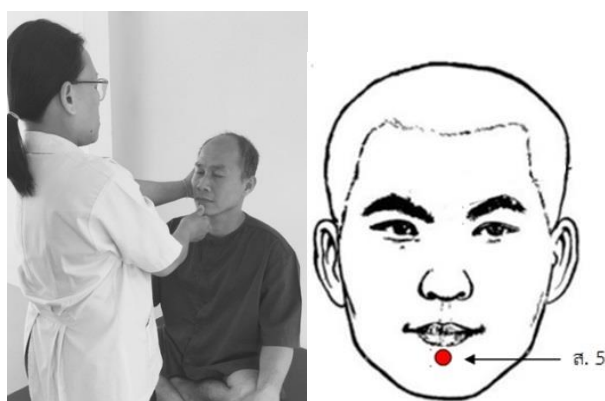
จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3 จุดอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง ระหว่างกดสัญญาณ 1 และ 2
กดสัญญาณ 3 และ 4



ภาพที่ ง-17 กดสัญญาณ 3 และ 4 ศีรษะด้านหน้า

การกดสัญญาณ 3 และ 4 ศีรษะด้านหน้า กดลงที่กระดูก Temporal Bone กดลงที่มัดกล้ามเนื้อ Masseter กดลงที่เส้นประสาท Nerve of Masseter และเส้นประสาท Mandibular Nerve กดลงที่หลอดเลือด Transverse Facial Branch of Superficial Artery ซึ่งสัญญาณ 3 อยู่ร่องขากรรไกรหน้าด้านขวาและสัญญาณ 4 อยู่ร่องขากรรไกรหน้าด้านซ้าย

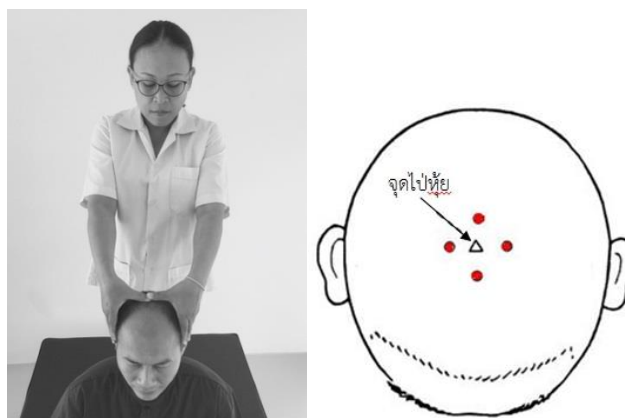
กดสัญญาณ 5



ภาพที่ ง-18 กดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า

การกดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า กดลงที่กระดูก Mandible Bone กดลงที่กล้ามเนื้อ Mentalis, Orbicularis Oris, Inferior Incisive Muscle กดลงที่เส้นประสาท Mental Nerve กดลงที่หลอดเลือด Mental Artery

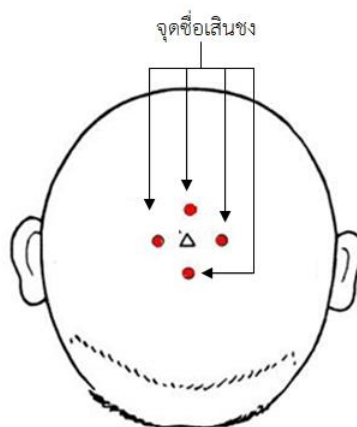
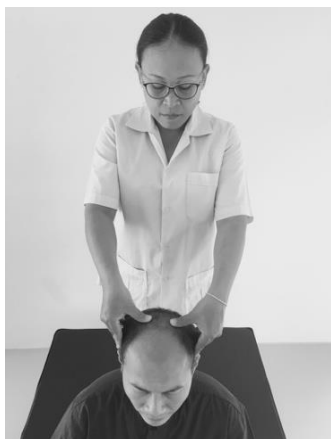
จุดจอมประสาท



ภาพที่ ง-19 การกดจุดไปห้วย (Bai-Hui) GV20

แนวเสกหน้าตัดกับแนวหน้าหู จุดไปหุ้ย (Bai-Hui) GV20 อยู่เหนือชายผมด้านหน้าขึ้นไป 5 นิ้ว กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อระหว่างยอดใบหูสองข้างเป็นจุดฝังเข็มที่อยู่สูงสุด

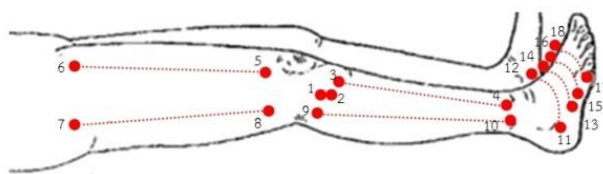
จุดช้อเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1



ภาพที่ ง-20 การกดจุดช้อเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1

กลุ่มจุด 4 จุด อยู่กลางกระหม่อม โดยใช้ จุดไปหุ้ย (Bai-Hui) GV 20 จุดศูนย์กลาง จุดทั้งสี่อยู่ห่างจุดไปหุ้ยไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้ายและด้านขวา ด้านละ 1 นิ้ว โดยมีลำดับการนวดดังนี้

1. นวดพื้นฐานขาเริ่มจากขาซ้ายและการเปิดประตูลม



ภาพที่ ง-21 การนวดพื้นฐานขา

การนวดพื้นฐานขา มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวดดังนี้

จุดที่ 1 เรียกว่า จุดนาคบาท ตำแหน่งนี้อยู่ด้านข้างของขาที่อนกลางส่วนบน ตรงกับจุดตัดระหว่างเส้นแนวตั้ง ที่ลากห่างจากขอบนอกของสะบ้าหัวเข่าไปทางด้านหลัง 2 นิ้วมือ จุดนี้อยู่ห่างมาทางด้านหน้าของกระดูกน่อง 1 นิ้วมือ

จุดที่ 2 ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ต่อจากจุดที่ 1 ไปทางปลายเท้า 1 นิ้วมือ

แนวเส้นขาที่อ่อนบนและขาที่อ่อนล่าง แบ่งออกเป็น 4 แนวเส้น ดังนี้

แนวเส้นที่ 1 เริ่มต้นจาก **จุดที่ 3** ซึ่งอยู่ต่ำกว่าจุดที่ 2 ประมาณ 1 นิ้วมือ อยู่ชิดกับสันหน้าแข้ง ไหลลงไปตามขอบสันหน้าแข้งจนถึง **จุดที่ 4** ซึ่งเป็นจุดสิ้นสุดของกระดูกสันหน้าแข้ง เหนือส่วนบนสุดของตาตุ่มนอก 1 นิ้วมือ

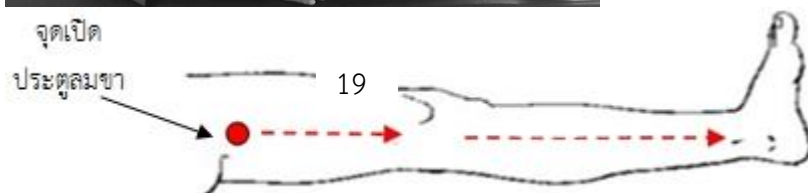
แนวเส้นที่ 2 เริ่มต้นจาก **จุดที่ 5** ซึ่งอยู่ที่จุดตัดระหว่างเส้นตามแนวตั้งจากขอบนอกของสะบ้าหัวเข่ากับเส้นตามแนวระนาบ 2 นิ้วมือ เหนือขอบบนของสะบ้าหัวเข่า ไหลขึ้นไปจนถึง **จุดที่ 6** ที่อยู่ชิดหัวตะคาก

แนวเส้นที่ 3 เริ่มต้นจาก **จุดที่ 7** ซึ่งอยู่ห่างจากจุดที่ 6 ออกมาทางด้านหลังและด้านนอก ประมาณ 1 ฝ่ามือ ไหลไปจนถึงจุดที่ซึ่งเป็นจุดตัดระหว่างเส้นตามแนวตั้งซึ่งลากห่างจากขอบนอกของสะบ้าหัวเข่าไปทางด้านหลัง 3 นิ้วมือกับเส้นตามแนวระนาบเหนือขอบบนของสะบ้าหัวเข่า 2 นิ้วมือ

แนวเส้นที่ 4 เริ่มต้นจาก **จุดที่ 9** ซึ่งอยู่หัวกระดูกน่อง ไหลลงไปตามแนวกระดูกนี้ จนถึงจุดที่ 10 ซึ่งอยู่ส่วนบนของตาตุ่ม 1 นิ้วมือ

แนวเส้นหลังเท้า มีอยู่ 4 แนวเส้น **แนวเส้นที่ 1** เริ่มต้นจาก **จุดที่ 11** ซึ่งอยู่ที่โคนกระดูกฝ่าเท้าชั้นที่ 5 ผ่านขึ้นมาบนหลังเท้าจนถึงจุดที่ 12 ซึ่งอยู่ที่โคนกระดูกฝ่าเท้าชั้นที่ 1 อีก 3 แนวเส้นขนานกับเส้นแรก ถัดไปทางปลายเท้า แต่ละแนวเส้นห่างกันประมาณ 1 นิ้วมือ **แนวเส้นสุดท้าย** เริ่มจากจุดที่ 17 ซึ่งอยู่บนกระดูกฝ่าเท้าชั้นที่ 5 ไปจนถึง **จุดที่ 18** ซึ่งอยู่บนตัวกระดูกฝ่าเท้าชั้นที่ 1

การเปิดประตูลม



ภาพที่ ง-22 การเปิดประตู

จุดที่ 19 เรียกว่า จุดเปิดประตูลมชา วิธีกำหนดจุดนี้ให้ลากเส้นจากหัวตะคาก ทำมุม 45 องศา กับเส้นตามแนวระนาบที่ผ่านหัวตะคาก จุดนี้อยู่ต่ำกว่าแนวเส้น 2 นิ้วมีอยู่บริเวณกึ่งกลางรอยพับขาหนีบ สังเกตว่าชีพจรเต้นตรงกับหลอดเลือดแดงใหญ่ของขาที่นอนบน

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานชา ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่านั่งพับเพียบ ยกเว้นการนวดเปิดประตูลมชา ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า

การนวดพื้นฐานชา แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดจุดที่ 1 และจุดที่ 2 ผู้นวดบำบัดนั่งพับเพียบอยู่ระดับหัวเข่าและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด ปลายเท้าจะหันไปทางปลายเท้าผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับขาข้างที่จะนวดลงที่จุดนาคบาท กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 45 องศา หลังจากนั้นเลื่อนนิ้วหัวแม่มือซึ่งอยู่ในลักษณะเดิมไปกดนวดที่จุดที่ 2 ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุด ใช้คาบน้อยคือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบาคือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดแนวเส้นขาที่นอนบนและที่นอนล่าง มี 4 แนวเส้น ดังนี้

การนวดแนวเส้นที่ 1 ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าเดิม ขยับตัวจากตำแหน่งที่นวดจุดที่ 2 ไปทางปลายเท้าของผู้รับการบำบัดเล็กน้อย คือ อยู่ระดับส่วนบนของขาที่นอนล่าง และหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองคู่กัน เริ่มจากจุดที่ 3 กดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น แล้วนวดไล่เรียงไปตามเส้นจนถึงจุดที่ 4 ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของการนวดเส้นที่ 1 ให้กดบนกล้ามเนื้อซิดกระดูกสันหลังล่างไม่กดบนกระดูก ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดแนวเส้นที่ 2 ผู้นวดบำบัดนั่งพับเพียบอยู่ระดับหัวเข่าและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 ข้างคู่กันที่จุดที่ 5 กดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น แล้วนวดไล่เรียงขึ้นไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 6 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นที่ 2 ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดแนวเส้นที่ 3 ผู้นวดบำบัดนั่งพับเพียบอยู่ระดับสะโพกและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 7 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง แล้วนวดเรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 8 ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นที่ 3 ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดแนวเส้นที่ 4 ผู้นวดบำบัดนั่งพับเพียบอยู่ระดับส่วนบนของขาที่นอนล่างและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 9 นวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง นวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 10 ซึ่งเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นที่ 4 ระยะเวลาของการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 3 การนวดแนวเส้นหลังเท้า ผู้นวดบำบัดนั่งพับเพียบอยู่ระดับกึ่งกลางหน้าแข้งและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัดวางนิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับขาของผู้รับการบำบัดลงที่จุดที่ 11 ในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง กดรีดไปตามแนวเส้น จนถึงจุดที่ 12 แล้วยกนิ้วหัวแม่มือขึ้น

กตเรียงไปที่ละแนวเส้น เพื่อคลายหลังเท้า ระยะเวลาในการกดรีดแนวเส้นละ 2-3 วินาที หลังจากนั้นจับปลายเท้าของผู้รับการบำบัดแบะออกไปทางด้านข้างเพื่อเตรียมนวดประตุลมขาต่อไปใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

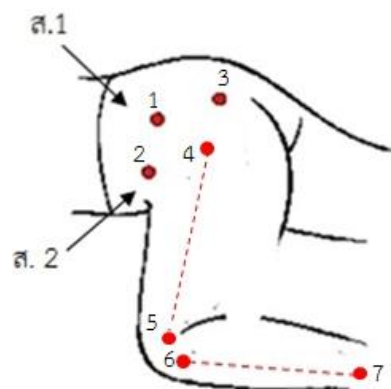
ขั้นตอนที่ 4 การนวดเปิดประตุลมขา หลังจากนวดคลายหลังเท้าแล้ว ผู้นวดบำบัดเลื่อนตัวขึ้นมานั่งคุกเข่าทั้ง 2 ข้างคู่กัน โดยไม่นั่งทับสันเท้า หัวเข่าอยู่ระดับเดียวกับจุดเปิดประตุลมขา และหันหน้าไปทางศีรษะของผู้รับการบำบัด วางปลายนิ้วก้อยแตะหัวตะคาก ให้สันมือทำมุม 45 องศากับเส้นตามแนวอนที่ลากผ่านหัวตะคาก เมื่อวางฝ่ามือลงส่วนของสันมือที่อยู่ในแนวแกนนิ้วนางจะอยู่ตรงกับจุดที่ 19 บริเวณกึ่งกลางขาหนีบ ซึ่งจะรู้สึกสัมผัสได้ชีพจรของหลอดเลือดแดงใหญ่ของขาที่อนบน กตนวดด้วยการโน้มตัวลงเพื่อใช้น้ำหนักตัวเพิ่มแรงกด แรงที่ใช้ในการกตนวดต้องมีทิศทางกับจุดเปิดประตุลมขา กตจนชีพจรที่สัมผัสได้เต้นเบาลงหรือหายไป แล้วนั่งไว้ ระยะเวลาในการกตนวดใช้ 1 คาบใหญ่ จึงค่อยคลายแรงกด **ไม่ควรกตนานเกิน 45 วินาที** ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์ ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานขา มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อของขา เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณ เพื่อการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับหลัง สะโพก ขา เข่า เท้า และท้อง

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานขา จะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวังและนวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตามนอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้วสิ่งที่ผู้นวดบำบัดต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ คือ การนวดเปิดประตุลมขา หากผู้นวดบำบัดวางตำแหน่งมือทำมุมมากหรือน้อยกว่า 45 องศา หรือกตเหนือจุดเปิดประตุลมขา อาจทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดอาการชัดยอกที่บริเวณต้นขาด้านหน้า ในขณะที่เดินได้

2. การนวดพื้นฐานขาด้านนอก ข้างซ้ายและขวา



ภาพที่ ง- 23 การนวดพื้นฐานขาด้านนอก ข้างซ้าย

การนวดพื้นฐานทางด้านนอก หมายถึง การนวดกดจุดและแนวเส้นบนกล้ามเนื้อทางด้านนอก ตั้งแต่บริเวณสะโพกไปจนถึงข้อเท้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ บริเวณสะโพก ขาท่อนบนด้านนอก เริ่มจากบริเวณสะโพกไปจนถึงข้อเท้า และขาด้านล่างด้านนอก เริ่มจากข้อเท้าถึงด้านหน้าของตาตุ่มนอก การนวดพื้นฐานทางด้านนอกให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้งจัดทำของผู้รับการบำบัดและผู้นวดบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานทางด้านนอก ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านอนตะแคงศีรษะข้างหนึ่ง แนวนิ้วหัวไหล่ตั้งฉากกับพื้น

การนวดพื้นฐานทางด้านนอก มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวดดังนี้

จุดที่ 1 ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ในแนวด้านข้างลำตัว ต่ำกว่าขอบบนของกระดูกสะโพก 1 นิ้วมือ หรือเป็นจุดตัดระหว่างเส้นแนวตั้งด้านข้างลำตัว กับเส้นแนวระนาบที่ลากผ่านหัวตะคอก

จุดที่ 2 ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ที่จุดตัดของเส้นตามแนวตั้งที่ห่างจากหัวตะคอกไปทางด้านหลัง 2 นิ้วมือ ตัดกับเส้นตามแนวระนาบต่ำกว่าหัวตะคอก 1 นิ้วมือ

จุดที่ 3 ตำแหน่งของจุดนี้เป็นจุดของเส้นที่ลากจากหัวตะคอก ซึ่งทำมุม 45 องศา กับแนวระนาบที่ผ่านหัวตะคอกกับเส้นตามแนวระนาบที่ลากผ่านปลายกระดูกกระเบนเหน็บขึ้นไป 5 ถ้าสังเกตจะพบว่า จุดนี้อยู่ที่รอยบุ๋มกึ่งกลางสะโพก

แนวเส้นขาท่อนบนด้านนอก เริ่มจาก**จุดที่ 4** ซึ่งอยู่ห่างจากจุดที่ 3 ประมาณ 1 นิ้วมือ จุดนี้อยู่บนร่องด้านหลังของขาท่อนบน ซึ่งเกิดจากขอบหลังของกล้ามเนื้อคลุมด้านหน้าและด้านหลังของขาท่อนบน ไส้ลงไปตามร่องจนถึง**จุดที่ 5** อยู่เหนือหัวเข่าประมาณ 2 นิ้วมือ

แนวเส้นขาท่อนล่างด้านนอก เรียกว่า เส้นซงษ์ประพาส เริ่มต้นจาก**จุดที่ 6** ซึ่งอยู่ด้านหน้าและต่ำกว่ากระดูกน่อง 1 นิ้วมือ ไส้ลงไปตามแนวกระดูกจนถึง**จุดที่ 7**

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานทางด้านนอก ผู้นวดจะอยู่ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า

การนวดพื้นฐานทางด้านนอก แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดบริเวณสะโพก 3 จุด มีวิธีการนวดดังนี้

การนวดจุดที่ 1 ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า เข่าด้านบนของผู้นวดอยู่ระดับเดียวกับชายโครงซี่ที่ 10 ของผู้รับการบำบัด หันหน้าไปทางเดียวกับผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 1 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง ระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดจุดที่ 2 ผู้นวดบำบัดนั่งในท่าและตำแหน่งเดิม วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 2 กดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น ระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดจุดที่ 3 ผู้นวดบำบัดนั่งในท่าเดิม ขยับตัวออกจากตำแหน่งที่นั่งนวดจุดที่ 2 ลงไปทางปลายเท้าของผู้บำบัดเล็กน้อย หันลำตัวไปทางศีรษะของผู้รับการบำบัดให้ท่ามุม 45 องศา กับลำตัวของผู้รับการบำบัด แล้ววางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 3 กดนวดในลักษณะคว่ำมือ ให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง ระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดแนวเส้นขาท่อนบนด้านนอก ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าและตำแหน่งเดียวกับการกดจุดที่ 3 แล้ววางนิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับขาของผู้รับการบำบัดลงที่ จุดที่ 4 กดนวดในลักษณะคว่ำมือ ให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง โดยมีมืออีกข้างหนึ่งแนบชิดลำตัว ให้ทิศของแรงซ้อนกล้ามเนื้อไปทางด้านหน้าเพื่อคลายกล้ามเนื้อ นวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 5 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นขาท่อนบนด้านนอก ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้เวลาสั้น ๆ ประมาณ 2-3 วินาที (สั้นกว่าคาบน้อย)

ขั้นตอนที่ 3 การนวดแนวเส้นขาท่อนล่างด้านนอก ขยับปลายขาท่อนล่างของผู้รับการบำบัดข้างที่คู่ ให้ขนานกับข้างที่เหยียด โดยให้ส้นเท้าอยู่ประมาณกึ่งกลางหน้าแข้งของข้างที่เหยียด ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้งสองข้างโดยไม่นั่งทับส้นเท้าอยู่ระดับส่วนบนของขาท่อนล่างของผู้รับการบำบัดข้างที่คู่แล้ววางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 6 กดนวดในลักษณะหงายมือ ให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น นวดไล่ลงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 7 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นขาท่อนล่างด้านนอก ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ประโยชน์ของการนวด

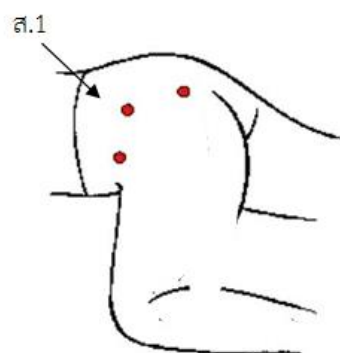
การนวดพื้นฐานขาด้านนอก มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อของขา เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณ เพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวกับหลัง สะโพก ขา เข่า เท้า และท้อง

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานขาด้านนอก จะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และนวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้ว ผู้นวดบำบัดควรต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดมีภาวะข้อเข่าอักเสบ ข้อเสื่อม ข้อสะโพกติด ใส่ข้อสะโพกเทียม และหากผู้รับการบำบัดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เหยียดคู้เข้าไม่ได้ ผู้นวดบำบัด **ต้องไม่กดนวดจุดที่ 2** เพราะจะทำให้กระดูกข้อต่อสะโพกหลวมมากขึ้นและอาจเคลื่อนหลุดได้

เน้นจุดสัญญาณ

1. สัญญาณ 1

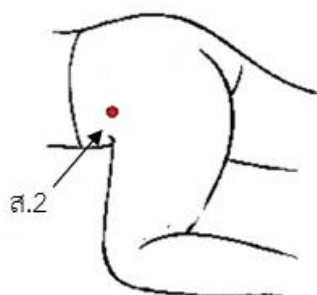


ภาพที่ ง-24 การนวดจุดสัญญาณ 1 ชาด้านนอก

วิธีนวด ใช้นิ้วก่ากบาท หรือนิ้วซ้อนมือ โดยมือล้าเป็นหลักคว้ามือกกดจุดสูงสุดของสะโพกที่ตรงกับนวกลางต้นชาด้านข้าง (ส.1) ตัดกับนวกลางตัว ผู้นวดคูกเขา ให้เขาด้านบนอยู่ตรงช่วงเอวคอดของผู้นวด คือ ใช้คาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวดจ้ยความร้อนไปทั่วชาด้านนอกถึงปลายเท้า แก้มปราบที่ชา ชาชา ชาลึบช่วยแกัโรคเกี่ยวกับสะโพก เช่น ชัดสะโพกข้อต่อสะโพกเสื่อมอัมพาต

2. สัญญาณ 2



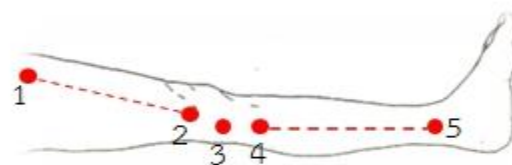
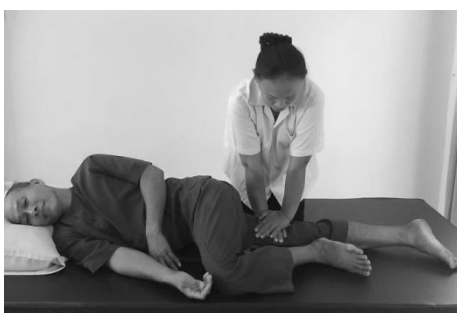
ภาพที่ ง-25 การนวดจุดสัญญาณ 2 ชาด้านนอก

วิธีนวดใช้นิ้วคูก่ากบาท หงายมือ กดด้านหล้งปุ่มกระดูกหัวตะคาก ผู้นวดคูกเขา ให้เขาด้านบนอยู่ตรงช่วงเอวคอดของผู้นวดคือใช้คาบใหญ่คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด ง่ายความร้อนเข้าหัวต่อกระดูกสะโพกออกต้นขาและปลีร่อง แก้กั๊ดสะโพก หัวต่อกระดูกและเข้าสะโพกอีกเสบ โรคเกี่ยวกับหมอนรองกระดูก สัญญาณ 1 และ 3 แก้กั๊ดอัมพาต ขา และข้อต่อสะโพกเสื่อม ช่วยกรณีผลักรกระดูกสะโพกให้เข้าที่

ข้อควรระวัง ห้ามกดในรายผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเหยียดคู้ งอขาไม่ได้ เพราะจะทำให้กระดูกสะโพกเคลื่อนมากขึ้น

3. การนวดพื้นฐานทางด้านใน ข้างซ้ายและขวา



ภาพที่ ง-26 การนวดพื้นฐานทางด้านใน

การนวดพื้นฐานทางด้านใน หมายถึง การนวดกดจุดและแนวเส้นบนบริเวณกล้ามเนื้อขา ด้านใน ตั้งแต่บริเวณโคนขาจนถึงปลายเท้า ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ขาท่อนบนด้านใน เริ่มจากโคนขาจนถึงจุดเหนือข้อพับเข่า **จุดข้อพับเข่า** และ **ขาท่อนล่างด้านใน** เริ่มจากตำแหน่งต่ำกว่าขาลงมาจนถึงด้านหลังของตาตุ่มใน การนวดพื้นฐานทางด้านในให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้งจัดทำของผู้รับการบำบัดและผู้นวดบำบัดได้ถูกต้องเหมาะสมแล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานทางด้านใน ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านอนตะแคงคู้เข้าข้างหนึ่ง แนวนิ้วไหล่ตั้งฉากกับพื้น

การนวดพื้นฐานทางด้านใน มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวด ดังนี้

แนวเส้นขาท่อนบนด้านใน เริ่มจากจุดที่ 1 ซึ่งอยู่ที่ตำแหน่งจุดตัดของเส้นตามแนวดิ่งที่ผ่านกึ่งกลางของขาด้วนบน กับเส้นตามแนวระนาบที่ตำแหน่งต่ำกว่ากันย้อย 2 นิ้วมือ ไปจนถึงจุดที่ 2 ซึ่งเป็นจุดตัดของเส้นกึ่งกลางขาด้วนในกับเส้นตามแนวระนาบเหนือขอบบนของสะบ้า 2 นิ้วมือ ถ้ากดนวดที่จุดที่ 1 ได้ถูกต้อง ผู้นวดบำบัดจะรู้สึกสัมผัสได้ถึงชีพจรของหลอดเลือดแดงใหญ่ของขาท่อนบน

จุดกึ่งกลางข้อพับเข่า จุดที่ 3 หรือ จุดเปิดประตูลมเข่า อยู่บริเวณกึ่งกลางข้อพับเข่า ณ จุดนี้ผู้นวดบำบัดจะรู้สึกสัมผัสได้ถึงชีพจรของหลอดเลือดแดงที่ข้อพับเข่า

แนวเส้นขาท่อนล่างด้านใน เริ่มจากจุดที่ 4 ซึ่งอยู่ที่ตำแหน่งจุดตัดของเส้นแนวดิ่งชิดกระดูก

แข่งด้านในกับเส้นระนาบใต้ปุ่มกระดูกด้านใน ส่วนปลายบนของกระดูกแข็งลงมาประมาณ 2 นิ้วมือ ไส้ลงไปบนกล้ามเนื้อจนถึงจุดที่ 5 ที่อยู่บนขอบบนของตาตุ่มใน

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานทางด้านใน ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า

การนวดพื้นฐานทางด้านใน แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดแนวเส้นขาท่อนบนด้านใน ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้าอยู่ระดับโคนขาของผู้รับการบำบัด และหันไปทางเดียวกับผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 1 กดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น นวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 2 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นขาท่อนบนด้านใน ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดจุดกึ่งกลางข้อพับเข่า หรือที่เรียกว่า **การนวดเปิดประตูลมเข่า** ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าเดิม อยู่ระดับขาของผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือข้างตรงกันข้ามกับขาข้างที่นวดลงที่จุดที่ 3 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง ระยะเวลาในการนวดใช้คาบใหญ่ใช้คาบใหญ่ ไม่ควรกดนวดนานเกิน 45 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 3 การนวดแนวเส้นขาท่อนล่างด้านใน ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าเดียวกับขั้นตอนที่ 2 ขยับไปทางปลายเท้าเล็กน้อย วางนิ้วหัวแม่มือข้างตรงกันข้ามกับขาข้างที่นวดลงที่จุดที่ 4 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 90 องศา นวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นขาท่อนล่างด้านใน ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ประโยชน์ของการนวด

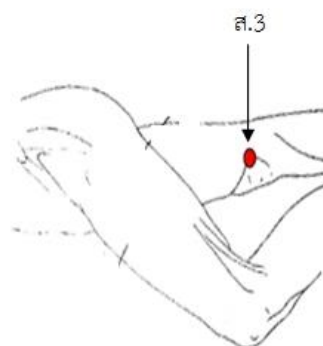
การนวดพื้นฐานทางด้านใน มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัวและเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อขา เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณ เพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวกับหลัง สะโพก ขา เท้า และท้อง

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานทางด้านในจะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวังและนวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้วผู้นวดบำบัดต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษในการกดนวดจุดกึ่งกลางข้อพับเข่า กรณีที่ผู้รับการบำบัดมีอาการเจ็บเข่า และต้องระวังในการกดนวดแนวเส้นขาท่อนล่างด้านใน หากผู้รับการบำบัดมีเข่า หรือขาผิดปกติ

เน้นจุดสัญญาณ

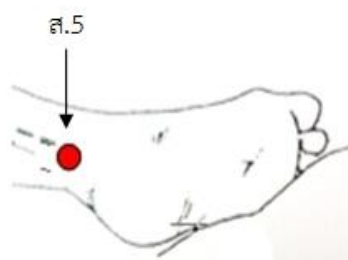
1. สัญญาณ 3



ภาพที่ ง-27 สัญญาณ 3 ชาด้านใน

วิธีนวดใช้นิ้วคู่ขนาน หงายมือ (กดแล้วดึงมือกลับเล็กน้อย) กดจุดแนวร่องกล้ามเนื้อบวมข้างสะบ้าตัดกับ 1 ใน 3 ของต้นขาใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์ ผลการนวด ง่ายความร้อนเข้าเข้าแก้โรคเกี่ยวกับเข้า เช่น จับโป่ง ลำบองเข้าเคลื่อน (จุดนี้ไม่กดแรง ถ้ากดแรงขาจะไม่มีกำลัง)

2. สัญญาณ 5



ภาพที่ ง-28 การกดสัญญาณ 5 ชาด้านใน

วิธีนวด ใช้นิ้วคู่กากบาท วางนิ้วชี้เข้าหาตัวผู้นวด กดตรงรอยบวมใต้ตาตมด้านในพร้อมดันปลายเท้ากระดูกขึ้นเล็กน้อยใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด ง่ายความร้อนเข้าข้อเท้าออกฝ่าเท้า แก้อโรคเกี่ยวกับข้อเท้า เช่น ข้อเท้าเคลื่อน ข้อเท้าแพลง แก้อาการอักเสบ อาการเกร็งหรือตะคริวขาปลายเท้าช่วยแก้ลมขึ้นเบื้องสูง (ความดันโลหิตสูง) แก้อาการชัก เช่นลมบ้าหมู หัวใจวาย หรือสลับชั่วคราว ใช้ตรวจข้อเท้า หลุด หรือข้อเท้าเคลื่อนว่าเข้าที่หรือไม่ ถ้าไม่เข้าที่สัญญาณนี้จะไม่เด่นบริเวณฝ่าเท้า

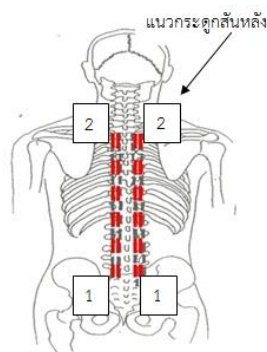
3. จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11



ภาพที่ ง-29 จุดหย่งเฉวียน (Yong-Quan) K11

อยู่ตรงรอยบุ๋มบนฝ่าเท้าเหยียดเท้าลงให้นิ้วเท้าทั้งห้างุ้มเข้าหาฝ่าเท้า จะปรากฏรอยบุ๋มหรือเมื่อกางนิ้วเท้าออกจะเป็นแอ่งบุ๋ม จุดนี้จะอยู่กลางแอ่งอยู่ที่รอยต่อระหว่าง ด้านหน้า 1/3 กับ ด้านหลัง 2/3 ของแนวยาวของฝ่าเท้า วิธีนวด คือ ใช้นิ้วโป้งกดที่จุดโดยนิ้วมือที่เหลือรองรับหลังเท้าไว้ กดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

4. การนวดพื้นฐานหลัง ท่านอน



ภาพที่ ง-30 การนวดพื้นฐานหลังท่านอน

การนวดพื้นฐานหลัง หมายถึง การกदनวดแนวเส้นบนกล้ามเนื้อหลัง ตั้งแต่บั้นเอวไปจนถึงต้นคอการนวดพื้นฐานหลังให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ จัดท่าของผู้รับการบำบัดและผู้นวดบำบัดได้ถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานหลัง ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่ และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัดดังนี้ **ท่านอนตะแคงคู่เข้าข้างหนึ่ง** ผู้รับการบำบัดนอนตะแคงคู่เข้าขาที่อยู่ด้านบน โน้มตัวให้หัวไหล่และสะโพกไปทางด้านหน้าเล็กน้อย

การนวดพื้นฐานหลัง มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวด ดังนี้

แนวเส้นหลังเริ่มต้นจากจุดที่ 1 ซึ่งอยู่บริเวณบั้นเอว ข้างสันของกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 5 ทางด้านขวาและซ้าย ขนานขึ้นไปกับแนวกระดูกสันหลังจนถึงจุดที่ 2 ซึ่งอยู่ข้างกระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7 ทางด้านขวาและซ้าย

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานหลัง ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าใดขึ้นกับท่าของผู้รับการบำบัด ดังนี้ ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านอน ผู้นวดบำบัดจะอยู่ใน**ท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง** โดยไม่นั่งทับส้นเท้า ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดบำบัดจะอยู่ใน**ท่าหุมนานถวายแหวน**

การนวดพื้นฐานหลังท่านอน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดเหยียดขึ้น ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า อยู่ระดับเอวและหันหน้าไปทางเดียวกับผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับหลังข้างที่จะนวดลงที่จุดที่ 1 ซิดกระดูกสันหลังของผู้รับการบำบัด กदनวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลงนวดไล่เรียงขึ้นไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 2 ใช้แรง **ขนาดเบา** โดยประมาณค่าของแรงเท่ากับ 50 ปอนด์ ระยะเวลาในการกदनวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที

ขั้นตอนที่ 2 การนวดเหยียดลง ผู้นวดบำบัดนั่งในท่าเดิมแต่ถอยห่างออกจากตำแหน่งเดิมเล็กน้อยเพื่อเพิ่มน้ำหนักในการกदनวด แล้วกदनวดไล่เรียงลงตามแนวเดิมจากจุดที่ 2 ไปจนถึงจุดที่ 1 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดพื้นฐานหลังท่านอน ใช้แรง**ขนาดปานกลาง** โดยประมาณค่าของแรงเท่ากับ 70 ปอนด์ ระยะเวลาในการกदनวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที

ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานหลัง มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อของหลัง ทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการกदनวดจุดสัญญาณเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวกับบ่า คอ หลัง สะโพก ขาและท้อง

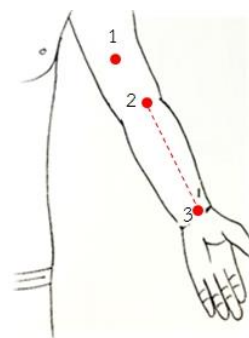
ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานหลังจะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และนวดตามแนวตำแหน่งแนวเส้นอย่างถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตามนอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้ว ผู้นวดบำบัดต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการนวดผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหลังคด

กระดูกพรุน และต้องระวังปลายเท้าทั้ง 4 เมื่อกดนิ้วถึงแนวซี่โครงต้องไม่กดลงน้ำหนักกับชายโครง เพราะหากแผลออกแรงกด อาจเกิดอันตรายกับกระดูกซี่โครง และเมื่อนวดไปถึงบริเวณต้นคอ ผู้นวดบำบัดต้องระวังไม่ให้นิ้วมือทั้ง 4 วางทับหรือล้ำหน้าไปกดหรือบีบลำคอ เพราะอาจทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมได้

5. การนวดพื้นฐานแขนด้านใน

ท่านอน



ภาพที่ ง-31 การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ท่านอน

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน หมายถึง การกดนวดจุดและแนวเส้นบนกล้ามเนื้อแขนด้านใน ตั้งแต่กึ่งกลางแขนท่อนบนด้านในไปจนถึงบริเวณข้อมือแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ **แขนท่อนบน** บริเวณกึ่งกลางแขนท่อนบนด้านใน และ**แขนท่อนล่าง** เริ่มตั้งแต่กึ่งกลางข้อพับศอกไปจนถึงข้อมือการนวดพื้นฐานแขนด้านในให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิภาพ ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งจัดทำของผู้รับการบำบัดและผู้นวดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัด ดังนี้ **ท่านอนหงาย** ผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านอนหงาย เหยียดแขนข้างที่รับการบำบัดให้ตรงและตั้งฉากกับลำตัว หงายฝ่ามือขึ้น

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวด ดังนี้

จุดที่ 1 หรือ จุดเปิดประตูลมแขน ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ที่กึ่งกลางของแขนท่อนบนด้านใน ตรงกับจุดตัดของเส้นแนวตั้งจากแนวหัวกระดูกต้นแขนไปถึงข้อศอกด้านในกับเส้นแนวระนาบเหนือข้อศอกด้านในประมาณ 1 ฝ่ามือ ถ้าสังเกตจะพบว่า จุดนี้อยู่ที่ร่องด้านในของกล้ามเนื้อด้านหน้าต้นแขน และผู้นวดบำบัดจะรู้สึกสัมผัสได้ถึงชีพจรหลอดเลือดแดงของแขนท่อนบน

แนวเส้นแขนท่อนล่างด้านใน เริ่มต้นจากจุดที่ 2 ซึ่งอยู่กึ่งกลางด้านหน้าของข้อพับศอก ลงไปตามแขนท่อนล่างระหว่างกระดูกปลายแขนทั้ง 2 ชิ้น จนถึงจุดที่ 3 ซึ่งอยู่เหนือข้อมือ 1 นิ้วมือ ตรงกับแนวระนาบที่ผ่านปุ่มกระดูกด้านในของข้อมือ ผิวหนังบริเวณดังกล่าวของข้อมือจะมีรอยพับ อยู่โดยรอบ เรียกว่า **เส้นสร้อยข้อมือ**

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าใดขึ้นอยู่กับท่าของผู้รับการบำบัด ดังนี้ ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านอน ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับ ส้นเท้า ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า

การนวดพื้นฐานแขนด้านในท่านอน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดจุดที่ 1 หรือที่เรียกว่า **การนวดเปิดประตูลมแขน** ผู้นวดบำบัด นั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้าอยู่ระดับข้อศอกและหันหน้าไปทางศีรษะของผู้รับการบำบัด ใช้มือข้างตรงข้ามกับแขนข้างที่ไม่ได้รับการบำบัด จับชีพจรบริเวณข้อมือ วางส้นมือข้างเดียวกับแขน ข้างที่รับการบำบัดลงที่จุดที่ 1 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้ปลายนิ้วทั้งสองยื่นออกจากตัวผู้นวดบำบัด ถ้ากดได้ถูกตำแหน่งชีพจรบริเวณข้อมือของผู้รับการบำบัดจะเต้นเบาลง หลังจากนั้น ให้ผู้นวดบำบัด ยกมือข้างที่จับชีพจรมาแนบไว้ข้างลำตัว หรือวางไว้ในท่าเดิม ระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาบใหญ่ ไม่ควรกดนวดนานเกิน 45 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดแนวเส้นแขนท่อนล่างด้านใน ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าและ ตำแหน่งเดียวกับขั้นตอนที่ 1 วางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 2 กดนวดในลักษณะหงายมือให้ นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น แล้วนวดไล่ไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 3 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นแขน ท่อนล่าง ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานแขนด้านใน มีประโยชน์ในการช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อแขน เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุด สัญญาณเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับแขน ข้อศอก ข้อมือ และนิ้วมือ

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานแขนด้านในจะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และ นวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาดและทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจาก ข้อควรระวังทั่วไปแล้ว ผู้นวดต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษ **ไม่ปฏิบัติ** ดังนี้

ไม่นวดบนหรือถ้าเส้นสร้อยข้อมือ เพราะจะทำให้มีมือชา เนื่องจากบริเวณดังกล่าว เส้นประสาทที่ไปเลี้ยงส่วนมือทอดผ่านอยู่ในระดับต้น ๆ การกดนวดเส้นแขนท่อนล่าง ต้องไม่กด ทิศทางของแรงไปทางต้นแขน หากกดนวดไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้รับการบำบัดเป็นลมได้

เน้นจุดสัญญาณ

1. สัญญาณแขนด้านใน จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6



ภาพที่ ง-32 การกดจุดสัญญาณแขนด้านใน จุดเน่ยกวาน (Nei-Guan) PC6

อยู่ระหว่างเส้นเอ็นห่างจากข้อพับมือ เหนือรอยพับข้อมือ 2 นิ้ว วิธีนวดใช้นิ้วโป้งกดหนัก ประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

จุดเส้นเหมิน (Shen Men) HT7



ภาพที่ ง-33 การกดจุดจุดเส้นเหมิน (Shen Men) HT7

อยู่บนเส้นข้อมื่อด้านใน ด้านนิ้วก้อย เทียบเคียงได้กับ สัญญาณ 5 กดจุดกึ่งกลางข้อมื่อเหนือจุดสร้อยข้อมื่อเล็กน้อย วิธีนวดใช้นิ้วโป้งกดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

ลูกสัญญาณ 5 กดจุดที่อยู่ปลายนิ้วกลางเวลากำมือ เทียบเคียงได้กับ จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8

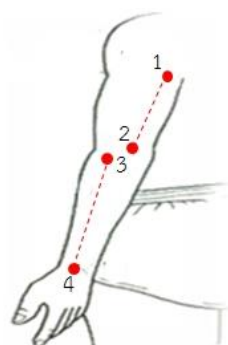


ภาพที่ ง-34 การกดจุดลูกสัญญาณ 5 จุดเหลากง (Lao-Gong) PC8

ระหว่างกระดูกฝ่ามือที่ 2-3 เวลากำมือจุดนี้จะอยู่ตรงกับปลายนิ้วกลาง ใช้นิ้วโป้งกดที่จุดส้นนิ้วที่เหลื่อรองหลังมือที่ถูกกด โดยกดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

6. การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก

ท่านอน



ภาพที่ ง-35 การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก หมายถึง การกดนวดแนวเส้นบนกล้ามเนื้อแขนด้านนอก ตั้งแต่แขนไปจนถึงข้อมือ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ **แขนท่อนบน** เริ่มจากต้นแขนไปจนถึงข้อศอก และ**แขนท่อนล่าง** เริ่มจากข้อศอกไปจนถึงข้อมือ การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้งจัดทำของผู้รับการบำบัดและผู้นวดบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัด ดังนี้ **ท่านอนหงาย** ผู้รับการบำบัดนอนหงาย วางแขนคว่ำมือไว้ข้างลำตัว ให้ข้อศอกงอเพียงเล็กน้อย

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวดดังนี้

แนวเส้นแขนท่อนบนด้านนอก เริ่มต้นจาก**จุดที่ 1** ซึ่งเป็นจุดกึ่งกลางแขนท่อนบนนอก ตำแหน่งปลายล่างสุดของกล้ามเนื้อที่คลุมหัวไหล่ ไหล่ลงไปตามแนวด้านนอกของกระดูกต้นแขนจนถึง**จุดที่ 2** ซึ่งอยู่เหนือข้อศอก 2 นิ้วมือ หรือเหนือปุ่มกระดูกด้านนอกส่วนปลายล่างของกระดูกต้นแขน 2 นิ้วมือ

แนวเส้นแขนท่อนล่างด้านนอก เริ่มต้นจาก**จุดที่ 3** ซึ่งอยู่ต่ำกว่าปุ่มกระดูกด้านนอกส่วนปลายล่างของกระดูกต้นแขน 2 นิ้วมือ ไหล่ลงไปจนถึง**จุดที่ 4** ซึ่งอยู่เหนือข้อมือชิดกับส่วนหัวของกระดูกปลายแขนท่อนใน

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอก ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าใดขึ้นกับท่าของผู้รับการบำบัด คือ ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านอน ผู้นวดบำบัดจะอยู่ใน**ท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง** โดยไม่นั่งทับส้นเท้า ถ้าผู้รับการบำบัดอยู่ในท่านั่ง ผู้นวดบำบัดจะอยู่ใน**ท่าพรหมสี่หน้า**

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกท่านอน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดแนวเส้นแขนท่อนบนด้านนอก ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง ไม่นั่งทับส้นเท้า อยู่ระดับข้อศอก หันหน้าไปทางเดียวกับศีรษะของผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกับแขนข้างที่จะนวดลงที่**จุดที่ 1** กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ลง แล้วนวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึง**จุดที่ 2** อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นแขนท่อนบนด้านนอก ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดแนวเส้นแขนท่อนล่างด้านนอก ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าและตำแหน่งเดียวกับขั้นตอนที่ 1 แต่หันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด วางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่**จุดที่ 3** กดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น แล้วนวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึง**จุดที่ 4** อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นแขนท่อนล่างด้านนอกระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

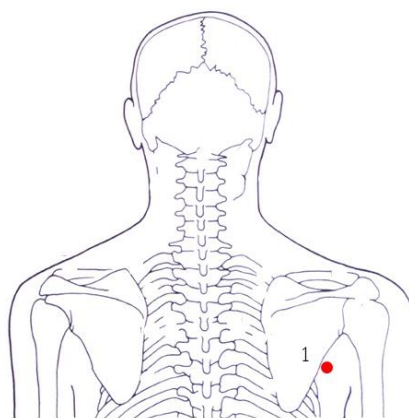
ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกมีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อแขน เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับแขน ข้อศอก ข้อมือ และนิ้วมือ

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานแขนด้านนอกจะมีความปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และนวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้วผู้นวดบำบัดต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่นวดในตำแหน่งแนวเส้นแขนท่อนบนอย่างรุนแรง เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายกับเส้นประสาทของแขน ผู้รับการบำบัดอาจมีข้อมือและนิ้วมืออ่อนแรงหรือข้อมือตกรได้

7. การนวดพื้นฐานหัวไหล่ (ข้างซ้ายและขวา)



ภาพที่ ง-36 การนวดพื้นฐานหัวไหล่

การนวดพื้นฐานหัวไหล่ หมายถึง การกดนวดจุดบนกล้ามเนื้อด้านหลังของหัวไหล่ การนวดพื้นฐานหัวไหล่ให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งที่ใช้ในการนวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้ง จิตท่าของผู้รับการบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานหัวไหล่ ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านั่ง อาจนั่งขัดสมาธิ นั่งเหยียดขาหรือนั่งห้อยเท้า แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัด

ตำแหน่งของการนวด

การนวดพื้นฐานหัวไหล่ มีตำแหน่งของการกดนวดอยู่ที่ จุดที่ 1 ซึ่งอยู่ด้านหลังของหัวไหล่ กึ่งกลางขอบนอกของกระดูกสะบัก ตำแหน่งนี้จะหาได้โดยขยับหัวไหล่ไปมาหรือกางแขนขึ้น เมื่อสะบักเคลื่อนที่และกล้ามเนื้อด้านนอกของสะบักหย่อนจะคลำขอบนอกของกระดูกสะบักได้ชัดเจน

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานหัวไหล่ ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า

ขั้นตอนและวิธีการนวด

ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าพรหมสี่หน้าหันหน้าไปทางเดียวกับผู้รับการบำบัด ซันเข้าข้างที่อยู่ข้างที่จะบำบัด จับที่ข้อมือและยกแขนผู้รับการบำบัดขึ้น จนต้นแขนตั้งฉากกับลำตัว ข้อศอกงอประมาณ 90 องศา แล้ววางนิ้วหัวแม่มืออีกข้างหนึ่งลงที่จุดที่ 1 กดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 45 องศา ระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

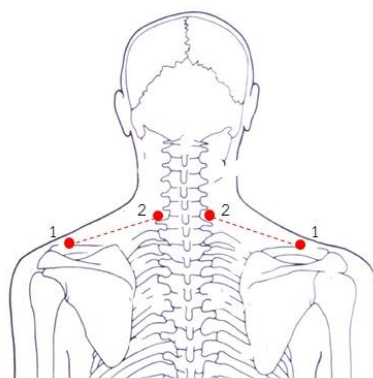
ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานหัวไหล่มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อหัวไหล่ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวไหล่ เช่น โรคหัวไหล่ติด

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานหัวไหล่จะมีความปลอดภัยหากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และนวดตามตำแหน่งที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้ว สิ่งที่ผู้นวดบำบัดต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ คือ การยกแขนผู้รับการบำบัด หากอยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้องจะทำให้แนวไม่ตรงตำแหน่งที่ต้องการ อาจมีผลให้แขนของผู้รับการบำบัด มีอาการชา เปลี่ยนอ่อนแรงไปชั่วขณะ

8. การนวดพื้นฐานบ่า (ข้างซ้ายและขวา)



ภาพที่ ง-37 นวดพื้นฐานบ่า

การนวดพื้นฐานบ่า หมายถึง การกวดแนวเส้นบนกล้ามเนื้อบ่า ตั้งแต่ต้นคอไปจนถึงหัวไหล่ด้านขวาและซ้าย การนวดพื้นฐานบ่าให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้ง จัดท่าของผู้รับการบำบัดและผู้นวดบำบัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานบ่า ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านั่ง อาจนั่งขัดสมาธิ นั่งเหยียดขา หรือนั่งห้อยเท้า แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่ และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานบ่า มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวด ดังนี้

แนวเส้นบ่า เริ่มต้นจากจุดที่ 1 ซึ่งอยู่ในแอ่งเหนือสันของกระดูกสะบักห่างจากขอบในของหัวคุดมไหล่ 2 นิ้วมือ ทั้งด้านขวาและซ้าย อยู่ที่บริเวณซึ่งเรียกว่า ต้นคอ ตำแหน่งของจุดนี้จะอยู่ชิดกับส่วนนูนที่เกิดจากปลายของสันกระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานบ่า ผู้นวดบำบัดจะอยู่ใน ท่าหงส์ ท่าหกกกลาง และท่าหกด้า ซึ่งแต่ละท่ามีความสัมพันธ์กับขนาดของแรงที่ใช้ในการกวด

การนวดพื้นฐานบ่า แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าหงส์ วางนิ้วหัวแม่มือลงทั้งสองข้างคู่กันที่จุดที่ 1 กวดนวดในลักษณะหงายมือให้นิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น นวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 2 ผู้นวดบำบัดวางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองท่ามุม 45 องศา เพื่อให้ข้อนิ้วมือกดชิดสันของกระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7 ได้อย่างพอเหมาะ ทำนี้จะทำให้กวดด้วยแรงขนาดเบา น้ำหนักโดยประมาณเท่ากับ 50 ปอนด์ ระยะเวลาในการกวดแต่ละจุดบนแนวเส้นใช้คาน้อย คือ 12 วินาที

ขั้นตอนที่ 2 ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าหกกกลาง วางนิ้วหัวแม่มือเหมือนการนวดขั้นตอนที่ 1 นวดบนแนวเส้นเดียวกัน แต่กวดย้อนกลับจากจุดที่ 2 ไปยังจุดที่ 1 ทำนี้จะทำให้กวดได้ด้วยแรงขนาดปานกลาง น้ำหนักโดยประมาณเท่ากับ 70 ปอนด์ ระยะเวลาในการกวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที

ขั้นตอนที่ 3 นวดเหมือนกับการนวดขั้นตอนที่ 1 แต่ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าหกด้า ทำนี้จะทำให้กวดด้วยแรงขนาดหนัก น้ำหนักโดยประมาณเท่ากับ 90 ปอนด์ระยะเวลาในการกวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาน้อย คือ 12 วินาที

ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานบ่า มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ของบ่า ไหล่ คอ และสะบัก ทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวกับบ่า คอ และศีรษะ

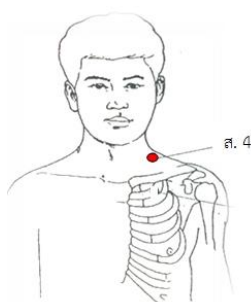
ข้อควรระวังในการนวด

การนวดพื้นฐานบ่าจะเป็นการนวดที่ปลอดภัย หากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวัง และนวดตามตำแหน่งและแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาด และทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจาก

ข้อควรระวังทั่วไปแล้วผู้นวดบำบัดต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษเกี่ยวกับแนวเส้นที่นวด หากกดนิ้วมือล้าแนวเส้นไปทางด้านหน้ามากเกินไป อาจทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หูอื้อได้

เน้นจุดสัญญาณ สัญญาณหัวไหล่ (สหัสรังสี, จันทกฐัง, ทวาริ, รุทัง)

1. กตสัญญาณ 4



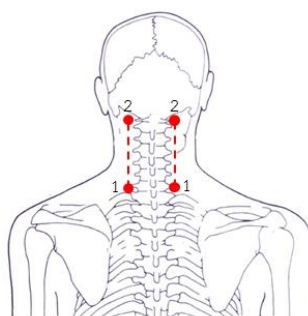
ภาพที่ ง-38 กตสัญญาณ 4 สัญญาณหัวไหล่

กตบริเวณด้านข้างลำคอตอนล่างตรงร่องระหว่างกระดูกไหปลาร้า กับกระดูกสะบัก ต่ำลงมา จากสัญญาณ 3 ในแนวเดียวกับสัญญาณ 2 อยู่ชิดลำคอ ใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ข้อควรระวังสำหรับการนวดพื้นฐานบ่า

1. ไม่ควรกดลึกกล้ามเนื้อบ่าไปด้านหน้าเพราะบริเวณนั้นเต็มไปด้วยระบบหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ถ้ากดอาจทำให้คนไข้เป็นลมคลื่นไส้อาเจียนได้
2. กรณีผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงไม่ควรกดแรง

9. นวดพื้นฐานโค้งคอข้างซ้ายและขวา



ภาพที่ ง-39 นวดพื้นฐานโค้งคอ

การนวดพื้นฐานโค้งคอ หมายถึง การกวดแนวเส้นบนกล้ามเนื้อด้านหลังของคอ ตั้งแต่ต้นคอขึ้นไปจนถึงท้ายทอย การนวดพื้นฐานโค้งคอให้ได้ผลดีและเกิดประสิทธิผล ผู้นวดบำบัดจะต้องกำหนดตำแหน่งและแนวเส้นที่นวดได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ รวมทั้ง จัดท่าของผู้รับการบำบัดได้ถูกต้องเหมาะสม แล้วนวดไปตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนด

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานโค้งคอ ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านั่ง อาจนั่งขัดสมาธิ นั่งเหยียดขา หรือนั่งห้อยเท้า แล้วแต่ความเหมาะสมของสถานที่ และสภาพร่างกายของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานโค้งคอ มีแนวเส้นของการนวด 2 แนว คือ ด้านขวาและด้านซ้าย

แนวเส้นโค้งคอ เริ่มต้นที่จุดที่ 1 จุดนี้อยู่บริเวณต้นคอ ด้านขวาและซ้ายของส่วนนูนซึ่งเกิดจากสันกระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7 แนวเส้นไล่ไปตามก้านคอ ขนานขึ้นไปกับแนวของกระดูกสันหลังส่วนคอ จนถึงจุดที่ 2 ซึ่งอยู่บริเวณท้ายทอย หรือที่เรียกว่า กำตัน หากสังเกตจะพบว่า เป็นตำแหน่งรอยบุ๋มใต้ฐานกะโหลกศีรษะ

ท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานโค้งคอ ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่าพรหมสี่หน้า

การนวดพื้นฐานโค้งคอ มีวิธีการนวด ดังนี้

ด้านที่จะนวด (ถ้านวดแนวเส้นขวา ตั้งเข่าขวา ถ้านวดแนวเส้นซ้าย ตั้งเข่าซ้าย) ใช้มือข้างเดียวกับแนวเส้นด้านที่จะนวดประคองศีรษะผู้รับการบำบัด แล้ววางนิ้วหัวแม่มือด้านตรงข้ามกับแนวเส้นข้างที่จะนวดลงที่จุดที่ 1 กวดนวดในลักษณะคว่ำมือให้นิ้วหัวแม่มือทำมุม 90 องศา แล้วนวดไล่เรียงไปตามแนวเส้นจนถึงจุดที่ 2 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดเส้นโค้งคอ **ให้นวดขึ้นตามแนวเส้นเพียงอย่างเดียว** ไม่กวดบนกระดูกสันหลังส่วนคอ ระยะเวลาในการกวดแต่ละจุดบนแนวเส้นใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

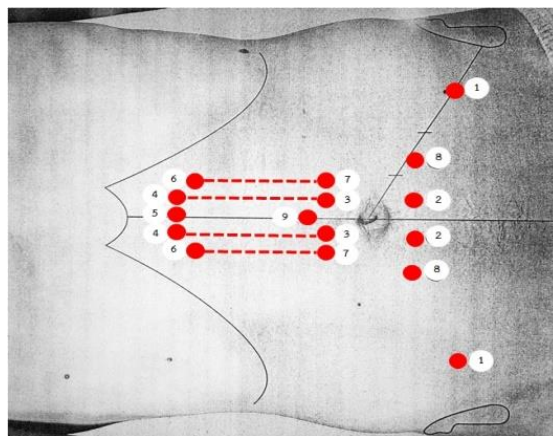
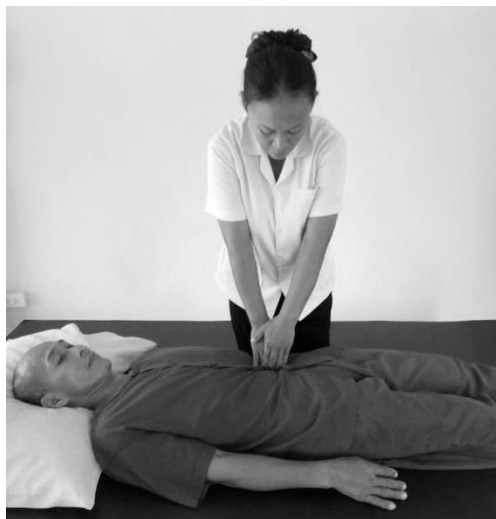
ประโยชน์ของการนวด

มีประโยชน์ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ไปเลี้ยงบริเวณศีรษะ ทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดจุดสัญญาณ เพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับบ่า คอ และศีรษะ

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดแนวเส้นพื้นฐานโค้งคอ ผู้นวดบำบัดต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษเกี่ยวกับแนวเส้น เพราะหากกวดล้ำด้านข้างล้ำคอบากเกินไป อาจถูกเส้นเลือดแดงใหญ่ของคอที่นำเลือดแดงใหญ่ของคอที่นำเลือดขึ้นไปเลี้ยงศีรษะและสมองเป็นเหตุให้ผู้รับการบำบัดเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม หูอื้อได้ หากกวดด้วยน้ำหนักมากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะข้าง ที่เรียกว่า **อันลม** ได้ด้วย

10. การนวดพื้นฐานท้อง



ภาพที่ ง-40 การนวดพื้นฐานท้อง

การนวดพื้นฐานท้อง หมายถึง การกดนวดจุดและแนวเส้นบนกล้ามเนื้อท้องด้านหน้า ตั้งแต่บริเวณเหนือหัวเหน่าไปจนถึงใต้ลิ้นปี่ และออกไปทางด้านข้างจนถึงหัวตะคอก ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ **ท้องส่วนบน** และ **ท้องส่วนล่าง** หรือที่เรียกว่า **ท้องน้อย** โดยอาศัยเส้นตามแนวระนาบรอบลำตัวที่ผ่านตำแหน่งสะดือเป็นเส้นแบ่ง ซึ่งแนวเส้นนี้ทางหัตถเวชกรรมเรียกว่า **สายรัดได้**

ท่าของผู้รับการบำบัด

การนวดพื้นฐานท้อง ผู้รับการบำบัดจะอยู่ในท่านอนหงาย แขนวางข้างลำตัว ในกรณีที่กล้ามเนื้อหน้าท้องเกร็งหรือตึงมาก ให้ผู้รับการบำบัดนอนหงายแบบตั้งขาขึ้นเข่า เพื่อให้เส้นท้องหย่อน ช่วยลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและอวัยวะในช่องท้อง ซึ่งจะง่ายต่อการกดนวด

การนวดพื้นฐานท้อง มีตำแหน่งและแนวเส้นของการนวด ดังนี้

จุดที่ 1 มี 2 จุด ด้านขวาและด้านซ้าย ตำแหน่งของจุดนี้อยู่บนกล้ามเนื้อท้องส่วนล่างใกล้กับหัวตะคอก วิธีกำหนดจุดนี้ให้ลากเส้นจากหัวตะคอกถึงสะดือ แล้วแบ่งเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน จุดที่ 1 จะอยู่บนเส้นนี้ห่างจากหัวตะคอก 1 ใน 4 ส่วน

จุดที่ 2 มี 2 จุด ด้านขวาและด้านซ้าย ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ห่างจากเส้นแนวดิ่งกึ่งกลางลำตัว 1 นิ้วมือ และอยู่ต่ำกว่าขอบล่างของสะดือ 1 นิ้วมือ

แนวเส้นท้องท่าแหวก เป็นแนวเส้นตามแนวดิ่ง มี 2 เส้นด้านขวาและซ้าย ห่างจากเส้นแนวดิ่งกึ่งกลางลำตัว 1 นิ้วมือ เริ่มต้นจาก **จุดที่ 3** ซึ่งอยู่เหนือขอบบนของสะดือ 1 นิ้วมือ ขนานขึ้นไปกับแนวเส้นกึ่งกลางลำตัวจนถึง **จุดที่ 4** ซึ่งอยู่ต่ำกว่าปลายลิ้นปี่ 2 นิ้วมือ

จุดที่ 5 ตำแหน่งของจุดนี้อยู่บนเส้นแนวดิ่งกึ่งกลางลำตัว ต่ำกว่าปลายลิ้นปี่ 2 นิ้วมือ

แนวเส้นท้องท่าราบ เป็นแนวเส้นตามแนวดิ่งมี 2 เส้น ด้านขวาและซ้าย ห่างจากเส้นแนว

ดิ่งกึ่งกลางลำตัว 2 นิ้วมือ เริ่มต้นจากจุดที่ 6 ซึ่งอยู่ต่ำกว่าปลายลิ้นปี่ 3 นิ้วมือ ขนานลงไปกับแนวเส้นกึ่งกลางลำตัวจนสิ้นสุดที่จุดที่ 7 ซึ่งอยู่เหนือขอบบนของสะดือ 1 นิ้วมือ

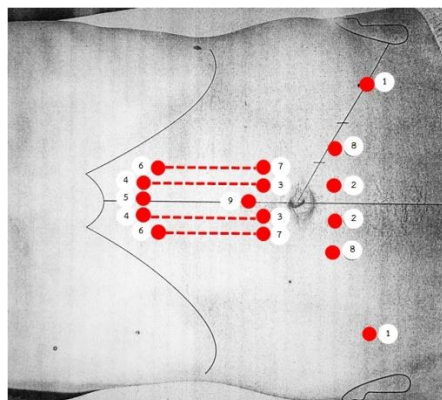
จุดที่ 8 มี 2 จุด ด้านขวาและซ้าย ตำแหน่งของจุดนี้อยู่ห่างจากเส้นแนวดิ่งกึ่งกลางลำตัว 3 นิ้วมือ และอยู่ต่ำกว่าขอบล่างของสะดือ 1 นิ้วมือ

จุดที่ 9 เรียกว่า **จุดเปิดประตูลมท้อง** ตำแหน่งของจุดนี้อยู่บนเส้นแนวดิ่งกึ่งกลางลำตัวเหนือขอบบนของสะดือ 2 นิ้วมือ ผู้นวดบำบัดจะรู้สึกสัมผัสได้ถึงชีพจรหลอดเลือดแดงในช่องท้องท่าของผู้นวดบำบัด

การนวดพื้นฐานท้อง ผู้นวดบำบัดจะอยู่ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้าง โดยไม่นั่งทับสันเท้า การนวดพื้นฐานท้อง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนวดท้องท่าแหวก

จะมีการกदनวดด้านขวา 3 เที่ยวด้านซ้าย 3 เที่ยว ดังนี้



ภาพที่ ง-41 การนวดท้องท่าแหวก

การกदनวดเที่ยวที่ 1 กदनวดที่ตำแหน่งและแนวเส้นไล่เรียงขึ้นจากจุดที่ 1 ถึงจุดที่ 4

การนวดจุดที่ 1 ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้งสองข้างโดยไม่นั่งทับสันเท้า อยู่ระดับเอว และหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัดใช้นิ้วมือทั้งสองข้างเดียวกับท้องข้างที่จะนวด วางให้ปลายนิ้วกลางอยู่ที่จุดที่ 1 ข้อที่สองของนิ้วกลางแตะหัวตะคาก กदनวดโดยหันฝ่ามือเข้าหาหัวตะคาก ปลายนิ้วมือทำมุม 45 องศา เข้าหาสะดือ ระยะเวลาในการกदनวด ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดจุดที่ 2 ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าและตำแหน่งเดียวกันกับการนวดจุดที่ 1 เลื่อนปลายนิ้วทั้งสอง วางให้จุดลงน้ำหนักของนิ้วชี้อยู่จุดที่ 2 หันฝ่ามือเข้าหาตัวผู้นวดบำบัด ระยะเวลาในการกदनวดใช้คาบน้อยคือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

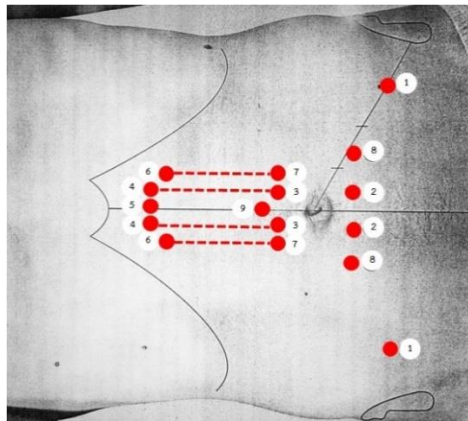
การนวดแนวเส้นท้องท่าแหวก ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าเดิม ชยับขึ้นมาทางด้านศีรษะของผู้รับบำบัดเล็กน้อย เลื่อนมือให้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง ชิดแนวเส้นดิ่งกึ่งกลางลำตัว

กดด้วยนิ้วทั้งสาม ให้จุดลงน้ำหนักของนิ้วนางอยู่ที่จุดที่ 3 ให้ฝ่ามือหันเข้าหาตัวผู้นวดบำบัด แล้วนวดไล่เรียงขึ้นไปตามแนวเส้นท้องท่าแหวกจนจุดลงน้ำหนักของนิ้วชี้อยู่ที่จุดที่ 4 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นท้องท่าแหวก ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การกดนวดเที่ยวที่ 2 กดนวดที่ตำแหน่งและแนวเส้นเดิม ไล่เรียงลงจากจุดที่ 4 ย้อนไปจนถึงจุดที่ 1 ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อยคือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การกดนวดเที่ยวที่ 3 กดนวดที่ตำแหน่งและแนวเส้นเดิม ไล่เรียงขึ้นจากจุดที่ 1 ไปถึงจุดที่ 4 เช่นเดียวกับรอบที่ 1 ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้น ใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

ขั้นตอนที่ 2 การนวดท้องท่าราบ



ภาพที่ ง-42 การนวดท้องท่าราบ

จะมีการกดนวดด้านขวาและด้านซ้าย 3 เที่ยว แต่ละเที่ยวจะต้องนวดเรียงลำดับดังนี้

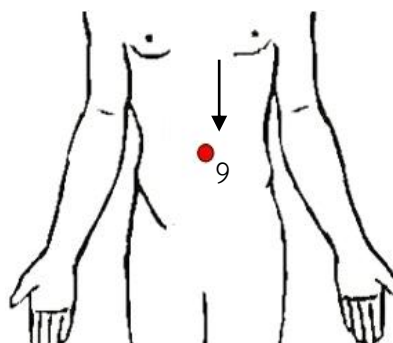
การนวดจุดที่ 5 ผู้นวดบำบัดนั่งคุกเข่าทั้ง 2 ข้าง โดยไม่นั่งทับส้นเท้า เข่าอยู่ระดับเดียวกันกับจุดที่ 5 หันหน้าไปทางศีรษะของผู้รับการบำบัด ใช้มือข้างเดียวกับท้องข้างที่จะนวดวางปลายนิ้วทั้ง 4 ลง ให้จุดลงน้ำหนักของนิ้วกลางอยู่ที่จุดที่ 5 กดนวดโดยหันฝ่ามือไปทางปลายเท้าของผู้รับการบำบัดระยะเวลาในการกดนวด ใช้คาบน้อยคือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดแนวเส้นท้องท่าราบ ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าและตำแหน่งเดียวกับการนวดแนวจุดที่ 5 วางมืออยู่ในลักษณะเดียวกับการกดนวดจุดที่ 5 วางนิ้วทั้ง 4 ให้นิ้วนางขีดเส้นดิ่งกึ่งกลางลำตัว จุดลงน้ำหนักของนิ้วกลางจะอยู่ที่จุดที่ 6 แล้วนวดไล่เรียงลงไปตามแนวเส้นท้องท่าราบ จนจุดลงน้ำหนักของนิ้วกลางอยู่ที่จุดที่ 7 อันเป็นจุดสุดท้ายของการนวดแนวเส้นท้องท่าราบ ระยะเวลาในการกดนวดแต่ละจุดบนแนวเส้นใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดจุดที่ 8 ผู้นวดบำบัดอยู่ในท่าเดิม เข่าอยู่ระดับเดียวกับจุดที่ 8 วางนิ้วทั้งสี่ให้นิ้วก้อยอยู่ชิดแนวตั้งกึ่งกลางลำตัวจุดลงน้ำหนักของนิ้วกลางอยู่ที่จุดที่ 8 ระยะเวลาในการกดนวดใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การนวดจุดที่ 1 ผู้นวดบำบัดนั่งอยู่ในท่าและตำแหน่งเดียวกับการนวดจุดที่ 8 ใช้นิ้วทั้งสี่ข้างเดียวกับท้องข้างที่จะนวด หันฝ่ามือเข้าหาจุดหัวตะคาก ให้ข้อที่สองของนิ้วกลางแตะปุ่มหัวตะคาก จุดลงน้ำหนักของนิ้วกลางอยู่ที่จุดที่ 1 และให้ปลายนิ้วมือนำมุม 45 องศา เข้าหาสะดือ ระยะเวลาในการกดนวดใช้คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

การเปิดประตูลมหน้าท้อง



ภาพที่ ง-43 การเปิดประตูลมหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 3 การนวดเปิดประตูลมท้อง หลังจากนวดพื้นฐานท้องทำนวดแล้ว ผู้นวดบำบัดอยู่ที่ด้านซ้ายของผู้รับการบำบัด ในท่านั่งคุกเข่าทั้งสองข้างคู่กันโดยไม่นั่งทับสันเท้า อยู่ระดับสะดือและหันหน้าเข้าหาผู้รับการบำบัด ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ข้างซ้ายวางที่กึ่งกลางด้านหน้าของขอบชายโครงทั้งสองข้างในลักษณะโหม่งนิ้วขึ้น เป็นการวัดเพื่อกำหนดแนวตำแหน่งที่จะกดนวด และกันไม่ให้มือขวาที่จะวางลงที่หน้าท้อง กดทับกระดูกซี่โครง ให้ผู้นวดบำบัดวางมือขวาต่อจากมือข้างซ้าย ตั้งฝ่ามือขึ้น สันมือขวาวางบนหน้าท้องของผู้รับการบำบัด และส่วนสันมือที่ติดกับอุ้งมืออยู่ห่างจากเส้นแนวตั้งกึ่งกลางลำตัวหนึ่งนิ้วมือ หากตรวจสอบจะพบว่า สันมืออยู่เหนือจุดที่ 9 คือ ห่างจากขอบบนของสะดือประมาณ 2 นิ้วมือ จากนั้น ให้อีกมือข้างซ้ายมาแนบชิดลำตัว แล้วคว่ำมือขวาลงบนหน้าท้องของผู้รับการบำบัด ส่วนอุ้งมือจะอยู่ตรงจุดที่ 9 ซึ่งผู้นวดบำบัดจะรู้สึกสัมผัสได้ชีพจรไหลตลอดแดงใหญ่ในช่องท้อง มือขวาค่อย ๆ ออกแรงกดลงน้ำหนักผ่านอุ้งมือที่ติดกับสันมือในแนวแกนกลางของนิ้วนางให้ทิศของแรงตั้งฉากกับตำแหน่งที่กดนวด ระยะเวลาในการกดนวด 1 คาบใหญ่ไม่ควรกดนวดนานเกิน 45 วินาที

ประโยชน์ของการนวด

การนวดพื้นฐานท้องทำแหวกมีประโยชน์ช่วยลดความตึงและเพิ่มประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ผังหน้าท้อง การนวดทำแหวกจะช่วยให้เส้นท้องหย่อน การนวดทำนวด

จะช่วยให้สัญญาณท้องถิ่น ทั้งช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของหลอดเลือดและน้ำเหลือง กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทบริเวณท้องเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการนวดกดจุดสัญญาณเพื่อรักษาโรคที่เกี่ยวกับท้อง เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ เถาตานพรตติก มดลูกเคลื่อน หรือโรคที่เกี่ยวกับหลังซึ่งเป็นเรื้อรัง เช่น ยกหลัง ลำบองข้อไม้ไผ่

ข้อควรระวังในการนวด

การนวดแนวเส้นพื้นฐานท้องจะเป็นการนวดที่ปลอดภัยหากผู้นวดบำบัดใช้ความระมัดระวังและนวดตามแนวเส้นที่ถูกต้อง ตามคาบ ขนาดและทิศทางของแรง อย่างไรก็ตาม นอกจากข้อควรระวังทั่วไปแล้ว ผู้บำบัดต้องระวังเป็นพิเศษในกรณีหญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ หรือผู้รับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ และการนวดพื้นฐานท้องต้องไม่ลงน้ำหนักมากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดอาการจุกเสียดท้องได้ และห้ามผู้นวดบำบัดกดบริเวณต่อไปนี้

1. บริเวณลิ้นปี่ (Xiphoid Process) เพราะอาจทำให้มีอาการจุกเสียดหน้าอก หายใจลำบาก

2. บริเวณสะดือและสายรัดไส้ (Transverse Plane) เพราะอาจทำให้จุกเสียดท้อง

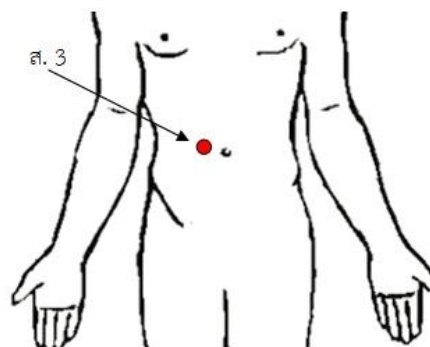
3. บริเวณกระดูกซี่โครง (Ribs) เพราะอาจทำให้กระดูกซี่โครงหัก

ห้ามนวดพื้นฐานท้อง หากพบว่าผู้รับการบำบัดมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้

1. มีก้อนหรือเนื้องอกภายในช่องท้อง
2. ผู้รับการบำบัดมีภาวะบาดเจ็บอวัยวะภายในช่องท้อง หรือมีประวัติผ่าตัดภายในช่องท้อง
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติเส้นเลือดเปราะ

เน้นจุดสัญญาณ

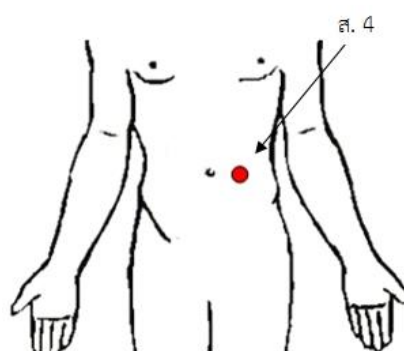
1. สัญญาณ 3



ภาพที่ ง-44 กดสัญญาณ 3 หน้าท้อง

ใช้มือขวา คว่ำมือ ปลายนิ้วกลางแตะแนวเส้นกลางลำตัว นิ้วชี้แตะซี่โครงซี่สุดท้ายข้างขวา กดเหนือสะดือแรงกดตั้งลงพื้นตรง ๆ ใช้คาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์ ผลการนวดจ่ายความร้อนออกหลังและบั้นเอว กระเบนเหน็บด้านขวา แก้ออกหลัง โรคดานลมเถาดานพรรตึก ช่วยแก้โรคเกี่ยวกับสัญญาณ 3 หลัง

2. สัญญาณ 4

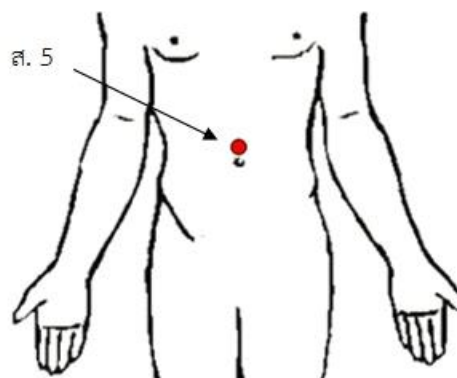


ภาพที่ ง-45 กดสัญญาณ 4 หน้าท้อง

วิธีนวด ใช้มือซ้าย คว่ำมือ ปลายนิ้วกลางแตะแนวเส้นกลางลำตัว นิ้วชี้แตะซี่โครงซี่สุดท้ายข้างซ้าย กดเหนือสะดือ ประมาณ 1 นิ้วมือ แรงกดตั้งลงพื้นตรง ๆ ใช้คาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด จ่ายความร้อนออกหลังและบั้นเอว กระเบนเหน็บด้านซ้าย แก้ออกหลัง โรคดานลมเถาดานพรรตึก ช่วยแก้โรคเกี่ยวกับสัญญาณ 3 หลัง บางกรณี

3. สัญญาณ 5



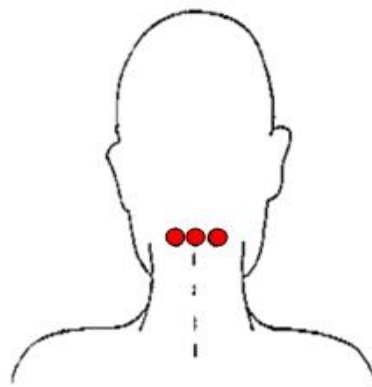
ภาพที่ ง-46 กดสัญญาณ 5 หน้าท้อง

วิธีนวด ใช้มือซ้ายนิ้วชี้และหัวแม่มือขวา 180 องศา วางซิดซีโครงซี่สุดท้ายทั้งสองด้าน แล้วกดลงที่กล้ามเนื้อซึ่งอยู่เหนือสะดือประมาณ 2 นิ้วมือ ยกมือซ้ายขึ้นกดน้ำหนักลงที่สันมือขวาจนสัมผัสชีพจรได้ใช้คาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด กระจายความร้อนออกทั่วท้อง (เส้นสุมนา) เข้าไขสันหลังออกก้นกบออกขาทั้งสองข้างช่วยปรับสมดุลระบบการไหลเวียนให้ดีขึ้นทั่วร่างกาย

ข้อควรระวัง ห้ามกดในรายที่เป็นอัมพาตใหม่ ๆ จะทำให้เสมหะมากขึ้นอาจทำให้เสียชีวิตได้

11. การนวดศีรษะด้านหลัง 3 จุด เริ่มจุดที่ 1 ข้างขวา



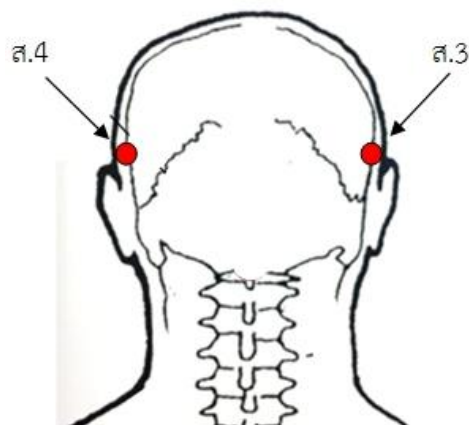
ภาพที่ ง-47 การนวดศีรษะด้านหลัง

ท่านวดคนไข้ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งห้อยขา ผู้นวดนั่ง ท่าหมุนานถวายนวณ วิธีการนวด

1. ผู้นวดนั่งด้านหลังคนไข่นั่งชันเข่าซ้าย ใช้มือซ้ายแตะประคองไว้ที่หน้าผากคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือขวาเฉียงมือกดลงบริเวณท้ายทอยด้านขวาใต้กะโหลกศีรษะ
2. ผู้นวดนั่งด้านหลังคนไข่นั่งชันเข่าขวา ใช้มือข้างขวาแตะประคองไว้ที่หน้าผากคนไข้ ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้าย เเฉียงมือ
3. ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ถนัด เเฉียงมือ กดลงบริเวณจุดกลางท้ายทอย ซิดกะโหลกศีรษะ มือกดลงบริเวณท้ายทอยด้านซ้ายใต้กะโหลกศีรษะอีกข้างแตะประคองไว้ที่หน้าผากคนไข้ ใช้เวลา คาบน้อย คือ 12 วินาที ใช้แรงขนาดเบา คือ 50 ปอนด์

เน้นจุดสัญญาณศีรษะด้านหลัง

1. สัญญาณ 3, 4



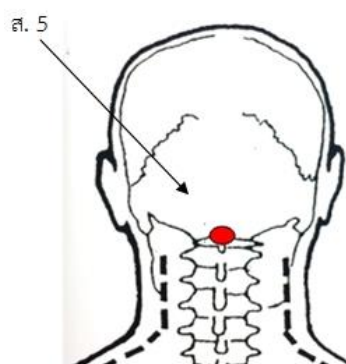
ภาพที่ ง-48 การกดจุดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหลัง

วิธีนวด สัญญาณ 3 ใช้นิ้วเดียวข้างขวาวางนิ้วชี้ลง หรือชี้เข้าหาผู้นวดอีกมือประคองด้านตรงข้ามกดตรงจุดยอดสูงสุดเหนือใบหูขวาใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

วิธีนวด สัญญาณ 4 ใช้นิ้วเดียวข้างซ้ายวางนิ้วชี้ลง หรือชี้เข้าหาผู้นวดอีกมือประคองด้านตรงข้ามกดตรงจุดยอดสูงสุดเหนือใบหูซ้ายใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด กระจายความร้อนไปขมับ กกหู คิ้วและตาด้านขวา แก่หูอื้อ ลมออกหู ช่วยตาพร่า อัมพาตใบหน้า ยกคิ้วไม่ขึ้น

2. สัญญาณ 5

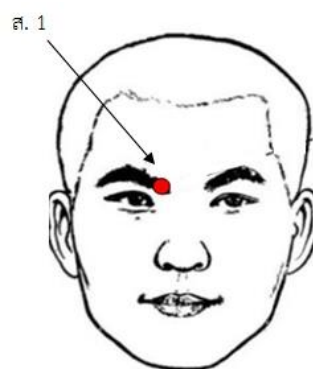


ภาพที่ ง-49 การกดจุดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหลัง

วิธีนวดใช้นิ้วเดียวคว่ำมือ (มือข้างเดียวกับที่เข่าตั้ง) อีกมือประคองหน้าผากกดจุดกำดัน
กึ่งกลางท้ายทอยใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์
ผลการนวดจ่ายความร้อนไปกึ่งกลางสมอง แก้วเวียนปวดศีรษะ ไมเกรน

เน้นจุดสัญญาณศีรษะด้านหน้า

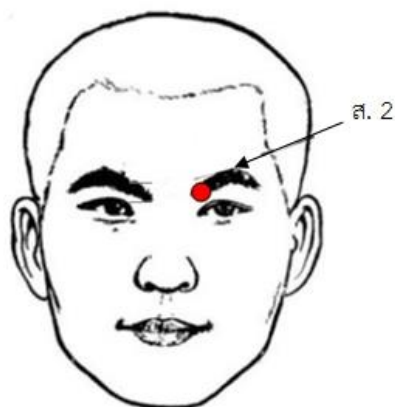
1. สัญญาณ 1



ภาพที่ ง-50 จุดสัญญาณ 1 ศีรษะด้านหน้า

วิธีนวดใช้นิ้วโป้งซ้ายตั้งขึ้น กดเหนือหัวคิ้วขวา อีกมือประคองท้ายทอยใช้เวลาคาบใหญ่
คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์
ผลการนวด จ่ายความร้อนเข้ากระบอกตาขวา แก้วตาพร่ามัว อัมพาตใบหน้า ปวดศีรษะ

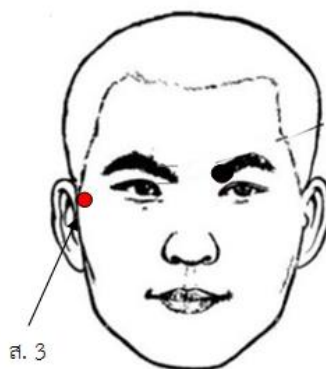
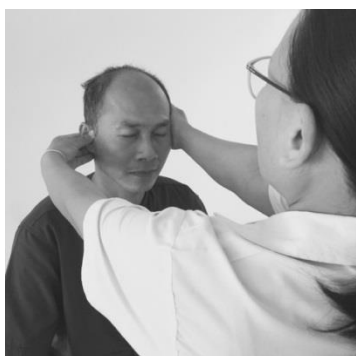
2. สัญญาณ 2



ภาพที่ ง-51 การกดจุดสัญญาณ 2 ศีรษะด้านหน้า

วิธีนวดใช้นิ้วโป้งขวาตั้งขึ้น กดเหนือคิ้วซ้ายอีกมือประคองท้ายทอยใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์
 ผลการนวด ง่ายความร้อนเข้ากระบอกตาซ้าย แก้อัมพาตใบหน้า ปวดศีรษะ

3. สัญญาณ 3

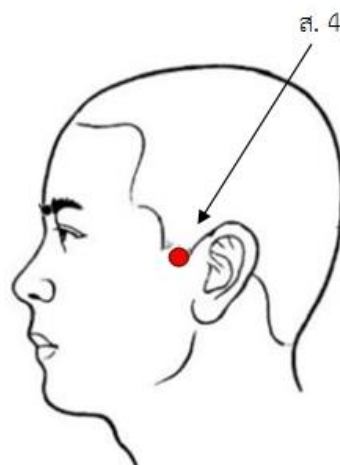


ภาพที่ ง-52 การกดจุดสัญญาณ 3 ศีรษะด้านหน้า

วิธีนวดใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายคว่ำลง กดจุดหน้าตึงหู บนข้อต่อขากรรไกรขวา ใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด ง่ายความร้อนออกขากรรไกรด้านขวา แก้อัมพาตใบหน้าขากรรไกรค้าง หรือ อักเสบ หูอื้อ

4. สัญญาณ 4

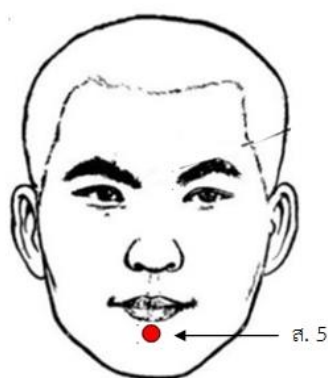


ภาพที่ ง-53 การกดจุดสัญญาณ 4 ศีรษะด้านหน้า

วิธีนวดใช้นิ้วหัวแม่มือขวาคว่ำลง กดจุดหน้าตึงหู บนข้อต่อขากรรไกรซ้ายใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด ง่ายความร้อนออกขากรรไกรด้านซ้าย แก้อัมพาตใบหน้าขากรรไกรค้างหรือ อักเสบหูอื้อ

5. สัญญาณ 5



ภาพที่ ง-54 การกดจุดสัญญาณ 5 ศีรษะด้านหน้า

วิธีนวดใช้นิ้วหัวแม่มือกดกึ่งกลางคาง อีก 4 นิ้ว ประคองใต้คางใช้เวลาคาบใหญ่ คือ 40 วินาที ใช้แรงขนาดกลาง คือ 70 ปอนด์

ผลการนวด ง่ายความร้อนไปลิ้นและริมฝีปาก เข้าคางออกใต้ลิ้น แก้อาการปากเบี้ยว ลิ้นกระด้างคางแข็ง ช่วยอาการชา ริมฝีปาก

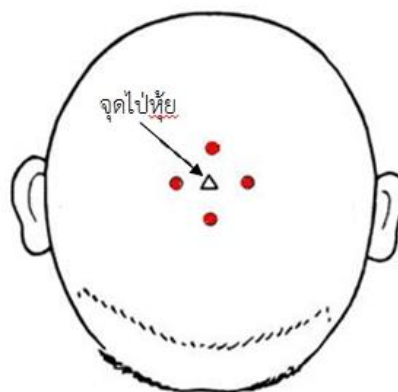
จุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3



ภาพที่ ง-55 การกดจุดอินถัง (Yin Tang) EX-HN3

จุดอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง ระหว่างกุดจุดจอมประสาทแนวแสกหน้าตัดกับแนวหน้าหู วิธีนวด คือ กด กดแรง คลึง ดันแยกออกและถูไปถูมา กดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที

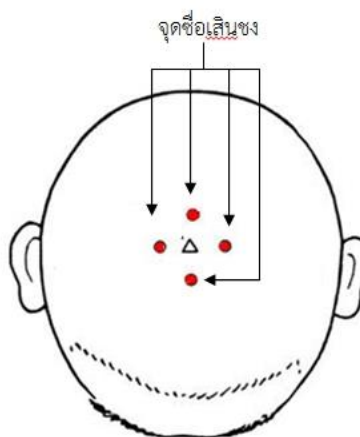
จุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20



ภาพที่ ง-56 การกดจุดไป๋หุย (Bai-Hui) GV20

อยู่เหนือชายผมด้านหน้าขึ้นไป 5 นิ้ว กึ่งกลางระหว่างเส้นต่อระหว่างยอดใบหูสองข้างเป็นจุดฝังเข็มที่อยู่สูงสุด วิธีนวด คือ ใช้นิ้วดัน นิ้วเดียว กดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

จุดซือเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1



ภาพที่ ง-57 การกดจุดซือเสินชง (Si-Shen-Cong) EX-HN1

กลุ่มจุด 4 จุด อยู่กลางกระหม่อม โดยจุดไปห้วย (Bai-Hui) GV 20 เป็นจุดศูนย์กลางจุดทั้งสี่ อยู่ห่างจุดไปห้วยไปด้านหน้า ด้านหลัง ด้านซ้ายและด้านขวา ด้านละ 1 นิ้ว

วิธีนวด คือ ใช้นิ้วดัชนีนิ้วเดียวกดหนักประมาณ 50 ปอนด์ 2 ครั้ง ๆ ละ 40 วินาที กดคลึง หมุนไปมาและกดแรง

ประโยชน์ที่ได้จากโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

1. สามารถนำโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน มาใช้เป็นการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ลดการใช้ยา และผลข้างเคียงจากการใช้ยา แต่ควรมีการตรวจสอบความแม่นยำ ความถูกต้องของท่าและมีการฝึกปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริงโดยเฉพาะแรงที่ใช้ในการนวด ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ถูกนวด เพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุดจากการใช้โปรแกรมนวดผสมผสาน

2. ด้านการศึกษาทางการแพทย์ทางเลือก อาจารย์ในสถาบันการศึกษาการแพทย์ทางเลือก หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมนวดผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีนที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ไปเป็นตัวอย่างประกอบการเรียนการสอนนักศึกษาในการส่งเสริมการนอนหลับให้กับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ ในช่วงอายุ 15-60 ปี ได้

บรรณานุกรม

- ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2556). ปัญหาการนอนหลับความเหนื่อยล้าและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(2), 183-196.
- ต้าวเสื่อ. (2551). *คู่มือขนาดเพื่อเสริมสุขภาพประจำครอบครัว*. กรุงเทพฯ: แสงดาว
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม. (2554). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดแบบราชสำนัก) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์.
- ยงศักดิ์ ตันติปฏิภน. (2552). *ตำราการนวดไทย (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา.
- วรุตม์ อุจน์จิตสกุล และพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2559). ความเครียดและพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 89-106.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2556). *สารานุกรมจิตเวชศาสตร์และจิตวิทยาคลินิก เล่ม 3*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- Jaussent, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Akbaraly, T., Pérès, K., Ritchie, K. & Dauvilliers, Y. (2011). Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*, 34(8), 1103-1110.
- Rocha, M. C., & Martino, M. M. (2010). Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 280-286.

ภาคผนวก จ

ภาคผนวก จ. 1

ภาพกิจกรรมการพัฒนาโปรแกรมนวัตกรรมผสมผสานการนวดไทยแบบราชสำนัก
กับการกดจุดแบบจีน

จ.1.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดไทย



ภาพที่ จ-1 การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย

จ.1.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนจีน



ภาพที่ จ-2 การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนจีน

จ.1.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (นักกายภาพบำบัด)



ภาพที่ จ-3 การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านโครงสร้างและกล้ามเนื้อ

จ.1.4 การฝึกปฏิบัติการนวดตามโปรแกรมลดผสมผสาน



ภาพที่ จ-4 การฝึกปฏิบัติการนวดตามโปรแกรมลดผสมผสาน

ภาคผนวก ฉ

ภาคผนวก ฉ. 1

ภาพตัวอย่างกิจกรรมการใช้โปรแกรมนัดไทย
แบบราชสำนักกับการกดจุดแบบจีน

ฉ. 1.1 ภาพตัวอย่างกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ



ภาพที่ ฉ-1 กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ

ฉ. 1.2 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน



ภาพที่ ฉ-2 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

ฉ. 1.3 ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน (ต่อ)



ภาพที่ ฉ-3 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

ฉ. 1.4 ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน (ต่อ)



ภาพที่ ฉ-4 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม

ฉ. 1.5 ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน



ภาพที่ ฉ-5 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

ฉ. 1.6 ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน (ต่อ)



ภาพที่ ฉ-6 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

ฉ. 1.7 ภาพตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน (ต่อ)



ภาพที่ ฉ-7 การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง