ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS PREDICTING SLEEP IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Miss Neungreuthai Udthoen

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
โดย	นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

……คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

……ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

……อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

…….. กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

หนึ่งฤทัย อุดเถิน : ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (FACTORS PREDICTING SLEEP IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 167หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และเข้ารับการรักษาในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 120 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์และแบบประเมินการนอนหลับ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .80, .81, .91, .92 และ. 90ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1.การนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระยะไม่มีอาการนอนไม่หลับ (No clinically significant insomnia)($\overline{x}$ = 1.93, SD = 1.06)

2.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถร่วมกันพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 63 และสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด = +.599 (พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ)+.378(ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ)+.156(ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ)

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา 2556 ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5477201336: MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: SLEEP/ FATIGUE/PAIN/HOT FLASHES/MOOD DISTURBANCE /

NEUNGREUTHAI UDTHOEN: FACTORS PREDICTING SLEEP IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY.
ADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 167 pp.

The purpose of this research was to investigate the predictive power among dysfunctional thought about sleep, sleep inhibitor behavior, pain, fatigue, hot flashes, mood disturbance and sleep in breast cancer patients receiving chemotherapy . One hundred and twenty breast cancer patients were recruited by using a purposive sampling technique from out patients department of tertiary hospitals. The instruments used for data collection were the demographic data form, dysfunctional belief, sleep inhibitor behavior, pain scale, fatigue scale, hot flashes daily, mood disturbance and sleep questionnaire. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability tested by Cronbach's alpha were .80, .81, .91, .92 and .90, respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Pearson's production-moment correlation and Stepwise multiple regressions.

The study findings revealed that

1.Breast cancer patients receiving chemotherapy had not clinically significant insomnia ($\overline{x}$= 1.93, SD = 1.06)

2. Sleep inhibitor behaviors, severity of hot flashes and dysfunction thought about sleep were variables that statistically significant predicted sleep in breast cancer patients receiving chemotherapy at the level of .05. The predictive power was 63 % of variance. The equation derived from standardize score was:

Insomnia in breast cancer patients receiving chemotherapy	=	+.599(sleep inhibitor behaviors)+.378(severity of hot flashes)+.156(dysfunction thought about sleep)

.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year : 2013 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ทุ่มเทเสียสละเวลาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณกรรมการคุมสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่ง ตลอดเวลาที่ศึกษา ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาผู้ซึ่งได้อบรมสั่งสอนผู้วิจัยตลอดมาให้เห็นความสำคัญของการศึกษา ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 5

แนวคิดเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 8

ขอบเขตการวิจัย 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 10

บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 12

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ 26

ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ 44

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 74

กรอบแนวคิดการวิจัย 84

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 88

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง 88

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 91

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 100

การเก็บรวบรวมเครื่องมือ 101

การพิทักษ์สิทธ์ตัวอย่าง 102

การวิเคราะห์ข้อมูล 103

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 104

สารบัญ

หน้า

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 115

สรุปผลการวิจัย 117

การอภิปรายผลการวิจัย 118

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 129

รายการอ้างอิง 132

ภาคผนวก 142

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 143

ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 145

ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือวิจัย 150

ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผลการทดสอบความเที่ยง ของเครื่องมือ 156

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 167

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน120คน จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติของอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วย ระยะของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับและครั้งที่ ของการมารับเคมีบำบัด……89

2 ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย…… 101

3 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย……102

4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด……104

5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับ……..……105

6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด……..……106

7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมที่ขัดขวาง การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด……...107

8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเจ็บปวด อาการร้อนวูบวาบของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด……109

9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเหนื่อยล้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด……109

10 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนด้านอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด……110

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ หน้า

11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 111

12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 112

13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ,ความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ,ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ, การรบกวนด้านอารมณ์,ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในการพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 113

14 ตารางแสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในกลุ่ม Try out 163

15 ตารางแสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับในกลุ่ม Try out 164

16 ตารางแสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่ม Try out 165

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ หน้า

17 ตารางแสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ในกลุ่ม Try out 166

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 ภาพแสดง A Comprehensive Cognitive - Behavioral Model of Insomnia For Breast Cancer Patient……. 45

2 ภาพแสดงแบบประเมินความปวด Brief pain inventory (BPI)……. 58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการตาย โดยการจัดลำดับอัตราการป่วยด้วยโรคต่างๆ10อันดับในประเทศไทย มีโดยอัตราการตายตามกลุ่มโรคมะเร็งต่อแสนประชากรในประเทศไทยระหว่างปี2549-2553พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมคิดเป็นอัตรา17.7ต่อแสนประชากร(ปี2553)โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี2552ในอัตรา17.3ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และจากสถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อย ในเพศหญิงพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นอันดับ1คิดเป็นร้อยละ47.8(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมนั้นเป็นโรคที่แนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งแพทย์จะรักษาด้วยการผ่าตัดก้อนมะเร็งเต้านมออกที่มีวิธี เช่น การผ่าตัดเฉพาะก้อน การผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด การผ่าตัดตกแต่งเต้านม เป็นต้น หลังจากที่ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วต้องได้รักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลของการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นให้ผลดีแต่พบอาการข้างเคียงหลายอย่างประกอบไปด้วย ผมร่วง คลื่นไส้ เป็นพิษต่อระบบหัวใจ ปวด เม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การรับรู้ผิดปกติ และอาการอ่อนล้า เป็นต้น(Hamilton et al, 2005)

ปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีปัญหาการนอนหลับสูงเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น (Davidson et al., 2002; Savard and Morin, 2001; Fortner et al., 2002 cited in Savard et al., 2004) ประมาณว่า 23 - 61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนหลับ (Omne-Pontine, 1992; Couzi, Helzlsouer and Fetting, 1995; Lindley et al.,1998; Fortner et al., 2002; พัทรีญา แก้วแพง, 2004) ส่วนในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเริ่มของการนอนไม่หลับร้อยละ44.12 โดยพบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงร้อยละ 52.17(พัทรีญา แก้วแพง, 2547)สอดคล้องกับการศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับเช่นกัน(นงลักษณ์ อนันตอาต, 2550) ปัญหาการนอนหลับมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดได้ในทุกช่วงระยะเวลา

ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมักเกิดขึ้นในช่วงวันที่ 7 ของการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 เป็นต้นไป เกิดทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกและระยะลุกลาม (Julienne, 2008) ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน มีระยะเวลาในการนอนหลับน้อย ฝันร้าย ตื่นเร็วกว่าปกติ และงีบหลับกลางวันมาก ซึ่งอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย (Janet et al., 2002))

การนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง โดยด้านร่างกายพบว่ามีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาว พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ระยะของการนอนหลับโดยไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิดnatural killer cell คือการทำงานของเม็ดเลือดขาวจะลดลงจะทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง (Irwin, Smith, & Gillin ,1992 cited in Savard and Morin, 2001 cited in พัทรีญา แก้วแพง, 2004) ทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง นอกจากนั้นยังพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Wingard and Berkman, 1983) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนหลับยากจะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (Savard and Morin, 2001: 901) เนื่องจากการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยขาดการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep) ซึ่งเป็นช่วงการนอนหลับลึกที่เหมาะสมในการเพิ่มการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและลดการทำลายของชั้นเนื้อเยื่อ และมีการแบ่งตัวอย่างมากของการสร้างไขกระดูก เม็ดเลือดต่างๆ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Adam and Oswald, 1984) ซึ่งช่วยในการป้องกันการเติบโตของก้อนเนื้อร้าย และการแพร่กระจายของมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมักมีความถี่ของปัญหาสุขภาพ การไปพบแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ (พัทรีญา แก้วแพง, 2547)

ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะทำให้อารมณ์ไม่สดชื่น (Hodgson, 1991; Savard and Morin, 2001) กระบวนการคิดและการตัดสินใจช้า ขาดสมาธิ (Hodgson, 1991; Williamson, 2002) มีพฤติกรรมเฉื่อยชา หงุดหงิดง่าย ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง บกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างวัน รวมถึงมีอัตราของการขาดงานสูงขึ้น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544 อ้างถึงในพัทรีญา แก้วแพง, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งมีหลายปัจจัย ดังนี้

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับขั้นต้น จากการประเมินอาการนอนไม่หลับของแต่ละบุคคล พบว่าการความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีระดับสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่การนอนหลับดี (Carney & Edinger, 2006 ; Edinger et al. , 2000; Fins et al.,1996; Harvey & Greenall, 2003 ; Morin & Stone et al.,1993) โดยความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การครุ่นคิดเกี่ยวกับการนอนไม่หลับในระดับสูง (Belanger, Morin , Gendron, Morin & Blais, 2005 ; Fichten et al., 1998 ; Harvey, 2000; Van Egeren, Harvey, Franzen & Hamilton, 1983 ; Wicklow & Espie, 2000) การตระหนักเกี่ยวกับผลของการนอนหลับ การครุ่นคิดเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับและทำนายการนอนหลับ โดยอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเกี่ยวกับการนอนหลับที่ผิดปกติในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่กล่าวถึงการนอนหลับ (Rumble et al.2005)ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนเพิ่มขึ้นของในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการนอนไม่หลับ

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ได้แก่ การงีบหลับ การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง การออกกำลังกายอย่างหนัก2ชั่วโมงก่อนเข้านอนและการไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอนเป็นต้น โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่ใช้การงีบหลับ สูบบุหรี่ประมาณ5นาทีก่อนเข้านอน ดื่มแอลกอฮอล์ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอนและนอนในวันที่ไม่ใช่เวลาทำงานมากว่าผู้ที่มีการนอนหลับดี (Jefferson et al.,2005) การศึกษาของBroeckel et al (1998) พบว่าการใช้ยานอนหลับในระดับสูงสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการนอนหลับที่น้อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าความปวดเกิดกดเบียดของก้อนมะเร็ง และการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยมีลักษณะของความปวดคือ กดเจ็บและการอัด (Amichetti & Caffo, 2003) ความรุนแรงของความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง จะส่งผลรบกวนการนอนหลับทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับหรือตื่นขึ้นซึ่งความถี่ในการเกิดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้สึกความปวด (Fortner et al, 2002)

ความเหนื่อยล้า เป็นลักษณะทั่วไปและกลุ่มอาการที่รบกวนจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง(Anderson et al ., 2003)เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความเหนื่อยล้ามีระดับสูงในผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเทียบกับคนสุขภาพดี และผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งและผู้หญิงที่เริ่มเป็นมะเร็ง(Andrykowski, Curran, & Lightner, 1998) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อการนอนหลับ(Ancoli-Israel , Moore & Jones, 2001 ; Mock et al ., 2000 ; Portenoy & Itri , 1999) และความยากลำบากในการนอน ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับเคมีบำบัด เนื่องมาจาก ผู้ป่วยมักต้องตื่นบ่อยเพื่อปัสสาวะในตอนกลางคืน (จากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ

มากๆ หลังได้รับเคมีบำบัดเพื่อป้องกันสารเคมีบำบัดตกค้างที่ไต) บางรายต้องตื่นบ่อยจากอาการคลื่นไส้และอาเจียน และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับในช่วงกลางคืนที่ไม่ดีและต้องการงีบหลับช่วงกลางวันเกือบตลอดเวลา โดยความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับที่มีความเหนื่อยล้ามาก จะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545)

อาการร้อนวูบวาบ การได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มการมีชีวิตรอดและลดการกลับเป็นซ้ำ (Love, Cameron, Connell & Leventhal, 1991 ; Poniatowski, Grimm & Cohen ., 2001) แต่อย่างไรก็ตามผลจากการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์หมดประเดือนก่อนวัยอันควรหรือเพิ่มอาการหมดประจำเดือน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการร้อนวูบวาบ ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะมีความยากลำบากในการนอนหลับ (Carpenter et al., 2002) โดยในช่วงเวลาที่เกิดอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับร้อยละของเวลาในการตื่นที่สูงมากและจำนวนระยะการนอนหลับเปลี่ยนเป็น lighter sleep นอกจากนี้การมีอาการร้อนวูบวาบในช่วงกลางคืนส่งผลต่อการนอนหลับในระยะที่2 ลดลงมีการตื่นที่เพิ่มขึ้นและมีระยะREMที่ยาวนาน(Savard et al., 2004)

การรบกวนด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม40-50% เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มักมีการรบกวนด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าและ ความวิตกกังวล ผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับ ช่วงของการนอนหลับสั้น และคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำ (Carpenter et. al,2004)และพบว่าในผู้ที่มีการรายงานอาการนอนไม่หลับนั้น มีอาการนอนไม่หลับเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าในผู้ที่ไม่มีการรายงานอาการนอนไม่หลับ

จากผลกระทบดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันและแก้ไขปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักบำบัดพิเศษ (อาภา ใจงาม, 2524; บุญชู อนุสาสนนันท์, 2536; ดารัสนี โพธารส, 2538; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และพัสมนฑ์ คุ้มทวีพร, 2540; นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2542; พรสรรค์ โรจนกิตติ, 2544; Prasertphol, 2001; Opanuraks, 2002; ญานิกา เวชยางกูล, 2545; Komenthai, 2003) ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งนั้น พัทรีญา แก้วแพง (2547) ทำการศึกษาอาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท แต่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 21.2 นอกจากนี้ปัจจัยที่ศึกษาในงานดังกล่าวได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของ

โรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่วนปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ความเหนื่อยล้า และ อาการร้อนวูบวาบ และผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะสามารถทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การนอนหลับมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในองค์รวมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการจัดการกับปัญหาการนอนหลับซึ่งจะส่งผลต่ออัตราการหาย อัตราการรอดชีวิต ระยะเวลารอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาการนอนหลับเป็นอาการหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีสามารถทำนายการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถเป็นข้อมูลที่จะช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้การรักษาได้ผลดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวมาใช้ทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1.การนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

2.ปัจจัยคัดสรรได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ สามารถในการพยากรณ์การนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional thought about sleep) เป็นความคิดความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับเกี่ยวของการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง เช่น ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการนอนหลับ 8 ชั่วโมงขึ้นไป การมีลักษณะการนอนหลับที่ง่ายคือหัวถึงหมอนก็หลับทันทีและหลับตลอดคืนเท่านั้นจะทำให้ให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น ผลของความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการกระตุ้นร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถหลั่งสารที่ทำให้เกิดการนอนหลับได้ เมื่อผู้ป่วยเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ แม้ว่าจะนอนไม่หลับ ผู้ป่วยก็จะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไป ทำให้มีอาการตื่นกลัว ระแวง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (Coyle & Watts, 1991; Harvey, 2003; Van Egeren et al., 1983; Wicklow & Espie, 2000)

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (Sleep inhibitor behaviors) ได้แก่ การงีบหลับตอนกลางวัน การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนเข้านอนอย่างน้อย4ชั่วโมง การออกกำลังกายอย่างหนัก 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนและการไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอนมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ(Berger,1998) โดยการใช้ยานอนหลับกลุ่มยาคลายกังวล(Benzodiazepine) ส่งผลต่อการทำให้มีการนอนหลับที่ง่ายและเร็วขึ้น แต่ลดจำนวนครั้งของการตื่นและการนอนหลับที่นานขึ้น ส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน จะมีผลทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) มีการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้สมองตื่นตัว ซึ่งให้เข้าสู่ระยะการนอนหลับช้า ลดระยะเวลา การนอนหลับในแต่ละคืน ผู้ที่มีการงีบกลับกลางวัน จะทำให้เกิดความแปรปรวนการนอนหลับและการตื่น นอกจากนี้การออกกำลังกายช่วงเวลาเย็นหรือก่อนเข้านอน จะเพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติตั้งแต่ระยะเข้านอนจนหลับ ซึ่งทำให้เกิดความยากลำบากในการนอนหลับ

ความปวด(Pain) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกมีการรายงานความปวด โดยลักษณะความปวดเป็นความเจ็บปวด กดเจ็บและการอัด (Amichetti & Caffo, 2003) เมื่อเกิดความปวดขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการหลั่งกลัยโคเจน อะดีนาลีน ส่งผลต่อการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว ระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้น้อยลง ความปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังจะเพิ่มการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกายในช่วงกลางคืน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับหรือตื่นบ่อยขึ้น (Fortner et al, 2002)

ความเหนื่อยล้า(Fatigue) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับเคมีบำบัด มักต้องตื่นบ่อยเพื่อปัสสาวะในตอนกลางคืน (จากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ หลังได้รับเคมีบำบัดเพื่อป้องกันสารเคมีบำบัดตกค้างที่ไต) บางรายต้องตื่นบ่อยจากอาการคลื่นไส้และอาเจียน

และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับในช่วงกลางคืนที่ไม่ดีและต้องการงีบหลับช่วงกลางวันเกือบตลอดเวลา (Berger and Farr, 1999) เมื่อร่างกายมีความเหนื่อยล้าจะส่งผลต่อการนอนหลับในระยะNREM และREM 4 ลดลง ผู้ป่วยจึงรู้สึกไม่สดชื่น อ่อนเพลียเนื่องจากการนอนหลับไม่สนิท และตื่นบ่อย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์ ที่กล่าวไว้ว่าแบบแผนการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า การนอนหลับในช่วงกลางคืนที่ไม่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนตลอดเวลาในช่วงกลางวัน (Piper et al., 1987; Piper, 1993)

อาการร้อนวูบวาบ (Hot flashes) เป็นอาการแสดงของ Vasomotor symptom ที่มีการรับรู้สึกร้อน วูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน บริเวณร่างกายส่วนบนและใบหน้า โดยอาการเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ นาน 2-3 วินาทีหรือเป็นนาที และทำให้เกิดความผิดปกติของ thermoregulation ของ hypothalamic การควบคุมอุณหภูมิมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ โดยผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบจะมีการรบกวนการนอนหลับที่มาก ตื่นบ่อยขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง ระยะการนอนหลับระยะ 4 เพิ่มขึ้น การนอนหลับระยะshort REMลดลง และระยะท้ายของการนอนหลับยาวนานกว่าจะเข้าสู่ระยะ REM อีกครั้ง (Mary et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับด้วยเครื่องมือ polysomnography พบว่าช่วงเวลา 10 นาทีผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบเกิดขึ้น มีร้อยละของเวลาการตื่นที่สูงมากและจำนวนระยะการนอนหลับเปลี่ยนเป็น lighter sleep เมื่อเทียบกับระยะเวลา 10 นาทีที่ไม่มีอาการร้อนวูบวาบ (Savard et al., 2004)

การรบกวนด้านอารมณ์(Mood disturbance) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีการแสดงออกของภาวะอารมณ์ซึ่งได้แก่ ความเครียด-ความวิตกกังวล สับสน ความงง ความซึมเศร้า หดหู่ โกรธ มุ่งร้าย เป็นต้นผลของภาวะอารมณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้ร่างกายตอบสนองด้วยการหลั่งสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับระยะเริ่มและการนอนหลับต่อเนื่อง ส่งผลทำให้มีการนอนหลับยากและตื่นบ่อยระหว่างช่วงเวลาหลับ (กันตพร ยอดใชย, 2547) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 40-50%มีการรายงานการรบกวนอารมณ์ (Carpenter, Andrykowski, Cordova, et al., 1999; Couzi et al., 1995; Northouse et al., 1999)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะอารมณ์ที่ไม่ดีเมื่อเทียบผู้ป่วยกลุ่มที่มีการนอนหลับดี (Fortner et al., 2002)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยได้แก่ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ อย่างน้อย 1 ปัจจัยสามารถพยากรณ์การนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้

ขอบเขตการวิจัย

1.การวิจัยครั้งนี้การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ประชากรที่ศึกษาคือเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ระยะ 2, 3, 4 ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยอายุระหว่าง 20-60 ปี ในแผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

2.ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ การนอนหลับ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การนอนหลับ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของการนอนทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีอาการได้แก่

1)การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วๆไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที)

2)การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยนอนหลับแล้ว มีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ

3)การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้(Early morning awakening, EMA) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ หมายถึงความเชื่อ ความคิดของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมและการทำนายการนอนหลับ การครุ่นคิดเกี่ยวกับผลของอาการนอน

ไม่หลับ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังในการนอนหลับและการทำหน้าที่ประจำวันและแนวคิดสาเหตุของอาการนอนไม่หลับ

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ หมายถึงการกระทำ กิจกรรมของบุคคลในการปฏิบัติรบกวนการนอนหลับ และสิ่งแวดล้อมที่ขัดขวางการนอนหลับ ได้แก่ การงีบหลับตอนกลางวัน การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง การออกกำลังกายอย่างหนัก 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนและการไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน การสูบบุหรี่ เวลาและความสม่ำเสมอในการเข้านอน-ตื่นนอนแต่ละวัน แบบแผนช่วงเวลาการทำงาน

ความปวด หมายถึงประสบการณ์การรับรู้และการตอบสนองต่อความไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด จากก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาทหรือจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

ความเหนื่อยล้าหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับเคมีบำบัด ที่รู้สึกว่าเหนื่อย อ่อนเพลีย สูญเสียพลังงานจนถึงหมดกำลัง ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ซึ่งประเมินได้จาก 4 มิติ คือ

1)ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบด้วยผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

2)ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดกับตนว่าอาการเหนื่อยล้านั้นเป็นอย่างไร เช่นเป็นปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณหรือเป็นโทษเป็นต้น

3)ด้านร่างกายและจิตใจเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจว่ามีความแข็งแรง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาระดับใด

4)ด้านสติปัญญาเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่างๆหรือความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

อาการร้อนวูบวาบหมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่รู้สึกมีอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกมากซึ่งเป็นผลมาจากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน

การรบกวนด้านอารมณ์หมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์อันเนื่องมาจากการตอบสนองด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยอารมณ์ด้านลบ5ด้านและอารมณ์ด้าน

บวก1ด้านได้แก่ ด้านความเครียด-ความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า-หดหู่ ด้านความโกรธ-ความมุ่งร้าย ด้านความเหนื่อยล้า- ความเฉื่อยชา ด้านความสับสน-ความงง ด้านความกระปรี้กระเปร่า-ความกระฉับกระเฉง เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เพื่อได้ทราบปัจจัยที่ทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นแนวทางให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพสามารถการประเมิน คัดกรอง และการเฝ้าระวัง การเกิดปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้

2.เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้การเพื่อช่วยลดการเกิดปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

3.เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการกับปัญหาอาการนอนไม่ในผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆที่ได้รับเคมีบำบัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และได้นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1.ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.1อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม

1.2 การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

1.3การรักษามะเร็งเต้านม

1.4ผลของเคมีบำบัดต่อการรักษามะเร็งเต้านม

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.1 ความหมายของการนอนหลับ

2.2 ทฤษฎีการนอนหลับ

2.3วงจรการนอนหลับ

2.4ประเภทของปัญหาการนอนหลับ

2.5 ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.6 ผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.7การประเมินการนอนหลับ

2.8ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.1อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม

จากสถิติโรคมะเร็งเต้านม มีการจัดลำดับอัตราการป่วยด้วยโรคต่างๆ 10 อันดับ ในประเทศไทย พบเนื้องอกร้ายที่เต้านม (Malignant neoplasm of breast: C50) ในเพศหญิงคิดเป็น อัตรา 109.16 (กรมบัญชีกลาง โดยสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) โดยอัตราการตายตามกลุ่มโรคมะเร็งต่อแสนประชากรในประเทศไทย ระหว่างปี 2549-2553 พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมคิดเป็นอัตรา 7.7 ต่อแสนประชากร (ปี2553) โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี2552 ในอัตรา 7.3 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และจากสถิติโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 ในเพศหญิงพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ47.8 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่ควบคุมได้ยาก มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำสูง รวมทั้งการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาสูงในประเทศไทย ซึ่งวิธีการรักษาหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด โดยผลข้างเคียงของเคมีบำบัดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องและยาวนาน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามระยะของโรค

1.2การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

หลังจากที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว จะต้องมีการตรวจสอบเพิ่มเติมเพื่อประเมินว่ามีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังบริเวณอื่นนอกจากบริเวณเต้านมหรือไม่ เพื่อประเมินระยะความรุนแรงของโรคและวางแผนการรักษาต่อไป

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งในร่างกายมี 3 ทาง

1. ทางเนื้อเยื่อข้างเคียง มีการลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบ ๆ

2. ทางระบบน้ำเหลือง มีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง

3. ทางเลือดมีการลุกลามเข้าไปยังเส้นเลือดดำและเส้นเลือดฝอย มีการแพร่กระจายไปยังบริเวณต่างๆ ของร่างกายทางหลอดเลือด

เมื่อเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายผ่านทางระบบน้ำเหลืองหรือเลือดไปยังบริเวณอื่นในร่างกายอาจทำให้เกิดมะเร็งทุติยภูมิในร่างกายกระบวนการนี้เรียกว่า การแพร่กระจายของโรค (Metastasis) โดยชนิดของเซลล์มะเร็งทุติยภูมิจะเป็นชนิดเดียวกันกับมะเร็งปฐมภูมิ

1.2.1ระยะ 0 (Carcinoma in situ) มี 2 ชนิด

- Ductal carcinoma in situ (DCIS) จะพบเซลล์ผิดปกติในบริเวณเยื่อบุท่อน้ำนม ซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีการลุกลามของโรคแต่มีโอกาสที่จะกลางเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้โดยที่ปัจจุบันยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ารอยโรคบริเวณใดจะกลายเป็นระยะลุกลาม

- Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นภาวะที่พบเซลล์ผิดปกติใน lobules ของเต้านม สภาวะนี้นาน ๆ ครั้งจะกลายไปเป็นระยะลุกลามได้ อย่างไรก็ตามใน lobar carcinoma in situ ในเต้านมข้างเดียวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ทั้งสองข้าง

1.2.2ระยะ I - ขนาดของก้อนเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 cm. และยังไม่มีการกระจายออกนอกบริเวณเต้านม

1.2.3ระยะ II ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1.2.3.1ระยะ IIA มี 3 ภาวะ ได้แก่

- ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่พบมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีการแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

1.2.3.1ระยะ IIB มี 2 ภาวะ ได้แก่

- ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- ก้อนใหญ่กว่า 5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

1.2.4ระยะ III ประกอบด้วย 4 ประเภท คือ

1.2.4.1.ระยะ IIIA มี 4 ภาวะ ได้แก่

- ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณใกล้เคียงเต้านมและบริเวณรักแร้
- เนื้องอกมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- เนื้องอกมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- เนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

1.2.4.2.ระยะ IIIB ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไรก็ได้ร่วมกับ

- เนื้องอกมีการแพร่ไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่นกล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าอกและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

1.2.4.3.ระยะ IIIC

- เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า

และอาจจะพบร่วมกับการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม- สามารถแบ่งเป็นชนิดผ่าตัดได้และผ่าตัดไม่ได้โดยชนิดที่ผ่าตัดได้จะต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. แพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้มากกว่า 10 ต่อม หรือ

2. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า หรือ

3. พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านมชนิดที่ผ่าตัดไม่ได้ ประกอบด้วยลักษณะดังนี้

- เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า

1.2.4.4.ระยะ IV

- มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายส่วนมากพบที่กระดูก, ปอดตับ หรือสมอง

1.2.5มะเร็งเต้านมอักเสบ (Inflammatory breast cancer)

เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการแพร่กระจายไปที่ผิวหนังของเต้านม ทำให้เต้านมมีลักษณะแดง,บวมและร้อน เนื่องจากเซลล์มะเร็งไปอุดกั้นทางเดินน้ำเหลืองของผิวหนัง นอกจากนี้ผิวหนังบริเวณหน้าอกอาจมีลักษณะเหมือนผิวเปลือกส้ม โดยที่อาจไม่สามารถสัมผัสก้อนบริเวณหน้าอกได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจพบได้ในมะเร็งเต้านมระยะ IIIB, IIIC และ IV

1.2.6มะเร็งเต้านมกำเริบ (Recurrent Breast Cancer)

เป็นมะเร็งที่กลับเป็นใหม่ภายหลังได้รับการรักษา อาจพบที่บริเวณหน้าอกหรือผนังหน้าอก หรือส่วนอื่นของร่างกาย

1.3การรักษามะเร็งเต้านม

มีการรักษาหลักอยู่ 4 วิธี(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) ประกอบด้วย

1.3.1การผ่าตัด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกจากหน้าอกร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบางส่วนเพื่อดูว่ามีเซลล์มะเร็งอยู่หรือไม่การผ่าตัดหลักๆ มีอยู่ 4 วิธี ได้แก่

1.3.1.1 การผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเนื้องอกออกซึ่งประกอบไปด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1) การตัดเฉพาะตัวเนื้องอกออก เป็นการผ่าตัดนำเอาเนื้องอกและเนื้อเยื่อที่ปกติรอบ ๆ เนื้องอกออก

2) การตัดเอาเต้านมบางส่วนออก เป็นการผ่าตัดนำเอาเต้านมที่มีเนื้องอก

ออกบางส่วนร่วมกับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติรอบ ๆ นอกจากนี้ยังมีการนำเอาต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณใต้รักแร้ออกมาตรวจพร้อมกับการผ่าตัดเต้านมอีกด้วย

1.3.1.2 การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้าง เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้าที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เพื่อการตรวจวินิจฉัย

1.3.1.3การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้างแบบปรับปรุง (Modified radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดร่วมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้, ต่อมน้ำเหลืองใต้ผนังหน้าอกและกล้ามเนื้อผนังหน้าอก

1.3.1.4 การผ่าตัดเต้านมแบบกว้าง (Radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอก, กล้ามเนื้อใต้หน้าอก และต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดที่รักแร้ออก

1.3.2. การฉายแสงหรือการฉายรังสีเป็นการใช้รังสีพลังงานสูงเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งหรือป้องกันเซลล์มะเร็งเติบโตแบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1.3.2.1 การฉายแสงภายนอก เป็นการใช้เครื่องฉายรังสีส่งรังสีไปยังบริเวณก้อนเนื้องอก ผนังหน้าอก หรือต่อมน้ำเหลือง มักใช้ภายหลังได้รับการผ่าตัด และได้ยาเคมีบำบัดแล้ว ในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. มีการลุกลามที่ต่อมน้ำเหลืองหรือผ่าตัดก้อนมะเร็งได้ขอบเขตไม่เพียงพอ และกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม

1.3.2.2 การฉายแสงภายในหรือการฝังแร่ เป็นการใช้สารกัมมันตรังสีติดกับอุปกรณ์บางชนิด เช่น เข็ม, ลวด จากนั้นนำไปวางไว้ในบริเวณที่เป็นเนื้องอกหรือบริเวณข้างเคียง

1.3.3. การรักษาด้วยฮอร์โมน

เป็นการรักษาโดยการนำเอาฮอร์โมนหรือหยุดการทำงานของฮอร์โมนเป็นผลทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ถ้าตรวจพบว่าเซลล์มะเร็งมีตัวรับการตอบสนองต่อฮอร์โมน (receptors) อาจเลือกวิธีการรักษาเพื่อลดการทำงานของฮอร์โมนได้หลายวิธีดังนี้ การใช้ยาการผ่าตัดและการฉายรังสี เช่น มะเร็งเต้านมซึ่งตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจนและเอสโตรเจนสร้างมาจากรังไข่ อาจใช้วิธีการผ่าตัดรังไข่ออกเพื่อหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือการรักษาด้วยยา Tamoxifen ซึ่งใช้รักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น และระยะลุกลาม แต่มีข้อพึงระวังเนื่องจากการกินยา Tamoxifen สามารถออกฤทธิ์ได้กับเซลล์ทั่วร่างกายทำให้อาจเพิ่มโอกาสในการเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้หรือการรักษาด้วยยา Aromatase Inhibitor ซึ่งให้ในผู้หญิงวัยหมดระดูที่เป็นมะเร็งชนิดที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยยาชนิดนี้จะไปยับยั้งการเปลี่ยนฮอร์โมนแอนโดนเจนไปเป็นเอสโตรเจน ซึ่งยาชนิดนี้สามารถใช้ในระยะต้นของโรคมะเร็งเต้านมโดยเป็นการรักษาเสริมแทนยา Tamoxifen หรือหลังจากสองปี หรือมากกว่าของการใช้ยา Tamoxifen

1.3.4การรักษาด้วยเคมีบำบัด

เคมีบำบัด หรือ คีโมเทอราปี (Chemotherapy) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินและกรีก โดยเคมีบำบัดมาจากคำ 2 คำมารวมกัน คือ คำว่าเคมี (Chemical) และบำบัด (Therapy) หรือรักษา (Treatment) (ทรงพล สนธิชัย, 2555) ดังนั้นเคมีบำบัด คือ การรักษาโรคมะเร็งด้วยยา ซึ่งผลิตด้วยสารเคมีหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลายรูปแบบ ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด ดังนั้นเคมีบำบัดจึงมีคุณสมบัติฆ่าเซลล์มะเร็ง หรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งโดยตรง ซึ่งยาเคมีบำบัดบางชนิดได้มาจากพืช หรือมีคุณสมบัติทางชีวเคมีเช่นเดียวกับที่มีในพืชสมุนไพร แต่นำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้ปริมาณมากพอที่จะใช้รักษาโรคมะเร็งให้หายได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553)

1.3.4.1การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม การให้ยาเคมีบำบัดมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาเสริม โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มโอกาสหายขาดให้สูงขึ้นกว่าการรักษาเฉพาะที่เพียงอย่างเดียวการให้ยาเคมีบำบัดในกรณีนี้ เพื่อหวังว่าจะกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังเล็ดลอดจากการผ่าตัดรักษาที่ไม่สามารถมองเห็นหรือตรวจพบได้จากเอ็กซ์เรย์ บางกรณีที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ การรักษาเฉพาะที่ก่อนทันทีอาจได้ผลในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การผ่าตัดมะเร็งเต้านมก้อนขนาดใหญ่มากหรือลุกลามจนเป็นแผลแตก อาจทำให้ผ่าตัดออกไม่ได้หมด เกิดการแพร่กระจายได้ง่ายขึ้นหรือเสียรูปร่างของเต้านมมาก แพทย์อาจเลือกใช้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดเพื่อช่วยลดขนาดของก้อนลงจนทำให้ศัลยแพทย์สามารถผ่าตัดได้สะดวกขึ้น โดยการใช้ยาเคมีบำบัดรักษามะเร็งเต้านม เป็นการใช้ยาเพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเนื้องอกโดยการกำจัดหรือหยุดเนื้องอกจากการแบ่งตัว โดยมีวิธีการให้ยารักษามะเร็งเต้านมมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดหรือฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งเต้านม โดยการให้ยาเคมีบำบัดรักษามะเร็งเต้านมมักใช้เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งมาที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ โดยจะให้ 6 เดือน ในระยะที่ I, II แต่ในระยะที่ III จะให้จะครบ 12 เดือน แต่ในระยะที่ IV หรือ recurrence จะให้ใช้ในช่วง 3 - 6 เดือน หากไม่มีการตอบสนองอาจเปลี่ยนเป็นยาขนานที่แรงกว่าเดิม (CMF ® CAF)

หลักการให้สารเคมีบำบัดก็เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจายออกเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงเนื่องจากการผ่าตัดไม่สามารถกำจัดออกไปได้หมด โดยหวังผลในแง่ของการลดการเป็นกลับซ้ำ (Recurrence) และเพิ่มการอยู่รอด (survival) โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่อยู่

ในวัยที่มีประจำเดือน และ Estrogen receptor (ER)negative ส่วนในมะเร็งระยะลุกลาม (III B) มักจะให้เคมีบำบัดก่อนการรักษาโดยการผ่าตัด เรียกว่า Neoadjuvant chemotherapy หรือ Induction chemotherapy โดยหวังผลในการลดขนาดของมะเร็ง และการ down stage (ลดจากระยะที่รุนแรงมากให้มาอยู่ในระยะที่รุนแรงน้อย) เพื่อที่จะให้การรักษาโดยการผ่าตัดตามหลังได้ ซึ่งปกติมักจะเริ่มให้เป็น CMF 3 เดือน ก่อนหากมีการตอบสนองดี ก็จะสามารถผ่าตัดได้หาก ตอบสนองไม่เต็มที่ควรให้ต่อเป็น 6 เดือน แล้วประเมินผลอีกครั้ง หรือเปลี่ยนเป็น CAF อีก 3 เดือน หากยังไม่ตอบสนอง อาจพิจารณา เปลี่ยนเป็น CAF 3-6 เดือน หรือ การให้รังสีรักษาร่วมด้วย หรือไม่ก็ทดลอง Regimen อื่น (ยาขนานใหม่ๆ) และสำหรับผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปมากแล้ว การให้ยาเคมีบำบัดอาจทำเพื่อหวังผลการควบคุมไม่ให้โรคลุกลาม โดยไม่ได้หวังผลในการทำให้โรคหายขาด ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น อาการจากโรคลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552)

1.3.4.2 ข้อบ่งชี้ในการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1)ข้อบ่งชี้การให้ Neo-adjuvant chemotheraphy

-ใช้ในผู้ป่วยระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced breast cancer) ได้แก่ระยะ T4 หรือ N2, N3 หรือ T3 บางรายที่ต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ breast conservation หรือยังผ่าตัดไม่ได้

-ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้และต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ breast conservative โดยมีข้อบ่งชี้ต้องได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด

2)ข้อบ่งชี้การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยยาเคมีบำบัด (Adjuvant chemotherapy)

-กลุ่ม endocrine non-responesive (ER and PR-negative) ที่มีขนาดก้อนเนื้องอก > 1 ซม. ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มIntermediate หรือ High risk

-กลุ่ม Incompletely endocrine responsiveness กลุ่ม High risk และ Intermediate risk บางราย

-กลุ่ม highly endocrine responsiveness กลุ่ม High risk

-ยากลุ่ม Taxane ได้แก่ การให้ Paclitaxel หรือ Docetaxel ในสูตรยาที่ 4

(Doxorubicin + Cyclophosphamide ตามด้วย Paclitaxel หรือ Docetaxel) พิจารณาให้ในผู้ป่วยกลุ่ม high risk for recurrence แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.กลุ่มที่มีการกระจาย ไปที่node 1-3 nodes, HER2 positive

2.กลุ่มที่มีการกระจาย ไปที่node ≥ 4 nodes, ER negative

3.กลุ่มที่มีการกระจาย ไปที่node ≥ 4 nodes, ER positive, HER2 positive

3)ข้อบ่งชี้การรักษามะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยยาเคมีบำบัด

-ผู้ป่วยที่มีผล Hormone receptor (ER และ PR) เป็นลบ (Endocrine non-responsive)

-ผู้ป่วยที่โรคลุกลามหรือดื้อต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน

-ผู้ป่วยที่โรคแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและอาจมีอันตรายถึงอันตรายถึงชีวิต (Protocol เพื่อการจ่ายชดเชยการรักษามะเร็งเต้านม ปี2553; สำนักพัฒนาคุณภาพบริการตุลาคม 2552)

1.3.4.3ประเภทของยาเคมีบำบัดและสูตรเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประเภทของยาเคมีบำบัด ยาเคมีบำบัดสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทตามกลไกการออกฤทธิ์ และโครงสร้างทางเคมี ยาเคมีบำบัดหลายชนิด แบ่งเป็นหลายกลุ่ม ดังนี้

1.3.4.3.1Alkylating agents เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทำลายสารพันธุกรรมเพื่อป้องกันการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยออกฤทธิ์ได้ทุกระยะของการแบ่งเซลล์ ใช้ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งผิวหนัง มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่เป็นต้น ส่วนผลข้างเคียงที่พบเนื่องจากยาออกฤทธิ์ทำลายสารพันธุกรรมทำให้เกิดการทำลายไขกระดูกได้ในระยะยาว และมีโอกาสที่จะทำให้เกิดมะเร็ง เม็ดเลือดขาวได้โดยความเสี่ยงแปรผันตามปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งพบได้ในปีที่ 5-10 หลังจากได้รับยา ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1)Nitrogenmustards เช่น Mechlorethamine (nitrogen mustard), chlorambucil, cyclophosphamide, ifosfamide และ melphalan

2)Nitrosoureas เช่น streptozocin, carmustine และ lomustine

3)Alkyl sulfonates เช่น busulfan

4)Triazines เช่น dacarbazine (DTIC) และ temozolomide Ethylenimines เช่น thiotepa และ altretamine The platinum drugs เช่น cisplatin, carboplatin และ oxalaplatin บางครั้งจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วยเนื่องจากมีกลไกการออกฤทธิ์อย่างเดียวกัน แต่ไม่ค่อยมีผลต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว

1.3.4.3.2Anti-metabolites

กลไกการออกฤทธิ์คือตัวยาจะเข้าไปแทนที่ในสายพันธุกรรมส่งผลให้เกิดยับยั้งการสร้างสายพันธุกรรม โดยออกฤทธิ์ในระยะ S ของวงจรการแบ่งเซลล์ ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น เม็ดเลือดขาว มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ มะเร็งของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้นยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ 5-fluorouracil (5-FU), capecitabine (Xeloda), 6-mercaptopurine (6MP), methotrexate, gemcitabine (Gemzar), cytarabine (Ara-C), fludarabine และ pemetrexed (Alimta)

1.3.4.3.3Anti-tumor antibiotics

1)Antracyclines เป็นกลุ่มยาฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์ต่อต้านมะเร็ง กลไกการออกฤทธิ์มีผลต่อเอ็นไซม์ในการสังเคราะห์สารพันธุกรรม ซึ่งออกฤทธิ์ได้ในทุกระยะของวงจรการแบ่งเซลล์ ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งหลากหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน เป็นต้น ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลง เมื่อให้ยาในปริมาณมากเกินไป โดยปกติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านยาเคมีบำบัดจะระมัดระวังไม่ให้ปริมาณยาเกินและมีการตรวจการบีบตัวของหัวใจเป็นระยะอยู่ตลอดยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Daunorubicin, Doxorubicin (Adriamycin), Epirubicin and Idarubicin

2)Mitoxantrone ออกฤทธิ์เหมือน Antracyclines ใช้รักษามะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีผลข้างเคียงต่อหัวใจเช่นเดียวกับ Antracyclines และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาว ยาตัวอื่นๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Actinomycin-D, Bleomycin and Mitomycin-C

1.3.4.3.4Topoisomerase inhibitors

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อเอ็นไซม์ในการสังเคราะห์สารพันธุกรรมเพื่อการแบ่งเซลล์ ใช้ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งปอด มะเร็งรังไข่ มะเร็งของทางเดินอาหาร และมะเร็งอื่นๆ ซึ่งมีผลข้างเคียงในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวภายใน 2-3 ปี

หลังจากได้รับยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Topotecan, Irinotecan(CPT-11), Etoposide(VP-16), Teniposide and Mitoxantrone

1.3.4.3.5Mitotic inhibitors

Mitotic inhibitors เป็นสารประกอบจากธรรมชาติ และจากพืชบางชนิด มีกลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งเซลล์ในระยะ Mitosis(M) ของวงจรการแบ่งเซลล์ และยับยั้งเอ็นไซม์ในการสังเคราะห์โปรตีนในการแบ่งเซลล์ ส่งผลให้สามารถทำลายเซลล์ได้ในทุกระยะของวงจรแบ่งเซลล์ ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดการทำลายระบบประสาทส่วนปลายทำให้การรับความรู้สึก การควบคุมกล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติได้ เช่น เกิดอาการชา เจ็บปวด หรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ กลุ่ม Taxanes : Paclitaxel (Taxol), Docetaxel (Taxotere) กลุ่ม Epothilones : Ixabepilone (Ixempra) กลุ่ม The vinca alkaloids : vinblastin (Velban) , vincristine (Oncovin), vinorelbine (Navelbine)และกลุ่ม Estramustine (Emcyt)

1.3.4.3.6Corticosteroids (กลุ่มเสตียร์รอยด์)

มีกลไกการออกฤทธิ์ฆ่าเซลล์มะเร็งและยับยับการโตของก้อนมะเร็งใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว และ มะเร็งผิวหนังบางชนิด ใช้เพื่อป้องการคลื่นไส้ อาเจียนและอาการแพ้ยาจากยาเคมีบำบัดตัวอื่น ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Prednisolone, Methylprednisolone, Dexamethasone

1.3.4.4สูตรยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.3.4.4.1สูตรที่ 1 Classical CMF, FAC, AC

1)ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด

2)ผู้ป่วยเคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัดนานเกิน 2 ปี ยกเว้นกรณีAnthracycline-containing regimen แนะนำให้ใช้ยาเคมีบำบัดชุดใหม่แทน

1.3.4.4.2สูตรที่ 2

1)Taxanes group (docetaxel หรือ pactitaxel) กรณีได้ยา FAC, AC(Anthracycline-containing regimen) เป็นสูตรแรก

2)FAC, AC กรณีได้ยา CMF เป็นยาสูตรแรก

1.3.4.4.3สูตรที่ 3 Capecitabine พิจารณาให้ในกรณีที่ได้ Taxanes เป็นยาสูตรที่ 2

1.4ผลของเคมีบำบัดต่อการรักษามะเร็งเต้านม

1.4.1ผลการรักษาด้วยเคมีบำบัด เคมีบำบัดถ้าใช้ในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น การดำเนินของโรคเร็ว มีการกระจายไป visceral organs มะเร็งที่ดื้อต่อฮอร์โมน เป็นต้น การตอบสนองของเคมีบำบัด (ใช้ครั้งแรกของการรักษา)พบว่าในรายที่มีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบบางส่วนหรือทั้งหมดประมาณ45-80% หรือตอบสนองต่อการรักษาแบบทั้งหมดได้ประมาณ5-25% โดยใช้ระยะเวลาเริ่มแรกการตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดโดยเฉลี่ยประมาณ4-8 สัปดาห์หลังการรักษา ช่วงระยะเวลาที่ตอบสนองต่อการรักษาเฉลี่ย 5เดือน-13เดือน และอัตราการมีชีวิตอยู่หลังตอบสนองต่อการรักษาเฉลี่ย 15เดือนถึง 33เดือน

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยทั่วไปโอกาสที่ตอบสนองจะลดลงประมาณร้อยละ 50 ต่อการเปลี่ยนการรักษาแต่ละครั้ง หลังจากยาที่ดีที่สุดให้ผลการตอบสนองดีที่สุดแล้ว ยาชนิดอื่นๆ ที่เหลือ จะให้ผลการรักษาเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม บางครั้งยาชนิดเดียวกันนี้ที่ให้ผลในอดีต ก็สามารถให้ผลการตอบสนองได้อีกเมื่อให้ซ้ำ โดยเฉพาะเมื่อเปลี่ยนแปลงกำหนดการให้ยา เช่น การให้ยา 5 -FU ทางหลอดเลือดดำตลอดเวลา ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยานี้ในสูตร CAF หรือ CMF การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดขนาดสูง ร่วมกับการ พยุงการสร้างเม็ดโลหิต (high-dose chemotherapy with hematopoietic support) ด้วย G-CSF และการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดการสร้างเม็ดโลหิต จากไขกระดูกหรือจากเลือด ปัจจุบันนี้ทำอย่าง แพร่หลาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ซึ่งพบว่าวิธีนี้มี ประโยชน์ในผู้ป่วยที่มะเร็งที่ตอบสนองต่อการรักษาครั้งแรก ด้วยยาเคมีบำบัดขนาดปกติ ผลจากการศึกษานำร่องพบว่า อัตราการตอบสนองเพิ่มจากการตอบสนองบางส่วน (partial remission) ไปเป็นการตอบสนองอย่าสมบูรณ์ (complete remission) มากขึ้น และร้อยละ 20 ของผู้ป่วย ที่ได้การตอบสนองอย่างสมบูรณ์ ยังคงปลอดโรคนานกว่า 5 ปีภายหลังจากการรักษา อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีนี้ มีผลแทรกซ้อนจากการรักษามาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และผู้ป่วยอาจเสียชีวิต จากการรักษาได้ นอกจากนี้ ผลแทรกซ้อนในระยะยาว และอัตราการรอดชีวิต ยังไม่ทราบชัดเจน ทำให้การรักษานี้ยังอยู่ในระหว่างศึกษาวิจัย

(Available from http://cai.md.chula.ac.th/lesson/breast/ breast/chemo.htm. เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2555)

1.4.2ผลข้างเคียงจากพิษของเคมีบำบัด ผลข้างเคียงและอาการพิษของเคมีบำบัดที่พบบ่อยได้แก่

1) พิษต่อไขกระดูก ยาจะไปกดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดผิดปกติ เลือดจาง เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ โดยเฉพาะการติดเชื้อ

2)พิษต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้ผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และอาจขาดเลือดมาเลี้ยงบางส่วน

3) พิษต่อระบบหายใจ อาจทำให้ทางเดินหายใจและเนื้อเยื่อปอดอักเสบ

4)พิษต่อระบบทางเดินอาหาร อาจส่งผลกระทบต่อการอักเสบตลอดทางเดินอาหารจากปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ไปจนถึงทวารหนัก นอกจากนี้การอักเสบอาจเกิดเป็นแผล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเดิน พิษต่อตับและตับอักเสบได้

5)พิษต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดการอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือด เนื้อไตเกิดการเปลี่ยนแปลง และอาจเกิดไตวายชนิดเฉียบพลัน

6) พิษต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้บริเวณปลายประสาทเกิดการอักเสบ ปลายมือและปลายเท้าเกิดอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย และเมื่อพิษซึมเข้าสู่ประสาทส่วนกลางจะมีอาการซึมและชัก

7)พิษต่อระบบสืบพันธุ์ จะส่งผลไปกดการทำงานของอัณฑะและรังไข่ประจำเดือนอาจหายไประยะเวลาหนึ่งรวมถึงเป็นหมันชั่วคราว สำหรับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์ทำให้แท้งและคลอดก่อนกำหนด หรือทำให้ทารกพิการได้ ด้วยเหตุนี้จึงห้ามหญิงมีครรภ์รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก

8) พิษต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหยาบ มีสีคล้ำ ผมและขนร่วง

9)พิษต่อหู ทำให้หูอื้อ หูหนวก

10) พิษเฉพาะที่ ซึ่งเคมีบำบัดชนิดที่ระคายเคืองต่อหลอดเลือดอาจเกิดการอักเสบและถ้าออกนอกเส้นเลือดอาจทำให้เนื้อเยื่อตาย และเป็นแผลได้

11)พิษทั่ว ๆ ไป จะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัวหรือปวดข้อ มีไข้ เป็นต้น

12) กดการสร้างภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายมีภูมิต้านต่ำ (วิเชียร ศรีมุนินทร์นิมิต, 2555)

1.5การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.5.1การพยาบาลในระยะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย

บทบาทที่สำคัญคือ การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้

ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยและญาติพร้อม ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรค การรักษา แหล่งประโยชน์ของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษา

1.5.2. การพยาบาลในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

การพยาบาลก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวล มีความรู้และความพร้อมที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนการดูแลหลังผ่าตัดที่สำคัญ คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก การจัดท่านอนส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจที่ดี ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน เฝ้าระวังดูแลภาวะเลือดออก การดูแลสายท่อระบายน้ำเหลืองให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการติดเชื่อและน้ำเหลืองคั่ง(seroma)เนื่องจากการผ่าตัดเต้านม จะมี raw surfaceที่แผลผ่าตัดและหน้าท้องในรายที่มีการผ่าตัดเสริมโดยใช้เนื้อเยื่อหน้าท้อง(TRAM flap)หรือบริเวณหลังในรายที่ใช้กล้ามเนื้อหลังมาสร้างเต้านมใหม่(LD flap) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการผ่าตัดเสริมเต้านมด้วยเนื้อเยื่อของผู้ป่วย ต้องสังเกตการณ์ไหลเวียนเลือดที่มาเลี้ยงที่flap ระวังไม่ให้มีการกดทับบริเวณแผลflapหรือปิดพลาสเตอร์ดึงรั้งแผล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดTRAM flap จัดท่าให้หน้าท้องหย่อน ลดการดึงรั้งของแผลที่หน้าท้องป้องกันการขาดเลือด จัดท่านอนในท่า low fowlers คาสายสวนปัสสาวะไว้ให้bed rest ประมาณ 1-2วัน ส่วยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดLD flap แนะนำให้ผู้ป่วยนั่งหลังตรง เพื่อลดการตึงของแผลผ่าตัดที่หลัง ป้องกันการขาดเลือดและแผลผ่าตัดยึด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ต้องให้การดูแลและคำแนะนำการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่ติดและแขนบวม(lymphedema) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองออกมาก จะมีความเสี่ยงของการเกิดแขนบวมมากขึ้น คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกได้แก่ การบริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันการเกิดพังผืดของแผลบริเวณใต้รักแร้ ควรเริ่มการบริหารตั้งแต่หลังผ่าตัดใน1-2วันแรก ให้บริหารโดยเหยียดแขนและกำมือ แบมือเป็นระยะ หลังจากนั้นให้เริ่มบริหารจากท่าง่ายๆก่อนเช่น arm abduction, adduction, flextion, rotation เป็นต้น การบริหารค่อยๆเพิ่มจำนวนท่าและจำนวนครั้ง อย่างต่อเนื่องวันละ2ครั้ง ประมาณ6เดือน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบmastectomy with TRAM flap หลังผ่าตัดประมาณ6 สัปดาห์แนะนำให้เพิ่มการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อเพิ่ม

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องโดยเริ่มจากท่าโยกเข่า เก็งหน้าท้องนอนแตะเข่า นอนยกศีรษะเหยียดและยืดเข่า

สำหรับการดูแลแขนข้างที่เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงการเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยงการสะพายหรือแบกของหนักและไม่ใช้แขนข้างที่ผ่าตัดดึง ลาก ยก ถือของหนักเกิน 2 กิโลกรัมหรือใช้แขนข้างนั้นทำอะไรซ้ำๆ ไม่สวมใส่เสื้อหรือเครื่องประดับที่คับ รัดแขน ป้องกันการเกิดบาดแผลการติดเชื้อและแมลงสัตว์กัดต่อย สวมใส่ถุงมือเมื่อทำสวนหรือต้องสัมผัสของที่ไม่สะอาด แนะนำการนวดแขนเพื่อการกระตุ้นการไหลเวียน ในรายที่เริ่มมีอาการแขนบวม โดยยกแขนข้างที่ผ่าตัดขึ้นแล้วค่อยๆนวดจากปลายมือลงไปที่ต้นแขน

1.5.3.การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษามะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ด้วยผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรือประสบการณ์การรับรู้ในอดีตของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายหวาดกลัวและปฏิเสธการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ให้ความและแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างรับยาเคมีบำบัด รวมทั้งการให้กำลังใจผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษาสร้างความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจบครบตามแผนการรักษา พยาบาลต้องศึกษาและมีความรู้ในเรื่องยา ขนาดและวิธีการคำนวณขนาดยา ผลข้างเคียง รวมทั้งการประเมินภาวะเสี่ยง เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ผลข้างเคียงที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มยาAnthracycline เช่นสูตร AC, FAC ,FECส่วนใหญ่จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนในช่วงสัปดาห์แรก ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนคือ0ndanseton แนะนำให้รับประทานหลังได้รับยาเคมีบำบัดวันแรกก่อนจะมีอาการและรับประทานติดต่อกันในช่วง2-3วันแรก ส่วนสูตรยา Docetaxel จะพบอาการข้างเคียงคือการการปวดกล้ามเนื้อจะพบได้หลังจากได้รับยาประมาณ3-5วันสามารถบรรเทาได้โดยแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทายยาแก้ปวดพาราเซตามอน 2 เม็ด 1ส่วนสูตรยาCapecitabine ร่วมกับ Docetaxel จะเกิดผลข้างเคียงที่เด่นชัดคือ hand-foot syndrome ผิวหนังมือเท้าจะลอกเปื่อยแดง แนะนำให้ผู้ป่วยแช่มือ เท้าในน้ำเย็นหลังรับประทานยา Capecitabine ประมานครึ่งหรือหนึ่งชั่วโมงเพื่อลดผลข้างเคียงและให้ผู้ป่วยทาโลชั่นป้องกันไว้

ก่อน ส่วนอาการข้างเคียงอื่นที่พบได้ในยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดได้แก่ กดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อระบบเม็ดเลือดทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เกล็ดเลือดต่ำทำให้เลือดออกง่าย เม็ดเลือดแดงลดลงทำให้ซีด อ่อนเพลีย ระบบทางเดินอาหารทำให้เยื่อบุช่องปากแห้งเกิดแผลในช่องปาก อาจมีท้องผูก ท้องร่วง และรากผมทำให้ผมร่วง คำแนะนำที่ควรแนะนำผู้ป่วยทุกรายที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้แก่

1.5.3.1ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1)ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังเข้าสุขา และทุกครั้งที่จับสิ่งของที่เปรอะเปื้อน

2)พยายามอยู่ห่างๆจากคนรอบข้างที่ไม่สบาย เช่น คนเป็นไข้หวัด และคนเป็นโรคติดเชื้อทางผิวหนัง

3)หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในแหล่งที่มีผู้คนแออัด เช่นโรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น

1.5.3.2ป้องกันเลือดออกง่าย

1)ระมัดระวังเมื่อต้องใช้ของมีคม เช่น มีด เข็ม กรรไกรตัดเล็บ

2)หลีกเลี่ยงการเกาแรงๆจนเกิดรอยแผล

3)หลีกเลี่ยงกิจวัตรประจำวันที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ การออกกำลังกายรุนแรงที่มีการปะทะ

4)ใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงอ่อนนุ่ม

5)หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง เพราะยาอาจมีส่วนผสมของยา aspirinทำให้เลือดออกง่ายขึ้น

1.5.3.3.ลดอาการคลื่นไส้/อาเจียน

1)ดื่มน้ำและรับประทานอาหารช้าๆ เป็นมื้อเล็กๆที่ย่อยง่าย แต่บ่อยๆ

2)รับประทานอาหารที่รอให้เย็นก่อนจะช่วยลดกลิ่นได้

3)รับประทานยาแก้คลื่นไส้ก่อนรับประทานอาหารประมาณครึ่งชั่วโมง

1.5.3.4.ลดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ

1)อมน้ำแข็งก่อนและระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดเช่น 5FU, Anthracycline เพื่อลดปริมาณยาที่ไปตามหลอดเลือดบริเวณช่องปาก

2)ควรแปรงฟันด้วยแปรงที่อ่อนและบ้วนปากให้สะอาดหลังรับประมานอาหารทุกครั้ง ใช้น้ำเกลือบ้วนปากบ่อยๆ หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

3)ดื่มน้ำมากๆ

4)หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด ควรรับประทานอาหารอ่อนและเย็น เช่น ไอศกรีม เป็นต้น

1.5.3.5.ลดอาการท้องผูกและท้องเสีย

1)ลดอาการท้องผูก โดยการดื่มน้ำมากๆ และรับประทานอาหารประเภทเส้นใยมากขึ้น ได้แก่ ผัก ผลไม้

2)ถ้ามีอาการท้องเสียให้ดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารหมักดอง

1.5.3.6.การปรับตัวกับปัญหาผมร่วง สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งเต้านมเกือบทุกสูตร ทำให้ผมร่วงหมด ยกเว้นสูตรCMF ผมที่ศีรษะจะร่วงประมาณ50%ผู้ป่วยบางรายกังวลกับปัญหานี้ ควรให้คำยืนยันกับผู้ป่วยว่าผมจะกลับมาเป็นปกติเมื่อสิ้นสุดการรักษา แนะนำให้จัดแต่งทรงผมสั้นๆเพื่อให้ดูว่าเป็นไม่มาก เตรียมวิกผมหรือผ้าโพกศีรษะไว้

2.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.1 ความหมายของการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ การนอนหลับที่ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมานการนอนหลับที่มาก แต่ขึ้นอยู่กับการนอนหลับที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยนั้นการนอนหลับที่มีคุณภาพจะมีผลต่อการฟื้นหายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการนอนหลับจึงเป็นเรื่องที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาค้นคว้า และให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันออกไป

เกษม ตันผลาชีวะ (2534: 81) กล่าวว่าการนอนหลับคือ ภาวะที่ร่างกายมีการลดลงของระดับสติปัญญาและความรู้สึกตัว มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาต่างๆ มีลักษณะผ่อนคลายอวัยวะต่างๆ ทำงานลดลง

สันต์ หัตถีรัตน์ (2534: 26) กล่าวว่าการนอนหลับคือ การหยุดพักของร่างกายชั่วคราวโดยไม่รู้สึกตัว

บุญชู อนุสาสนนันท์ (2536: 7) กล่าวว่าการนอนหลับคือ กระบวนการทางสรีระวิทยาพื้นฐานที่สอดประสานกับจังหวะการทำงานของร่างกายด้านอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ เป็นไปในทางที่ผ่อนคลาย ระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่คงที่ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวของร่างการมีน้อยหรือไม่มีเลย สามารถปลุกให้ตื่นโดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

ชนกพร จิตปัญญา (2543: 1) กล่าวว่าการนอนหลับคือ กระบวนการที่มีลักษณะซับซ้อนทั้งด้าน สรีระวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรม และลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง

พรสรรค์ โรจนกิตติ (2544: 14) กล่าวว่าการนอนหลับคือ กระบวนการทางสีระวิทยาพื้นฐานสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต ความต้องการในการนอนหลับมีทั้งด้านคุณภาพและปริมาณซึ่งจะแตกต่างกันแล้วแต่บุคคล การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ เป็นไปในทางที่ผ่อนคลาย

Wood (1972: 348) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นสภาพที่มีลักษณะเป็นการชั่วคราวเป็นช่วง ไม่ติดต่อกันและสามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปมา ลักษณะที่เห็นได้ชัด คือ การเพิ่มระดับของ Thresholds ของความไวต่อการรับรู้โดยทั่วๆ ไป และการแสดงอาการรำคาญ (Irritability) มากขึ้น ลักษณะภายนอกที่เด่นชัด ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เปลือกตาปิดหรือหรี่ลง มีการหยุดพักหายใจบ้าง หายใจช้าลง

Webster and Thompson (1986: 447) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีระวิทยาที่ซับซ้อน และสอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต และการทำหน้าที่ของร่างกาย การนอนหลับเกิดขึ้นตามธรรมชาติและมีรูปแบบซ้ำกัน

Turpin, 1986: 313-320 อ้างถึงใน ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ (2538: 10) การนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติและเป็นส่วนหนึ่งของจังหวะชีวภาพที่มีการนอนหลับ การตื่นและการทำงานหมุนเวียนเป็นวัฐจักร เป็นช่วงเวลาของการลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก

Fuller and Schaller-Ayers (1990: 454) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองด้วยการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1991: 1107) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นลักษณะที่ระดับการรู้สติลดลง ลดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

Guyton (1991: 184) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานทางสรีระวิทยาที่ซับซ้อน

Topf (1992: 19) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะไร้สติของแต่ละบุคคลจากการรับรู้และการกระตุ้น

Carskadon and Dement (1994: 3) การนอนหลับเป็นกระบวนทางสรีระวิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ เป็นไปในทางที่ผ่อนคลาย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีระวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อน ทั้งด้านสรีระวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของอวัยวะต่างๆ ไปในทางผ่อนคลาย ระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่ง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเป็นเพียงชั่วคราว สามารถปลุกให้ตื่นได้โดยการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

2.2ทฤษฎีการนอนหลับ

เนื่องจากการนอนหลับมีความจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต จึงมีผู้ศึกษาและให้ทฤษฎีเพื่ออธิบายถึงการนอนหลับไว้ดังนี้ (Hodgson, 1991: 1506; Phipps, 1995: 158)

2.2.1 ทฤษฎีสารชีวเคมี (Humor theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อร่างกายมีกิจกรรมจะผลิตของเสียออกมา (chemical toxin) ซึ่งของเสียดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดอาการอ่อนเพลียและนอนหลับ ในขณะที่นอนหลับร่างกายจะขจัดสารที่เป็นของเสียออกไป

2.2.2 ทฤษฎีการซ่อมบำรุง (Restorative theory) ซึ่งเชื่อว่าการนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟู ภายหลังการนอนหลับจึงรู้สึกสดชื่น ในขณะที่มีการนอนหลับแบบ NREM ร่างกาย จิตใจ และระบบประสาทจะได้รับการซ่อมแซมโดยการหลั่ง growth hormone เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเผาผลาญและการใช้ออกซิเจนจะลดลงต่ำสุด

2.2.3 สมมติฐานการสงวนพลังงาน (Energy conservation hypothesis) เชื่อว่าการนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้หยุดพัก เป็นการประหยัดพลังงานเพื่อใช้ขณะตื่น โดยขณะหลับระบบต่างๆ ในร่างกายจะทำงานช้าลง

2.2.4 ทฤษฎีการป้องกัน (Protective theory) เชื่อว่าการนอนหลับช่วยป้องกันความสึกหรอของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจากการทำงานโดยระหว่างการนอนหลับจะยับยั้งการทำงานของ cortical

2.2.5 ทฤษฎีสาเหตุ (Etiology theory) กล่าวว่าการนอนหลับเกิดจากระบบการควบคุมพฤติกรรมของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการตัดสาเหตุของสิ่งที่จะรบกวนต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ปรับตัวต่อความกดดันและสามารถอยู่รอดได้

2.3วงจรการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวภาพ (biological rhythm) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นพฤติกรรมที่มีจังหวะและวงจร แบบแผนการนอนในวัยผู้ใหญ่จะเริ่มต้นด้วยระยะก่อนหลับ โดยเริ่มจากการง่วงซึม (drowsiness) จนถึงการหลับสนิท (deep sleep) เป็นจังหวะชีวภาพ หนึ่งของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ และจังหวะชีวภาพอื่นๆ นักวิจัยแบ่งวงจรการนอนหลับโดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า โพลีซอมโมกราฟี (polysomnography) ซึ่งเป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram : EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram : EOG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyelogram : EMG) (Hilton, 1976: 456) การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิของร่างกาย ความดันโลหิต ความเป็นกรดด่างของหลอดอาหาร เป็นต้น ซึ่งจะมีปริมาณเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามระยะต่างๆ ของการนอนหลับ (Sudsuang et. al. , 1991 cited in ราตรี สุดทรวง, 2539: 409) โดยทั่วไปจะตรวจเพียง 3 ลักษณะ คือ คลื่นสมอง คลื่นตา และคลื่นกล้ามเนื้อ

การนอนหลับแบ่งเป็น 2 แบบตามการเคลื่อนไหวของลูกตา ได้แก่ การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (non – rapid eye movement : NERM or slow wave sleep : SWS or orthodox sleep) ซึ่งการนอนชนิดนี้ จะประกอบด้วยการนอนอีก 4 ขั้น ซึ่งแบ่งตามระดับความลึกของการนอนหรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (arousal threshold) ลักษณะเฉพาะของคลื่นสมอง และ tone ของกล้ามเนื้อ ส่วนการนอนอีกแบบหนึ่งคือ การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (rapid eye movement : REM or paradoxical or dream sleep) (Lee, 1997: 615-618)

2.3.1 การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (NREM)

เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพรียงกัน (synchronized) ภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) เริ่มลดลง คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (slow voltage and fast or high frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูงและความถี่ต่ำ (high voltage and slow wave) การนอนหลับช่วงนี้อาจมีชื่อเรียกต่างๆ กัน แบ่งเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะง่วงซึม กล้ามเนื้อหย่อนตัว หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อเสียความตึงตัว คออ่อนพับได้ง่าย คลื่นไฟฟ้าสมองยังมีลักษณะคล้ายขณะตื่น คือทำงานแบบไม่พร้อมเพรียงกัน (desynchonized) มีความแรงต่ำและความถี่สูง การทำงานของระบบประสาท

อัตโนมัติช้าลง เช่นการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การขับเหงื่อ ถ้าถูกปลุกหรือกระตุ้นระยะนี้จะตื่นได้ง่าย

ระยะที่ 2 เริ่มหลับลึกลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ระดับการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จังหวะการหายใจเริ่มสม่ำเสมอ ลูกตาเคลื่อนไหวขึ้นลงช้าๆ แต่ยังปลุกตื่นได้ง่าย ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองมี 2 แบบ คือ

- แบบกระสวย (spindle shape) หัวท้ายเรียวแหลมเท่ากัน ส่วนกลางกว้าง ความถี่ 12-14 รอบ/วินาที

- ลักษณะคลื่นเป็น 2 ทิศทาง (K-complex) ความถี่จะลดลง ความแรงสูงมากกว่า 100 มิลลิโวลท์ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) ใช้เวลาการนอนหลับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยประมาณร้อยละ 50-60 ของเวลาการนอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 (slow wave sleep) เป็นระยะที่หลับลึก (deep sleep) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นคลื่นเดลต้า (delta) มีความถี่ช้าที่สุด 1-2 รอบ/วินาที ความแรง 75 มิลลิโวลท์ขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน และสงวนพลังงาน อัตราการเผาผลาญลดลง การหายใจลดลง ชีพจรเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมออัตราช้ากว่าขณะพักธรรมดาในเวลาตื่น การนอนหลับในระยะที่ 3 ระยะที่ 4 ใช้เวลาประมาณร้อยละ 20 ของเวลาการนอนหลับ

2.3.2 การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว (REM sleep) เป็นระยะที่หลับลึกที่สุด กล้ามเนื้อคลายตัวเต็มที่ (hypotonia) มีการเคลื่อนไหวของร่างกายบ่อยๆ การทำงานของสมองเรติคูล่าฟอร์เมชั่น (reticular formation area) เพิ่มมากขึ้น คลื่นไฟฟ้าสมองและการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายคล้ายกับขณะตื่น เซลล์ประสาทมีการทำงานไม่พร้อมกัน (desynchonized) คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นแบบผสม มีความถี่สูง ความแรงต่ำ 4-25 รอบ/วินาที การเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว อาจมีความฝัน การนอนหลับช่วงนี้จะมีการจัดระบบความจำของสมองจากความจำระยะสั้น (short term memory) เป็นความจำระยะยาว (long term memory) ระบบการทำงานของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต มีอัตราไม่สม่ำเสมอและอาจสูงกว่าขณะตื่น ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก และอาการจะหายไปเมื่อผ่านการนอนช่วงนี้

การนอนหลับดังกล่าว จะเกิดเป็นวงจรเริ่มจากการนอนหลับแบบ NREM ผ่านระยะที่ 1 และระยะที่ 2 อย่างรวดเร็ว เข้าสู่ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 แล้วกลับมาระยะที่ 2 เป็นเวลาประมาณ 70-100 นาที ก่อนที่จะมีการนอนหลับแบบ REM ประมาณ 2-3 วินาที และหลับสู่การนอนหลับระยะที่ 2 ของ NREM รอบใหม่ แต่ละวงจรใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที การนอนหลับแบบ REM รอบแรกจะสั้นไม่เกิน 10 นาที รอบหลังๆ จะยาวขึ้นรอบสุดท้ายประมาณ 15-40 นาที

คืนหนึ่ง 4-6 ครั้ง หรือประมาณร้อยละ 20-25 ของการนอนหลับทั้งหมด ในครึ่งแรกของการนอนหลับทั้งหมด ระยะที่ 2,3 และ 4 ของการนอนหลับแบบ NREM จะยาวกว่า และในครึ่งหลังของการนอนหลับทั้งหมด การนอนหลับช่วง REM จะยาวกว่า ระหว่างการนอนหลับจะมีการตื่นเป็นระยะสั้นๆ 2-3 ครั้ง และจะหลับต่อได้ในเวลาไม่นาน จนกระทั่งตื่นเต็มที่ โดยตื่นได้เองหรือได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ในผู้สูงอายุตื่นได้ถึง 5 ครั้ง และการนอนหลับแบบ REM จำนวนครั้งอาจน้อยลง แต่เวลาโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 20-25 ของเวลาการนอนหลับทั้งหมด รวมเวลาการนอนหลับได้ทั้งหมดประมาณ 6.5-8 ชั่วโมง

2.4 ประเภทของปัญหาการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการแบ่งประเภทปัญหาการนอนหลับไว้ 2 ระบบ คือ แบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ และแบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีรายละเอียดของแต่ละประเภท ดังนี้

2.4.1 ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ(Nordhus et al, 1998; สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544) ได้จำแนกชนิดของอาการนอนไม่หลับ และสาเหตุในทางคลินิกออกเป็นกลุ่มตามระยะเวลาของการเกิดอาการ ดังนี้

2.4.1.1. ปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆและมักไม่เรื้อรัง (acute หรือ short-term หรือ transient insomnia) ระยะเวลาที่มีอาการนอนไม่หลับต่อเนื่องกันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาตึงเครียดในชีวิตเช่น อารมณ์ เสียง ความเจ็บปวด สิ่งกระตุ้น ความโศกเศร้า ความวิตกกังวล หรือการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงาน อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อมเช่น เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอน ถ้าร่างกายสามารถปรับตัวกับสภาพที่เป็นอยู่หรือมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง การนอนไม่หลับก็จะหายไปได้

2.4.1.2. ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia หรือlong-term) โดยเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจมาจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกันดังเช่น

- โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ตกต่ำลงหรือซึมเศร้าและวิตกกังวล
- โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะทางฮอร์โมน การตั้งครรภ์วัยทอง โรคหอบหืด Gastrointestinal reflux และอาการปวดเรื้อรังอาจรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยได้
- ยา เช่น การแฟ สตีรอยด์ ยากั้นเบต้าและยาลดน้ำหนักต่างๆรวมทั้งแอมเฟตามีน

- โรคของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder) ได้แก่

Restless leg syndrome ผู้ป่วยที่มีอาการรู้สึกไม่สุขสบายเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า และจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งคลานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นที่ผู้ป่วยเข้านอน

Obstructive sleep apnea เป็นการขาดลมหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพักๆมักพบในบุคคลที่นอนกรนเสียงดังสลับกับหายใจ อ้วนคอสั้นหนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน การขาดลมหายใจทำให้ขาดออกซิเจน และเกิดการตื่นเป็นระยะๆ

Circadian rhythm disorder เช่น ผู้ป่วยที่มีเวลาของการนอนเกิดขึ้นช้า และตื่นสายกว่าคนทั่วไป (delayed sleep phase syndrome)

Primary insomniaหรือ psychophysiological insomnia เป็นปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักมีเหตุปัจจัยกระตุ้นบางอย่างสั้นๆมาก่อน เช่น ความไม่สบายใจบางอย่าง ถึงแม้ว่าเหตุผลนั้นๆจะผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาการนอนหลับอยู่ต่อไปผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะhyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับและเกิดความทรมาน แต่ไม่กล้าลุกออกจากที่นอนเพราะจะทำให้ไม่ง่วง

โดยทั่วไปการนอนหลับยากมักเป็นปัญหาแบบปฐมภูมิ นอกเหนือจากการเกิดการนอนไม่หลับจากสาเหตุต่อไปนี้จึงจะเรียกว่า การนอนไม่หลับแบบทุติยภูมิ(Secondary insomnia) (Greenblett, 1978) ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(hypoglycemia) ภาวะน้ำคั่งในปอด(pulmonary congestion) การเจ็บปวด (pain)ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ(paroxysmal arrhythmias) ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ (cerebral arrhythmias) ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) เนื้องอกชนิด (pheochromocytoma) การถอนพิษยา (withdrawal from drug) การใช้ยา ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า

2.4.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ แบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) สามารถแบ่งอาการนอนไม่หลับได้ 3 ประเภท คือ(American Psychiatric Association, 1994)

2.4.2.1.อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ (Insomnia Related to Another Mental Disorder, Nonorganic) ลักษณะจำเป็น คือ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ (Nonorganic) อาการผิดปกติทางจิตที่พบบ่อย

ได้แก่ อาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า (Depressive Disorder) อาการผิดปกติเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety Disorder) และ อาการผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจและอารมณ์ที่เกิดจากความวิตกกังวล(Adjustment Disorder with Anxious Mood) ให้การวินิจฉัยเมื่ออาการนอนไม่หลับนั้นเนื่องจากปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้นั้นที่มีต่อความผิดปกติทางร่างกายที่คุกคามต่อชีวิต เช่น major depression,adjustment disorder with anxious mood ที่ตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)

2.4.2.2.อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกาย(Insomnia Related to a Known Organic Factor) ลักษณะจำเป็น คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางร่างกายที่ทราบกันดี เช่นภาวะทางร่างกาย การใช้ยาชนิดต่างๆ หรือ Psychoactive Substance Use Disorder จะไม่ให้การวินิจฉัยโรคนี้ถ้า ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเป็นผลอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้นั้นที่มีต่อภาวะทางร่างกาย มิใช่เนื่องมาจากภาวะทางร่างกายอาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ลักษณะจำเป็นคือความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกิดขึ้นเรื่อยไป ซึ่งเห็นได้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของจิตใจหรือปัจจัยทางร่างกายที่ทราบดี เช่น ภาวะทางร่างกายPsychoactive Substance Use Disorder หรือยา ตามลักษณะผู้นั้นจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมากในเวลากลางวัน กลัวว่าจะนอนไม่หลับและหลับไม่นาน เลยอาจกลายเป็นจิตใจที่จดจ่อกับเรื่องนี้เป็นสำคัญ ผู้นั้นพยายามอย่างยิ่งที่จะนอนให้หลับแต่วิตกกังวลว่าความพยายามเหล่านี้ของตนจะไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดความตึงเครียดหรือการปลุกเร้ามากขึ้น แต่สามารถที่จะนอนหลับได้ถ้าไม่ใช้ความพยายามดังกล่าว ตัวอย่างเช่น หลับขณะดูโทรทัศน์ และรู้สึกว่าอาการนอนดีขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อพ้นไปจากสิ่งแวดล้อมในการเข้านอนตามปกติ บางรายที่เป็นอาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia)เล่าว่ารูปแบบของการนอนไม่ดีเลยตลอดชีวิตมักจะเริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กเล็ก บางรายก็เกิดความผิดปกติของการนอนเมื่ออายุมากขึ้นมักจะเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต อาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia) อาจจะเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนของ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ (Insomnia Related to Another Mental Disorder, Nonorganic) หรือไม่ก็ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกาย (Insomnia Related to a Known Organic Factor) ก็ได้ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ขาหักหายช้าและเกิดอาการเจ็บปวดอาจจะเกิด Insomnia Related to Known Organic Factor ถ้าอาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรงเกิดขึ้นนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนภายหลังได้รับแก้ไขความเจ็บปวดทางร่างกายออกไปแล้วก็ควรเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคเป็น Primary Insomnia

2.5ปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ปัญหาการนอนหลับ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่ามีปัญหาการนอนไม่หลับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น (Davidson et al., 2002; Savard and Morin, 2001; Fortner et al., 2002 cited in Savard et al., 2004) โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 23-61 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างการรักษาทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดรายงานว่า มีการนอนไม่หลับ ตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ง่วงนอน และงีบหลับกลางวันมากขึ้น (Piper, 1993: 286; Berger and Farr, 1999; Berger and Higginbotham, 2000) โดยมีการนอนหลับยาก 48 % และต้องใช้ยานอนหลับ 28% (Savard J. et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี (2543) และ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีปัญหาของการนอนไม่หลับและแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาก่อนนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆ ในตอนกลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการงีบหลับในช่วงกลางวันมากขึ้น ซึ่งแสดงถึงการมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Piper, 1993: 286; Berger and Farr, 1999; Broeckel et al.,1998; Davidson et al., 2002) โดย มีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 6.58 ชั่วโมงและพบว่าความวิตกกังวล การเข้าสู่การนอนหลับ การตื่นนอน การตื่นก่อนเวลาที่ควรจะเป็น และการฝันร้ายมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง ซึ่งมีผลให้เกิดปัญหาความอ่อนล้า และง่วงซึม นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้นและเกิดฝันร้าย รวมถึงความซึมเศร้ามีผลให้เกิดการตื่นเร็วกว่าปกติ (Mercadante, Girelli และ Casuccio, 2004)

นอกจากนี้การศึกษาของ Oxana G. et al., 2010 ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ในช่วงวันที่ 7 ของการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 พบ 36.6 % รายงานว่ามีอาการนอนไม่หลับและ 43% ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่มอาการนอนไม่หลับ โดยอาการนอนไม่หลับพบได้สูงในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 58 ปี และพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึง 45.8 % ซึ่งอาการนอนไม่หลับความสัมพันธ์กับช่วงเวลาการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 2 และพบว่าผู้ป่วยถึง 60 % ยังคงมีอาการนอนไม่หลับอยู่แม้ว่าจะผ่านการใช้เคมีบำบัดครั้งที่ 1, 2 ไปแล้วก็ตาม อาการนอนไม่หลับ เป็นปัญหาการนอนหลับในช่วงก่อนที่จะได้รับการรักษา ระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาทั้งใน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกและระยะลุกลามโดยพบได้ 20-70 % ขึ้นอยู่กับรูปแบบงานวิจัย ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นมีปัญหาการนอนหลับ 51 % และ 19 % ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับ (Julienne E. Bower, 2008) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Savard J, 2008 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมโดยมีอุบัติการณ์การนอนไม่หลับสูงถึง 31.3 % และส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การนอนหลับ การมีสมาธิ การมีเพศสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Janet S et al., 2002) นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการนอนหลับโดย polysomnography พบว่าช่วงระยะเวลา 10 นาทีมีการตื่นและการเปลี่ยนแปลงระยะในการนอนหลับที่มากกว่าช่วงเวลา10 นาที โดยในช่วงกลางคืนมีการตื่น รวมทั้งการนอนหลับในระยะที่ 2 น้อยลง และ REM latency ยาวนาน (Myra S. et al., 2009)

2.6ผลกระทบของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง

ภาวะที่มีอาการนอนไม่หลับ มีผลกระทบกับผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์รวมทั้งผู้ป่วยด้วย ผลจากการตรวจร่างกายผู้ที่นอนไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.6.1ผลกระทบด้านร่างกาย มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่แสดงเห็นว่า ปัญหาการนอนหลับ มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีความถี่ในปัญหาสุขภาพ การไปพบแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ (Wingard and Berkman, 1983) และมีการพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการนอนไม่หลับมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวจากการศึกษาของ Irwin, Smith และ Gillin (1992 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับระยะของการนอนหลับโดยไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell activity คือการทำงานของเม็ดเลือดขาวจะลดลงจะทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง นอกจากนั้นยังพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังรวมถึงมะเร็ง (Wingard and Berkman, 1983) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนหลับยาก จะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (Degner and Sloan, 1995cited in Savard and Morin, 2001: 901) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การนอนหลับที่ต่อเนื่องน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืนมีการทำนายว่าจะเพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น (Kripke et al., 1979)เนื่องจากปัญหาการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยขาดการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep) ซึ่งเป็นช่วงการนอนหลับลึกที่เหมาะสมใน

การเพิ่มการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและลดการทำลายของชั้นเนื้อเยื่อ และมีการแบ่ง ตัวอย่างมากของการสร้างไขกระดูก เม็ดเลือดต่างๆ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Adam and Oswald, 1984) ซึ่งช่วยในการป้องกันการเติบโตของก้อนเนื้อร้าย และการแพร่ กระจายของมะเร็ง ซึ่งในขณะนอนหลับใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งของเวลาการแบ่งตัวในขณะตื่น (Closs, 1988)

2.6.2ผลกระทบด้านจิตใจและพฤติกรรม การศึกษาของ Sarna (1993) ซึ่งพบว่า 31 %ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการเหนื่อยล้ามักมีอาการนอนไม่หลับ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในช่วงกลางวัน (daytime functioning) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีอารมณ์แปรปรวน (mood disturbance) ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ตื่นตระหนก สับสน หลงผิดและประสาทหลอน มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับในระยะยาวมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและติดยาใน 30 ปีต่อมา (Gillin, 1998 cited in Savard and Morin, 2001) และจากการศึกษาของ Beszterezer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

2.7 การประเมินการนอนหลับ

การนอนหลับในเชิงการวิจัยสามารถประเมินได้หลากหลาย แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3)

2.7.1Objective sleep measurement เป็นการวัดการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่

2.7.1.1 Polysomnography เป็นการตรวจวัดการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้นตอน มีการบันทึกเป็นวงจรต่อเนื่องให้ผลที่ถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992: 257) เป็นการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเป็นคลื่นไฟฟ้าต่อเนื่องในขณะที่นอนหลับได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram : EEG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram : EOG) คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (electromyelogram : EMG) (Hilton, 1976: 456)

2.7.1.2 การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับและต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบการ

ประเมิน ซึ่งโดยปกติขณะนอนหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวลดลง ในการนอนหลับในช่วง REM (Closs, 1988: 49)

2.7.1.3 Night cap เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังขนาดเล็กใช้ในประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ (Ajilore, et.al, 1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

2.7.1.4 Wrist actigraph เป็นเครื่องมือเฝ้าการนอนหลับติดไว้กับข้อมือของผู้ป่วย วัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างการนอนหลับ (Schwab, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

2.7.1.5 Bedside monitor systems เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องเฝ้าระวังที่อยู่ข้างเตียง โดยแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เกิดขณะนอนหลับ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิต (Synder, 1967 and Johns, 1971 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

2.7.2Subjective sleep measurement เป็นการประเมินโดยการรายงานคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง วิธีนี้ได้รับความนิยมเนื่องจากทำได้ง่ายไม่รบกวนต่อผู้ป่วย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายทำได้หลายวิธีได้แก่

2.7.2.1การวัดด้วยการเปรียบเทียบทางสายตา เป็นวิธีที่ใช้เวลาน้อย มีประสิทธิภาพ ทำได้ง่ายเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย Snyder-Halpern and Verran (1987: 156) เป็นผู้สร้างมาตราวัดนี้โดยใช้การเปรียบเทียบทางสายตา มีความละเอียดถึง 1 ใน 100 ส่วน ด้วยการให้ผู้ป่วยประเมินการนอนหลับของตนเองลงบนเส้นตรง ใช้จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ประเมินคุณภาพการนอนหลับ 3 มิติประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ดังนี้

มิติที่ 1 มิติด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางลบเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ การตื่นระหว่างการนอนหลับ ความลึกของการนอนหลับ การเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างการนอนหลับ เวลาที่เสียไปกับการตื่นระหว่างการนอนหลับ ความรู้สึกถูกรบกวนต่อการนอนหลับ และความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจต่อเวลาที่ใช้ก่อนการนอนหลับ

มิติที่ 2 มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเองในทางบวกเกี่ยวกับความรู้สึกที่ได้รับหลังจากตื่นนอน ความรู้สึกต่อคุณภาพการนอนหลับ และความรู้สึกต่อเวลาในการนอนหลับ

มิติที่ 3 มิติด้านผลรวมเวลา หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับระยะเวลางีบหลับในช่วงกลางวัน เวลาเช้า เวลาเย็น และการตื่นจากการงีบหลับ

2.7.2.2 การวัดด้วยการประมาณค่า เป็นวิธีที่ง่ายด้วยการประเมินการรับรู้ด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการนอนหลับ แสดงถึงปริมาณการนอนหลับ เป็นมาตราวัดที่ใช้ง่าย ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 6)

2.7.2.3 การใช้แบบสอบถาม โดยให้กรอกข้อมูลและคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง สัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับ บางคำถามให้รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้งการตื่นและอุปนิสัยการนอนหลับ (พรสรรค์ โรจนกิตติ, 2544)

2.7.2.4 การสัมภาษณ์ เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการงีบหลับ ความสัมพันธ์การนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน พฤติกรรมประหลาดที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ (Chediak, Kiel and Cohn, 1990 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 6)

2.7.2.5 Sleep diaries เป็นการบันทึกรายงานกิจกรรมการนอนหลับและตื่นแบบวันต่อวัน โดยผู้ป่วยจะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละช่วง ความถี่ของการตื่นนอน เป็นต้น (Rogers, Caruso and Aldrich, 1993 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 6)

2.7.2.6 การสังเกตของบุคคล เป็นวิธีที่อาศัยการสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับของผู้ป่วย นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคจิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและช่วงเวลาการนอนหลับ (Closs, 1988: 49)

นอกจากนี้ในการประเมินการปัญหาการนอนหลับนั้นมีได้หลายวิธี ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปตามความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนั้นๆ การเลือกใช้วิธีการใดในการประเมินการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การประเมิน และความเหมาะสมกับสถานการณ์(Webster and Thompson, 1986: 450) ซึ่งการประเมินปัญหาการหลับสามารถประเมินโดยการใช้แบบสอบถาม มีรายละเอียด ดังนี้

การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะเป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบหรือเติมคำ ประเภทของคำถามขึ้นอยู่กับเรื่องที่ต้องการประเมิน โดยคำถามส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับแบบแผนของการนอนหลับ ปริมานและคุณภาพของการนอนหลับรวมถึงอาการนอนไม่หลับ ข้อดีของวิธีนี้คือ ได้ข้อมูลที่มีความแน่นอนในเวลารวดเร็ว ส่วนข้อเสียคือ ผู้ถูกประเมินต้องอ่านออกเขียนได้และมีความสามารถในการคิดปกติ ดังนั้นจึงใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตหรือโรคประสาท ผู้ป่วยที่ได้ยากดประสาท (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 361 อ้างถึงใน บุญชู อนุสาสนนันท์,

2536: 38) ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ ได้แก่ St. Mary Hospital Sleep Questionnaire ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ และใช้ทดสอบในผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม จิตเวช และบุคคลปกติ (Eillis, Johns, Lancaster, Raptopolulas, Angelopoulos and Priest, 1981 อ้างถึงใน พรสรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 38)

นอกจากนี้ยังมีการนำเกณฑ์การประเมินภาวะความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ของสมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกาคือ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994 ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล, 2539) แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1) อาการเด่น ได้แก่ เข้านอนแล้วหลับยาก หลับไม่สนิท หรือนอนไม่เต็มอิ่ม เป็นเวลานาน อย่างน้อย 1 เดือน

2) ความผิดปกติด้านการนอนนี้ (หรืออาการอ่อนเพลียในช่วงกลางวันที่เกี่ยวข้องกันกับปัญหาการนอน) ก่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

3) ความผิดปกติด้านการนอนนี้มิได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่เป็น Narcolepsy, Breath-Related Sleep Disorder, Circadian Rhythm Sleep Disorders, หรือ Parasomnia

4) ความผิดปกตินี้มิได้เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ (เช่น Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder, delirium

5) ความผิดปกตินี้มิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพย์ติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

ต่อมา Li และคณะ (2002) และMorin (1993) ได้นำ DSM-III ดัดแปลงเป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินอาการนอนไม่หลับ และผลจากอาการนอนไม่หลับ (Symptom and consequences of insomnia) ที่ได้รับการศึกษาโดยมีการนำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากผู้ป่วยในคลินิกผู้มีปัญหาในการนอนหลับ (sleep disorder clinic) จำนวน 145 คน เท่ากับ 0.74 และมีการประเมินเปรียบเทียบกับการใช้ Polysomnography และ Sleep diary ในการวัดอาการนอนไม่หลับแล้วว่ามีความตรงและความไวในการวัดการนอนหลับใกล้เคียงกัน (Barien, Vallieres and Morin, 2001)

Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบประเมินโดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อประกอบด้วย 4 ด้านดังนี้ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS)ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1 ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง(Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 และด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, และ 7 มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนคือคะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ Morin (1993) ดังนี้

คะแนนรวม 0-7 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
คะแนนรวม 8-14 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
คะแนนรวม 15-21คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical nsomnia, moderate severity)
คะแนนรวม 22-28 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินปัญหาการนอนหลับของ(พัทรียา แก้วแพง ,2547)เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวใช้ในการประเมินปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วย แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง(n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในระดับดีมาก(Devellis (2003 : 95-96)ผู้วิจัยจึงพิจารณานำมาใช้ในการประเมินอาปัญหาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.8ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะมีคุณภาพการนอนหลับลดลงเนื่องจากวงจรการนอนหลับที่ไม่สมบูรณ์ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ความเจ็บปวด เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการหลั่งของกลัยโคเจน อะดีนาลีน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ความเจ็บปวดส่งผลต่อการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง ความทนต่อความเจ็บปวดจะลดลงต่ำสุดในการนอนหลับระยะที่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็วซึ่งความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่นเป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore, and Dimsdale, 2002: 78) นอกจากนี้ยังพบว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังจะเพิ่มการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกายในช่วงกลางคืนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยเช่นกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Ground และคณะ (1994) และTsul และคณะ(1994) พบว่า 59% และ 67ตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า มีปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดโดยพบว่ายิ่งมีอาการปวดมากยิ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับมาก(Miaskowski, and Lee, 1999) และFortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคือ อาการปวดและจากการศึกษาของ Serin และคณะ (1995) ศึกษาระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งและผลกระทบ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งระดับเล็กน้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับรุนแรง (8- 10 คะแนน) มีผลรบกวนด้านการนอนหลับมากที่สุด (Portenoy et al, 1992)

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการนอนหลับแต่ละขั้นระยะเวลานอนโดยรวมของทารกแรกเกิดประมาณ 16-17 ชั่วโมง และจะลดลงเหลือ 8-10 ชั่วโมงเมื่ออายุ 16 ปี ในช่วงอายุ 25-45 ปี ระยะเวลานอนโดยรวมประมาณ 7 หรือ 8 ชั่วโมง และจะลดลงเหลือ 6.5 ชั่วโมง ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ของโครงสร้างและชีววิทยาที่เปลี่ยนไป โดยประสิทธิภาพกานนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Closs, 1988: 48) และจากการศึกษาของ Redeker, Tamberri and Howland (1998) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโรคหัวใจทั้งหมด 33 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับช่วงเวลาการตื่น (Redeker, Tamberri and Howland, 1998: 27-37)เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการการนอนหลับจะลดลงกว่าในวัยเด็ก (National Sleep Foundation, 2006)เมื่ออายุมากขึ้นโครงสร้างของการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไป โดยการนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ(fragmentation of sleep) เพิ่มขึ้น การนอนชนิดหลับลึก (deep

sleep) ลดลง และมีการงีบหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมของระบบประสาทควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ของการหลับ-ตื่น (สุดารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา2548; Vena, et al., 2004)ในโรคของการนอนหลับชนิดปฐมภูมิ คือความผิดปกติด้านการนอนหลับที่เกิดขึ้นจากปัญหาในตัวเอง ได้แก่ โรคหยุดหายใจขณะหลับ(Sleep apnea) โรคแขนขาส่วนปลายมีอาการกระตุกขณะหลับ (Periodic limbmovement during sleep) และ โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ (Vena, et al.,2004) นอกจากนั้น ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล จากการประสบเหตุการณ์ในชีวิตของการสูญเสียคู่ครอง การเกษียณอายุ การมีบุตรแยกครอบครัวออกไป หรือการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ล้วนเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งสิ้น(สุดารัตน์ ชัยอาจ และคณะ, 2549)และจากรายงานของ American Cancer Society (2004 **)** พบว่า76% ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีอายุ 55 ปีหรือมากกว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่มีปัญหาการนอนหลับส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (Vena et al., 2004)

เพศ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับว่าผู้ป่วยเพศหญิงได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการของโรคมะเร็ง และการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาทำ ให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์และส่งกระทบต่อความสัมพันธ์ทางครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Heinonen etal.(2001) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดชนิดAllogeneic BMT พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพในการนอนหลับน้อยกว่าเพศชายทั้งนี้เนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงสูญเสียภาพลักษณ์ความสัมพันธ์กับคู่ของตนเองและบุคคลอื่น และกิจกรรมทางเพศลดลง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง นอกจากนั้นมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าเพศชายนั้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ในช่วงมีประจำเดือน ทำให้เกิดความไม่สุขบายจากอาการต่างๆก่อนมีรอบเดือนและระหว่างมีรอบเดือน เช่น อาการคัดตึงเต้านม เป็นตะคริว และปวดศีรษะ ซึ่งอาการเหล่านี้รบกวนการนอนหลับตอนกลางคืน ในภาวะหมดประจำเดือน อาการร้อนวูบวาบมักเป็นอาการที่ทำให้มีผลต่อความแปรปรวนในการนอนหลับ (สุดารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548; Clark, et al., 2004; Savard, et al., 2004; Lee-Chiong, 2006)ความผิดปกติของการนอนหลับเบื้องต้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ เช่น อาการนอนไม่หลับ การหลับมากกว่าปกติ การหยุดหายใจระหว่างการนอนหลับ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการนอนหลับในช่วง REM น้อยลง และเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติความ

รุนแรงของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้น และจะส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลว การหย่าเครื่องช่วยหายใจลำบาก (Meyer, et.al., 1994:1211-1216; Wilson, V., 1987 cited in Parker, K.P., 1995: 341)

การปฏิบัติกิจวัตรหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ-การตื่นสุขลักษณะในการนอนเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการนอนเป็นประจำจนเป็นกิจวัตประจำวัน ซึ่งวงจรชีวภาพในร่างกายจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น อุณหภูมิในร่างกาย ระดับของฮอร์โมนในกระแสเลือด เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมของวงจรชีวภาพมีความสัมพันธ์กับเวลาในการทำกิจกรรมของบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การทำงาน การพักผ่อน หรืออาจกล่าวได้ว่าแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลสัมพันธ์กับวงจรชีวภาพในร่างกาย ดังนั้นการที่บุคคลมีสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี(Poor sleep hygiene) หรือมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับที่ดี จะรบกวนวงจรชีวภาพของการพักผ่อน (circadian activity rest patterns) ทำให้เกิดความแปรปรวนการนอนหลับและการตื่น (irregular sleep-wake schedule) (Monk, et al.,2002; Beger, et al., 2005) ได้แก่การเข้านอนและการตื่นไม่เป็นเวลาที่สม่ำเสมอ การนอนในเวลากลางวันนานเกินไป (prolonged naps)การทำกิจกรรมอื่นในห้องนอนเช่น การดูโทรทัศน์การฟัง เพลง การทำงานในห้องนอน การใช้เตียงนอนและห้องนอนสำหรับคิดถึงปัญหาต่างๆ การวางแผนงานในวันรุ่งขึ้น การมีกิจกรรมในเวลากลางวันลดลง (Roehrs, Zoric and Roth cited inVena, et al., 2004) อุณหภูมิในห้องนอน แสง เสียง มีผลรบกวนการนอนในระยะเริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับ และความต่อเนื่องในการหลับ (Aldrich, 2000 cited in Vena, et al., 2004)

ระยะของโรค กับปัญหาการนอนหลับ พบว่าระยะที่4 ของโรค มีอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยมากกว่าระยะที่ 1สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามหรือในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเอง และจากสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าระยะที่1 จากการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของ Hugel et al. cited in Elizabeth and John, 2006 พบว่า มีอาการนอนไม่หลับถึง 70% โดยมีอาการนอนหลับยาเมื่อเริ่มต้นเข้านอนเป็นส่วนใหญ่และในระยะนี้จะพบผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด ซึ่งพบว่ามีอาการนอนไม่หลับ มักจะตามมาด้วยเช่นกัน (Lee, et al., 2004) ตรงข้ามกับการศึกษาของ Savard, et al., 2001 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 300 ราย พบอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มากที่สุดถึง ร้อยละ 55 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความวิตกกังวลกับภาพลักษณ์มากกว่า

3.ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับ Rumble, et al(2005) ได้อภิปรายเกี่ยวกับCognitive Behavior Model of Insomnia โดยกล่าวถึงโมเดลนี้ว่าเป็นโมเดลที่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ดังนี้

1.ปัจจัยด้านความคิด(Cognitive factor) เป็นความคิดที่ไม่ถูกต้องต่อการนอนหลับ เช่น การตระหนักเกี่ยวกับความสารมารถในการควบคุมหรือทำนายการนอนหลับ การครุ่นคิดเกี่ยวกับผลกระทบของการนอนไม่หลับ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคาดหวังการนอนหลับ การทำกิจกรรมประจำวันและพฤติกรรมสนับสนุนการนอนหลับ

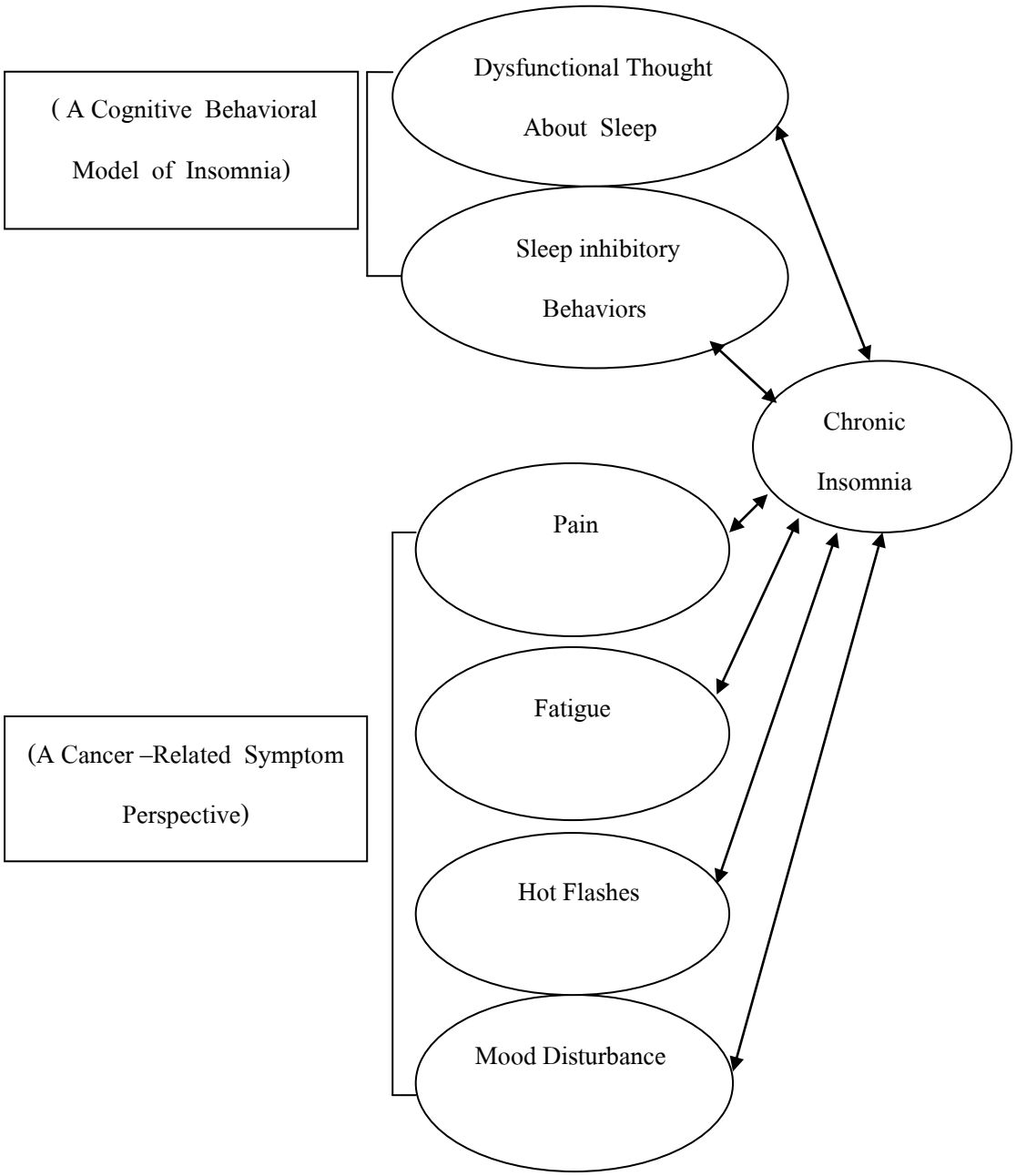
2.ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factor) นั้นสนับสนุนให้เกิดอาการนอนไม่หลับด้วยการรบกวนกระบวนการนอนหลับปกติ ได้แก่ circadian mechanism homeostatic mechanism นอกจากนี้ยังรวมถึงการปฏิบัติตน สรีรวิทยาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งเสริมการนอนหลับเช่นการผ่อนคลายก่อนเข้านอน การออกกำลังกายก่อนเข้านอน อย่างน้อย 2 ชั่วโมง การลดการกระตุ้นและการนอนหลับในที่เงียบ หรือขัดขวางการนอนหลับเช่น การงีบหลับกลางวัน การใช้ยานอนหลับ การเพิ่มการกระตุ้นและการนอนหลับในห้องที่ร้อน เป็นต้น(Webb,1988)

ส่วนในการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จะมีปัจจัยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง(A Cancer Related Symptom Perspective)เพิ่มเข้ามาได้แก่ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบและการรบกวนด้านอารมณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและแสดงถึงความสัมพันธ์กับการนอนหลับ

กล่าวโดยสรุปอาการนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่างๆร่วมกัน 2 ประการคือ

1.การรับรู้พฤติกรรมของอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

2. อาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ประกอบด้วยความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ เป็นต้น



A Comprehensive Cognitive - Behavioral Model of Insomnia For Breast Cancer Patients (Rumble, et al, 2005)

จากโมเดลข้างต้นผู้วิจัยจึงได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

3.1.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional Thought About Sleep)

3.1.1.ความหมาย

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Dysfunctional Thought About Sleep) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Morin (1993) และคณะ กล่าวว่า การรับรู้ที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับหมายถึง การรับรู้ ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับผลของการนอนหลับ ความสามารถในการควบคุมและการทำนายการนอนหลับ การครุ่นคิดเกี่ยวกับผลของอาการนอนไม่หลับ ความคาดหวังในการนอนหลับ สาเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการนอนหลับ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) หมายถึง ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการนอนหลับ เช่น ติเตียนว่าปัญหาการนอนไม่หลับทำให้ทำหน้าที่ผิดพลาด

2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep)หมายถึง การประเมินที่ไม่ถูกต้องเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น เมื่อผู้ป่วยนอนไม่หลับผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ถ้ามีปัญหาการนอนหลับให้นอนต่อไปเรื่อยๆ และพยายามจนกระทั่งหลับ

3.ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep Requirement expectation) เช่น คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่น และสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี

4.ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia) เป็นความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่น ปัญหาการนอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย

การศึกษาที่คล้ายคลึงกันมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

พัทธีญา แก้วแพง(2547)ให้ความหมายความเชื่อเกี่ยวกับนอนหลับหมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ ความคิด ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีความเกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง

จากความหมายดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสรุปว่าความคิดที่ไม่ถูกต้องที่เกี่ยวกับการนอนหลับหมายถึงการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับผลของการอนหลับ ความสามารถที่จะควบคุมและทำนายการนอนหลับ การครุ่นคิดเกี่ยวกับผลของการนอนหลับ ความคาดหวังต่อการนอนหลับและเหตุสนับสนุนอาการนอนไม่หลับและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับการนอนหลับ

3.1.2 การประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัย มีแบบประเมินที่ใช้ประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้อง ดังนี้

3.1.2.1 Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep (DBAS) Questionair (Morin ,Stone,Trinkle ,Mercer,& Remsberg,1993)เป็นประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย5 ด้าน คือ ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ(Causal attributions of insomnia) ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ(Sleep promoting practices) แบบประเมินนี้ได้การตรวจสอบความเที่ยงโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดี โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 และ.81 ตามลำดับ (Morin et al., 1993) ต่อมา Morin, Blais และSavard (2002) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 72 คนที่มีอาการนอนไม่หลับวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

3.1.2.2แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของ(พัทรีญา แก้วแพง,2547)แปลมาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับตามแนวคิดของ Morin (1993) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย5 ด้าน คือ ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement

expectation) ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ(Causal attributions of insomnia) ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ(Sleep promoting practices) แบบประเมินนี้ได้การตรวจสอบความเที่ยงโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดี โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 และ.81 ตามลำดับ (Morin et al., 1993) ต่อมา Morin, Blais และSavard (2002) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 72 คนที่มีอาการนอนไม่หลับวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยสร้างประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยดัดแปลงมาจากความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของ พัทรีญา แก้วแพง (2547) ซึ่งถอดความและแปลมาจากแบบประเมินของ Morinและคณะ (1993) ประกอบด้วย 5 ด้าน 28 ข้อคำถามซึ่งแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับนี้ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งอวัยวะสืบพันธ์เพศหญิง มะเร็งปอดมะเร็ง ต่อมน้ำเหลือง มะเร็งในช่องปากมะเร็งลำไส้ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งผิวหนัง มะเร็งต่อมทอนซิล มะเร็งที่ไต มะเร็งตับ มะเร็งถุงน้ำดีและมะเร็งต่อมลูกหมาก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .86 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ค่าความเที่ยงสูจากการทนทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีข้อคำถามจำนวน18 คำถาม ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึงผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่มากและคะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่น้อย

3.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับ

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ลักษณะคล้ายคลึงกับความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ โดยกระบวนการคิดของผู้ป่วย เช่น การครุ่นคิดเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการนอนหลับ และผลกระทบของการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบซิมพาเทติก ซึ่งในขณะที่ระบบซิมพาเทติกทำงานจะมีการยับยั้งการหลั่งของสารนอร์อดรีนาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin) จาก cholinergic neuron ส่งผลให้เกิดการไม่นอนหลับ เมื่อใกล้เวลานอนก็มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายาม

อย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่ามีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่ากลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผลด้านลบ เช่น“ ความต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น” “การอยากหลับเหมือนเพื่อนร่วมห้อง คือ หัวถึงหมอนก็หลับทันทีและหลับตลอดคืน” จึงทำให้การเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมาก และแสดงถึงความหมดหวังในการควบคุมการนอนหลับและคาดการเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ(พัทรีญา แก้วแพง,2547)ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การศึกษาวิจัยในต่างประเทศมีการใช้เครื่องมือในการประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับโดยใช้ Dysfunctional Beliefs and Attitude about Sleep (DBAS)questionair (Morin ,Stone,Trinkle ,Mercer,& Remsberg,1993) พบว่าการรับรู้ที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับมีระดับสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่การนอนหลับดี (Carney & Edinger ,2006 ; Edinger et al. ,2000 ;Fins et al.,1996; Harvey&Greenall,2003 ;Morin ,Stone et al.,1993) นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบข้อบ่งชี้ถึงผลกระทบของอาการนอนไม่หลับ การควบคุมหรือทำนายการนอนหลับ ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคลที่มีอาการนอนไม่หลับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการนอนหลับดี (Carney & Edinger, 2006) และพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีการรับรู้ที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับการรบกวนการนอนหลับในระดับสูงด้วย (Coyle & Watts, 1991; Harvey, 2003)

นอกจากนี้มีการศึกษาความคิดเกี่ยวกับช่วงระเวลาก่อนการนอนหลับ ใช้รูปแบบการวิจัยทั้งการศึกษาย้อนหลังและการศึกษาไปข้างหน้า โดยผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าอาการนอนไม่หลับของแต่ละบุคคลมีการครุ่นคิดเกี่ยวกับการนอนไม่หลับในระดับสูง (Belanger ,Morin ,Gendron,& Morin ,& Blais,2005 ; Fichten et al.,1998 ; Harvey ,2000; Van Egeren,Harvey ,Franzen & Hamilton ,1983 ; Wicklow & Espie,2000) การศึกษาของ Van Egeren et al (1983)พบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีการครุ่นคิดเกี่ยวการนอนไม่หลับในช่วงระยะก่อนการนอน

หลับ นอกจากนี้ยังพบการนอนหลับในระยะท้ายที่ยาวนานและตระหนักเกี่ยวกับการนอนหลับที่ยากลำบากอย่างมาก รวมทั้งการนอนหลับมีประสิทธิภาพน้อย(Wicklow & Espie,2000)

Rumble et al (2005) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรก โดยใช้แบบวัด DBAS (Edinger ,Wohlgemuth ,Radtke,Marsh ,& Quillian,2001)พบอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่ผิดปกติในระดับสูง ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการนอนไม่หลับ

3.2.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (Sleep inhibitor bahaviors)

3.2.1ความหมาย

จากการค้นคว้าความหมายของพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

พัทรีญา แก้วแพง(2547)ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันคือพฤติกรรมการปฏิบัติสุขวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะนิสัย การกระทำที่ผู้ป่วยมะเร็งปฏิบัติเป็นประจำที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น ด้านการนอนหลับได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน การนอนกลางวันมากกว่า30 นาทีและการทำกิจกรรมก่อนเข้านอน ด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง การดื่มกาแฟ ชา หรือน้ำอัดลม การทานอาหารพวกถั่วหรือของหมักดอง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมเช่น ช่วงบ่าย เย็นหรือช่วงก่อนนอน และออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยล้ามาก

จันทร์จิรา ความรู้(2548) กล่าวว่าคือสุขลักษณะการนอนหลับ (Sleep hygiene practices) หมายถึง การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่นความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอนในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับกลางวัน และการทำกิจกรรมก่อนเข้านอน การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารและยานอนหลับ ได้แก่ การรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับโดยไม่ได้รับความดูแลจากแพทย์ การปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในช่วงเวลาไม่เหมาะสม ได้แก่การออกกำลังกายก่อนเข้านอน 1 ชั่วโมง การออกกำลังกายที่มากเกินไปจนรู้สึกเหนื่อยล้า

นงลักษณ์ อนันตอาจ(2550) กล่าวว่าสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอนในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับกลางวัน และการทำกิจกรรมก่อนเข้านอน การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารและยานอนหลับ ได้แก่ การรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับโดยไม่ได้รับความดูแลจากแพทย์ การปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในช่วงเวลาไม่เหมาะสม ได้แก่การออกกำลังกายก่อนเข้านอน 1 ชั่วโมง การออกกำลังกายที่มากเกินไปจนรู้สึกเหนื่อยล้า

The International Classification of Sleep Disorder (1991 cited Stepanski and Wyatt, 2003: 218)ได้รวบรวมข้อการปฏิบัติตัวที่ทำให้มีสุขลักษณะการนอนหลับไม่ดีอันจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการนอนหลับไว้ ดังนี้

1) การนอนหลับในตอนกลางวันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

2) มีการเปลี่ยนแปลงเวลาในการหลับการตื่น ไม่สม่ำเสมอในแต่ละวัน

3) มีการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาการนอนหลับมากกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

4) มีการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีผลต่อการนอนหลับก่อนนอน เช่นกาแฟ แอลกอฮอล์ บุหรี่ ชา โคล่า

5) การออกกำลังกายก่อนนอนหรือในช่วงหัวค่ำ

6) การนำปัญหา ต่าง ๆ มาขบคิดก่อนนอน

7) ใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ

8) การนอนบนที่นอนที่ไม่สุขสบาย เช่น แข็งหรือนุ่มเกินไป

9) การนอนในห้องนอนที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีแสงจ้า อุณหภูมิร้อนหรือเย็นจนเกินไป

10) การทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความตั้งใจ ความพยายามสูงก่อนเข้านอน

11) การมีกิจกรรมที่ตื่นเต้นก่อนเข้านอน เช่น ดูหนังผี ฟังเรื่องสยองขวัญ

จากแนวคิดดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ หมายถึง การกระทำที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการนอนหลับเป็นประจำจนเป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการขัดขวางการนอนหลับเช่น การนอนกลางวัน

หรือการเปลี่ยนแปลงเวลานอนหลับ การรับประทานอาหาร เครื่องดื่มต่าง ๆ หรือ การออกกำลังกาย การละเลยไม่เห็นถึงความสำคัญของการนอนให้ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

3.2.2 การประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัย พบว่ามีแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับไว้ ดังต่อไปนี้

3.2.2.1Sleep Hygiene Practices Scaleของ Lacks & Robert (1986) มีข้อคำถามจำนวน9ข้อเกี่ยวกับสุขลักษณะการนอนหลีบที่ไม่ดีเป็นประเด็นหลักเช่น การนอนหลับตอนกลางวัน การใช้ยานอนหลับ ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน4ชั่วโมงก่อนเข้านอนการออกกำลังกายอย่างหนัก2ชั่วโมงก่อนเข้านอน การรบกวนการนอนหลับจาเสียงหรือผู้ที่นอนร่วมห้อง ส่วนประเด็นรองคือสุขลักษณะการนอนกลับที่ดีเช่นใช้เวลาในการผ่อนคลายก่อนเข้านอน การออกกำลังกายช่วงช่วงหรือก่อนจะเย็นและการควบคุมอุณหภูมิห้องห้องให้เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งแบบประเมินนี้มีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.74 (Brown,Buboltz,Soper (2002))

3.2.2.2แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของพัทรีญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยแบ่งการปฏิบัติตนออกเป็นระดับต่างๆได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุดโดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนเรียงจากระดับปฏิบัติมากที่สุดจนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับซึ่งได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 5, 7, 9, 10, 13 และ 14ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกคะแนนเรียงจากระดับปฏิบัติมากที่สุด จนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 5, 4, 3, 2 และ1 ตามลำดับซึ่งได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 6, 8, 11 และ12 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 14-70 คะแนน ซึ่งเครื่องมือนี้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรากฏว่าได้ค่า CVI = .74 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

3.2.2.3แบบประเมินสุขลักษณะการนอนหลับของ จันทร์จิรา ความรู้ (2548) ประกอบข้อคำถาม 11 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการเข้านอนและตื่นนอนในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับกลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน บริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน เช่น ชา

กาแฟหรือเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ, ความถี่, ปริมาณที่ใช้ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือวิจัยนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.70 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ0.60

3.2.2.4แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับของนงลักษณ์ อนันตอาจ (2550)แบบสอบถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale)แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3.2.3ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับ

พฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับนั้นส่งผลต่อโดยตรงต่อการนอนหลับในเรื่องของกระบวนการนอนกลับ เช่น วงจรการหลับ-ตื่น การขับเคลื่อนการนอนหลับ รวมถึงปัจจัยด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจสนับสนุนการนอนหลับเช่นการผ่อนคลายก่อนเข้านอน การออกกำลังกายก่อนเข้านอน อย่างน้อย 2 ชั่วโมง การลดการกระตุ้นและการนอนหลับในที่เงียบ หรือขัดขวางการนอนหลับเช่น การงีบหลับกลางวัน การใช้ยานอนหลับ การเพิ่มการกระตุ้นและการนอนหลับในห้องที่ร้อน เป็นต้น(Webb,1988)

การศึกษาเกี่ยวการใช้ยานอนหลับกลุ่มยาคลายกังวล(Benzodiazepine)ส่งผลต่อการทำให้มีการนอนหลับที่ง่ายและเร็วขึ้น ลดจำนวนครั้งของการตื่นและการนอนหลับที่นานขึ้น โดยยานอนหลับกลุ่มนี้จะลดระยะเวลาในการนอนหลับในขั้นที่4 (NREM 4)และการนอนหลับในช่วงฝัน REM จึงทำให้มีการนอนหลับไม่สนิท

อุณหภูมิ มีผลต่อการการนอนหลับโดย อุณหภูมิที่ต่ำมีผลลดการนอนหลับระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM)มากกว่าอุณหภูมิที่สูง และส่งผลต่อการนอนหลับในระยะการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM)มากกว่าระยะที่ไม่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(NREM) นอกจากนี้เมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น ส่งผลทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(NREM)3และ4 ระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM) สั้นลงจึงทำให้มีการตื่นบ่อย และนอนหลับไม่สนิท

การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน คาเฟอีนเป็นสารที่มีโครงสร้างคล้ายกับสารสื่อประสาทในสมองที่ชื่อ อะดีโนซีน (adenosine) เมื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนร่างกายจะดูดซึมคาเฟอีนจากทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 45 นาทีและคาเฟอีนจะสามารถผ่านเยื่อหุ้มสมอง (blood brain barrier) ได้อย่างรวดเร็ว จากการที่คาเฟอีนมีโครงสร้างคล้ายกับอะดีโนซีน ดังนั้นคาเฟอีนจะสามารถจับกับตัวรับอะดีโนซีน (adenosine receptor) ทำให้อะดีโนซีนไม่สามารถจับกับตัวรับได้ คาเฟอีนที่ยับยั้งการทำงานของอะดีโนซีนมีผลทำให้ปริมาณสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) มีการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้สมองตื่นตัว ซึ่งให้เข้าสู่ระยะการนอนหลับช้า ลดระยะเวลา การนอนหลับในแต่ละคืน ตื่นระหว่างการนอนหลับมากขึ้น

การออกกำลังกาย ส่งผลต่อการนอนหลับโดยการออกกำลังกายช่วงเวลาเย็นหรือก่อนเข้านอน จะเพิ่มการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติตั้งแต่ระยะเข้านอนจนหลับ ซึ่งทำให้เกิดความยากลำบากในการนอนหลับแต่ไม่มีผลต่อการนอนหลับในระยะNREM 3และ4 (กันตพร ยอดใชย, 2547)

การงีบกลับกลางวัน จะรบกวนวงจรชีวภาพของการพักผ่อน (circadian activity rest patterns) ทำให้เกิดความแปรปรวนการนอนหลับและการตื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเคลิ้มหลับและนอนพักตอนกลางวันเป็นส่วนใหญ่(Davidson, MacLean, Brundage, & Schulze, 2002; Malone, Harris , & Luscombe,1994) มีการศึกษาแบบระยะยาว2-3งาน พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการนอนหลับในช่วงกลางวัน และพบว่ากิจกรรมและรูปแบบการนอนหลับสัมพันธ์กับการนอนหลับและการนอนหลับสัมพันธ์กับตัวแปรของอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา(Berger,1998;Graydon ,Bubela ,Irvine ,& Vincent,1995;Richardson & Ream,1997) โดยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเช่นการงีบหลับ การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนเข้านอนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง การออกกำลังกายอย่างหนัก 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนและการไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมิน Sleep Hygiene Practice Scale(Lacks & Rotert,1986)พบว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลต่อพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับที่เพิ่มขึ้นและทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับ และผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่ใช้การงีบหลับ สูบบุหรี่ประมาณ 5นาทีก่อนเข้านอน ดื่มแอลกอฮอล์ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอนและนอนในวันที่ไม่ใช่เวลาทำงานมากว่าผู้ที่มีการนอนหลับดี(Jefferson et al.,2005)

นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับพบว่าต้องใช้การรักษาด้วยยานอนพบว่า ยานอนหลับกลุ่มbenzodiazepineจะปรับเปลี่ยนการนอนหลับโดยเพิ่มระยะการนอนหลับที่1และ2 ลดการนอนหลับในระยะ3และ4 ส่วนประเด็นสุดท้าย ยามีความสัมพันธ์กับการแปรเปลี่ยนความเสี่ยงของความทนของร่างกายและภาวะพึ่งพาและสามารถเพิ่มการนอนไม่หลับกลับมาได้ (Morin & Espie,2003) การดื่มกาแฟก่อนนอนทำให้เกิดการนอนหลับแบบตื้น ๆ การนอนหลับที่ไม่สนิททำให้การหลั่งสารเมลาโทนินจากสมองลดลง ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง (Shilo et al., 2002)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาค่อนข้างน้อยโดยการศึกษาของจันทร์จิรา ความรู้(2548)ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความง่วงในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง โดยการประเมินสุขลักษณะการนอนหลับที่มีผลต่อการนอนหลับที่ประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดื่มกาแฟและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับเวลาหรือมีปริมาณไม่พอดี เวลาและความสม่ำเสมอในการเข้านอน-ตื่นนอนแต่ละวัน การงีบหลับระหว่างวัน แบบแผนช่วงเวลาการทำงาน พบว่าประสิทธิผลการนอนหลับและสุขลักษณะการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความง่วงของกลุ่มตัวอย่างพนักงานขับรถโดยสารประจำทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของ พัทรีญา แก้วแพง (2547)ผลการวิจัยพบว่าว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งผู้วิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะพยายามปรับนิสัยในการปฏิบัติตนต่างๆ เช่น การงดเหล้า สุรา บุหรี่ กาแฟหรือน้ำอัดลมต่างๆทำให้ในช่วง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านต่างๆ ค่อนข้างดี(คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับค่อนข้างสูงมีค่าเท่ากับ 49.89)และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขอนามัยการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาของนงลักษณ์ อนันตอาจ(2550) ผลการศึกษาพบว่าสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3. ความปวด(Pain)

3.3.1 ความหมาย

ความปวด หมายถึง ความรู้สึกที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความสุข รวมทั้งรบกวน การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องกระทำเป็นกิจวัตร โดยความปวดอาจเกิดขึ้นเป็น ครั้งคราวหรือต่อเนื่องตลอดเวลา ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,2555)

จิรามาช ชูทองรัตน์ (2551)ความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับอันตรายจากพยาธิสภาพของโรคในระดับมากหรือน้อย ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดตัวเลข (numeric rating scale :NRS)

นิยา สออารีย์ (2546) ความเจ็บปวด เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายหรือจิตใจได้รับอันตรายจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองและยากที่จะให้ความหมายที่สมบูรณ์ได้

สมาคมศึกษาความเจ็บปวดนานาชาติ (International association for the study of pain[IASP], 2002) ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจและมีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายหรือเป็นคำที่อธิบายถึงเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายนั้นซึ่งบุคคลจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดจากปฏิกิริยาตอบสนองความรู้สึกทั้งทางสรีรวิทยาและอารมณ์

สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (American Cancer Society & Nation Cancer Society, 1999) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลาหรือเป็นช่วงๆ อาจเป็นลักษณะเหมือนถูกทิ่มแทง มีเพียงบุคคลที่มีความเจ็บปวดเท่านั้นที่จะสามารถอธิบายหรือให้ความหมายที่แท้จริงกับความรู้สึกนั้นได้เพราะความเจ็บปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลซึ่งผู้อื่นไม่สามารถอธิบายแทนกันได้

องค์การอนามัยโลก (WHO,1999) กล่าวว่า ความเจ็บปวดเป็นการรับรู้ของความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความไม่สุขสบายและบอกให้บุคคลนั้นหาทางหลีกเลี่ยงหรือหาทางบรรเทาต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นและกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าจะต้องเจ็บปวดเกินกว่าความอดทนต่อบุคคลนั้นที่จะทนได้

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (International Association for The Study of Pain)(Thai Chapter, 2531)โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สิระ บุณยะรัตเวช ได้ให้ความหมายว่า ความปวดคือประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย จึงเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือมีศักยภาพในการทำลายเนื้อเยื่อ (พงศ์ภารดี เจาฑะเกษตริน, 2547)

จากความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสรุปว่าความปวดหมายถึง ประสบการณ์การรับรู้และการตอบสนองต่อความไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด จากก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาทหรือจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เป็นต้น

3.3.2การประเมินความปวด (Pain Assessment)

ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ดังนั้นควรประเมินผู้ป่วยในทุกๆ มิติของความปวด ทั้งด้านการรับรู้ (sensory domain) อารมณ์ (affective domain) ความเข้าใจและการแปลความหมาย (cognitive - evaluative domain) ในเบื้องต้นนี้จะกล่าวถึงการประเมินด้านการรับรู้เป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบสาเหตุ ลักษณะและระดับความรุนแรงของความปวด ดังต่อไปนี้

3.3.2.1.ระดับความรุนแรง การประเมินส่วนใหญ่เป็นนามธรรม ต้องอาศัยผู้ป่วยบอกและผู้ประเมินต้องเชื่อ การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดมีประโยชน์ในการดูแนวโน้มของผลการรักษา การประเมินทำได้หลายวิธี ดังนี้

1)Numerical rating scale (NRS) หรือ Verbal rating scale (VRS)ให้ผู้ป่วยตอบคำถาม “คุณมีความปวดมากขนาดไหน ?” จาก 0 คือไม่ปวดเลย ถึง 10 คือปวดมากที่สุดที่คิดได้ หรือเขียนตัวเลข “ให้วงกลมตัวเลขที่บอกถึงระดับความปวดของคุณ”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุดที่คิดได้

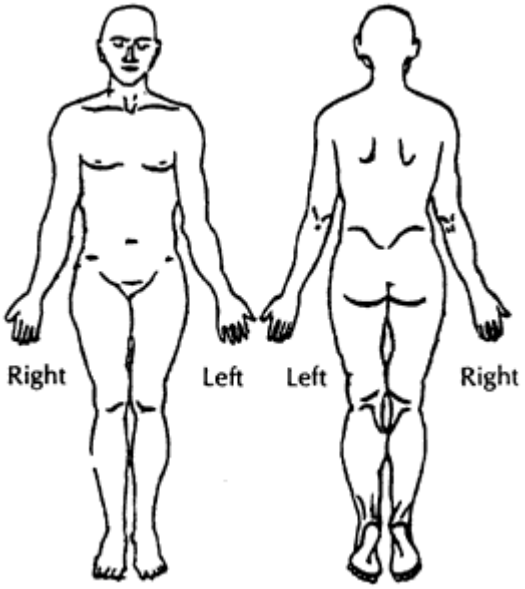
2)Visual analog scale (VAS) ให้ผู้ป่วยกากบาทบนเส้นตรงที่ยาว 10 ซ.ม.เพื่อบอกถึงระดับความปวด การวัดระดับความปวดของผู้ป่วยให้วัดระยะจากจุดเริ่มต้นที่ไม่ปวดถึงเครื่องหมายกากบาทเป็นเซนติเมตร

ไม่ปวด├──────────────────────────────┤ ปวดมากที่สุดที่คิดไว้

3)Categorical scale หรือ Verbal descriptive scale ให้ผู้ป่วยอธิบายเป็นคำ“คุณมีความปวดมากขนาดไหน ?”

ไม่ปวดเลย	ปวดเล็กน้อย	ปวดปานกลาง	ปวดมาก
0	1-3	4-6	7-10

3.3.2.2. ตำแหน่งที่ปวดและตำแหน่งที่ปวดร้าว โดยใช้ Body chart ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายทุกตำแหน่งที่มีความปวด (สถาพร ลีลานันทกิจ,2547)



3.3.2.3แบบประเมินอาการปวด Brief pain inventory (BPI) ของPain Research Group, Department of Neurology, University of Wisconsin-Madison Medical School เป็นเครื่องมือวัดองค์ประกอบของอาการปวดทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยทางการรับความรู้สึก ปัจจัยทางอารมณ์ ปัจจัยทางการรู้คิด ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ได้แก่ตำแหน่งของอาการปวด ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปภาพให้ผู้ป่วยทำสัญลักษณ์ลงบนตำแหน่งที่ปวด ระดับความรุนแรงของอาการปวดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาประเมินอาการปวดที่มากที่สุด น้อยที่สุด อาการปวดโดยเฉลี่ย และอาการปวดขณะที่ประเมินสิ่งส่งเสริมหรือบรรเทาอาการปวด การรักษาหรือยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับ ระดับของการได้รับการบรรเทาอาการปวด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาบรรเทาอาการปวด ความเชื่อเกี่ยวกับอาการปวด ลักษณะของอาการปวด และผลของอาการปวดที่รบกวนต่อการทำกิจกรรม ได้แก่การทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์ การเดิน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การนอนหลับและความเป็นสุขในชีวิต

3.3.2.4ลักษณะของความปวด แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1)Somatic pain มีลักษณะแบบปวดตื้อๆ (aching) ปวดเหมือนถูกแทง(stabbing) ปวดตุ๊บๆ (throbbing) หรือปวดแน่นหรือตึง (pressure) บอกตำแหน่งได้ค่อนข้างชัดเจน

2)Visceral pain มีลักษณะแบบปวดตื้อๆ ปวดเหมือนถูกบีบรัด (cramping)ปวดเหมือนถูกแทะ (gnawing) ปวดเหมือนมีดบาด (sharp) มักจะบอกตำแหน่งที่ปวดได้ไม่ชัดเจน

3) Neuropathic pain มีความปวดแบบหลายลักษณะ เช่น ปวดแสบร้อน(burning) ปวดแปลบหรือเหมือนไฟช๊อต (electrical, shooting) ปวดชา (tingling) ปวดเหมือนเข็มทิ่ม(pins and needles) ปวดบริเวณที่ชา ปวดบริเวณผิวหนังที่เส้นประสาทมาเลี้ยง (radiating pain หรือradicular pain) ปวดจากตัวกระตุ้นซึ่งปกติไม่ทำให้ปวด (allodynia) เช่น ปวดเมื่อบริเวณที่ปวดสัมผัสกับเสื้อผ้าหรือลมพัดผ่าน อาการอาจเกิดขึ้นเป็นพักๆ (periodic) ไม่แน่นอน เนื่องจากการระงับปวด neuropathic pain แตกต่างจาก nociceptive pain จึงควรแยกให้ได้ว่าความปวดนั้นเป็นชนิดใดแม้ว่ามักจะพบความปวดทั้งสองชนิดนี้เกิดร่วมกันในผู้ป่วย

3.3.2.5ประวัติอื่นๆ เกี่ยวกับความปวด ระยะเวลาที่เริ่มปวด ปวดมานานแค่ไหน ความถี่ห่างของความปวด รูปแบบของความปวด เช่น ปวดต่อเนื่องตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ การดำเนินโรคของความปวด เช่น คงที่หรือปวดมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความปวดทั้งส่งเสริมและบรรเทา และอาการอื่นๆ ที่พบร่วมกับความปวด เช่น อาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือลีบ เป็นต้นนอกจากนี้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยปวดมีความสำคัญในการปรับช่วงเวลาการรักษา ควรประเมินว่าความปวดนั้นต่อเนื่องหรือเป็นพักๆ หรือปวดเพิ่มขึ้นมาอีกแม้ว่าได้รับยาแก้ปวดคงที่แล้ว เรียกความปวดชนิดนี้ว่าbreakthrough pain ส่วนความปวดที่เกิดจากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเพิ่มจากปกติ เช่น การทำแผลการทำกายภาพบำบัด การย้ายเตียง เรียกความปวดชนิดนี้ว่า incident pain ทั้ง breakthrough painและ incident pain ต้องระงับด้วยการเสริมยาแก้ปวดที่ออกฤทธิ์เร็ว และให้ผู้ป่วยได้เมื่อต้องการ (prn)

3.3.2.6 ประวัติที่จะชี้นำสาเหตุของความปวด จากมะเร็งโดยตรงจากวิธีการหรือหัตถการที่ใช้รักษามะเร็งจากสาเหตุอื่นร่วมด้วยหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับมะเร็ง

3.3.2.7ประวัติการรักษาที่ได้รับอยู่ ยาที่ผู้ป่วยได้รับทุกชนิด ทั้งที่แพทย์สั่งและซื้อเอง หรือการรักษาที่เป็นทางเลือก ยารักษามะเร็ง การรักษาโรคอื่นๆ ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องและ การตอบสนองต่อการรักษา ทั้งที่ได้ผลดี มีอาการแทรกซ้อนหรืออาการแพ้

3.3.2.8ภาวะทางจิตสังคม ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย การช่วยเหลือของครอบครัวและจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่นๆ ประวัติทางจิตเวช รวมทั้งการติดยา และ เรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความหมาย ความเข้าใจ และความเชื่อเรื่องความปวดของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3.2.9การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายในเบื้องต้นต้องทำการตรวจทุกระบบ ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจไม่พบสาเหตุของความปวดที่ชัดเจน แต่อาจใช้ประกอบการติดตามผลการรักษาต่อไปได้ การตรวจร่างกายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องเน้นในเรื่องของ pain behavior ด้วย เช่น ดูสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และการแสดงออกต่างๆ ของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรประเมินสภาพจิตใจและสภาพทางสังคมของผู้ป่วยด้วยโดยประเมินทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและจากครอบครัวว่ามีภาวะผิดปกติหรือไม่ เช่น การนอนหลับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาชีพการงาน ผลกระทบของความปวดต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่สำคัญ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม ตลอดจนความคาดหวังต่อการรักษาและพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับปวดที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิมร่วมด้วย

3.3.2.10. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการถ่ายภาพรังสี ในผู้ป่วยบางราย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อาจไม่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยหาสาเหตุของความปวด แต่อาจมีประโยชน์ในแง่การติดตามผลการรักษา ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงควรทำเท่าที่จำเป็นและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งการตรวจอาจจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ การส่งตรวจเพื่อประกอบการค้นหาสาเหตุของความปวด เช่น การถ่ายภาพรังสีวิธีต่างๆ การตรวจเพื่อประเมินการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น การตรวจelectrodiagnostic หรือ neurophysiologic test ต่างๆ และ การตรวจการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น hematologic, biochemical,metabolic และ endocrine โดยการส่งตรวจ blood chemistries ต่างๆ (สถาพร ลีลานันทกิจ,2547)

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแบบประเมินความเจ็บปวด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินโดยมาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เจ็บปวดเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10 และมีคำกำกับว่า “เจ็บปวดมากที่สุด” ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบอกความรู้สึกเจ็บปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

3.3.3ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับอาการนอนไม่หลับ

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกมีพบว่ามีผลกระทบมาจากการผ่าตัดเต้านมชนิดต่างๆเช่นlumpectomy mastectomy เป็นต้น และการได้รับรังสีรักษาและมีการรายงานความปวดในช่วงสั้นๆของการรักษา(Amichetti & Caffo,2003 ; Carpenter, Andrykowski, Sloan,et al.,1998; Karki Simonen, Malka, & Selfe ,2005 ; Lash & Silliman ,2000 ; Tasmuth ,Von Smitten, Hietanen , Kataji ,& Kalso ,1995) โดยมีการรายงานความปวดในตำแหน่งที่ได้รับการ

รักษาที่เต้านมและรักแร้ข้างเดียวกันและแขน(Lash & Silliman ,2000 ; Shimozuma ,Ganz ,Lentz ,Lee,1999 ; Tasmuth et al .,1995)โดยอธิบายความปวดไว้ว่าเป็นความเจ็บปวด กดเจ็บและการอัด (Amichetti&Caffo,2003) และมีความรุนแรงของความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เป็นความเลวร้ายในแต่ละสัปดาห์(Carpenter, Andrykowski, Sloan, et al.,1998)

ความปวดมีผลกระทบต่อการนอนหลับโดยการรบกวนการนอนหลับ ทำให้มีการนอนหลับที่ยากหรือตื่นบ่อย หรือการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่อความปวด เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการหลั่งขอสารเคมีในร่างกายเช่นอะดีนาลีน และไกลโคเจน ซึ่งจะส่งผลต่อการนอนหลับ โดยรบกวนการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง ความทนต่อความเจ็บปวดจะลดลงต่ำสุดในการนอนหลับระยะที่มีการกรอกลูกตาอย่างรวดเร็ว และพบว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังจะเพิ่มการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกายในช่วงกลางคืนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย(พัทรีญา แก้วแพง, 2547)

การศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าความปวดเป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการนอนหลับยาก(Davidson et al.,2002; Fortner et al.2002; Savard et al .,2001 ; Taylor ,Espie & White ,2003) และความปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้Fortner et al(2002)ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน72คนโดยใช้แบบวัดPSQIพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่มีการนอนหลับดี โดยความเจ็บปวด กดเจ็บและการกระทบกระเทือนเต้านมนั้นส่งผลรบกวนการนอนหลับทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับหรือตื่นขึ้น ซึ่งความถี่ในการเกิดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้สึกความปวดของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวดกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ของพัทรีญา แก้วแพง (2547) พบว่ามีความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ.252 แสดงว่าผู้มะเร็งที่มีความเจ็บปวดมากจะมีอาการนอนไม่หลับมาก และผู้มะเร็งที่มีความเจ็บปวดน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อย

3.4.ความเหนื่อยล้า(Fatigue)

3.4.1ความหมาย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความเมื่อยล้า (lassitude) เหน็ดเหนื่อย(weariness) ทั้งทางร่างกายและหรือจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการออกแรงหรือออกกำลังมากเกินไปหรือเกิดจากการถูก

กระตุ้นซ้ำๆ เป็นเวลานานๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อ อวัยวะต่างๆ มีพละกำลังและความสามารถในการทำงานลดลง (Webster' s New Riverside University Dictionary, 1994: 467)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความเหน็ดเหนื่อย (weariness) ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายหรือจิตใจทำงานหนักหรือใช้พลังงานมากเกินไป (The Shorter Oxford EnglishDictionary, 1974: 731)สาขาแพทย์ศาสตร์

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่รวมถึงอาการอ่อนเพลียอ่อนเปลี้ยเหน็ดเหนื่อย ละเหี่ยใจ ไม่กระชุ่มกระชวย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ มีความรู้สึกหมดแรงที่จะทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ โดยทั่วไปจะตรวจไม่พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการอ่อนแรง (weakness) ของกล้ามเนื้อร่วมด้วย (วันชัย วนะชิวนาวิน , 2539: 22)สาขาสรีระวิทยา

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่เหมือนกันโดยคำนึงถึงหลักที่ว่าต้องมีสิ่งมากระตุ้น (stimuli) สิ่งกระตุ้นนั้นทำให้เกิดการต่อต้านชนิดต่อเนื่องหรือเป็นครั้งคราวก็ได้ และถ้ามีการกระตุ้นอยู่เรื่อย ๆ เป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้สรีระภาพของบุคคลนั้นอ่อนแอลง (พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาวุฒิ, 2530: 29)สาขาพยาบาลศาสตร์

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อความรู้สึกหมดกำลัง และการทำงานของร่างกายและจิตใจลดน้อยลงซึ่งไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยการพักผ่อน (The North American Nursing Diagnosis Association, NANDA cited in Barnett,2001: 287)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลังและขาดพลังงานอันเป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดที่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด (Aistars, 1987: 25)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีความไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง (Pickard –Holley , 1991: 14)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลประสบกับความรู้สึกเหนื่อย จนถึงหมดแรงและอาจมีความผิดปกติทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วย (Hubsky andSears, 1992: 176)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจที่ลดลงและมีอาการผสมผสานกันระหว่าง หมดกำลัง ขาดพลังงาน เหนื่อย (Potempa, 1993cited in Trendall, 2000: 1127)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกเหนื่อยจนอาจถึงกับหมดแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวะภาพ (circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สุขสบายของบุคคลนั้น (Piper et al., 1987: 19; Piper, 1993: 279)

จากความหมายของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับเคมีบำบัด ที่รู้สึกว่าเหนื่อย อ่อนเพลีย สูญเสียพลังงานจนถึงหมดกำลัง ความสามารถในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ซึ่งประเมินได้จาก 4 มิติ คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา

3.4.2การประเมินความเหนื่อยล้า

เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติทำให้เป็นการยากที่จะประเมินหรือศึกษาความเหนื่อยล้า ส่งผลให้มิติของความเหนื่อยล้า (dimension of fatigue) ไม่มีการนำมาทำการวิจัยอย่างแพร่หลายเหมือนมิติของความเจ็บปวด (dimension of pain) (Jacob andPiper,1996: 1204) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่ามีเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอยู่บ่อยๆ ดังต่อไปนี้

3.4.2.1เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของเพียร์สันและแบร์ (Pearson Byars Fatigue Checklist, 1956) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่เพียร์สันและแบร์สร้างขึ้นเมื่อปีค.ศ. 1956 ลักษณะข้อคำถามจะถามความรู้สึก 3 ระดับ คือ ดีกว่า (better than) เท่ากับ (the same as)และ แย่กว่า (worse than) และแต่ละระดับจะถามถึงความรู้สึกที่สัมพันธ์กับ 13 ระดับของอาการแสดงของเหนื่อยล้าที่เริ่มต้นตั้งแต่ รู้สึกเหนื่อยมากที่สุด (extremely tired) ไปจนถึงสดชื่นมากที่สุด(extremely lappy) คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 - 3 โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่า 13 – 39 คะแนนคะแนนที่มากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก เพียร์สันและแบร์ได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 – 0.95

3.4.2.2เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของโยชิทาเก (Yoshitake’s Fatigue Scale,1969, 1971, and 1978) เป็นเครื่องมือที่โยชิทาเกะและนักวิจัยชาวญี่ปุ่นอีกหลายคนได้ร่วมกันสร้างขึ้น เป็นแบบประเมินอาการแสดงของความเหนื่อยล้าที่ทำเป็น checklist และนำไปทดลองใช้กับคนงานชาวญี่ปุ่น เครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงของความเหนื่อยล้า30 ข้อคำถาม ถามใน 3 มิติ คือ ความไม่สุขสบายทั่วๆไป (general feelings of incongruity) ความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ (mental fatigue) ความไม่สุขสบายเฉพาะส่วน (specific

feelings of incongruity) แม้ว่าเครื่องมือชุดนี้จะเคยนำมาใชในทางคลินิก แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าแต่ละรายการของข้อคำถามจะมีความเหมาะสมพอที่จะนำไปใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันหรือกลุ่มประชากรอื่นๆ ได้ (Varrichio, 1985 cited in Jacob and Piper, 1996: 1204) ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของโยชิทาเกะจึงไม่เป็นที่นิยม

3.4.2.3เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์และคณะ (Profile of Mood States, POMS, 1981) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดยแมคแนร์และคณะเมื่อปี1981 (Mcnair, Lorr, and Droppleman, 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ลักษณะข้อคำถามเป็นเรตติงสเกล 5 อันดับ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 5ประเมินใน 6 ด้าน คือ ความซึมเศร้า (depression) ความตึงเครียด (tension) ความโกรธ (anger)ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และความแข็งแรง (vigor) แมคแนร์และคณะได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 – 0.91 (Redekeret al, 2000: 280)

3.4.2.4เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทน (The Rhoten Fatigue Scale,1982) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่โรเทน สร้างขึ้นเมื่อปี 1982 ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 – 10 โดย 0 เท่ากับไม่เหนื่อยล้าเลย และ 10 เท่ากับ หมดกำลัง ใช้คู่กับส่วนที่ 2 ที่เป็นแบบสังเกต (observation checklist) โดยความรู้สึกจากส่วนที่ 1 จะสัมพันธ์กับแบบสังเกตของส่วนที่ 2 ซึ่งจะสังเกตใน 4 ด้านคือ ลักษณะโดยทั่วๆ ไป (general appearance) การติดต่อสื่อสาร (communication) การปฏิบัติกิจกรรม (activities)และ ทัศนคติ (attitude) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีการรายงานการทดสอบความตรง และความเที่ยง ของเครื่องมือนี้ไว้ และในงานวิจัยของพิกคาร์ด – ฮอลลี รายงานว่ามีการนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงโดยวิธี test – retest แต่ไม่ได้ระบุผลการทดสอบไว้ (Pickard – Holley, 1991: 15;Jacob and Piper, 1996: 1205)

3.4.2.5 เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper Fatigue Scale,1989, 1998) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ไปเปอร์และคณะ(Piper et al., 1989) สร้างเครื่องมือนี้ขึ้นในปี 1989 และได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามใหม่เนื่องจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปเมื่อปี 1998 ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 22 ข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 0 ถึง 10(numeric scale) ปลายสุดของทั้งด้านซ้ายและขวากำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยด้านซ้ายมือสุดตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” และด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” เครื่องมือนี้ประเมินใน 4 ด้าน คือ

1.ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม

2. ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม

3.ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม

4.ด้านสติปัญญา ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม

ไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998: 681) ได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 คน ได้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ0.97 และรายด้านเท่ากับ 0.92 – 0.96

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998)ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545)แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินได้ครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าคือประเมินทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการให้ความหมายความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คืออยู่ระหว่าง 0.91 – 0.99 (Berger, 1998; Richardson et al., 1998; Woo et al., 1998; Berger andHigginbotham, 2000; Berger and Walker, 2001รวมทั้งมีการใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของเพียงใจ ดาโลปการ (2545)มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ0.97ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงระดับสูงมาก สูง

3.4.3ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับอาการนอนไม่หลับ

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นพบว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ความก้าวหน้าของระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ซึ่งมีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของก้อนเนื้องอก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งค้างของของเสียจากการเผาผลาญ ร่วมกับการเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ของเคมีบำบัดโดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ทำให้ต้องมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้จนค่อยๆ หมดไป ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติคเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การเปลี่ยนแปลงการควบคุมสื่อประสาท (changes in regulation /transmission patterns) เช่น ซีโรโทนิน(serotonin) ทริปโทแฟน (tryptophan) เมลาโทนิน (melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์(cytokine) จากเม็ดเลือดขาวออกมามากเกินไปจะส่งผลต่อการสื่อประสาทและความตึงตัวของกล้ามเนื้อและก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ นอกจากนี้เคมีบำบัดกดการทำงานของไข

กระดูก ทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงลดน้อยลงไปอีก การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะยิ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลงไปอีก และยิ่งทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง รวมทั้งเพิ่มความเหนื่อยล้ามากขึ้น (เพียงใจ ดาโลปการ,2545) เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจะส่งผลต่อการนอนหลับในระยะNREM และREM 4 ลดลง ผู้ป่วยจึงรู้สึกไม่สดชื่น อ่อนเพลีย เนื่องจากการนอนหลับไม่สนิท และตื่นบ่อย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นลักษณะทั่วไปและกลุ่มอาการที่รบกวนจิตใจในผู้ป่วยมะเร็ง(Anderson et al .,2003 ; Whelan et al .,1997)เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม(bower et al ,2000 ; Carpenter ,Andrykowski,Sloan,et al.,1998; Cimprich ,1999 ; Knobf ,1986 ; Lindley et al .,1998 ; Northouse et al.,1999 ซึ่งความเหนื่อยล้ามีระดับสูงในผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเทียบกับคนสุขภาพดี และผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งและผู้หญิงที่เริ่มเป็นมะเร็ง(,Andrykowski,Curran , &Lightner,1998) การศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง สมมติฐานที่1พบว่าความเหนื่อยล้าส่งผลต่อการนอนหลับยาก(Ancoli-Israel , Moore ,& Jones ,2001 ; Mock et al ., 2000 ; Portenoy & Itri ,1999)

Bower et al.(2000) พบว่าความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทำนายการรบกวนการนอนหลับ อาการซึมเศร้า ความปวด อาการหมดประจำเดือน ชนิดของการรักษาโรคร่วม การใช้ยาและปัจจัยส่วนบุคคล(อายุและสถานะสมรส)ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก ความเหนื่อยล้าและการนอนหลับได้รับการประเมินจากRAND-36 (Hays et al.,1993) มีความสอดคล้องกับการศึกษากับ Okauyama ,Akechi kugaya ,Okamura ,Imoto et al.,2000 ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน135คน พบว่าความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทำนายการรบกวนการนอนหลับ การหายใจลำบาก การไม่มีความอยากอาหาร การรบกวนอารมณ์(ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล) การขาดการสนับสนุนทางสังคมและยาและปัจจัยส่วนบุคคล

3.5.อาการร้อนวูบวาบ(Hot flashes)

3.5.1ความหมาย

อาการร้อนวูบวาบคืออาการเด่นของสตรีวัยหมดประจำเดือนจัดเป็นอาการ Vasomotor symptom โดยผู้ที่เป็นจะมีอาการร้อนวูบวาบ ร่วมกับมีเหงื่อออก อาการเกิดขึ้น เป็นพักๆ

ช่วงเวลาสั้นๆประมาณ2-3วินาทีหรือเป็นนาทีก็ได้โดยมักเกิดอาการในช่วงกลางคืน(มณี รัตนไชยานนท์,2548)

อาการร้อนวูบวาบเป็นการรับรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ร่วมกับรู้สึกวูบวาบ บริเวณส่วนบนของร่างกายและใบหน้าอาการเกิดขึ้นนาน1-5นาทีจนกว่าร่างกายจะปรับอุณหภูมิได้เอง โดยอาการนี้สามารถเกิดได้นาน5-7ปีหลังหมดประจำเดือน(Thomas ,2005)

อาการร้อนวูบวาบ เป็นการสูญเสียความร้อนจากการขยายตัวของหลอดเลือดในส่วนบนของร่างกาย ทำให้มีอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน โดยอาการนี้เกิดขึ้นก่อนหมดประจำเดือนและมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นเมื่อหมดประจำเดือนในระยะแรกและอาการยังคงอยู่นานกว่า 5ปีหลังหมดประจำเดือนไปแล้ว(Robert. W Shaw ,Devis Lusley , & ASH Monga,2011)

สรุปอาการร้อนวูบวาบหมายถึงอาการแสดงของVasomotor symptom ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีการรับรู้สึกร้อน วูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน บริเวณร่างกายส่วนบนและใบหน้า โดยอาการเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆนาน2-3วินาทีหรือเป็นนาที ซึ่งอาการนี้ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับและคุณภาพชีวิต

3.5.2การประเมินอาการร้อนวูบวาบ

3.5.2.1ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Hot Flashes Daily (Carpenter et al ,2001;2002) เกี่ยวกับการเกิดอาการร้อนวูบวาบในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึก ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบโดยให้คะแนนเป็นมาตรวัดเชิงเส้นมีคะแนน 0-10 คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 คะแนนไม่มีอาการและ 10 คะแนนมีอาการรุนแรงมากที่สุด

3.5.2.2แบบประเมิน The Hot Flashes Daily Interference Scale (Carpenter et al ,2001;2002) เป็นแบบประเมินจำนวน10 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบต่อการทำกิจวัตรประจำวันได้แก่ การทำงาน สังคม กิจกรรมยามว่าง การนอนหลับ อารมณ์ สมาธิ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพศสัมพันธ์ ความสุขในชีวิตและคุณภาพชีวิต ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นมีคะแนน0-10คะแนนโดยคะแนน0 หมายถึงความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบไม่ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน และคะแนน 10 หมายถึงความรุนแรง

ของอาการร้อนวูบวาบส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ.97

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน The Hot Flashes Daily (Carpenter et al ,2001;2002) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการร้อนวูบวาบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยแบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ เป็นแบบบันทึกประจำวันเกี่ยวกับการเกิดอาการร้อนวูบวาบในระยะเวลา 48 ชั่วโมง โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ โดยให้คะแนนเป็นมาตรวัดเชิงเส้นมีคะแนน 0-10 คะแนนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 คะแนนไม่มีอาการและ 10 คะแนนมีอาการรุนแรงมากที่สุด รวมทั้งบันทึกช่วงระยะเวลาการเกิดอาการร้อนวูบวาบเป็นนาที

3.5.2ความสัมพันธ์ระหว่างอาการร้อนวูบวาบกับอาการนอนไม่หลับ

อาการร้อนวูบวาบเป็นอาการของเป็นอาการแสดงของ Vasomotor symptom ที่มีการรับรู้สึกร้อน วูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน บริเวณร่างกายส่วนบนและใบหน้า โดยอาการเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ นาน 2-3 วินาทีหรือเป็นนาที โดยอาการร้อนวูบวาบที่เกิดขึ้นเกิดจากการรบกวนการควบคุมอุณหภูมิมีการเปลี่ยนแปลงและส่งผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาทเช่นซีโรโทนิน เบต้า เอนโดรฟินและ นอร์เอพิเนฟริน โดยมีผลต่อการนอนหลับคือการนอนหลับระยะ 4 เพิ่มขึ้น การนอนหลับระยะshort REMลดลง และระยะท้ายของการนอนหลับยาวนานกว่าจะเข้าสู่ระยะ REM อีกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการมีการรบกวนนอนหลับที่ยาก ตื่นบ่อยขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง (Mary et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการร้อนวูบวาบพบว่า การได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและหรือฮอร์โมนเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มการมีชีวิตรอดและลดการกลับเป็นซ้ำ(Love, Cameron, Connell, & Leventhal, 1991 ; Poniatowski, Grimm ,& Cohen ., 2001) แต่อย่างไรก็ตามผลจากการรักษาเสริมทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์หมดประเดือนก่อนวัยอันควรหรือเพิ่มอาการหมดประจำเดือน Hot flashesเป็นหนึ่งในอาการหมดประจำเดือนที่ต้องคำนึงเพราะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ไม่ดีใน

ผู้หญิงทั่วไปหรือผู้ที่มีประสบการณ์อาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด(Erlik et al .,1981 ; Shaver ,Giblin ,Lentz ,&Lee , 1988 ; Woodward & Freedman ,1994)

การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกพบว่า65%มีอาการหมดประจำเดือนมีอาการhot flashes(Carpenter, Andrykowski, Cordova,et al.,1998; Couzi et al .,1995)นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในคนทั่วไปและผู้ที่มีอาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดทำให้อาการhot flashes ลดลงและการนอนหลับดีขึ้นซึ่งขัดแย้งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเนื่องจากฮอร์โมนมีความเป็นไปได้ในการทำให้เนื้องอกขยายเพิ่มมากขึ้น(Loprinzi &Barton,2000 ; Loprinzi ,Barton, Rhodes ,2001)

การศึกษาพบว่า hot flashes เป็นปัจจัยสนับสนุนความลำบากในการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่า(Knobf,2001 ; Savard et al.,2001 ;Taylor et al .,2003) จากการศึกษาของ Carpenter et al.(2002)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรายงานอาการhot flashes ในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลระดับปานกลางถึงรุนแรงต่อความลำบากในการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของCouzi et al.(1995) และ Stein et al (2000) ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรายงานhot flashes มีความรุนแรงของต่อความยากลำบากในการนอนหลับ ส่วนการศึกษาของSavard et al.,2004 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างhot flashes จากการเปลี่ยนแปลงผิวหนังและการนอนหลับด้วยเครื่องมือ polysomnography พบว่าช่วงเวลา10นาทีที่เกิดhot flashes มีความสัมพันธ์กับร้อยละของเวลามีการตื่นที่สูงมากและจำนวนระยะการนอนหลับเปลี่ยนเป็นlighter sleepเมื่อเทียบกับระยะเวลา10นาทีที่ไม่มีhot flashes นอกจากนี้การมีhot flashesในช่วงกลางคืนส่งผลต่อการลดลงร้อยละของการนอนหลับในระยะที่2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากการตื่นที่เพิ่มขึ้นและมีระยะREMที่ยาวนาน

3.6.การรบกวนด้านอารมณ์(Mood disturbance)

3.6.1ความหมาย

การรบกวนด้านอารมณ์(Mood disturbance) ความหมาย ก่อนให้ความหมายของการรบกวนอารมณ์(Mood disturbance) ควรมีการทบทวนความหมายของภาวะอารมณ์เสียก่อน ซึ่งพบว่ามีผู้ให้ความหมายของภาวะอารมณ์ ไว้ดังนี้

Morris (1998 อ้างถึงใน Shin and Colling, 2000) ให้ความหมายของภาวะอารมณ์ว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตอบสนองหลายชนิด การเกิดของอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

Trzepacz และ Baker (1993 อ้างถึงใน Serby, 2003) กล่าวว่าอารมณ์เป็นภาวะความรู้สึกเชิงอัตพิสัย (Subjective) ของผู้ป่วย ที่เกิดและคงอยู่ระยะหนึ่งKapland และ Sadock (1988) กล่าวว่าอารมณ์เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและคงอยู่ระยะหนึ่ง อารมณ์เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและต้องรายงานออกมาโดยตัวผู้ป่วยเอง

Stoudemire (1998 อ้างถึงใน Serby, 2003) ให้ความหมายของอารมณ์ว่าหมายถึงความรู้สึก
ภายในที่เกิดและคงอยู่ชั่วคราวภาวะอารมณ์ หมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ได้เกิดขึ้นแล้วหายไปทันที แบ่งได้ 2 ชนิด คือ พึงพอใจและไม่พึงพอใจ(Parkinson et al., 1996)

Sjoberg, Svensson และ Persson (1979 อ้างถึงใน Vastfjall, 2002) แบ่งอารมณ์ออกเป็น 6 ชนิด ได้แก่ Pleasantness, Activation, Tension, Extroversion, Social orientation และ Control

McNair, Lorr และ Droppleman (1971 อ้างถึงใน Prapavessis, 2000) แบ่งภาวะอารมณ์ออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาวะอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วยอารมณ์ 5 ชนิด ได้แก่ความเครียด (Tension), ความซึมเศร้า (Depression), ความโกรธ (Anger), ความเหนื่อยล้า(Fatigue), ความสับสน (Confusion) และอารมณ์ด้านบวก 1 ชนิด คือ ความกระปรี้กระเปร่า(Vigor)จ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าภาวะอารมณ์ หมายถึงความรู้สึกภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นแล้วคงอยู่ระยะหนึ่ง การประเมินต้องอาศัยการรายงานของบุคคลนั้น แบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ อารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบ การรบกวนอารมณ์ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์อันเนื่องจากสิ่งที่รบกวน หรือทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งแสดงถึงการมีภาวะอารมณ์ทางลบในระดับสูงกว่าอารมณ์ทางบวก

3.6.2การประเมินการรบกวนด้านอารมณ์

3.6.2.1แบบประเมินภาวะอารมณ์ Profile of Mood State (POMS) ของ McNair และคณะที่สร้างขึ้นปี 1971 วัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยภาวะอารมณ์ด้านลบ 5ชนิด ได้แก่ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความสับสน และภาวะอารมณ์ด้านบวก 1 ชนิด คือความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์ 65 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับในการวัด คือ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย

มีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย มีความรู้สึกนั้นปานกลาง มีความรู้สึกนั้นมาก และมีความรู้สึกนั้นมากที่สุด แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74-.91 (Shacam, 1983)

3.6.2.2แบบประเมินภาวะอารมณ์ฉบับสั้น (Shortened form of the Profile of Mood States:SPOMS) ของ Shacham (1983) ที่ปรับจากแบบประเมินภาวะอารมณ์ของ McNair และคณะลดข้อคำถามลงเหลือเพียง 37 ข้อคำถาม โดยสามารถคงความตรงตามองค์ประกอบเดิม วัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยภาวะอารมณ์ด้านลบ 5 ชนิด ได้แก่ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความสับสน และภาวะอารมณ์ด้านบวก 1 ชนิด คือความกระปรี้กระเปร่า ความไม่สมดุลทางอารมณ์ คำนวณได้จากการรวมคะแนนเฉลี่ยของภาวะอารมณ์ด้านลบทั้ง 5 ชนิด แล้วลบด้วยคะแนนเฉลี่ยของภาวะอารมณ์ด้านบวกคะแนนมาก หมายถึง มีความไม่สมดุลทางอารมณ์สูง คะแนนน้อย หมายถึง ความไม่สมดุลทางอารมณ์ต่ำ เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80-.91 และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับแบบประเมินของ McNair และคณะ พบว่ามีค่ามากกว่า.95 ทุกรายด้าน

3.6.2.3แบบประเมินภาวะอารมณ์ฉบับย่อ (Brief Profile of Mood States) ของ Cella และคณะที่สร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1987 เป็นแบบประเมินที่ปรับลดข้อคำถามมาจากแบบประเมินภาวะอารมณ์ของ McNair และคณะเช่นกัน แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 11 ข้อ จึงไม่สามารถประเมินภาวะอารมณ์แยกเป็นภาวะอารมณ์รายด้านได้ ประเมินได้เพียงค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ (Total mood disturbance) เท่านั้น เมื่อนำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับแบบประเมินของ McNair และคณะ พบว่ามีค่าเท่ากับ .93 (Curran, Andrykowski, and Studts, 1995)

3.6.2.4The Multiple Affect-Adjective Checklist-Revised (MAACL-R) ของ Zuckerman และLubin ที่สร้างขึ้นเมื่อปี 1985 วัดอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ประกอบด้วยข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ 132 ข้อคำถาม (ภาวะอารมณ์เชิงบวก 72 ข้อ และเชิงลบ 60 ข้อ) ให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายหน้าข้อความที่ตรงกับอารมณ์ตนเอง คิดคะแนนโดยนำจำนวนข้อที่ถูกเลือกหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด (Castro et al., 1998)

3.6.2.5The Positive And Negative Affect Scale (PANAS) ของ Watson, Clark และ Tellrgenสร้างขึ้นเมื่อปี 1988 ประกอบด้วยการวัดอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ แบบประเมินมี 20 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นคำที่อธิบายอารมณ์ของผู้ถูกประเมิน แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับในการวัด (Parkinson et al., 1996) Thomas& Diener,1990และGil et al., 2004 ซึ่งเป็นแบบประเมินอารมณ์ด้วนบวกและด้านลบ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะอารมณ์ของ ภัทรพร เขียวหวาน (2546) ซึ่งถอดความและแปลความแบบประเมินภาวะอารมณ์ฉบับสั้น (Shortened form of the Profile of Mood States: SPOMS) ของ Shacham (1983) แบบประเมินภาวะอารมณ์ชุดนี้เป็นแบบประเมินที่ Shacham ปรับมาจากแบบประเมินภาวะอารมณ์ของ McNair และคณะ(1971) โดยลดข้อคำถามลงเหลือเพียง 37 ข้อคำถาม เพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วย แบบประเมินภาวะอารมณ์นี้ ประกอบด้วยภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด–ความวิตกกังวล, ความซึมเศร้า–ความหดหู่, ความโกรธ–ความมุ่งร้าย, ความเหนื่อยล้า – ความเฉื่อยชา, ความกระปรี้กระเปร่า–ความกระฉับกระเฉง และความสับสน – ความมงง ผู้วิจัยได้แปลความและถอดความแบบประเมินภาวะอารมณ์จากฉบับภาษาอังกฤษ ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแบบประเมินภาวะอารมณ์นี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน 37 ข้อคำถาม ซึ่งเครื่องมือนี้ที่นิยมใช้วัดภาวะอารมณ์ และความไม่สมดุลทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีค่าความเที่ยงเมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ .54-.83 (Connelly, Gunzerath,and Knebel, 2000)ส่วนในงานวิจัยของภัทรพร เขียวหวาน (2546)มีค่าความเที่ยงเท่ากับ.96 ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือในระดับสูงและมีการประเมินด้านอารมณ์ที่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3.6.3ความสัมพันธ์ระหว่างการรบกวนอารมณ์กับอาการนอนไม่หลับ

การรบกวนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มความผิดปกติด้านอารมณ์และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และ ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบได้40-50%มีการรายงานการรบกวนอารมณ์(Carpenter ,Andrykowski,Cordova,et al.,1999; Couzi et al .,1995; Northouse et al.,1999) โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อภาวะการเจ็บป่วย ซึงแสดงออกมาในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายพฤติกรรมได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดด้านลบกับตนเอง เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าร่างกายจะตอบสนองโดยการมีระดับเอ็นไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส(monoamine oxidase)สูงขึ้น ซึ่งเอ็นไซม์ชนิดนี้จะสลายนอร์อะดรีนาลีนและไฮดรอกซีทริพตามิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเริ่มและการนอนหลับต่อเนื่อง คือระยะการนอนหลับ

NREM 4 และ REM ลดลง ส่งผลทำให้มีการนอนหลับยากและตื่นบ่อยระหว่างช่วงเวลาหลับ(กันตพร ยอดใชย, 2547)

ส่วนความวิตกกังวลมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เนื่องจากเมื่อเกิดความวิตกกังวลจะมีการหลั่งอะดรีนาลีน ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว มีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ และร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนพฟรินและนอร์อะดรีนาลินจากต่อมหมวกไตชั้นใน(adrenal cortex) และคอร์ติโซน(cortisone) ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยากตื่นบ่อยและไม่สามารถหลับต่อได้ภาย หลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน(พัทรียา แก้วแพง, 2547)

Fortner et al(2002)ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน72คน โดยใช้แบบวัดRAND-36และPSQIพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีเมื่อเทียบผู้ป่วยกลุ่มที่มีการนอนหลับดี สอดคล้องกับCarpenter et al(2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกจำนวน15คนโดยใช้แบบประเมินCES-D (Radloff,1977)และPSQI (Buysse et al .,1989) พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับสูงมาก มีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำและช่วงของการนอนหลับสั้น

การศึกษาแบบระยะยาวของBreslau ,Roth ,Rosenthal , & Andreski ,1996 ; Change ,Ford , Mead , Cooper-Patrick , & Klag ,1997 ; Ford & Kamerrow,1989)พบว่าในผู้ที่มีการรายงานอาการนอนไม่หลับนั้น มีอาการนอนไม่หลับเป็นพื้นฐานในการพัฒนาการภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าในผู้ที่ไม่มีการรายงานอาการนอนไม่หลับ อาการนอนไม่หลับไม่ใช่เป็นผลมาจากการรบกวนอารมณ์แต่อาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการรบกวนอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของMercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ซึ่งศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จำนวน 123 รายโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 1-2 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 6.58ชั่วโมงพบว่า เพศหญิงมีระยะเวลานอนหลับมากกว่าเพศชาย และพบว่าความวิตกกังวล การเข้าสู่การนอนหลับ การตื่นนอน การตื่นก่อนเวลาที่ควรจะเป็น และการฝันร้ายมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง ซึ่งมีผลให้เกิดปัญหา ความอ่อนล้า และง่วงซึม นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้นและเกิดฝันร้าย รวมถึงความซึมเศร้ามีผลให้เกิดการตื่นเร็วกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

จากผลการศึกษาดังกล่าวการรบกวนอารมณ์จึงมีความเป็นไปได้ที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยในกระบวนการของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการศึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็งหลายๆชนิดพบว่ามีการรายงานอาการซึมเศร้ามากและวิตกกังวลยังคงมีความยากลำบากในการนอนหลับ(Beszterczey &Lipowski,1977 ; Passik,& Whitcomb ,Kirsh ,&Theobald ,2003 ; Redeker et al., 2000)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

Engstrom และคณะ (1999: 143-148) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ช่วง ในช่วงที่ 1 ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คนจากหน่วยผู้ป่วยนอกในรัฐ Baltimore และ Marylandผลการศึกษาพบว่า 44 % ของผู้ป่วยรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 เดือนก่อนที่จะได้รับการสัมภาษณ์ และพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การวินิจฉัยโรคก่อนเดือนที่ผ่านมา ($X=5.82$; $p=0.02$) ช่วงเวลาของการใช้ยานอนหลับมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเกิดปัญหาการนอนหลับ ($r=0.58$; $p=0.05$) อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ($r=0.38$; $p=0.05$) และความถี่ของปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับในช่วงเดือนที่ผ่านมา ($r=0.21$; $p<0.10$) ในช่วงที่ 2 เจาะลึกถึงรูปแบบ ความถี่และความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับและการรับรู้ถึงสาเหตุ การช่วยเหลือและวิธีการเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน พบว่าตัวอย่าง 45 % รายงานว่ามีปัญหาการนอนหลับเกือบทุกคืนหรือทุกคืน และอีกจำนวน 25 % กล่าวว่ามีปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาในการนอนหลับที่พบมากที่สุด คือ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับน้อยกว่าปกติ (85 %) และมีปัญหาในขณะที่จะเริ่มนอนหลับ (75 %) นอกจากนี้พบว่า 39 % นอนหลับในเวลาไม่ปกติ เช่น นอนหลับระหว่างกลางวันและช่วงบ่าย สาเหตุของปัญหาการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่าง คือ ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างถึง 85 % ไม่ได้บอกปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับแก่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพของพวกเขา

Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จำนวน 123 รายโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index หลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 1-2 วัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีระยะเวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 6.58ชั่วโมง พบว่า เพศหญิงมีระยะเวลานอนหลับมากกว่าเพศชาย และพบว่าความวิตกกังวล การเข้าสู่การนอนหลับ การตื่นนอน การตื่นก่อนเวลาที่ควรจะเป็น และการฝันร้ายมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง ซึ่งมีผลให้เกิดปัญหา ความอ่อนล้า และง่วงซึม นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้นและเกิดฝันร้าย รวมถึงความซึมเศร้ามีผลให้เกิดการตื่นเร็วกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ และพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับคือ อายุ การเป็นมะเร็งในระยะเริ่มต้น ระดับการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความซึมเศร้า และความสับสน

Davidson และคณะ (2002: 1309-1321) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับการรักษามะเร็ง และลักษณะของปัญหาการนอนหลับในช่วง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่จำกัดชนิดจำนวน 982 รายคิดเป็น 87 % ของประชากรทั้งหมด 1012 ราย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Sleep Survey ผลการศึกษาพบว่า 302 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง 62 % ต่อเพศชาย 38 % กลุ่มตัวอย่าง 54.3 %รายงานว่ามีอาการปวดและไม่สุขสบายเป็นบางเวลา 37.2 % รายงานว่ามีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้พบว่า 44 % ของผู้ป่วยมีปัญหาความเหนื่อยล้ารุนแรง 41 % ของผู้ป่วยมีปัญหาล้าของขา (leg restlessness) 31 % ของผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (insomnia) และ 28 % ของผู้ป่วยมีปัญหาง่วงนอนมาก (excessive sleepiness) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาเป็นอันดับหนึ่งและสองในทุกปัญหาของความแปรปรวนของการนอนหลับ ในขณะที่มะเร็งเต้านมมีความชุกระดับสูงในอาการนอนไม่หลับและความเหนื่อยล้า เมื่อศึกษาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการตื่นบ่อยๆ ในขณะนอนหลับ 76 % และพบว่า 48 % ของกลุ่มตัวอย่างอาการนอนไม่หลับมักเกิดในช่วงที่รับทราบการวินิจฉัยโรค (ครอบคลุมตั้งแต่ 6 เดือนก่อนทราบการวินิจฉัยจนถึง 18 เดือนหลังรับทราบการวินิจฉัย) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

คือ ความเหนื่อยล้า อายุ (สัมพันธ์ทางลบ) อาการล้าขา ยานอนหลับ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความฝัน และการผ่าตัดรักษามะเร็ง

Fortner และคณะ (2002: 471-480) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 รายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆจำนวน 50 รายในกลุ่มผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยอายุรกรรม เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามPittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับและ Rank 36-Item 36 Health Survey (SF-36) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ โดยในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านม 30 % รายงานว่าใช้ยานอนหลับอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์นอกจากนั้นในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมพบว่า 61 % ผลคะแนนแบบประเมินการนอนหลับสูงมากกว่า 5 คะแนนจากมาตรฐาน (คะแนนสูงคุณภาพการนอนหลับต่ำ) 40 % ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับ (sleep latency) มากกว่า 15 นาที เวลานอนหลับเฉลี่ย 6.9 ชั่วโมง 36 % รายงานว่านอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 46 % ของกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการนอนหลับน้อยกว่า 85 % และกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมอีกจำนวน 29 % รายงานว่าคุณภาพการนอนหลับแย่มาก ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุด คือ ต้องการเข้าห้องน้ำ อาการปวด ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้สึกร้อน ตื่นระหว่างการนอน การไอหรือกรนเสียงดัง และพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การนอนหลับที่มีปัญหาทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการปวดมากขึ้น ขาดพลังงาน พลังชีวิตในการดำรงชีพและพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น

Couzi, Helzlsouer และ Fetting (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีภาวะหมดประจำเดือนแล้ว จำนวน 190 รายหลังได้รับการวินิจฉัย 2-6 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 44 % รู้สึกว่ามีความยากลำบากก่อนที่จะนอนหลับ กลุ่มตัวอย่าง1/3 มีปัญหานอนหลับในระดับที่รุนแรง ปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกร้อนวูบวาบตามตัว และเหงื่อออกมากเวลากลางคืน

Portenoy และคณะ (1994) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน243 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 52.3 % มีภาวะนอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความชุกต่ำที่สุด 48.6 % มีภาวะนอนหลับยากจนถึงในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้ารังไข่มีความชุกมากที่สุด 60 %

Oxana และคณะ (2010) ศึกษาอุบัติการณ์ ลักษณะส่วนบุคคลและจิตวิทยาที่สัมพันธ์ต่อการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 823 ราย ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงวันที่7ของการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 พบ 36.6 %รายงานว่ามีอาการนอนไม่หลับและ 43 % ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่มอาการนอนไม่หลับ โดยอาการนอนไม่หลับพบได้สูงในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 58ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0002) และส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึง 45.8 % มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับในช่วงการให้เคมีบำบัดครั้งที่1ถึง2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001) และพบว่า 60 % ยังคงมีอาการนอนไม่หลับอยู่แม้ว่าจะผ่านการใช้เคมีบำบัดครั้งที่ 1,2 ไปแล้วก็ตาม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.0001)

Julie และคณะ (2010) ศึกษาอุบัติการณ์ ความรุนแรง และความสัมพันธ์ระหว่างการรบกวนการหลับตื่นในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตอยู่เปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านมโดยมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 246 คน โดยใช้แบบประเมิน Pittsburgh sleep quality index (PSQI) พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมกับผู้หญิงที่ไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านมพบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การรบกวนการนอนหลับ 65 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดการรบกวนการนอนหลับ 55 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีคะแนน PSQI score สูงในด้านคุณภาพการนอนหลับที่แย่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) มีความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ของการนอนหลับที่แย่ในหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมประกอบไปด้วยอาการร้อนวูบวาบ การทำหน้าที่แย่ลง อาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการนอนหลับที่แย่ในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมประกอบไปด้วยการมีโรคร่วมที่ไม่ใช่มะเร็ง อาการร้อนวูบวาบ และผลข้างเคียงจากการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

Wayne และคณะ (2008) ศึกษาความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงเฉพาะสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้หญิงที่ได้รับการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,645 รายที่ได้รับการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรก โดยการใช้แบบประเมิน Women's health initiative-insomnia rating scale: WHI-IRTS พบว่าผู้ป่วย 39 % ได้รับการประเมินด้วย WHI-IRTS เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงแบ่งเป็น ตัวแปรความเฉพาะของชนิดมะเร็ง 0.4 % ปัจจัยส่วนบุคคล 0.9 % พฤติกรรมสุขภาพ 0.6 % ภาวะสุขภาพทางกายหรืออาการ 13.4 % อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.0001$) และปัจจัยด้านจิตสังคม 11.4 % อาการนอนไม่หลับสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เลวลงและการเกิดอาการเหงื่อออกในช่วงกลางคืน (vasomotor symptoms)

Sonia และคณะ (2006) ศึกษา อาการอ่อนล้า การนอนหลับ และ วงจรการนอนหลับก่อนการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 85 รายพบว่าโดยเฉลี่ยผู้หญิงใช้เวลานอนหลับในตอนกลางคืนประมาณ 6 ชั่วโมงและใช้เวลาเคลิ้มหลับกว่า1ชั่วโมงใน1วัน ส่วนการนอนหลับมีการรายงานการรบกวนและอาการอ่อนล้าในระดับสูง วงจรการนอนหลับที่คงที่แต่ในผู้หญิงที่มีการรายงานช้าจะพบการรายงานการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

Gina (2005) อธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิดและการจัดการอาการนอนไม่หลับที่สัมพันธ์กับมะเร็งพบว่า มีปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้แก่ ด้านจิตใจ การได้รับยา ผลของการรักษา สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้มีการรบกวนการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

Teletia และคณะ (2012) ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวอัฟริกันและอเมริกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 43 % ได้รับการจัดเข้ากลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกด้านการรบกวนการนอนหลับ โดยการระบุปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยได้แก่ sleep maintenance ไม่พึงพอใจการนอน มีความยากลำบากในการนอนหลับ ตื่นนอนแต่เช้า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถทำนายอาการนอนไม่หลับได้ 12 % ตามความแปรปรวนของความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า 8 % ของความแปรปรวน

Oxana และคณะ (2007) ศึกษาความซึมเศร้า ความปวด และความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามโดยศึกษาแบบระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามจำนวน 93 คน ประเมินผลการศึกษาเป็น 3 ช่วงเวลาคือ เดือนที่ 4, 8

และ 12 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรายงานปัญหาการรบกวนการนอนหลับ 64 % ปัญหาการเข้านอนหลับระดับปานกลางถึงรุนแรง 22 % ปัญหาการตื่นในช่วงกลางคืนระดับปานกลางถึงรุนแรง 42.4 % ปัญหาการตื่นนอนในตอนเช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง 31.2 % และ ปัญหาการนอนกลางวันระดับปานกลางถึงรุนแรง 23.2 % โดยปัญหาความเครียดระดับสูงมากเป็น พื้นฐานสำคัญในการทำนายปัญหาที่สัมพันธ์กับการตื่นนอนในตอนเช้า ตื่นในช่วงกลางคืนและการนอนกลางวัน ความซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนที่ 12 สัมพันธ์กับชั่วโมงการนอนหลับที่ลดลง รวมทั้งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ตื่นในช่วงกลางคืนและนอนกลางวันมาก ความปวดในระดับสูงเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำนายการนอนหลับ โดยความปวดที่เพิ่มขึ้นทำนายความยากลำบากในการนอนหลับและเป็นปัญหามากในการตื่นในช่วงกลางคืน และความเครียดในชีวิตเป็นพื้นฐานในการทำนายปัญหาในการนอนหลับและการนอนกลางวันมาก

Julienne (2008) ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับอาการพฤติกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมีชีวิตอยู่ พบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษา พบอาการที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชาวอเมริกาเหนือในช่วง 5ปีที่ศึกษา ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้า พบได้ 25-99 % ขึ้นอยู่กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางถึงรุนแรง 30-60 % และพบได้ 26 % ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา 2) อาการนอนไม่หลับ พบว่ามีการรายงานปัญหาการนอนหลับในช่วงก่อนที่จะได้รับการรักษา ระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกและระยะลุกลามโดยพบได้ 20-70 % ขึ้นอยู่กับรูปแบบงานวิจัย มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 300 คนพบว่า 51 % มีปัญหาการนอนหลับ และ 19 %ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับในส่วนของการศึกษาระยะยาวยังมีการศึกษาน้อยมากที่จะอธิบายถึงสาเหตุระยะเวลาที่เกิดปัญหาและภายหลังการรักษา 3) ความซึมเศร้า พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ 1.5-50 % โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์อาการซึมเศร้าพบได้เพิ่มขึ้น 20-30 % และการรบกวนการรับรู้ พบว่าความบกพร่องในการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดได้ในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและภายหลังได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพบได้ 16-75 % ขึ้นอยู่กับขนาดกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดคำจำกัดความการสูญเสียการรับรู้ โดยในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับความสูญเสียการรับรู้ตั้งแต่ระดับน้อย

จนถึงปานกลาง โดยของเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ในเรื่องภาษา ความจำเกี่ยวกับภาษาพูด วัจนภาษา ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่

Julienne และคณะ (2011) ศึกษาการอักเสบและอาการพฤติกรรมภายหลังได้รับการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ความเหนื่อยล้า ความซึมเศร้า การรบกวนการนอนหลับ เป็นต้น โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดจำนวน103 คน โดยได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินตนเองและตรวจเลือดที่เกี่ยวกับการอักเสบ ผลการศึกษาพบว่าอาการดังกล่าวเพิ่มขึ้น 60 % ในระยะท้ายของการรักษา โดยเฉพาะปัญหาความเหนื่อยล้าและการนอนหลับ โดยมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 25 % ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาการดังกล่าวในระดับสูงและมีระดับสารการอักเสบในพลาสมาสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับสารการอักเสบโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้อาการซึมเศร้า และปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าแต่ไม่สัมพันธ์กับสารที่ทำนายการอักเสบ

Kristin และคณะ (2012) ศึกษาคุณลักษณะ และความสัมพันธ์ของการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 288 ราย โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 32 %, มะเร็งปอด 32 % และมะเร็งชนิดอื่นๆ 36 % ทำการศึกษาในช่วงก่อนได้รับเคมีบำบัดในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการดำเนินชีวิต การนอนหลับ ความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตเพื่อใช้เป็นปัจจัยทำนายการรบกวนการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่แย่ถึงแย่มาก 26 % ปัจจัยทำนายปัญหาการนอนหลับที่ไม่ดีได้แก่ ระดับการศึกษาน้อย การได้รับการรักษาร่วม ก่อนการได้รับรังสีรักษา การทำกิจกรรมน้อยและการสูบบุหรี่ หลังจากที่มีการควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้า และความเหนื่อยล้า การรบกวนการนอนหลับสามารถอธิบายตัวแปรความผาสุกทางด้านกายภาพได้แต่ไม่สามารถอธิบายความผาสุกด้านจิตใจได้

Sara และคณะ (2010) ศึกษาความชุกของการเกิดปัญหาการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เพื่อใช้ในการทำนายผลลัพธ์การทำหน้าที่ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด จำนวน240 ราย ซึ่งผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถาม PSQI ก่อนที่จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย มีการความผาสุกในการทำหน้าที่ไม่ดี มีความเหนื่อยล้าในระดับสูง มีการรบกวนการมี

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมาก และอารมณ์ด้านบวกในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนอนหลับที่ไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านการทำหน้าที่ที่ไม่ดี รวมทั้ง คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Val และ Valerie (2007) ศึกษา ปัญหาการรับรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาเสริม จำนวน 153 คน ซึ่งได้รับเคมีบำบัดจำนวน100คนและรังสีรักษาหรือฮอร์โมนหรืออื่นๆ อีกจำนวน 53 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการายงานตนเองและแบบประเมินการสูญเสียการรับรู้ของผู้ป่วย คุณภาพชีวิต และความเครียดด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรายงานปัญหาเกี่ยวกับความจำโดยพบได้ 71 % ใน 6 เดือนของการรักษาและ 60% ใน 18 เดือนของการรักษา มีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดด้านจิตใจและคุณภาพชีวิต

Kotronoulas และคณะ (2012) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนการรักษามะเร็งเต้านมและการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด โดยการทบทวนรายงานวิจัยจำนวน 21 เรื่อง พบว่ารายงานวิจัยต่างๆ มีข้อจำกัดในการศึกษาที่จะประเมินประสบการณ์ปัญหาการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในระยะแรกเนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบยังมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการอธิบายองค์ประกอบการนอนหลับเนื่องจากจำนวนครั้งและชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับมีความแตกต่างกันจึงใช้ในการอธิบายรูปแบบการนอนหลับที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งในการศึกษาในอนาคตผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเรื่องการใช้รูปแบบวิจัยแบบผสมคือทั้งวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจะช่วยให้การอธิบายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

Savard และคณะ (2001) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการนอนไม่หลับ ลักษณะการนอนหลับยาก การประเมินอิทธิของโรคมะเร็งต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับ และระบุปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งในระยะไม่ลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 300 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและการติดตามประเมินอาการนอนไม่หลับทางโทรศัพท์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 45 คน (48 %) มีปัญหาการนอนหลับยาก ผู้ป่วย 88 % ต้องใช้ยานอนหลับ ผู้ป่วย 51 % ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการนอนไม่หลับ โดยผู้ป่วย 61 % ที่มีอาการนอนไม่หลับต้องใช้เวลาในการอนหลับนานกว่า 30 นาที จึงจะหลับได้ และพบว่าผู้ป่วยถึง 72 % มีอาการตื่นนอนนานกว่า 30 นาทีและใช้เวลาในการนอนหลับต่อสัปดาห์น้อย นอกจากนี้

พบว่าผู้ป่วย 86 % ยังคงมีอาการนอนไม่หลับอยู่หลังการรักษาผ่านไปแล้ว 6 เดือน โดยผู้ป่วยถึง 95 % มีอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลการเกิดอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ 6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีผู้ป่วย 52 % เริ่มมีอาการนอนไม่หลับหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไปแล้วประมาณ 1 เดือน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดจากที่เกิดจากมะเร็งพบได้ 87 % ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มการรบกวนการนอนหลับ นอกจากนี้ผลของการรักษาด้วยรังสีรักษาพบได้ 43 % เคมีบำบัด 49 % ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือเพิ่มให้เกิดอาการนอนไม่หลับโดยทำให้เกิดความปวด 29 % ความเครียด 26 % และอาการหมดประจำเดือน 20 % โดยผู้ป่วย 75 % ให้ข้อมูลว่าความปวดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้นอนหลับยาก

Hsiao และคณะ (2006) ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 160 คน โดยผู้ป่วยได้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 1 หรือ 2 และได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 ขึ้นไป โดยประเมินผลกระทบของยาเคมีบำบัดต่อการนอนหลับในวันที่ 8, 9 ของครั้งที่ 3 และ 2 วันหลังเริ่มเคมีบำบัดครั้งที่ 4 แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ผลการศึกษาระยะ active phase พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลโดยแบบประเมิน HADS score 7.8 ± 3.8 โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าและความเครียดในระดับเล็กน้อย จำนวนครั้งในการตื่นในตอนกลางวัน 2.2 ± 1.6 ต่อการนอน 1 คืน การใช้เวลาในการตื่นจนหลับอีกครั้ง 47.8 ± 26.1 นาที ส่วนประสิทธิภาพในการนอนหลับในระยะ active phase 82.1± 9.4 ซึ่งนานกว่าค่าปกติ

Palesh และคณะ (2009) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบัด 823 คน เป็นผู้ป่วยหญิง 72 % ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกมีอาการนอนไม่หลับ 36.6 % และ 43 % มีกลุ่มอาการนอนไม่หลับ ส่วนการศึกษาในครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วย 33.1 % มีอาการนอนไม่หลับและ 35.2 % มีกลุ่มอาการนอนไม่หลับ โดยอุบัติการณ์การนอนไม่หลับพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่วนผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารพบได้น้อย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากที่มีอาการนอนไม่หลับเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง 2 จำนวน 60 % ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ โดยส่วนใหญ่การได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2-3 ผู้ป่วยมีการรายงานอาการนอนไม่หลับ ซึ่งผู้ป่วย 10%เริ่มมีกลุ่มอาการนอนไม่หลับหลังได้รับเคมีบำบัด ครั้งที่ 1 ผู้ป่วย 24.6 % มีอาการนอนไม่หลับเมื่อได้รับเคมีบำบัด ครั้งที่ 2

Savard (2008) ศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมีอุบัติการณ์อาการไม่หลับในช่วงที่ได้รับการผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งในระยะไม่ลุกลามจำนวน 991 คน โดยตอบแบบสอบถามรายงานด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ ในช่วงระยะที่ได้รับการผ่าตัด และ 2 เดือนหลังจากนั้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งนรีเวช ผู้ป่วย 28 %มีอาการนอนไม่หลับ 40.5 % มีการนอนหลับดี การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก่อนที่จะเข้าร่วมวิจัย มีอุบัติการณ์นอนไม่หลับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัด หลังจากนั้น 2 เดือนต่อมามีการประเมินซ้ำพบว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลงเหลือ 26.2 % แต่ผู้ป่วย 22.2 % ยังคงมีอาการนอนไม่หลับ แต่มีผู้ที่การนอนหลับดีขึ้น 52 % โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การนอนไม่หลับสูงถึง 31.3 % รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 28.4 % และมะเร็งต่อมลูกหมาก 15.9 % โดยผู้ป่วยจำนวน 18.6 % ที่นอนหลับดีกลายเป็นมีอาการนอนไม่หลับหรือผู้ป่วยกลุ่มอาการนอนไม่หลับ 32 % กลายเป็นผู้ที่มีการนอนหลับดี ส่วนความเสี่ยงในการเกิดอาการนอนไม่หลับคือมักพบในเพศหญิง ผู้ที่ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง ผู้ที่เป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ผู้ที่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลหรือผู้ที่ได้รับการผ่าตัดรักษามะเร็ง ความเชื่อที่ผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ การติดตามการนอนหลับ และพฤติกรรมที่ไม่ปรับตัวต่อการนอนหลับ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง

Janet และคณะ (2002) ศึกษาเปรียบเทียบอาการร้อนวูบวาบและความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตกับผู้หญิงที่มีสุขภาพดี โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 69 คน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามอาการร้อนวูบวาบ ความถี่ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตอยู่มีอาการร้อนวูบวาบและมีความถี่ในการเกิดอาการร้อนวูบวาบสูงและมีความรุนแรง รวมทั้งมีความทุกข์ทรมานจากอาการดังกล่าว โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรับการรักษาโดยไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ซึ่งมีประสิทธิผลน้อยในการรักษาอาการร้อนวูบวาบ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการร้อนวูบวาบที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการรบกวนอารมณ์มาก และได้รับผลกระทบจากอาการหมดประจำเดือนสูง ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การนอนหลับ การมีสมาธิ การมีเพศสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการร้อนวูบวาบหรือมีอาการร้อนวูบวาบน้อย

Marie และคณะ (2009) ศึกษาอิทธิพลของการรักษามะเร็งเต้านมต่อการเกิดอาการร้อนวูบวาบ โดยเปรียบเทียบความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาจำนวน 55 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัด โดยได้รับรังสีรักษาภายหลังได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือฮอร์โมนทดแทน และกลุ่มที่ 3 เป็นคนปกติ ทำการจับคู่โดยให้กลุ่มตัวอย่าง อายุ ± 5 ปี การศึกษาอาการหมดประจำเดือน ที่เหมือนๆ กัน จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, HFD, MEWQOL ผลการศึกษาพบว่าการได้รับเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนทดแทนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความถี่ในการเกิดอาการร้อนวูบวาบ นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนและมีดัชนีมวลกายน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ vasomotor symptom ที่รุนแรง และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนการได้รับรังสีรักษาจำนวน 65 % และ 88 % มีอาการร้อนวูบวาบและมีความถี่และความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบที่สูง เมื่อเทียบกับคนปกติ

Mary และคณะ (2006) ศึกษาผลของการฝังเข็มสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหมดประจำเดือนที่มีอาการร้อนวูบวาบและคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ป่วยจำนวน 29 คน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีประสบการณ์การเกิดอาการร้อนวูบวาบอย่างน้อย 7 ครั้งโดยมีระดับความรุนแรงปานกลางถึงมาก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการฝังเข็ม 28 % มีอาการร้อนวูบวาบลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝังเข็มถึง 6 % โดยความถี่ในการเกิด HF ลดลง 41% แต่ไม่มีผลต่อการนอนหลับ ส่วนความรุนแรงและความถี่ของการเกิด HF กับ PSQI มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Myra และคณะ (2009) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่อการเกิดอาการหมดประจำเดือนภายหลังรักษามะเร็งเต้านม ในผู้ป่วย จำนวน 35 คน โดยมี อาการร้อนวูบวาบหรือเหงื่อออกตอนกลางคืนอย่างน้อย 10 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยตอบแบบสอบถาม HF/NS แบบประเมินความเชื่อ แบบประเมินอารมณ์ แบบประเมินการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนอง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยในการเกิด HF/NS ต่อสัปดาห์เท่ากับ 76 ครั้ง (57HF, 19 NS) โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการเหงื่อออกในตอนกลางคืน แต่ดัชนีมวลกายและอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการเกิด HF/NS ส่วนการรับรู้และพฤติกรรมการตอบสนองมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลแต่มีความคล้ายกันในคนปกติ โดยองค์ประกอบหลักของการรับรู้ที่พบ

คือ การขัดขวางหรือความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับ NS การนอนหลับ แลความเหนื่อยล้า ส่วนพฤติกรรมการตอบสนองที่พบคือ การทำต่อไป การละเลย ความเมินเฉย การหลีกหนีและการสื่อสารกับผู้อื่น

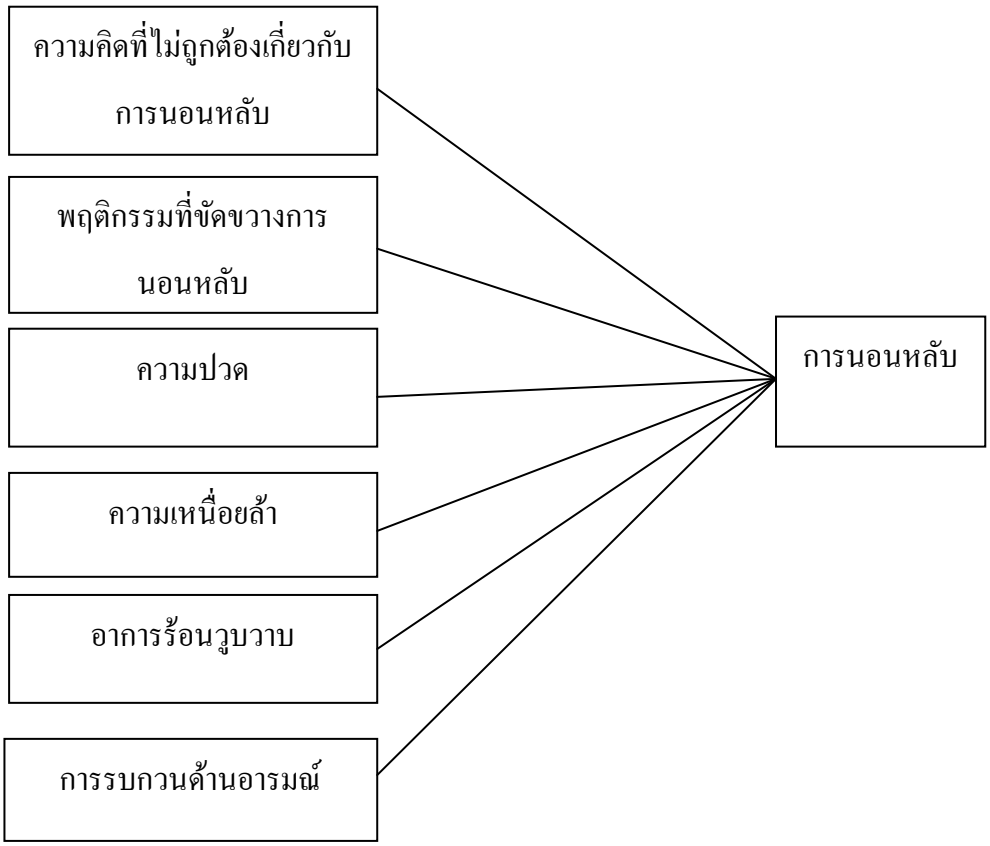
Savard และคณะ (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการร้อนวูบวาบกับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 24 คนโดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย CBT ได้รับการประเมินการนอนหลับโดยแบบสอบถามและการตรวจ polysomonography ผลการศึกษาพบว่าช่วงระยะเวลา10 นาทีมีการเกิดอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับการตื่นและการเปลี่ยนแปลงระยะในการนอนหลับที่มากกว่าช่วงเวลา 10 นาทีในช่วงกลางคืน ส่วนเวลากลางคืนที่มีอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์สูงกับเวลาตื่น รวมทั้งการนอนหลับในระยะที่ 2 น้อยลง และ REM latency ยาวนานเมื่อเทียบกับการมีอาการร้อนวูบวาบในเวลากลางคืน โดยผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการนอนหลับน้อย การรบกวนการนอนหลับมาก นอกจากนี้การมีอาการร้อนวูบวาบหรือมีโรคร่วมจะส่งผลสนับสนุนการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งพบว่ามีการนอนหลับที่ไม่ดี

นงลักษณ์ อนันตอาจ (2550) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา พบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาอยู่ในระดับระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ5.05 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.05) คือ อายุ อาการเหนื่อยล้า ความซึมเศร้า และสุขอนามัยส่วนบุคคล ส่วนเพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา ส่วนชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และชนิดการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p=.05)

พัทรียา แก้วแพง (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ พบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77 ส่วนประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวดและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .173, .348, .573, .252 และ .246 ตามลำดับ) ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับ

การนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดยังมีการศึกษาน้อยการศึกษา ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ(พัทรีญา แก้วแพง ,2547) แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยที่เลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมาจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ และการรบกวนด้านอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งนี้ในการศึกษาถึงปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขการเกิดปัญหาการนอนหลับในผู้มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ดังนั้นผู้จึงวิจัยสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้คือ


ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ
ความปวด
ความเหนื่อยล้า
อาการร้อนวูบวาบ
การรบกวนด้านอารมณ์
การนอนหลับ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 2, 3 และ 4 ที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัดที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทลัยนวมินทราธิราช ดังนี้

1.การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978: 183-184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$N \geq 10K + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง K = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

$N \geq (10X7) + 50$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 120 คน

2.การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2, 3 และ4 ที่ได้รับรักษาเสริมหลังผ่าตัดด้วยเคมีบำบัดที่มีอายุ 20-60 ปี โดยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามาก่อน ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการได้ยิน พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.1ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยผู้วิจัยทำการสุ่มจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีสถิติในการรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงทั้งหมด 7 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 2โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3.2การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างครบ 120 คนและกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 60 คน โดยวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนวันอังคาร และพฤหัสบดีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

4. ผลการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คนจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ระยะของมะเร็งเต้านม สูตรเคมีบำบัด ครั้งที่ของการมารับเคมีบำบัด ดังรายละเอียดในตารางที่1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน120คน จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ระยะของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ และครั้งที่ของการมารับเคมีบำบัด (n= 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ		
51-60ปี	60	49.8
41-50ปี	40	32.8
31-40ปี	19	15.6
21-30ปี	1	2.4
(Mean=44, SD.=7.37)		
สถานภาพสมรส		
คู่	87	71.1
โสด	23	18.9
หม้าย	5	5.5
หย่า	5	4.5
อาชีพ		
รับจ้าง	37	31.7

ตารางที่ 1(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ(ต่อ)		
ค้าขาย	15	12.5
รับราชการ	14	11.5
เกษตรกร	4	3.3
ธุรกิจส่วนตัว	4	3.3
อื่นๆ	46	37.7
รายได้		
0-10,000บาท	47	38.5
10,000-15,000บาท	43	35.5
15,000-20,000บาท	16	13.1
20,000บาทขึ้นไป	14	12.7
การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย		
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ	115	96.3
เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ	5	3.7
ระยะของมะเร็งเต้านม		
ระยะที่2	55	45.1
ระยะที่3	35	29.8
ระยะที่4	30	25.1
สูตรเคมีบำบัด		
Anthracycline	82	67.2
Non- Anthracycline	38	32.8
จำนวนครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด		
ครั้งที่2	28	23.5
ครั้งที่3	25	20.5
ครั้งที่4	15	12.3
ครั้งที่5	13	11.7
ครั้งที่6	20	16.4
มากกว่าครั้งที่6 ขึ้นไป	19	15.6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 8 ส่วนคือ

ส่วนที่1	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่2	แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
ส่วนที่3	แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ
ส่วนที่4	แบบประเมินความเจ็บปวด
ส่วนที่5	แบบประเมินความเหนื่อยล้า
ส่วนที่6	แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ
ส่วนที่7	แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ
ส่วนที่8	แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะของโรคมะเร็ง และชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ลักษณะข้อคำถามทุกข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของ พัทรีญา แก้วแพง (2547) ซึ่งถอดความและแปลมาจากแบบประเมินของ Morinและคณะ (1993) ประกอบด้วย 5 ด้าน 28 ข้อคำถามดังนี้

1.ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 10, 12, 18 และ 21

2.ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep)ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 8, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25 และ 26

3.ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3 และ13

4.ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia)ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 14 และ 24

5.ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 6, 7, 9, 11, 15, 27, และ 28

ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10และมีคำกำกับว่า “เห็นด้วยมากที่สุด”

ผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อเกี่ยวกับความคิดที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ประกอบด้วย 5 ด้านดังนี้

1)ด้านที่ผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่2 และ9

2)ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep)ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่4และ5

3)ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3 และ18

4)ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia)ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 6,7,8,11,12,13,14และ15

5)ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 10,16และ17

ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) ซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10 และมีคำกำกับว่า “ เห็นด้วยมากที่สุด”

เกณฑ์การให้คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบน

เส้นตรงโดยใช้ไม้บรรทัดวัดหน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยมีคะแนนรวม0-180 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินมากแสดงถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับสูง และ คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

1.ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับจากเอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

แบบประเมินสุขวิทยาการนอนหลับของ พัทรีญา แก้วแพง(2547) จำนวน14ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย เป็นต้น ลักษณะแบบสอบถามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด ซึ่งใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่า CVI = .74 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .79 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ค่าความเที่ยงระดับดี

แบบประเมินสุขลักษณะการนอนหลับ ของจันทร์จิรา ความรู้ (2548) จำนวน11ข้อคำถาม ใช้ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขลักษณะการนอนหลับ ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย เป็นต้น ลักษณะแบบสอบถามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่า CVI = .70 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .60

แบบประเมินสุขลักษณะในการนอนหลับของนงลักษณ์ อนันตอาจ (2550)ใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ที่ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออก

กำลังกาย ลักษณะแบบสอบถามมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมีค่า CVI = .92 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .64

2. ผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลงและสร้างแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จำนวน 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามด้านบวกคือข้อที่ 1,5,8,10,11,12,16และ ข้อคำถามด้านลบ 2,3,4,6,7,9,13,14,15,17,18,19และ20 โดยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาที่ใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ฯลฯ เป็นต้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale)แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลและประเมินผล

การคิดคะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ กลับคะแนนก่อนในการรวมคะแนน จึงรวมคะแนน แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยรวมคะแนนแต่ละข้อ คูณด้วยจำนวนข้อคำถามแล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ดังนั้นคะแนนรวมของพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 80 คะแนน

การแปลผล โดยให้คะแนนรวมของรวมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวน้อย หมายถึงพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับน้อย และคะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่มาก หมายถึงพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเจ็บปวด

1.ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการใช้แบบประเมินความเจ็บปวดแบบ (Visual Analogue Scale)ได้แก่ แบบประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ของ พัทรีญา แก้วแพง(2547)โดยการประเมินความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยใน1เดือนที่ผ่านมา

2. ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินโดยมาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เจ็บปวดเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ10และมีคำกำกับว่า“เจ็บปวดมากที่สุด”ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดบอกความรู้สึกเจ็บปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีเพียงข้อเดียว และใช้มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรมีคะแนนตั้งแต่0-10 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง โดยใช้ไม้บรรทัดวัด หน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตร

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลคะแนนความเจ็บปวดจากคะแนนที่ได้ คะแนนมากหมายถึงมีความเจ็บปวดมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความเจ็บปวดน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าฉบับภาษาไทยของเพียงใจ ดาโลปการ (2545)) ซึ่งแปลและถอดความมาจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998)โดยแบบประเมินนี้ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีค่าความตรงตามเนื้อหา CVI = 1.0 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .97 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดด้านซ้ายมือตรงกับตำแหน่ง 0 กำกับด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวามือสุดตรงกับตำแหน่ง 10 กำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ซึ่งประเมินอาการเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ

1.ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าและผลกระทบของอาการเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-6 (ข้อที่ 4 ซึ่งเป็นการถามถึงผลกระทบต่อความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์นั้น ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นโสดและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ให้ข้ามไปตอบในข้อถัดไป และลงบันทึกเป็น Not Applicable: N/A)

2.ด้านการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายอาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่ประสบอยู่ว่าเป็นอย่างไร ได้แก่ ข้อคำถามที่ 7-11

3.ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาพร่างกายและจิตใจว่ามีความแข็งแรง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาในระดับใดได้แก่ ข้อคำถามที่ 12-16

4. ด้านสติปัญญาและความนึกคิด ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่างๆและความมีสมาธิในการจดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด ได้แก่ ข้อคำถามที่ 17-22

เกณฑ์การให้คะแนน ประเมินระดับคะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 จำนวน 22 ข้อคำถาม การคิดคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0-220 คะแนน นำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อคำถาม

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยและแปลความหมายของคะแนนอาการเหนื่อยล้าออกมาเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002 อ้างถึงใน เพียงใจ ดาโลปการ, 2545:57) ดังนี้คือ 1) ไม่มีอาการเหนื่อยล้า 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อย 3) เหนื่อยล้าปานกลาง 4) เหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้ามาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อย หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าน้อย

ระดับของอาการเหนื่อยล้า	ช่วงคะแนน
ไม่มีอาการเหนื่อยล้า	0
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	0.01 – 3.99
เหนื่อยล้าปานกลาง	4 – 6.99
เหนื่อยล้ามาก	7 – 10

ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ

ผู้วิจัย ศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการร้อนวูบวาบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและใช้ The Hot Flashes Daily (Carpenter et al., 2001; 2002) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นข้อคำถาม 2ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ และการประเมินความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดเชิงเส้นมีคะแนน 0-10 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน นับจำนวนครั้งของการเกิดอาการร้อนวูบวาบเป็นครั้ง ใช้มาตรวัดอาการร้อนวูบวาบประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรมีคะแนนตั้งแต่0-10 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง ซึ่งแต่ละช่องคะแนนห่างกัน1เซนติเมตร

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จำนวนครั้งที่เกิดอาการร้อนวูบวาบแสดงถึงความถี่ในการเกิดอาการร้อนวูบวาบ ส่วนความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ หมายถึง 0 คะแนนไม่มีอาการและ 10 คะแนนมีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที 7 แบบประเมินการนอนหลับ

ผู้วิจัย ศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือใช้เครื่องมือแบบประเมินปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและใช้แบบประเมินการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) แบบประเมินที่ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1.ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initialing sleep: DIS) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1

2.ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep: DMS) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2

3.ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morningawakening, EMA) ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3

4.ด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง โดยใช้ไม้บรรทัดวัด หน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้เป็นคะแนนของอาการนอนไม่หลับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ Morin(1993) ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
คะแนนรวม 0-7 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
คะแนนรวม 8-14 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
คะแนนรวม 15-21 คะแนน หมายถึง	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical insomnia, moderate severity)

คะแนนรวม 22-28 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์

ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือใช้เครื่องมือแบบการรบกวนด้านอารมณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และใช้แบบประเมินภาวะอารมณ์ของ ภัทรพร เขียวหวาน (2546)) ซึ่งถอดความและแปลความแบบประเมินภาวะอารมณ์ฉบับสั้น (Shortened form of the Profile of Mood States: SPOMS) ของ Shacham (1983) แบบประเมินภาวะอารมณ์ชุดนี้เป็นแบบประเมินที่ Shacham ปรับมาจากแบบประเมินภาวะอารมณ์ของ McNair และคณะ(1971) แบบประเมินภาวะอารมณ์นี้ ประกอบด้วยภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด–ความวิตกกังวล, ความซึมเศร้า–ความหดหู่, ความโกรธ–ความมุ่งร้าย, ความเหนื่อยล้า – ความเฉื่อยชา, ความกระปรี้กระเปร่า–ความกระฉับกระเฉง และความสับสน – ความงง ประกอบด้วย 6 ด้าน 37 ข้อคำถาม

ด้านที่ 1 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความเครียด – ความวิตกกังวล ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ (Adjective) ที่แสดงถึงความเครียดและความวิตกกังวล จำนวน6 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 1-6

ด้านที่ 2 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความซึมเศร้า – ความหดหู่ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความซึมเศร้าและความหดหู่ จำนวน 8 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 7-14

ด้านที่ 3 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความโกรธ - ความมุ่งร้าย ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความโกรธและความมุ่งร้าย จำนวน 7 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 15-21

ด้านที่ 4 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความเหนื่อยล้า – ความเฉื่อยชา ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความเหนื่อยล้าและความเฉื่อยชา จำนวน 5 ข้อคำถามคือ ข้อที่ 22-26

ด้านที่ 5 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า – ความกระฉับกระเฉง ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความกระปรี้กระเปร่าและความกระฉับกระเฉง จำนวน 6 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 27-32

ด้านที่ 6 ประเมินภาวะอารมณ์ด้านความสับสน – ความงง ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นคำคุณศัพท์ที่แสดงถึงความสับสนและความงง จำนวน 5 ข้อคำถาม คือ ข้อที่ 33-37

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย มีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย มีความรู้สึกนั้นปานกลาง มีความรู้สึกนั้นมาก และมีความรู้สึกนั้นมากที่สุด แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ไม่มีความรู้สึกนั้นเลย	0
มีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย	1
มีความรู้สึกนั้นปานกลาง	2
มีความรู้สึกนั้นมาก	3
มีความรู้สึกนั้นมากที่สุด	4

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การคิดคะแนน คะแนนเฉลี่ยของภาวะอารมณ์แต่ละด้านโดยนำคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านนั้นๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน แปลผลคะแนนภาวะอารมณ์แต่ละด้านจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะอารมณ์ด้านนั้นสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะอารมณ์ด้านนั้นต่ำคะแนนความไม่สมดุลทางอารมณ์ (Total mood disturbance) คำนวณได้จากการรวมคะแนนเฉลี่ยของภาวะอารมณ์ด้านลบ 5 ชนิด คือ ความเครียด – ความวิตกกังวล, ความซึมเศร้า – ความหดหู่, ความโกรธ – ความมุ่งร้าย, ความเหนื่อยล้า – ความเฉื่อยชา, และความสับสน – ความงงแล้วลบออกด้วยคะแนนเฉลี่ยของภาวะอารมณ์ด้านบวก คือ ด้านความกระปรี้กระเปร่า – ความกระฉับกระเฉง คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านมีค่าตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนความไม่สมดุลทางอารมณ์จึงอยู่ระหว่าง -4 ถึง 20 คะแนน

การแปลผล แปลผลจากคะแนน โดยพิจารณาว่า คะแนน -4 ถึง 0หมายถึงมีภาวะสมดุลของอารมณ์ และแบ่งระดับความไม่สมดุลทางอารมณ์เป็น 5 ระดับ

ระดับความไม่สมดุลทางอารมณ์	ช่วงคะแนน
ความไม่สมดุลทางอารมณ์ต่ำ	1 - 4
ความไม่สมดุลทางอารมณ์ปานกลาง	5 - 8
ความไม่สมดุลทางอารมณ์ค่อนข้างสูง	9 - 12
ความไม่สมดุลทางอารมณ์สูง	13 - 16
ความไม่สมดุลทางอารมณ์สูงมาก	17 – 20

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ และแบบประเมินการนอนหลับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการนอนหลับ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 2 คน

1.2ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง5คนมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่าข้อคำถามทั้งหมดมีความเหมาะสมกับนิยามหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ซึ่งแสดงผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังรายละเอียดในตาราง

แบบประเมิน	**ค่าCVI**
แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	**.78**
แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	**.95**
แบบประเมินความเหนื่อยล้า	**1**
แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์	**.97**
แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ	**.97**

2.**การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)**

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียว กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=120) ซึ่งแสดงผลการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังรายละเอียดในตาราง

แบบประเมิน	Reliabiliy (try out)	Reliabiliy (ใช้จริง)
แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	**.72**	**.80**
แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	**.88**	**.81**
แบบประเมินความเหนื่อยล้า	**.93**	**.91**
แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์	**.92**	**.92**
แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ	**.94**	**.90**

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามารับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยนอก แล้วสุ่มตัวอย่างประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน

2.เข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3.หลังจากให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 45-60 นาที ระหว่างที่ตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4.ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ หรือมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินในงานวิจัยครั้งนี้ ระหว่างการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างมีมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมให้แก่

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนของ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

5.เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำตอบ

6,ดำเนินการดังเช่นข้อ 2-6 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คนซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้ร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามอย่างครบถ้วน และครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไม่มีผู้ใดออกจากการเข้าร่วมวิจัย

7.ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยานวมินทราธิราช หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์หรือพยาบาลต่ออย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย และตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1.ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ระยะของโรค ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ และปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งนำมาหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ในด้านการรับรู้พฤติกรรมของอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน

หลับ และด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งซึ่งประกอบด้วยความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้พฤติกรรมของอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และปัจจัยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งซึ่งประกอบด้วยความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

3.2วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กับ ปัญหาการนอนหลับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยทำนายปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่รับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 120 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนก 4 ตอนตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5

ตอนที่2 การศึกษาความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-10

ตอนที่ 3 ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่11-13

ตอนที่ 1 การศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5

ตารางที่4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาการนอนหลับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คน

ปัญหาการนอนหลับ (รายด้าน)	ค่าเฉลี่ย $(\overline{X})$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1.มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty in initiating sleep)	2.05	1.28	มีปัญหาระดับปานกลาง

ตารางที่4(ต่อ)

ปัญหาการนอนหลับ (รายด้าน)	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
2.การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้(early morning awakening)	1.81	1.35	มีปัญหาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3.การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (difficulty in maintaining sleep)	1.76	1.46	มีปัญหาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
4.การเข้าสู่การนอนหลับยาก (difficulty in initiating sleep)	1.74	1.39	มีปัญหาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	1.93	1.06	มีปัญหาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

จากตารางที่4 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ1.93 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับในด้านมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันระดับสูงสุด โดยมีปัญหาการนอหลับอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ2.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28 ส่วนการเข้าสู่การนอนหลับยากพบได้น้อยที่สุด มีปัญหาการนอนหลับอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ1.74 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คน จำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับของ (n=120)

ลักษณะของข้อมูล	การแปลความหมาย	จำนวน	ร้อยละ
0-7 คะแนน	ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย	115	96.3
8-14 คะแนน	ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	5	3.7
15-21 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	0	
22-28 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	0	

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาการจำแนกตามลำดับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน115คน ร้อยละ96.3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับ0-7คะแนน แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย และมีเพียงกลุ่มตัวอย่างอีก5คน ร้อยละ3.7 ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับ8-14คะแนน อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ

ตอนที่2 การศึกษาความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-10

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คนจำแนกตามรายด้านและโดยรวม

ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (รายด้าน)	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	ค่าพิสัย	คะแนนรวม
1.ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ	11.59	5.68	5-20	20
2.ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ	7.13	5.85	0-20	20
3.ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ	19.24	7.63	0-30	30
4.ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ	33.87	19.73	0-80	80
5.ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ	11.96	8.69	0-30	30
ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับโดยรวม	83.79	53.87	5-180	180

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 83.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 53.87 คะแนนเต็ม 180คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับมากที่สุด อยู่ในระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 19.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน7.63 คะแนนเต็ม 30 คะแนน และด้านการควบคุมและการทำนายการนอนหลับน้อยที่สุด ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย 7.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.85 คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120 คนจำแนกตามรายข้อและโดยรวม

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าพิสัย	ระดับ
1.ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ	2.15	1.35	4.00	ต่ำ
2.ท่านดื่มอาหารเหลวเช่นนม น้ำหวาน จำนวน1 แก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอน	1.85	1.18	4.00	ต่ำ
3.ท่านนอนหลับไม่สนิทอย่างเป็นประจำ	1.77	1.17	4.00	ต่ำ
4.ท่านนอนในห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไป	1.76	.96	4.00	ต่ำ
5.ท่านตื่นนอนไม่ใช่เวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกเช้า	1.60	1.44	4.00	ต่ำ
6.ท่านนอนในห้องที่ไม่มืด	1.53	1.35	4.00	ต่ำ
7.ท่านเข้านอนไม่ใช่เวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน	1.47	1.32	4.00	ต่ำ
8.ท่านไม่ลุกขึ้นจากเตียงนอนเมื่อรู้สึกว่านอนไม่หลับ	1.43	1.14	4.00	ต่ำ
9.ท่านไม่ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อการผ่อนคลายก่อนเข้านอน	1.42	1.15	4.00	ต่ำ
10.ท่านพยายามที่จะนอนหลับทั้งที่ยังไม่รู้สึกง่วงนอน	1.34	1.11	4.00	ต่ำ

ตารางที่7(ต่อ)

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าพิสัย	ระดับ
11.ท่านเข้านอนขณะที่ท้องว่าง	1.21	1.13	4.00	ต่ำ
12.ท่านรู้สึกอารมณ์ไม่ดีก่อนเข้านอน	1.20	1.01	4.00	ต่ำ
13.ท่านเข้านอนเมื่อยังรู้สึกไม่ง่วงนอน	1.14	1.16	4.00	ต่ำ
14.ท่านงีบหลับในช่วงเวลา4ชั่วโมงก่อนเข้านอน	1.01	1.02	4.00	ต่ำ
15.ท่านออกกำลังกายอย่างหนักในช่วง1ชั่วโมงก่อนจะเข้านอน	.66	1.01	4.00	ต่ำ
16.ท่านเข้านอนทันทีหลังรับประทานอาหารเสร็จ	.64	.87	4.00	
17.ท่านใช้ยานอนหลับเป็นประจำ	.52	.92	3.00	ต่ำ
18.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในช่วงเวลา4ชั่วโมงก่อนเข้านอน	.35	.80	4.00	ต่ำ
19.ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน	.28	.76	3.00	ต่ำ
20.ท่านดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาเย็น	.25	.80	4.00	ต่ำ
พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ โดยรวม	1.38	.66	0-4	ต่ำ

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.66 โดยมีค่าพิสัย 0-4 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 2 “ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่นอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ” ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 2.15ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.35 รองลงมาคือข้อ 6. “ท่านดื่มอาหารเหลวเช่นนม น้ำหวาน จำนวน1 แก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอน” และข้อที่3 “ท่านนอนหลับไม่สนิทอย่างเป็นประจำ”โดยมีคะแนนเฉลี่ย1.85,1.77ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.18,1.17ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนต่ำสุดคือข้อที่20 “ ท่านดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาเย็น” มีคะแนนเฉลี่ย.25และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ.80

ตารางที่ 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเจ็บปวด และอาการร้อนวูบวาบของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คน

ลักษณะของข้อมูล	ค่าเฉลี่ย $\overline{(X)}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	ค่าพิสัย
ความเจ็บปวด	2.44	3.13	10
อาการร้อนวูบวาบ			
ความถี่ของการเกิดอาการ	2.52	2.56	10
ความรุนแรงของอาการ	3.58	3.08	10

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีอาการร้อนวูบวาบสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 3.58ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ3.08 และ ความถี่ของการเกิดอาการ้อนวูบวาบระดับน้อย มีค่าเท่ากับ 2.52ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ2.56 ส่วนคะแนนความปวดเฉลี่ย อยู่ในระดับน้อยมีค่าเท่ากับ2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ3.13 โดยมีค่าพิสัย10 ส่วน

ตารางที่ 9 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเหนื่อยล้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คน

ความเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.)	ระดับความเหนื่อยล้า
ด้านสติปัญญา	5.49	1.88	ปานกลาง
ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า	4.79	1.95	ปานกลาง
ด้านร่างกายและจิตใจ	4.68	2.79	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง	3.96	2.65	เล็กน้อย
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	4.73	1.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าอยู่ในละดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าเท่ากับ4.73ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.89 และเมื่อพิจารณาความเหนื่อยล้ารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้าน ความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.88 และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านพฤติกรรมความรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.65

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรบกวนด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120คน

การรบกวนด้านอารมณ์	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการรบกวนด้านอารมณ์
ด้านความเหนื่อยล้า-ความเฉื่อยชา	1.55	0.79	ต่ำ
ด้านความกระปรี้กระเปร่า-ความกระฉับกระเฉง	1.53	0.65	ต่ำ
ด้านความสับสน-ความงง	1.51	0.87	ต่ำ
ด้านความเครียด-ความวิตกกังวล	1.37	0.55	ต่ำ
ด้านความโกรธ-ความมุ่งร้าย	1.27	0.71	ต่ำ
ด้านความซึมเศร้า-ความหดหู่	0.36	0.17	ต่ำ
การรบกวนด้านอารมณ์โดยรวม	1.53	0.59	ต่ำ

จากตารางที่ 10 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรบกวนด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรบกวนด้านอารมณ์รายด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความเหนื่อยล้า-ความเฉื่อยชา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความซึมเศร้า-ความหดหู่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ0.17

ตอนที่ 3 ศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11-13

3.1ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

ตารางที่ 11ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120 คน (n=120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value
ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	.319**	0.01
พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	.671**	0.01
ความปวด	.105	.254
ความเหนื่อยล้า	.097	.293
อาการร้อนวูบวาบ		
ความถี่ของการเกิดอาการ	.544**	0.01
ความรุนแรงของอาการ	.490**	0.01
การรบกวนด้านอารมณ์	.345**	0.01

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เรียงลำดับค่าความสัมพันธ์จากสูงไปต่ำดังนี้ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ(r = .671)มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในระดับปานกลาง ส่วนอาการร้อนวูบวาบพบว่า ความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ (r = .544)ความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในระดับปานกลาง ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ(r = .490)มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในระดับต่ำ การรบกวนด้านอารมณ์(r = .345) มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในระดับต่ำ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ(r = .319) มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในระดับต่ำมาก อย่างไรตามพบว่าปัจจัยด้านความปวด และความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3.2วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การ

รบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กับ อาการนอนไม่หลับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กับ ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120 คน (n=120)

ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	P-value
1.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	.67	.45	.45	96.64	.000
2.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ,ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ	.78	.61	.16	49.53	.000
3.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ, ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ,ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	.79	.63	.02	7.36	.008

จากตารางที่12 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีตัวแปรพยากรณ์ที่มีลำดับขั้นการพยากรณ์จากตัวแปรลำดับที่ 1 ถึงตัวแปรลำดับที่ 4ได้แก่พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ และ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ตามลำดับ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนปัญหาการนอนหลับ(R^2)ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้ร้อยละ 45, 61, และ 63 ตามลำดับ มีประสิทธิภาพในการทำนาย (F) เท่ากับ

96.64,49.53และ7.36ตามลำดับ และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลง (R^2 change)ไปร้อยละ 45, 16, และ 2 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับร่วมกันทำนายปัญหาการนอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ระดับ.05 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของอาการนอนไม่หลับได้ 63 %

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ,ความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ,ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ และ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับในการพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120 คน (n=120)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE.b	β	t	P-value
1.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ	.954	.091	.599	10.539	.000
2.ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ	.130	.020	.378	6.570	.000
3.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ	.118	.044	.156	2.714	.008
constant	-.334	.216		-.154	.125

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)พบว่าตัวแปรพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับของอาปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และมีสัมประสิทธ์การทำนายปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .599 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายถึง เมื่อคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะมีผลทำให้คะแนนปัญหาการนอนหลับเพิ่มขึ้น .599 หน่วยมาตรฐาน ส่วนความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และสามารถพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .378 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายถึง เมื่อคะแนนความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะมีผลทำให้คะแนนปัญหาการนอนหลับเพิ่มขึ้น .378 หน่วยมาตรฐาน ส่วนด้านความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และสามารถพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .156 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายถึง เมื่อคะแนนความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐานจะมีผลทำให้คะแนนปัญหาการนอนหลับเพิ่มขึ้น .156หน่วยมาตรฐาน จากข้อมูลข้างต้นทำให้เขียนสมการพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม= +.599 (พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ)+ .378(ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ)+.156 (ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

ที่ได้รับเคมีบำบัด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 2, 3, 4 ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัด ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าโดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ

-เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่2, 3, 4 ที่ได้รับรักษาเสริมหลังผ่าตัดด้วยเคมีบำบัดที่มีอายุ 20-59 ปี โดยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามาก่อน

-ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการได้ยิน พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

-ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ แบบประเมินการนอนหลับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความ

เที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ แบบประเมินการนอนหลับ .80, .81, .91, .92 และ .90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1.ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย ระยะของโรค ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอน ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ และการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งนำมาหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ในด้านการรับรู้พฤติกรรมของอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งซึ่งประกอบด้วยความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้พฤติกรรมของอาการนอนไม่หลับ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ และปัจจัยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งซึ่งประกอบด้วยความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

3.2วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกับ อาการนอนหลับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression

สรุปผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ49.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.3 ประกอบอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 37.7 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 0-10,000 บาท ร้อยละ 38.5 โดยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ 94.3 ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งระยะที่ 2 ร้อยละ 45.1 ส่วนเคมีบำบัดที่ได้รับคือสูตร Anthracycline ร้อยละ 67.2 และมารับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ23 ตามลำดับ

2.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 83.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 53.87 คะแนนเต็ม

3. พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.68

4.ความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.13

5.ความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.73ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.89 เมื่อพิจารณาความเหนื่อยล้ารายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากค่าสูงสุดไปหาค่าต่ำสุดดังนี้ ความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญา ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านพฤติกรรมความรุนแรง เท่ากับ 5.49 ,4.79,4.68 3.96 ตามลำดับ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.88 ,1.95,2.79,2.65ตามลำดับ

6. อาการร้อนวูบวาบ ในด้านความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน2.56 ส่วนความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน3.08

7. การรบกวนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ5.04ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.98

8. ปัญหาการนอนหลับ อยู่ในระดับไม่มีอาการนอนไม่หลับค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ1.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.06

9. พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถร่วมกันพยากรณ์ปัญหาการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 63และสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด = +.599 (พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ)+.378(ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ)+.156(ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1เพื่อศึกษาปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาการนอนไม่หลับโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ1.93 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 เมื่อจำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับพบว่าอยู่ในระดับ “ไม่มีอาการนอนไม่หลับ” (Subthreshold insomnia) (Morin, 1993) เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ2.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28 รองลงมาคือการตื่นเช้ากว่าปกติ อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ1.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.35 และไม่สามารถหลับต่อได้อาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.46 ตามลำดับ ส่วนการเข้าสู่การนอนหลับยากพบได้น้อยที่สุด อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ1.74 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของBerger และ Farr (1999) และ Andrykowski และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวันและต้องการการงีบหลับในช่วงกลางวันมากและจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าด้านการนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจนคนอื่นๆสังเกตเห็นได้อยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.32)และด้านการรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.74ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.39) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ผ่านมาของพัทรีญา แก้วแพง(2547)และของ Ginsburg และคณะ (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.9 มี “อาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง” ซึ่งจากการศึกษาอาการนอนไม่หลับของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ของพัทรีญา แก้วแพง(2547)พบว่ากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 36 คน จากกลุ่มตัวอย่าง170คน คิดเป็นร้อยละ21.2มีอาการนอนไม่หลับเฉลี่ย 11.25 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ(Subthreshold insomnia)โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มนี้อยู่ในระยะของโรค (stage)1ถึง4 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการให้เคมีบำบัดจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีอาการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ10.58 รองลงมาการฉายรังสีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4ซึ่ง มีอาการนอนหลับเฉลี่ยเท่ากับ11.58 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)

จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาโดยการให้เคมีบำบัด ร่วมกับการฉายรังสี มีปัญหาการนอนหลับไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้การรักษาใดๆในเวลานั้น(Fortner et al.,2002) ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับ “ไม่มีอาการนอนไม่หลับ” (Subthreshold insomnia) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่อยู่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะของโรคคือ 2 คิดเป็นร้อยละ45.1 รองลงมาคือระยะที่3และระยะที่4 ร้อยละ28.7และ24.6ตามลำดับ ทำให้ข้อมูลมีการกระจายไม่เหมาะสมส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของพัทรีญา แก้วแพง(2547) นอกจากนี้มาตรฐานและบทบาทพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างรับยาเคมีบำบัด รวมทั้งการให้กำลังใจผู้ป่วยและเป็นที่ปรึกษาสร้างความมั่นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจบครบตามแผนการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหรือ จะได้รับการดูแล การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละรายจากทีมสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาทุกชนิดลดปัจจัยเช่น ความเครียดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการนอนหลับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการพยากรณ์การนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ สามารถร่วมกันพยากรณ์การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 63 1.พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (Sleep inhibitory Behaviors) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = .671) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ อยู่ในระดับต่ำมีค่าเท่ากับ 1.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.66 และสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 45อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่ 2ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่นอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 2.15ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.35 รองลงมาคือข้อ 6.ท่านดื่มอาหารเหลวเช่นนม น้ำหวาน จำนวน1 แก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอน ข้อที่10.ท่านนอนหลับอย่างสนิทเป็นประจำและข้อที่ 9.ท่านนอนในห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไปมีคะแนนเฉลี่ย 1.85 1.77 และ 1.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.18 1.17และ .99 ตามลำดับ จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าการที่ผู้ป่วยมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ จะส่งผลต่อการกระตุ้นร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การนอนหลับที่ยาก นอกจากนี้ การนอนในห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไปส่งผลต่อการปรับอุณหภูมิของร่างกาย โดยอุณหภูมิที่ต่ำมีผลลดการนอนหลับระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM)มากกว่าอุณหภูมิที่สูง และส่งผลต่อการนอนหลับในระยะการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM)มากกว่าระยะที่ไม่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(NREM) นอกจากนี้เมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น ส่งผลทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(NREM)3และ4 ระยะที่มีการกรอกตาอย่างรวดเร็ว(REM) สั้นลงจึงทำให้มีการตื่นบ่อย และนอนหลับไม่สนิท

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่อาการนอนไม่หลับในขั้นต้น โดยการใช้ cognitive behavior therapy intervention (CBT-I) โดยการกำหนดกฎเกณฑ์และเหตุผลร่วมกับผู้ป่วย โดย1)ให้ไปนอนที่เตียงนอนเพียงอย่างเดียวเมื่อง่วงนอน2)ใช้ห้องนอนเฉพาะการนอนหลับและการ

มีเพศสัมพันธ์ 3)ออกจากเตียงนอนเมื่อไม่สามารถนอนหลับได้ภายในเวลา15-20นาทีแล้วจึงกลับมาที่เตียงนอนอีกครั้งเมื่อรู้สึกง่วงนอน 4)ออกจากเตียงนอนถ้าไม่สามารถนอนหลับได้นานมากเท่าที่จำเป็นตลอดการนอนทั้งคืน 5)ตื่นนอนเวลาเดียวกันในตอนเช้าแม้ว่าคืนก่อนหน้าจะมีการนอนหลับดี และ6) ยอมที่จะอดนอนระหว่างวัน พบว่าวิธีการดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมสิ่งกระตุ้นและข้อจำกัดในการนอนหลับ โดยช่วยในการควบคุมลักษณะของห้องนอนและการไม่สามารถนอนหลับได้ ควบคุมสิ่งกระตุ้นที่เพิ่มขึ้นในห้องนอนที่สัมพันธ์กับการนอนหลับ การคงไว้ซึ่งวงจรการนอนหลับ และลดพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับBootzin(1972) สอดคล้องกับการศึกษาของ Spielman , Saskin , and Thorpy (1987) พบว่าผู้ป่วยจะลดการใช้เวลาการนอนหลับทั้งหมดที่เตียงนอนยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยใช้เวลาในการนอนหลับทั้งหมด 5ชั่วโมงจากการใช้เวลาทั้งหมดที่เตียงนอน8ชั่วโมง จากการศึกษาที่ผ่านมาจำนวนเวลาที่เพิ่มขึ้น15-20นาทีที่เตียงนอน จะเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับได้สูงกว่า90%เช่นเดียวกันประสิทธิภาพการนอนหลับระหว่าง 80-90% และเมื่อการลดจำนวนเวลาลง 15-20นาทีที่เตียงนอนทำให้ประสิทธิภาพการนอนหลับต่ำกว่า80%

Lacks & Rotert (1986)การศึกษาพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเช่นการงีบหลับ การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนก่อนเข้านอนอย่างน้อย4ชั่วโมง การออกกำลังกายอย่างหนัก2ชั่วโมงก่อนเข้านอนและการไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอนโดยใช้แบบประเมินSleep Hygiene Practice Scaleพบว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลต่อพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับที่เพิ่มขึ้นและทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับ และผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่ใช้การงีบหลับ สูบบุหรี่ประมาณ5นาทีก่อนเข้านอน ดื่มแอลกอฮอล์ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอนและนอนในวันที่ไม่ใช่เวลาทำงานมากว่าผู้ที่มีการนอนหลับดีJefferson et al.(2005) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์กับการนอนหลับเช่นการรบกวนการนอนหลับ(การนอนหลับช้า การนอนหลับในวันหยุด) และ จากการศึกษาMeta analysis มีข้อสรุปถึงผลของการรักษาพฤติกรรมเช่น การควบคุมสิ่งกระตุ้นและการจำกัดการนอนหลับเพื่อคงไว้ซึ่งวงจรการนอนหลับ การเพิ่มการขับเคลื่อนการนอนหลับและการลดพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ(Morin ,Bootzin , Buysse, Edinger ,Espie,& Lichstein,2006 ; Morin, Culbert,&Schwartz ,1994 ; Morin ,Hauri,Espie,Spiel ,Buysse, & Bootztin ,1999,Murtagh& Greenwood,1995)และสอดคล้องกับการศึกษาภาคตัดขวางที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเคลิ้มหลับและนอนพักตอนกลางวันเป็นส่วนใหญ่(Davidson, MacLean, Brundage, & Schulze,2002;Malone, Harris ,& Luscombe,1994)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (พัทรีญา แก้วแพง, 2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

ของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับค่อนข้างสูงมีค่าเท่ากับ 49.89ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง และ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะพยายามปรับนิสัยในการปฏิบัติตนต่างๆ เช่น การงดเหล้า สุรา บุหรี่ กาแฟหรือน้ำอัดลมต่างๆทำให้ในช่วง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านต่างๆ ค่อนข้างดี ส่วนการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยานอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับข้อที่18คือ “ท่านใช้ยานอนหลับเป็นประจำ”พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย0.52หมายถึงถึงระดับน้อยมาก ไม่สอดคล้องกับDavidson et al .(2002) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความถี่ในการใช้ยาถึง20-40%(Fortner et al .2002)

จากผลการศึกษาผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำเนื่องมาจากผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง จึงได้ปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตและการปฏิบัติตนต่างๆ เช่น การงดเหล้า สุรา บุหรี่ กาแฟหรือน้ำอัดลมต่างๆ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการพักผ่อนจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมพฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับต่ำ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีจึงส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการนอนไม่หลับดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าในการคงไว้และประคับประคองประสิทธิภาพของการรักษาพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับที่มีการรบกวนวงจรการนอนหลับ การลดการขับเคลื่อนการนอนหลับและพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับนั้นส่งผลต่อการการนอนหลับในแต่ละบุคคลที่จะทำให้มีการนอนหลับที่ดีได้

2.อาการร้อนวูบวาบ ผลการศึกษาพบว่าอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ ความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง(r = .544) ส่วนความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำ(r = .490) อย่างไรก็ตามความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบร่วมพยากรณ์อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งอาการร้อนวูบวาบที่เกิดขึ้นก็ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออาการนอนไม่หลับเนื่องจาก เป็นอาการแสดงของ Vasomotor symptom ที่มีการรับรู้สึกร้อน วูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน บริเวณร่างกายส่วนบนและใบหน้า โดยอาการเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ นาน 2-3 วินาทีหรือเป็นนาที ผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบจะมีการรบกวนนอนหลับที่มาก มีการตื่นบ่อยขึ้น ประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง ระยะการ

นอนหลับระยะ 4 เพิ่มขึ้น การนอนหลับระยะ short REM ลดลง และระยะท้ายของการนอนหลับยาวนานกว่าจะเข้าสู่ระยะ REMอีกครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความผิดปกติของ thermoregulation ของ hypothalamic การควบคุมอุณหภูมิมีการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ (Mary I et al., 2006)

เมื่อวิเคราะห์จากการศึกษาที่ผ่านมาการได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและหรือฮอร์โมนเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นการรักษาเพื่อเพิ่มการมีชีวิตรอดและลดการกลับเป็นซ้ำ(Love , Cameron ,Connell ,& Leventhal ,1991 ; Poniatowski ,Grimm ,& Cohen ., 2001) แต่อย่างไรก็ตามผลจากการรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์หมดประเดือนก่อนวัยอันควรหรือเพิ่มอาการหมดประจำเดือน Hot flashes เป็นหนึ่งในอาการหมดประจำเดือนที่ต้องคำนึงเพราะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่แย่ในผู้หญิงทั่วไปหรือผู้ที่มีประสบการณ์อาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด(Erlik et al .,1981 ; Shaver, Giblin, Lentz & Lee, 1988; Woodward & Freedman, 1994) การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของCarpenter, Andrykowski, Cordova, et al.,1998; Couzi et al .,1995) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกพบว่า 65%มีอาการหมดประจำเดือนมีอาการร้อนวูบวาบนอกจากนี้มีการศึกษาการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในคนทั่วไปและผู้ที่มีอาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดทำให้อาการhot flashes ลดลงและการนอนหลับดีขึ้นซึ่งขัดแย้งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเนื่องจากฮอร์โมนมีความเป็นไปได้ในการทำให้เนื้องอกขยายเพิ่มมากขึ้น(Loprinzi &Barton,2000 ; Loprinzi ,Barton, Rhodes ,2001) และพบว่าhot flashes ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยสนับสนุนความลำบากในการนอนหลับ (Knobf, 2001 ; Savard et al.,200; Taylor et al.,2003)

Carpenter et al.(2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรายงานอาการร้อนวูบวาบ ในชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลระดับปานกลางถึงรุนแรงต่อความลำบากในการนอนหลับสอดคล้องกับการศึกษาของ Couzi et al (1995) และStein et al (2000) ส่วนการศึกษาของSavard et al.(2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการร้อนวูบวาบ จากการเปลี่ยนแปลงผิวหนังและการนอนหลับด้วยเครื่องมือ polysomnography พบว่าช่วงเวลา10นาทีที่ที่เกิดอาการร้อนวูบวาบ มีความสัมพันธ์กับร้อยละของเวลาในการตื่นที่สูงมากและจำนวนระยะการนอนหลับเปลี่ยนเป็นlighter sleepเมื่อเทียบกับระยะเวลา10นาทีที่ไม่มีอาการร้อนวูบวาบ นอกจากนี้การมีอาการร้อนวูบวาบในช่วงกลางคืนส่งผลต่อการลดลงร้อยละของการนอนหลับในระยะที่2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากการตื่นที่เพิ่มขึ้น

และมีระยะREMที่ยาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการร้อนวูบวาบกับการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับด้วยเครื่องมือ polysomnography พบว่าช่วงเวลา 10 นาทีที่เกิด อาการร้อนวูบวาบ มีความสัมพันธ์กับร้อยละของเวลาตื่นที่สูงมากและจำนวนระยะการนอนหลับเปลี่ยนเป็น lighter sleep เมื่อเทียบกับระยะเวลา 10นาทีที่ไม่มี อาการร้อนวูบวาบ (Savard et al., 2004) นอกจากนี้การมี อาการร้อนวูบวาบ ในช่วงกลางคืนส่งผลต่อการลดลงร้อยละของการนอนหลับในระยะที่ 2 เนื่องมาจากการตื่นที่เพิ่มขึ้นและมีระยะ REM ที่ยาวนาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาการร้อนวูบวาบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เมื่อพิจารณาโดยความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ ความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง(r = .544) และความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำ(r = .490) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของอาการร้อนวูบวาบ ในด้านความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ2.52ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน2.56 ส่วนความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน3.08 จากผลการวิจัยดังกล่าวเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง51-60ปี ร้อยละ49.2 รองลงมาเป็นช่วงอายุ41-50ปีร้อยละ32.8 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงทำให้ไม่มีการรายงานเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการร้อนวูบวาบหรือการให้คะแนนความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ เนื่องจากอาการร้อนวูบวาบ เป็นหนึ่งในอาการหมดประจำเดือนก่อนวัยอันควร

3.ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ(Dysfunctional Thought About Sleep) ผลการศึกษาพบว่าความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด(r = .319) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และร่วมพยากรณ์อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คะแนนเฉลี่ยความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเท่ากับ 83.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 53.87 คะแนนเต็ม 180คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ “ท่านต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น”มากที่สุดรองลงมาคือ “หากคืนไหนนอนหลับไม่สนิท นอนไม่หลับ วันรุ่งขึ้นท่านต้องงีบกลางวันและนอนให้มากขึ้นในคืนถัดไป” โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.61 และ 7.21 ตามลำดับ ซึ่งความคิดดังกล่าวอยู่ในระดับสูง (6.67-10.00 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนน

เฉลี่ยความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับมากที่สุด อยู่ในระดับต่ำมีคะแนนเฉลี่ย 19.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน7.63 คะแนนเต็ม 30 คะแนน รองลงมาคือด้านผลจากอาการนอนไม่หลับในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย 11.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.68 คะแนนเต็ม 20 คะแนน จากผลของความคิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดการกระตุ้นความคิดกังวล ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่มีการกระตุ้นการทำงานของร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถหลั่งสารที่ทำให้เกิดการนอนหลับได้ เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้แม้ว่าจะนอนไม่หลับผู้ป่วยก็จะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไป ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ร่วมกับการงีบหลับในตอนกลางวันจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ

การศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับRumble et al.(2005) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรก โดยใช้แบบวัดDBAS (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian,2001)พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่ผิดปกติในระดับสูงซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพัทรีญา แก้วแพง, 2547 พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05ผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและการนอนหลับที่ไม่ดี และสอดคล้องกับMorinและคณะ (2000) ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดีพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผลด้านลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมาก และแสดงถึงความหมดหวังในการควบคุมการนอนหลับและคาดการเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากพบว่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับนั่นแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับต่ำจะมีอาการนอนไม่หลับต่ำ ซึ่งประเมินโดยsleep diary และ Polysomnography และการศึกษาของ Espire และคณะ (2000) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ (r=0.826)

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Edinger และคณะ(2000) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีผลเสียต่อการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการนอนไม่หลับที่รายงานด้วยตนเอง (Subjective report) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการนอนไม่หลับ

ที่รายงานโดยการประเมินหรือวัด (Objective sign) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากในงานวิจัยของ Edinger และคณะ (2000) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีทำให้ไม่ส่งผลต่อร่างกายจึงไม่มีผลกระทบต่อลักษณะอาการนอนไม่หลับที่รายงานโดยการประเมินหรือวัด แต่ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อการรับรู้ ความคิดเท่านั้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อกระบวนการคิดของผู้ป่วยทำให้เกิดการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกซึ่งในขณะที่ระบบซิมพาเทติกทำงานจะมีการยับยั้งการหลั่งของสารนอร์อดรีนาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin)จาก cholinergic neuron ซึ่งทำให้การนอนหลับไม่เกิดขึ้น

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์การนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ คือ ความปวด และความเหนื่อยล้า เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนจากโปรแกรม SPSS แล้วพบว่า พบว่าตัวแปร ความปวดและความเหนื่อยล้า เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบกับการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการพยากรณ์คัดเลือกตามลำดับของความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (อวยพร เรืองตระกูล, 2553) ดังนั้นตัวแปรเหล่านี้จึงไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ทำให้ไม่สามารถนำมาพยากรณ์อาการนอนไม่หลับได้ ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ตัวแปรความปวด และความเหนื่อยล้าไว้ดังต่อไปนี้

ความปวด ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับและไม่สามารถพยากรณ์การนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ เมื่อพิจารณาคะแนนความปวดอยู่ในระดับปวดน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน3.13 ซึ่งการศึกษาความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นพบว่ามีผลกระทบมาจากการผ่าตัดเต้านมชนิดต่างๆ เช่นlumpectomy mastectomy เป็นต้นรวมทั้งผลของเคมีบำบัดเนื่องจากพิษต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้บริเวณปลายประสาทเกิดการอักเสบ ปลายมือและปลายเท้าเกิดอาการชา และมีความปวดซึ่งลักษณะของความปวดเป็นชนิด dull หรือ burning pain และอาจเกิดขึ้นตลอดเวลาหรือเป็นพัก ๆ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดจาก C-fiber ถูกทำลาย แต่ถ้ามี A fiber ถูกทำลายด้วยความผิดปกติที่เกิดขึ้นก็เป็นแบบความรู้สึกผิดปกติคล้ายเข็มแทงซึ่งเกิดขึ้นเอง(Amichetti & Caffo, 2003; Carpenter, Andrykowski, Sloan,et al.,1998, ; Karki Simone, Malka & Selfe, 2005 ; Lash & Silliman, 2000; Tasmuth, Smitten, Hietanen, Kataji & Kalso, 1995) โดยมีการรายงานความปวดในตำแหน่งที่ได้รับการรักษาที่เต้านมและรักแร้ข้างเดียวกันและแขน(Lash & Silliman, 2000;

Shimozuma, Ganz, Lentz, Lee, 1999; Tasmuth et al .,1995)โดยอธิบายความปวดไว้ว่าเป็นความเจ็บปวด กดเจ็บและการอัด(Amichetti & Caffo,2003)

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ Carpenter, Andrykowski, Sloan, et al.(1998)ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรุนแรงของความปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเป็นความเลวร้ายในแต่ละสัปดาห์ ส่วนFortner et al.(2002)ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน72คน โดยใช้แบบวัดPSQIพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับความปวดที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่มีการนอนหลับดี โดยความเจ็บปวด กดเจ็บและการกระทบกระเทือนเต้านมนั้นส่งผลรบกวนการนอนหลับทำให้มีความยากลำบากในการนอนหลับหรือตื่นขึ้น ซึ่งความถี่ในการเกิดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับรู้สึกความปวด จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย ทำให้ผลกระทบความปวดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการนอนหลับน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไม่มีอาการนอนไม่หลับ

ความเหนื่อยล้า ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อยู่ในระดับปานกลางค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ4.73ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน1.89 จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นพบว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ความก้าวหน้าของระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ซึ่งมีการเพิ่มกระบวนการเผาผลาญและเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของก้อนเนื้องอก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งค้างของของเสียจากการเผาผลาญ ร่วมกับการเกิดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ของเคมีบำบัดโดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารเช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลงสูญเสียน้ำและเกลือแร่ จึงต้องมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้จนค่อยๆ หมดไป ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลกติคเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง การเปลี่ยนแปลงการควบคุมสื่อประสาท (changes in regulation /transmission patterns) เช่น ซีโรโทนิน(serotonin) ทริปโทแฟน (tryptophan) เมลาโทนิน (melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์(cytokine) จากเม็ดเลือดขาวออกมามากเกินไปจะส่งผลต่อการสื่อประสาทและความตึงตัวของกล้ามเนื้อและก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987: 21; Piper, 1991: 900; Piper, 1993:286) นอกจากนี้เคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูก ทำ

ให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงลดน้อยลงไปอีก การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะยิ่งมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลงไปอีก และยิ่งทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลงรวมทั้งเพิ่มความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Piper et al., 1987: 20;Jacob and Piper, 1996: 1207; Berger and Farr, 1999 : 1664)

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาดังนี้ Andrykowski,Curran , &Lightner(1998) พบว่าความเหนื่อยล้ามีระดับสูงในผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเทียบกับคนสุขภาพดี และผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งและผู้หญิงที่เริ่มเป็นมะเร็งจากการศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าความเหนื่อยล้าส่งผลต่อการนอนหลับยาก(Ancoli-Israel, Moore, Jones, 2001; Mock et al ., 2000; Portenoy & Itri, 1999) มีการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเป็นตัวแปรอิสระที่ทำนายการรบกวนการนอนหลับโดย Bower et al(2000) พบว่าความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทำนายการรบกวนการนอนหลับ อาการซึมเศร้า ความปวด อาการหมดประจำเดือน ชนิดของการรักษา โรคร่วม การใช้ยาและปัจจัยส่วนบุคคล(อายุและสถานะสมรส)ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก ความเหนื่อยล้าและการนอนหลับได้รับการประเมินจากRAND-36 (Hays et al.,1993) รวมทั้งการศึกษากับ Okauyama, Akechi kugaya, Okamura, Imoto et al(2000) พบว่าความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทำนายการรบกวนการนอนหลับ การหายใจลำบาก การไม่มีความอยากอาหาร การรบกวนอารมณ์(ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล) การขาดการสนับสนุนทางสังคมและยาและปัจจัยส่วนบุคคล และการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี และคณะ (2544) ที่พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าโดยรวมในระดับปานกลาง ทำให้มีกระทบต่อการนอนหลับที่น้อย ดังนั้นความเหนื่อยล้าจึงไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อเปรียบเทียบกับการวิจัยที่ผ่านมา

การรบกวนด้านอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าการรบกวนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(r = .318) อย่างไรก็ตาม การรบกวนด้านอารมณ์ไม่ร่วมสามารถพยากรณ์การนอนหลับใน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรบกวนด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ1.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรบกวนด้านอารมณ์รายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากค่าสูงสุดไปหาค่าต่ำสุดดังนี้ ด้านความเหนื่อยล้า-ความเฉื่อยชา ด้านความกระปรี้กระเปร่า-ความกระฉับกระเฉง ด้านความสับสน-ความงง ด้านความเครียด-ความวิตกกังวล ด้านความโกรธ-ความมุ่งร้าย ด้านความซึมเศร้า-ความหดหู่ เท่ากับ1.55,1.53,1.51,1.37,1.27,0.36 ตามลำดับ โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79, 0.65, 0.87, 0.55,0.71,0.17ตามลำดับ จากผลการศึกษาอาจทำให้ความแปรปรวนของข้อมูลภายในกลุ่มตัวอย่างไม่มาก เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยนั้นตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ควรมีความสัมพันธ์กันระดับสูงและข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ควรมีความแปรปรวนกันพอสมควร มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2545) การที่ความแปรปรวนของการรบกวนด้านอารมณ์ไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความกระปรี้กระเปร่า-ความกระฉับกระเฉงซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ด้านบวกสูงกว่าภาวะอารมณ์ด้านลบ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรบกวนด้านอารมณ์ต่ำ นอกจากนี้ภาวะอารมณ์ด้านลบมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยของบุคคลและส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนั้นการรบกวนด้านอารมณ์ต่ำจึงทำให้ส่งผลต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างน้อย กลุ่มตัวอย่างจึงมีการนอนหลับที่ดี

ข้อเสนอแนะ นำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ และ การรบกวนด้านอารมณ์สามารถร่วมกันพยากรณ์การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการพยาบาล

1.1 การนำข้อมูลความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการสร้างแบบประเมิน การคัดกรองปัญหาการนอนหลับ และกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อพัฒนาให้เกิดทักษะทางคลินิก มีระบบบริหารจัดการที่เหมาะสม ทันสมัยกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

1.2 การกำหนดผลลัพธ์ด้านการบริการพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยมีความความเข้าใจตระหนักรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และผลกระทบของอาการนอนไม่หลับที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพมีทักษะและมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาการนอนหลับ ได้แก่

1.2.1 พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับได้แก่ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่นอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ การดื่มอาหารเหลวเช่นนม น้ำหวาน จำนวน1 แก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอนและการนอนในห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เป็นต้น ซึ่งบทบาทพยาบาลที่สำคัญคือ การให้ความรู้ สอนการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการควบคุมพฤติกรรมตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นการลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ซึ่งจะช่วย ส่งเสริมการนอนหลับและการมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

1.2.2ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ จากการศึกษาพบว่าความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ ความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ และผลจากอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งบทบาทพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินความคิดความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อที่ส่งผลต่อการนอนหลับ กรณีที่ผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับที่สูง ร่วมปรึกษาผู้ป่วยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาการนอนหลับ

1.2.3อาการร้อนวูบวาบ บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดกรณีที่ยังไม่เข้าสู่วัยของการหมดประจำเดือนเกี่ยวกับ การสังเกตและการประเมินอาการร้อนวูบวาบด้วยตนเอง ซึ่งอาการขาดประจำเดือนชั่วคราวจะเป็นอยู่ในช่วงระหว่างการรักษา เมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา ประจำเดือนก็จะกลับมาเป็นปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและยอมรับได้ เน้นไม่ให้ผู้ป่วยซื้อยาฮอร์โมนต่างๆใช้เอง ต้องปรึกษาแพทย์โรคมะเร็งก่อนเสมอเนื่องจากการให้ฮอร์โมนชดเชย อาจส่งผลต่อการกำเริบของโรคมะเร็งได้ เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเช่นการรับประทานอาการที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการพักผ่อนให้เพียงพอ

1.2.4การรบกวนด้านอารมณ์ จากผลการศึกษาพบว่าการรบกวนด้านอารมณ์ที่ส่งผลต่อการนอนหลับได้แก่ ด้านความเหนื่อยล้า-ความเฉื่อยชา รองลงมาคือ ด้านความเครียด-ความวิตกกังวล ด้านความโกรธ-ความมุ่งร้าย ด้านความซึมเศร้า-ความหดหู่ ตามลำดับ ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ของผู้ป่วยในแต่ละด้าน การให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วยถึงเทคนิคการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การให้ความรู้สอนเทคนิคการ

ผ่อนคลายความเครียด การจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการบำบัดเช่น กลุ่มบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การสนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การให้กำลังใจ เป็นต้น

ทั้งนี้ผลของการจัดกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการนอนหลับที่ดีขึ้นทั้งปริมาณ และคุณภาพ ไม่เกิดผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการนอนไม่หลับ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวได้ดีทั้งในขณะรับการรักษาและภายหลังการรักษา

2.ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอน ควรมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจอาการที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับ รวมไปถึงแนวทางการการประเมินอาการนอนไม่หลับ การป้องกันการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพภาพการนอนหลับที่ดี

3.ด้านการวิจัย

3.1ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไข ให้การพยาบาลได้โดยตรง ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเช่น กลวิธีในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา สร้างมาตรฐานและนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี

3.2ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หรือความสัมพันธ์ระหว่างอัตราความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้ากับการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการวิจัยและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กษมภัฏ พันพิลึก. 2550.ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กันตพร ยอดใชย. 2547.ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์จิราความรู้.2548.ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความง่วงในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชมนาด วรรณพรศิริ.2555.การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านม:จากโรงพยาบาลสู่บ้าน.พิมพ์ครั้งที่1.พิษณุโลก:ดาวเงินการพิมพ์.

ทัศนา นิลพัฒน์. 2549.ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ อนันตอาจ. 2550.ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. 2539. DSM IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร:ชวนพิมพ์.

พัทรีญา แก้วแพง. 2547.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียงใจดาโลปการ.2545.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรพรเขียวหวาน. 2546.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกายจิตใจสภาพแวดล้อมและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชนีกร ใจคำสืบ. 2549.ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณี สิริเลิศกุล และคณะ.2555.การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.พิมพ์ครั้งที่1.สมุทรปราการ:สินทวีกิจ พริ้นติ้ง.

สุรชัยเกื้อศิริกุล. 2536.การนอนหลับ.สงขลา: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุรชัยเกื้อศิริกุล.2544.การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ.คลินิก17,1 (มกราคม):5-10.

ภาษาอังกฤษ

Affleck,G.,Urrow,s.,Tennen,H.,Higgins, P & Abeles, M.1996.Sequential daily relation of sleep, pain intensify,and attention to pain among women with fibrimylagia. Pain68:363-368.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual ofmental disorders.4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 551-607.

Amitachetti, M., &Caffo,O.2003. Pain after quadrantectomy and radiotherapy for early- stage breast cancer: Incidence, characteristics, and influence on quality of life.Oncology65:23-28.

Ancoli-Israel,S., Moore, P., & Jones, V.2001. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: A review. European Journal of Cancer Care 10:245-255.

Belanger, L., Morin, C., Gendron, L., &Blais,F.2005.Presleepcognitiveactivity and thought control strategies in insomnia.Journal of Cognitive Psychotherapy:An International Quarterly19(1):19-28.

Berger,A.1998.Pattern of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy.Oncology Nursing Forum25(1):51-62.

Berger,A.,&Farr,L.1999.The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer-related fatigue. Oncology Nursing Forum26(10):1663-1671.

Berger,A., &Higginbotham,P.2000.Correlates of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy:A pilot study. Oncology Nursing Forum27(9):1443-1448.

Beszterczey,A.,&Lipowski,Z.1997.Insomnia in cancer patient.Canadian Medical Association Journal116:355.

Bootzin, R. 1972.Stimulus control treatment for insomnia.Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association7:395-396.

Bower,J., Ganz, P., Desmond,K.,Rowland,J., Meyerowitz,B.,&Belin,T.2000.Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence,correlates, and impacton quality of life.Journal of Clinical Oncology18(4):743-753.

Breslau,N.,Roth, T., Rosenthal, L., &Andreski,P.1996.Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitidinal epidemiological of young adults. Biological Psychiatric 39:411-418.

Broeckel,J., Jacobsen,P.,Horton,J., Balducci,L.,&Lyman,G.1998. Characteristic and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer .Journal of Clinical Oncology16(5):1689-1696.

Buysse,D., Reynolds,C., Monk,T., Berman,S., &Kupfer,D.1989.The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research.Psychiatry Research28(2):193-213.

Carney,C., &Edinger,J.2006.Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia.Sleep29(4):444-453.

Carpenter,J.,&Andrykowski, M.1999.Menopausal symptom in breast cancer survivors. Oncology Nursing Forum26(8):1311-1317.

Carpenter,J., Elam,J., Ridner,S., Carney, P., Cherry,G., &Cucullu,H.2004. Sleep, Fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes.Oncology Nursing Forum31(3):591-598.

Chang,P., Ford,D., Mead,L., Cooper-Patrick,L., &Klag,M.1997.Insomnia in young men and subsequent depression: The johns Hopkins Precursors study.American Journal of Epidemiology 146(2):105-114.

Cimprich,B.1996.Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer.Cancer Nursing 22(3):185-194.

Couzi, R., Helzlsouer,K., &Fetting.J.1995.Prevalence f menopausal symptoms among women with a history of breast cancer and attitudes toward estrogen replacement therapy.Journal of Clinical Oncology13:2737-2744.

Davison, J., Maclean,A., Brundage,M., &Schulze.K.2002.Sleep disturbance incancer patients.Social Science&Medicine54:1309-1321.

Edinger,J., Fins,A., Glenn,D., Sullivan,R., Bastain,L., Marsh,G., et al., 2000. Insomnia and the eye of the beholder:Are there clinical markers of objective sleep disturbance among adults with and without insomnia complaints?.Journal of Consulting and Clinical Psychology68(4):586-593.

Edinger,J Wohgemuth,W., Krystal, A., &Rice,J.2005.Behavioral insomnia therapy of fibromylagiapatients: A randomized clinical trial.Archives if Internal Medicine165(28):2527-2535.

Erlik,Y Tataryn,I., Medrum,D., Lomax,O., Bajorex,J.,&Judd,H.1981.Association of waking episodes with menopausal hot flashes.Journal of the American Medical Association245(17):1741-1744.

Espie,CInglis,S., Harvey,L.,&Tessier,S.2000.Insomnia attributions:Psychiatric properties of Dysfunctional Belief and Attitude about Sleep Scale Disturbance Questionnaire.Journal of Psychosomatic Research 48:141-148.

Fichten,C., Libman,E., Creti,L., Amsel,R,Tagalakis.V., &Breander,W.1998.Thoughts during awake times in older good and poor sleepers-The Self Statement Test:60+.Cognitive Therapy and Research22(1):1-20.

Fins,A., Edinger,J, Sullivan,R., Marsh,G.,Daily,D., Hope.T.V., et al., 1996. Dysfunctional cogitions about sleep among older adults and their relationship to objective sleep findings.Sleep Research25 :242.

Ford, D., &Kamerrow,D.1989.Epidemiogogic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention?.Journal of the American Medical Association261(11):1479-1484.

Fortner,B., Stepanski,E., Wang,S., Kasprowicz,S., &Durrence,H.2002.Sleep and quality of life in breast cancer patients .Journal of Pain and Symptom Management24:471-480.

Gina Graci. 2005. Pathogenesis and management of cancer related insomnia. Journal supportive Oncology3(November): 349-359.

Graydon, J.,Bubela,N.,Irvine,D.,& Vincent,L.1995.Fatigue-reducing strategies used by patient receiving treatment for cancer. Cancer Nursing18(1):23-28.

Harvey,A.2000.Pre-sleep cognitive activity: A comparison of sleep –onset insomniacs and good sleepers. BritishJournal of Clinical Psychology 39:275-286.

Harvey, A.,&Greenall,E.2003. Catastrophic worry in primary insomnia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiaty34 :11-23.

Hay, R., Sherbourne, C., & Mazel,R.1993.The RAND36-item Health Survey1.0.Health Economics2(3):217-227.

Hsiao-HsuanKuo,et al., 2006. Quality of sleep and related factors during chemotherapy in patients with stage I/II breast cancer.J Formos Med Associated105 (1): 64-69.

Janet S. et al., 2002. Hot Flashes and related outcomes in breast cancer survivors and matched comparison women. ONF29 (3): 16-25.

Jefferson, C.,Drake, C., Scofield, H., Myer, E., McClure, T., Roehrs, T., et al., 2005.Sleep hygiene practice in population-based sample of insomniacs.Sleep 28(5):611-615.

Julie L, Otte and Janet S. Carpenter. 2009. Theories Model and Framework Related to sleep-wake Disturbance in the context of cancer. Cancer Nurs 32 (2): 90-106.

Julie L, Otte and Janet S. Carpenter. 2010. Prevalence, Severity and Correlates of sleep –wake disturbances in long-term breast cancer survivors. Journal Pain Symptom Management 39 (3): 535-547.

Julienne E. Bower. 2008. Behavioral Symptoms and in patient with breast cancer survivors. Journal of clinical oncology. November 26 (5): 768-776.

Julienne E. et al., 2011. Inflammation and behavioral symptom after breast cancer treatment: Do Fatique, Depression and Sleep disturbance share a common underlying mechanism?. Journal of clinical oncology 36: 1154-1159.

Karki, A., Simonen,R.,Malkia,E., &Selfe,J.2005.Impairments,activitylimitations,and participation 6 and 12 month after breast cancer operation.Journal of Rehabilitation Medicine 37:180-188.

Knobf,M.1986.Physical and psychologicdistres s associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer.Journal of Clinical Oncology4(5):678-684.

Kotronoulas G, et al., 2012. A critical review of women's sleep-wake patterns in the context of neo-/adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. The breast 21: 128-141.

Kristin M.et al., 2012. Characteristics and correlates of sleep disturbances in cancer patient. Supportive Care Cancer 20: 357-365.

Krystal, A., Walsh, J., Laska, E., Caron,J., Amato,D.,Wessel.T.,et al., 2003. Sustained efficacy of eszopiclone over 6 month of nightly treatment: Result of arandomize,double –blind,placebo-controlled study in adult with chronic insomnia.Sleep26:793-799.

Lacks,P., & Robert,M.1986.Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers.Behavior Research and Therapy24(3):365-368.

Lash,T.,& Silliman,R.2000.Patient characteristics and treatments associated with a decline in upper–body function following breast cancer therapy. Journal of clinical Epidemiology53:615-622.

LaviniaFiorentino, MS and Sonia Ancoli-Israel. 2007. Sleep dysfunction in patient with cancer. Cure treat options Neural. 9 (5): 337-346.

Lindley,C., Vasa,S., Sawyer,W.,&Winer,E.1998.Quality of life and preferences for treatment following systematic adjuvant therapy for early-stage breast cancer.Journal of Clinical Oncology 16:1380-1387.

Loprinzi,C.,& Barton,D.2000.Estrogen deficiency: In search of symptom control and sexuality. Journal of National Cancer institute92(13):1028-1029.

Loprinzi,C.,& Barton,D.,&Rhodes,D.2001.Management of hot flashes in breast cancer survivors.The Lancet Oncolgy2:199-204.

Love,R.,Cameron.L.,Connell,B.,&Leventhal,H.1991.Symptom associated tamoxifen treatment in postmenopausal women.Archives of International Medicine151:1842-1847.

Malone,M.,Harris,A., &Luscombe,D.1994.Assessment of the impact of cancer on work,recreation,home management and sleep using a general health status measure.Journal of the Royal Society of Medicine87:386-389.

Marie-Helenne et al., 2009. The influence of breast cancer treatment on occurrence of hot flashes. Journal of pain and symptom management37 (4): 687-697.

Mary I et al., 2006. A randomized controlled pilot study of acupuncture for postmenopausal hot flashes: effect on nocturnal hot flashes and sleep quality. Fertilityand Sterility 86 (3).

Mock,V.,Atkinson,A.,Barsevick,A.,Cella,D.,Cimprich,B.,Cleeland,C.,et al., 2000.NCCN practices guidelines for cancer –related fatigue.Oncology14(11A):151-161.

Morin,C.1993.Insomnia: Psychological assessment and management.(D.Barlow,Ed).New York:Guideford Press.

Morin,C.,Blais,F.,&Savard,J.2002.Are change in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia?.Behavior Research and Therapy 40:741-752.

Morin,C.,Bootzin,R., Buysee,D.,Edinger,J.,Espie,C.,&Linchstein,K.2006.Psychological and behavior treatment of insomnia:Update of recent evidence(1998-2004).Sleep26(11):1398-1414.

Morin,C.,Colecchi,C.,Stone,J.,Sood,R., & Brink,D.1999.Beahavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association281(11):991-999.

Morin,C., Culbert,J.,&Schwartz,S.1994.Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy.American Journal of Psychiaty151:1172-1180.

Morin ,C.,&Espie,C.2003.Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment. Kluwer: New York.

Morin,C., Hauri,P.,Espie,C.,Spielman,A.,Buysee,D.,&Bootzin,R.1999. Nonpharmacology treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine Review.Sleep22(8):1134-1156.

Morin,C.,Stone,J.,Trinkle,D., Mercer,J., &Remsberg,S.1993.Dysfunction beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without sleep complaints.Psychology and Aging8(3):463-467.

Murtagh,D.,&Greenwood,K.1995.Identify effective psychological treatments for insomnia:A meta- analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology63(1):79-89.

Myra S, et al., 2009. Menopausal symptoms following breast cancer treatment: A qualitative investigation of cognitive and behavioral responses.Maturiats 63: 336-340.

Northouse,L.,Caffey,M.,Deichelbohrer,L.,Schmidt,L.,Guziatek-Trojniak,L.,West,S.,et al., 1999.The quality of life of African American women with breast cancer. Research in Nursing and Health22:449-460.

Okuyama,T.,Akechi,T.,Kuguya.,A., Okamura,H.,Shima,Y.,Imoto, S.,Nakano,T.,et al., 2000.Factors correlated with fatigue in disease-free breast cancer patients: Application of the cancer fatigue scale. Supportive Care in Cancer8:215-222.

Oxana G.et al., 2007. A longitudinal study of Depression, Pain and Stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. Bio Psychol75 (1): 37-44.

Oxana G.,et al., 2010. Prevalence, Demographics, and Psychological Associations of sleep disruption in patients with cancer:University of Rochester Cancer-Community Clinical Oncology Program. Journal of Oncology 28(2): 292-298.

Palesh OG, et al., 2009. Insomnia more prevalent among patients treated with chemotherapy. Journal clinical oncology10: 1200.

Passik,S.,Whitcomb.,L.,Kirsh,K.,& Theobald,D.2003.An unsuccessful attempt to develop a single-item screen for insomnia in cancer patients.Journal of Pain and Symptom Management25(3):284-287.

Portenoy,R., &Itri,L.1999.Cancer-related fatigue:Guidelines for evaluation and management.The Oncologist4:1-10.

Radloff,L.1977.The CES-D scale: A self- report depression scale for research in the general population.Applied Psychological Measurement1(3):385-401.

Redeker,N.,Lev,E., &Ruggiero,J.2000.Insomnia,fatigue,anxiety,depression,and quality of lifeof patients undergoing chemotherapy.Scholarly Inquiry for Nursing Practice:An International journal14(4):275-290.

Richardson,A., & Ream,E.1997.Self-care behaviors initiated by chemotherapy patients in response to fatigue.International Journal of Nursing Studies34(1):35-43.

Robert,W.Shaw.,David,L., & ASH Monga.2011.Gynaecology.CHURCHILL LIVINGSTONE ELSEVIER4:405-421.

Rumble,M.,Keefe,F.,Edinger,J.,Porter,L., &Garst,J.2005.A pilot study investigating the utility of the cognitive-behavior al model of insomnia in early-stage lung cancer patients.Journal of Pain and Symptom Management30(2) :160-169.

Sara Vargus, et al.,2010. Sleep dysfunction and psychological adaptation among women undergoing treatment for non metastatic breast cancer. Psycho-Oncology. 19: 669-673.

Savard J, et a., 2001. Prevalent ,clinical characteristics and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. Sleep 24 (5): 583-590.

Savard J, et al., 2004. The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors. Journal of pain and symptom management 27 (6): 513-522.

Savard J. 2008. Insomnia prevalent among cancer patients.Journal clinical oncology. 10: 1200.

Sonia Ancoli-Israel, et al., 2006. Fatique , Sleep and circadian rhythms prior to chemotherapy for breast cancer. Supportive Care Cancer.March; 14(3): 201-209.

Shaver,J.,Giblin,E., Lentz,M., & Lee,K.1988.Sleep patterns and stability in perimenopausal women.Sleep11(6):556-561.

Shimozuma,K.,Ganz,P.,Peterson,L., &Hirji,K.1999.Quality of life in the first year after breast cancer surgery:rehabilitation needs and patterns of recovery.Breast Cancer Research and treatment56:47-57.

Smets, E., Visser, M., Willems–Groot,A.,Garssen,B.,Schuster-Uttehoeve,A., &De Haes,J.1998.Fatigue and radiotherapy: (B) experience in patients 9 months following treatment .British Journal of Cancer78(7):907-912.

Spielman,A.,Saskin,P., &Thorpy, M.1987.Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed.Sleep10(1):45-56.

Stein,K.,Jacobson,P.,Hann,D.,Greenberg,H., & Lyman,G.2000. Impact of hot flashes on quality of life among posmenopausal women being treated for breast cancer.Journal of Pain and Symptom Management19(6):436-445.

Tasmuth,T., Von Smitten,K.,Hietanen,P.,Kataja,M., &Kalso,E.1995.Pain and other symptoms after different treatment modalities of breast cancer . Annals of Oncology6:453-459.

Taylor,L.,Espie,C.,& White,C.2003. Attentional bias in people with acute versus persistent insomnia secondary to cancer.Behavioral Sleep Medicine1(4):200-212.

Thomas, J,Bader.2005.OB/GYN secrets updated third edition. Department of obstetrics and gynecology:University of Pennsylvania Health System:124-130.

Teletia R,et al., 2012. Understanding sleep disturbance in African-American breast cancer survivors: a pilot study.Psycho-Oncology2: 896-902.

Val Shilling and Valerie Jenkins. 2007. Self–reported cognitive problem in women receiving adjuvant therapy for breast cancer**.** European Journal of oncology nursing11: 6-15.

Van Egeren,L.,Haynes,S.,Franzen,M.,&Hamilton,J.1983.Presleep cognitions and attributions in sleep-onset insomnia.Jouranl of Behavioral Medicine6(2):217-232.

Wayne A. et al., 2008. The relative importance of specific risk factor for insomnia in women treated for early-stage breast cancer. Psychooncology January; 17(1): 9-18.

Wicklow,A.&Espie,C.2000.Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep:Toward a cognitive model of insomnia. Behavior Research and Therapy 38:679-693.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล	นายแพทย์ผู้เชี่ยว สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี
ผศ.ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาววนิดา รัตนานนท์	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หอผู้ป่วยอาทรล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางพรจันทร์ สายละไม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิชาการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0345

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1.	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
2.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีราภรณ์ จันทร์ดา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีราภรณ์ จันทร์ดา
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน โทร. 086-352-6265

ที่ ศธ 0512.11/0345

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน โทร. 086-352-6265

ที่ ศธ 0512.11/ 0345

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววนิดา รัตนานนท์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หอผู้ป่วยอาทรล่าง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววนิดา รัตนานนท์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน โทร. 086-352-6265

ที่ ศธ 0512.11/0345

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางพรจันทร์ สายละไม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิชาการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางพรจันทร์ สายละไม
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
ชื่อนิสิต นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน โทร. 086-352-6265

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

๒๔๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๔๒๐
โทรสาร ๐-๒๒๔๔-๓๔๒๑

COA 23/2556

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Factors Predicting Insomnia in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy

เลขที่โครงการ : ๐๑๔/๕๖

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย **Version 2 ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย **Version 2 ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๒ แบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ **Version 2 ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๓ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๔ แบบประเมินความเจ็บปวด Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๕ แบบประเมินความเหนื่อยล้า Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๖ แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๗ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนที่ ๘ แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ Version 2 **ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๖**

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๑/๐๕/๒๕๕๖
วันหมดอายุ : ๓๐/๐๔/๒๕๕๗

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโชคนครรวม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
๒๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์: ๐-๒๒๔๔-๓๔๒๒ โทรสาร: ๐-๒๒๖๘-๗๐๘๙

RL 01_2555

ที่ IRB/RTA .155../2556

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q010h/56

ชื่อโครงการวิจัย : "ปัจจัยทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด"
[FACTORS PREDICTING INSOMNIA IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY.]

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเอิน

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์วชิรพยาบาล

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง :

(1) โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม 2556
(2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม 2556
(3) เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 3 วันที่ 16 พฤษภาคม 2556
(4) แบบบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 28 มีนาคม 2556
(5) ประวัติย่อ น.ส.หนึ่งฤทัย อุดเอิน ฉบับที่ 1 วันที่ 28 มีนาคม 2556
(6) ประวัติย่อ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ฉบับที่ 1 วันที่ 28 มีนาคม 2556

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 16 สิงหาคม 2556
วันสิ้นสุดการรับรอง: 15 สิงหาคม 2557
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพัฒน์
ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

พันเอกสหพล อนันต์นำเจริญ
เลขานุการและอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดโครงการศึกษาวิจัย จากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน อายุ 27 ปี อยู่บ้านเลขที่ 7 หมู่1 ตำบลจรเข้เผือก อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามแนบท้ายของหนังสือนี้ถึง วัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา และได้พิจารณาแล้วว่าการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของประเทศ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและเมื่อข้าพเจ้ายินยอมเท่านั้น

ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง หรือโทรศัพท์ที่ 086-3526265

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุข้างต้น จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้า

พยาน

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

...…….…… ลงนาม….....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

....

สถานที่/วันที่ (นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน)

ผู้วิจัยหลัก

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน

3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2443311-12

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-3526265 E-mail: neung_g_n@hotmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1โครงการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยทำนายปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation research design) เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมการขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

5. รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย

5.1 ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 2, 3, 4 ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัดที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนทั้งหมด120 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

5.2 ขั้นตอนการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการอธิบายข้อมูลเกี่ยวการดำเนินการวิจัยจากผู้วิจัย จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาประมาณ40-45นาทีในการตอบแบบสอบถามได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมิน Dysfunctional Thought About Sleep แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์ เป็นต้น

6. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมระหว่างที่ตอบแบบสอบถามหรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับอยู่

7. ผู้วิจัยจะรับผิดชอบอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมและผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและจะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

10. ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อเป็นการยืนยันการวิจัยทางคลินิกและข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้ในการเซ็นให้ความยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิ์ในการตรวจสอบและมีสิทธิ์ได้รับข้อมูลเช่นกัน

9. ผู้เข้าร่วมในโครงการสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรับการรักษาพยาบาล และระหว่างทำการทดลองหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ,มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง,มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะหยุดการวิจัยและได้รับการช่วยเหลือโดยทันที

10. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจากการวิจัยในครั้งนี้ และอาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการวิจัยต่อไป

11.ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเกี่ยวข้องกับงานวิจัยมี 120 คน

12. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ผู้วิจัย นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขโทรศัพท์ 086-3526265

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ
ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด”

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (/)หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ..... ปี

2. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่( ) หม้าย ( ) หย่า

3. อาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกร( ) ทำธุรกิจส่วนตัว ( ) รับจ้าง ( ) อื่นๆ

4. รายได้ ( ) 0 – 10,000 ( ) 10,000-15,000

( ) 15,000 – 20,000 ( ) 20,000 ขึ้นไป

5. การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย

( ) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ

( ) เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

2.1 ระยะของมะเร็งเต้านม

( ) ระยะที่ 1 ( ) ระยะที่ 2

( ) ระยะที่ 3 ( ) ระยะที่ 4

2. 2สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

( ) Anthracycline containing regimen

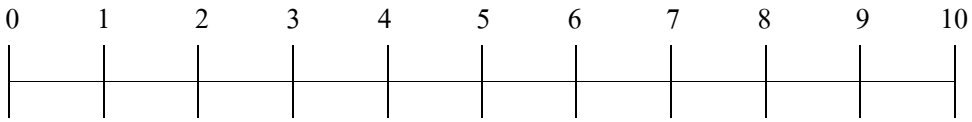
( ) Non Anthracycline containing regimen

2.3 ครั้งที่ของการมารับเคมีบำบัด ……

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Dysfunctional Thought About Sleep

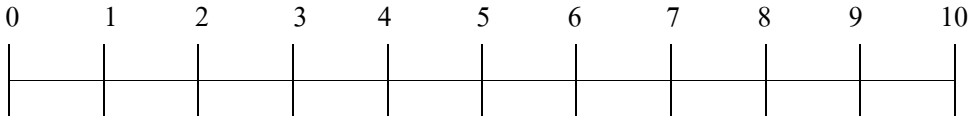
คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 18 ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความเห็นของท่าน จะไม่มีตำแหน่งใดถูกหรือผิดเพราะเป็นความรู้สึกของท่านเอง

1. ท่านต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น



ไม่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมากที่สุด

2. หากคืนไหนนอนไม่หลับไม่สนิท วันรุ่งขึ้น ท่านต้องงีบกลางวัน และนอนให้มากขึ้นในคืนถัดไป

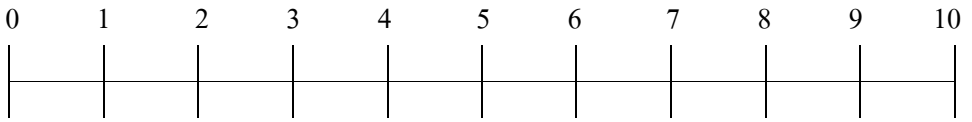


ไม่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมากที่สุด

.

.

18. ท่านกังวลว่าจะนอนหลับไม่เพียงพอ



ไม่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย20 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายการปฏิบัติตนของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 80-100%

ปฏิบัติมาก (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 60-79%

ปฏิบัติปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 40-59%

ปฏิบัติน้อย (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 20-39%

ปฏิบัติน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับไม่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านเลย หรือตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 0-19%

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	น้อยที่สุด (0)
พฤติกรรมการนอนหลับ 1.ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน 2.ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอนเช่นอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ . . 20. ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเจ็บปวด

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดของท่านในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านท่านรู้สึกเจ็บปวดมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

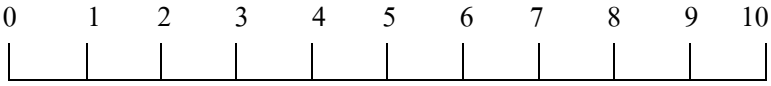
ไม่เจ็บปวดเลย เจ็บปวดมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย

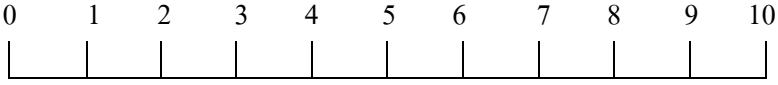
กากบาท(X) ลงบนตัวเลข ที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในช่วงหลังจากได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมามากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



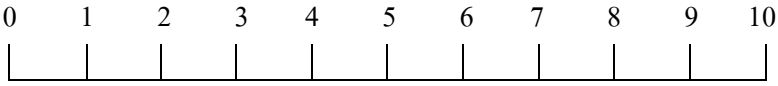
ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือในระดับใด



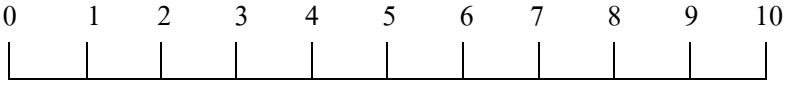
ไม่มีผลเลย มีผลมากที่สุด

ข้อ 7 – 11 โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่อความเหนื่อยล้าหลังจากได้รับเคมีบำบัดตามหัวข้อต่อไปนี้

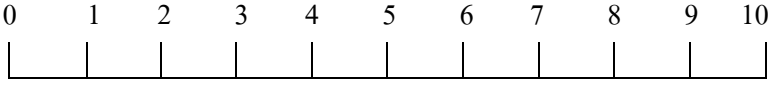
11. 

ปกติ ไม่ปกติ

ข้อ 12 – 22 หลังจากได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นอย่างไร

12. 

แข็งแรง อ่อนแอ

22. 

สมองปลอดโปร่ง สมองไม่ปลอดโปร่ง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบ

คำชี้แจง แบบประเมินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเกิดอาการร้อนวูบวาบของท่านในช่วง1เดือนที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็นแบบประเมิน2ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1แบบประเมินอาการร้อนวูบวาบในระยะเวลา48ชั่วโมงที่ผ่านมา

1. จำนวนครั้งที่เกิดอาการร้อนวูบวาบ.....ครั้ง

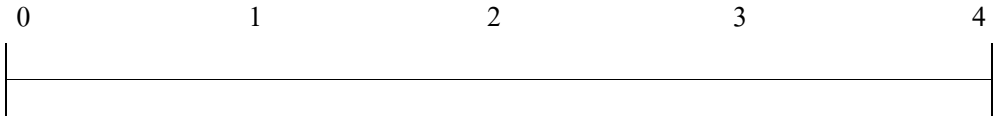
2.ความรุนแรงของการเกิดอาการร้อนวูบวาบ โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านท่านมีอาการร้อนวูบวาบมากน้อยเพียงใดในช่วง 2ที่ผ่านมา

ไม่รู้สึกเลย รู้สึกรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที 7 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

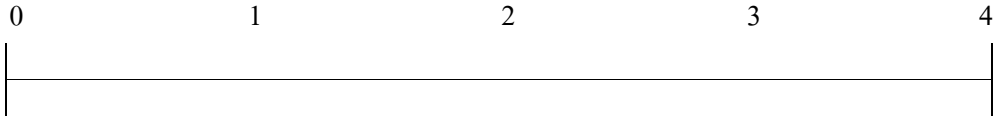
คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย Xลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง รุนแรงมาก

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง รุนแรงมาก

ส่วนที่ 8 แบบประเมินการรบกวนด้านอารมณ์

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

มากที่สุด (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 80-100 %

มาก (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 60-79 %

ปานกลาง (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 40-59 %

น้อย (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 20-39 %

น้อยที่สุด (0) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านหรือตรงกับความรู้สึกของท่านเพียง 0-19%

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	น้อยที่สุด (0)
ขณะที่ท่านได้รับเคมีบำบัดท่านรู้สึก 1.ตึงเครียด . . 37.เหนื่อยอ่อน					

ตารางที่ 14 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ในกลุ่ม Try out

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อที่1	.263	.757	ข้อที่10	.419	.744
ข้อที่2	.088	.772	ข้อที่11	.479	.740
ข้อที่3	.533	.733	ข้อที่12	.399	.746
ข้อที่4	.166	.763	ข้อที่13	.153	.763
ข้อที่5	.082	.770	ข้อที่14	.188	.762
ข้อที่6	.528	.737	ข้อที่15	.454	.742
ข้อที่7	.513	.736	ข้อที่16	.191	.761
ข้อที่8	.528	.737	ข้อที่17	.132	.767
ข้อที่9	.695	.717	ข้อที่18	.318	.752

ค่า Cronbach’s Alpha = .761

ตารางที่ 15 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับในกลุ่ม Try out

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อที่1	.647	.891	ข้อที่11	.721	.889
ข้อที่2	.433	.898	ข้อที่12	.317	.901
ข้อที่3	.739	.888	ข้อที่13	.163	.903
ข้อที่4	.864	.886	ข้อที่14	.052	.905
ข้อที่5	.808	.886	ข้อที่15	.405	.898
ข้อที่6	.741	.888	ข้อที่16	.326	.900
ข้อที่7	.852	.884	ข้อที่17	.325	.899
ข้อที่8	.619	.892	ข้อที่18	.066	.903
ข้อที่9	.182	.902	ข้อที่19	.739	.891
ข้อที่10	.626	.892	ข้อที่20	.601	.895

ค่า Cronbach’s Alpha = .90

ตารางที่ 16 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่ม Try out

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อที่1	.821	.928	ข้อที่12	.767	.929
ข้อที่2	.637	.931	ข้อที่13	.256	.936
ข้อที่3	.733	.929	ข้อที่14	.731	.930
ข้อที่4	.328	.938	ข้อที่15	.655	.931
ข้อที่5	.671	.930	ข้อที่16	.518	.933
ข้อที่6	.796	.928	ข้อที่17	.445	.934
ข้อที่7	.719	.930	ข้อที่18	.792	.929
ข้อที่8	.715	.930	ข้อที่19	.666	.931
ข้อที่9	.639	.931	ข้อที่20	.427	.934
ข้อที่10	.642	.931	ข้อที่21	.309	.936
ข้อที่11	.562	.932	ข้อที่22	.528	.933

ค่า Cronbach’s Alpha = .934

ตารางที่ 17 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับในกลุ่ม Try out

ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อที่1	.916	.929
ข้อที่2	.850	.936
ข้อที่3	.897	.931
ข้อที่4	.481	.962
ข้อที่5	.918	.930
ข้อที่6	.886	.932
ข้อที่7	.789	.941

ค่า Cronbach’s Alpha = .946

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน เกิดเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดเชียงใหม่ สำเร็จการการศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดราชบุรี ปีการศึกษา 2551 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการ ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช