

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2020

พลของโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จุฑาทิพย์ เหมบุตร
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

เหมบุตร, จุฑาทิพย์, "พลของโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด" (2020). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 4454.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/4454>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเต้านมที่ได้รับยา
เคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SLEEP HYGIENE MODIFICATION PROGRAM ON INSOMNIA IN BREAST
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการ |
| | นอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด |
| โดย | น.ส.จุฑาทิพย์ เหมบุตร |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

| | |
|---|---------------------------------|
| | คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์) | |
| คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ | |
| | ประธานกรรมการ |
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา) | |
| | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์) | |
| | กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย |
| (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาวัักษ์) | |

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จุฬาทิพย์ เหมบุตร : ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (THE EFFECT OF SLEEP HYGIENE MODIFICATION PROGRAM ON INSOMNIA IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุรพร ธนศิลป์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ๑ กับกลุ่มการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัด จำนวนรอบของการได้รับยาเคมีบำบัด และระดับอาการนอนไม่หลับก่อนทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด Brief Behavioral Therapy For Cancer-Related Insomnia ของ Palesh et al. (2018) มีการให้ความรู้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับและตื่น การควบคุมสิ่งเร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธญา แก้วแพง (2547) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077321936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: INSOMNIA, BREAST CANCER, CHEMOTHERAPY

Chuthathip Hemboot : THE EFFECT OF SLEEP HYGIENE MODIFICATION PROGRAM ON INSOMNIA IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D.

The purpose of this quasi-experimental research was to study Pre-Post test score mean of insomnia in experimental group and Post-test score mean of insomnia in experimental group compared control group from the effect of sleep hygiene modification program on insomnia in breast cancer patients receiving chemotherapy. Subjects were 42 breast cancer patients receiving chemotherapy at Chemotherapy and short stay unit of Somdech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. They were selected by a purpose sampling. The subjects were equally divided into a control group and an experimental group. They were matched in terms of age, stage of disease, type of chemotherapy, cycle of chemotherapy and insomnia level. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the sleep hygiene modification program. This program was based on Brief Behavioral Therapy For Cancer-Related Insomnia (Palesh et al., 2018) comprised the education of five sessions: 1) Factors for insomnia of breast cancer 2) Sleep hygiene 3) Sleep-wake cycles control 4) Stimulus control 5) Management on anxiety and fatigue. Data collected instruments were the Insomnia Severity Index by Morin (1993). It was translated into Thai version by Pattrareiya Keawpang (2004). The statistical techniques used in data analysis were percentage, mean, and t-test.

The research findings were as follows:

1. Post-test score mean of insomnia in experimental group was significantly lower than those of Pre-test score at .05 level.
2. Post-test score mean of insomnia in experimental group was significantly lower than those of control group at .05 level.

Field of Study: Nursing Science
Academic Year: 2020

Student's Signature
Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยแนะนำ ชี้แนะ ให้คำปรึกษา และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาตลอดการศึกษาที่ผ่านมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เกิดความสมบูรณ์ อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ หัวหน้าพยาบาลศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ตลอดจนพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อนุญาตและให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนอย่างเต็มที่ในการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงพี่น้อง มิตรสหาย และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ห่วงใย รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จุฬาทิพย์ เหมบุตร

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย.....ค | |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง | |
| กิตติกรรมประกาศ.....จ | |
| สารบัญ.....ฉ | |
| สารบัญตาราง.....ช | |
| สารบัญภาพ.....ญ | |
| บทที่ 1 บทนำ.....1 | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1 | |
| คำถามการวิจัย.....7 | |
| วัตถุประสงค์การวิจัย.....7 | |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....7 | |
| สมมติฐานการวิจัย.....8 | |
| ขอบเขตการวิจัย.....8 | |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....9 | |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....10 | |
| บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....11 | |
| 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม.....13 | |
| 2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....23 | |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....26 | |
| 4. อาการนอนไม่หลับ.....29 | |

| | |
|--|-----|
| 5. แนวคิดโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับยาเคมีบำบัด..... | 39 |
| 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 51 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 58 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 58 |
| ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง | 70 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง | 75 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 76 |
| สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 77 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 78 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 85 |
| สรุปผลการวิจัย | 89 |
| อภิปรายผล | 90 |
| ข้อเสนอแนะ | 94 |
| บรรณานุกรม | 95 |
| ภาคผนวก | 103 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 104 |
| ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ | 106 |
| ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง | 112 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 123 |
| ภาคผนวก จ ตารางแสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม | 138 |
| ประวัติผู้เขียน | 153 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ ระดับคะแนน อาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัด และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด..... | 61 |
| ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน | 79 |
| ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมี บำบัดที่ได้รับ และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด..... | 81 |
| ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ(n=21) | 82 |
| ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการ ทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=42)..... | 83 |
| ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=42)..... | 84 |
| ตารางที่ 7 ตารางการจับคู่ (Matched pair)..... | 139 |
| ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์แจกแจงแบบปกติของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ | 140 |
| ตารางที่ 9 แสดงคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอน หลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง | 141 |
| ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับอาการนอนไม่หลับก่อนได้รับ โปรแกรมปรับสุขวิทยาการนอนหลับ..... | 143 |
| ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของอาการนอนไม่หลับก่อน ได้รับโปรแกรมปรับสุขวิทยาการนอนหลับ | 143 |
| ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในแต่ละระดับคะแนน... | 144 |

หน้า

| | |
|---|-----|
| ตารางที่ 13 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในแต่ละระดับคะแนน | 144 |
| ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดใน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง | 145 |
| ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดใน กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง..... | 146 |
| ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อน ทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... | 147 |
| ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลัง ทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง..... | 148 |
| ตารางที่ 18 แสดงคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง | 149 |
| ตารางที่ 19 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่ม ทดลอง ตามรายชื่อ..... | 150 |
| ตารางที่ 20 แสดงจำนวนร้อยละของการรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมส่งเสริมการ นอนหลับ และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง | 152 |

สารบัญภาพ

หน้า

| | |
|---|----|
| ภาพที่ 1 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 77 |
|---|----|



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นกับประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในปี 2561 จากการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมขององค์การอนามัยโลก พบว่าเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงทั่วโลกถึง 627,000 คน (Bray et al., 2018) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2558 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นชนิดของมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทยจากอุบัติการณ์อยู่ที่ 31.4 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการรายงานสถิติล่าสุดในปี 2562 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาสูงเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น 40.0 % ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 55-59 ปี และช่วงอายุ 50-54 ปี ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่พบส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคมะเร็งมากที่สุดในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็น 27.7 % และ 24.4 % ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

โรคมะเร็งเต้านม มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม (breast tissue) มักเริ่มต้นในเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม โดยเซลล์เหล่านี้จะมีการแบ่งตัวที่ผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ทำให้มีจุดหรือก้อนเกิดขึ้นบริเวณเต้านม (Weiss, 2010) จากนั้นเปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็งระยะที่ยังไม่ลุกลาม (ductal/lobular carcinoma in situ) และกลายเป็นมะเร็งเต้านมในที่สุด (invasive ductal/lobular carcinoma) (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559) เซลล์มะเร็งมักมีการแพร่กระจายไปตามทางเดินต่อมน้ำเหลืองหรือไปสู่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารที่ร่างกายต้องการ พร้อมกับปล่อยสารเคมีบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่างๆ จนร่างกายอ่อนแอลงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีหลากหลายแนวทาง ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555) การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษาโรคมะเร็งเต้านมพบได้มากถึง 18.3 % และอีก 15.7 % ใช้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดรวมกับการรักษาหลายวิธี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา เช่น ปวด เหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก ผมร่วง เจ็บในช่องปาก เป็นต้น (สมถวิล

ลูกרךและคณะ, 2556) โดยอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบวงจรการหลับและตื่น รวมไปถึงการทำงานของร่างกายในรอบ 24 ชั่วโมง (Vena, Parker, Cunningham, Clark, & McMillan, 2004) นอกจากนี้การได้รับยาบรรเทาอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลให้เกิดความแปรปรวนเพิ่มขึ้นในการนอนหลับของผู้ป่วย (Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006) จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาตามมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกช่วงระยะในการเข้ารับเคมีบำบัด โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 7 ของการได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกเป็นต้นไป และเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกจนถึงระยะลุกลาม (Bower, 2008)

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะต่อไปนี้จาก 1 ในสามของอาการ โดยจะเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน คือ 1) การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) 2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) 3) การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (waking up too early) (Morin, 1993; National Institutes of Health, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษามีอุบัติการณ์ของการนอนไม่หลับ 51-63 % (Fortner, Stepanski, Wang, Kasproicz & Durrence, 2002; Koopman et al., 2002) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับประมาณร้อยละ 80 (Palesh et al., 2010) สามารถพบอาการนอนไม่หลับได้ทั้งสามลักษณะ คือ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก และการตื่นนอนเร็วกว่าปกติ โดยพบว่ามีมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับทั้งสามลักษณะ และส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังตามมาถึง 60 % (Palesh et al., 2013)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีการดำเนินของโรคที่แยลง เนื่องมาจากอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและระบบเม็ดเลือดขาวจากการขาดระยะการนอน Delta หรือ REM ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเหมาะสมของร่างกายต่อการทำงานของไซโตไคน์เพื่อแบ่งเซลล์เม็ดเลือดขาว (Adame & Oswald, 1984) เมื่อการผลิตเซลล์เม็ดเลือดขาวน้อยลงส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้ป่วยลดลงไปด้วย จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่นอนหลับได้อย่างเพียงพอ (Savard & Morin, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อความรุนแรงในการดำเนินของโรค การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีกด้วย (Palesh et al., 2014; Vena et al., 2004) ในด้านสภาวะจิตใจพบว่าอาการนอนไม่หลับทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนตามมา เช่น รู้สึกหงุดหงิด สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น (Savard & Morin, 2001; นันทวรรณ

พลสุวรรณและคณะ, 2557; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) ดังนั้นอาการนอนไม่หลับจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแย่ลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Fortner et al., 2002)

จากแนวคิดทฤษฎี 3P Model ของ Glovinsky & Spielman (2006) ได้อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับดังนี้ 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing characteristics) เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ความทนต่อการเกิดปัญหานอนไม่หลับลดลง 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating events) เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็ว (acute insomnia) จากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ 3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating attitudes and practices) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง (chronic insomnia) ถึงแม้ว่าปัจจัยกระตุ้นจะหายไปหรือลดความรุนแรงลงแล้วก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นไปตามหลักแนวคิดทฤษฎี 3P Model ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ คือ ความวิตกกังวล (Savard & Morin, 2001; พัทริญา แก้วแพง, 2547) ปัจจัยกระตุ้น คือ ความเหนื่อยล้า (Ancoli-Israel et al., 2006; Fortner et al., 2002) และปัจจัยคงอยู่ คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับและความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ (Broeckel, Jacobsen, Horton, Balducci, & Lyman, 1998; พัทริญา แก้วแพง, 2547; หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) จากการค้นคว้าวรรณกรรมในประเทศไทยพบการศึกษาโดยการนำรูปแบบโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองและการพยาบาลแบบสนับสนุน ร่วมกับการออกกำลังกาย เช่น การเดินออกกำลังกาย, การฝึกโยคะ เป็นต้น เพื่อมาจัดกระทำต่อปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า (ชัชฎาพร พุทธเสน, 2558; รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่จัดกระทำกับปัจจัยคงอยู่ คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับหรือสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี และความเชื่อ ทศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง แม้ว่าจะสามารถจัดปัจจัยโน้มนำหรือปัจจัยกระตุ้นได้แล้วก็ตาม ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 2 - 4 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่พบว่า ปัจจัยทำนายสำคัญของอาการนอนไม่หลับคือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ($\beta = .599$, $p < .00$) มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากปัจจัยทำนายที่พบในการศึกษานี้จึงเป็นไปตามหลักการแนวคิดทฤษฎี 3P Model ของ Glovinsky & Spielman (2006) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยคงอยู่คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเป็นสิ่งที่ทำให้อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเรื้อรัง ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับที่ครอบคลุมพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จึงเป็นการจัดกระทำโดยตรงต่อปัจจัยคงอยู่เพื่อช่วยลดปัญหาอาการนอนไม่หลับ

นอกจากนี้การเพิ่มการจัดการต่อปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการจัดการปัจจัยคงอยู่ จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหามองในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อาการนอนไม่หลับลดลงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ คือ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับของตัวผู้ป่วยจากสาเหตุในปัจจัยกระตุ้น (สุตารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับ จะเกิดการตอบสนองของร่างกายโดยการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น แต่พฤติกรรมปรับตัวเหล่านั้นของผู้ป่วยไปรบกวนสมดุลกลไกพื้นฐานของการหลับและตื่น (Glovinsky & Spielman, 2006) ทำให้เกิดสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดีและส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเหล่านั้น จะทำให้ปัญหาอาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในที่สุด

ความวิตกกังวล คือ สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจหรือไม่สบายใจ (ชอลดา พันธุเสนา, 2536; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) จากภาวะคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลนั้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Spielberger & Sydeman, 1994) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้นอนไม่หลับจากการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวและเกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Savard & Morin, 2001) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถพบความวิตกกังวลได้ตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งเสร็จสิ้นการรักษา (Trimmel, Semrad, Kubista, Steger, & Zielinski, 2005) สาเหตุมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (Malone, 2007; Saraswathi et al., 2005) รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของโรคในการกลับมาเป็นซ้ำหรือเกิดการลุกลามถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม (Winnie et al., 2010)

ความเหนื่อยล้า คือ ความรู้สึกถึงอาการอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ (วันชัย วนะชีวินาวัน, 2539) รวมถึงการที่บุคคลรู้สึกหมดกำลังและขาดพลังงานจากการต้องเผชิญความเครียด มีผลให้ร่างกายเกิดการทำงานบกพร่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Aistars, 1987) ในผู้ป่วยมะเร็งสาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้ามาจากพยาธิสภาพของโรคจากการแย่งสารอาหารในร่างกายและการเพิ่มขึ้นของกระบวนการเผาผลาญ รวมถึงอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีที่ได้รับ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารส่งผลต่อการลดลงของพลังงานในร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น (Piper,

Linsey, & Dodd, 1987) โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับที่เข้ารับการติดตามรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในปัจจุบัน คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นสาเหตุของการรบกวนการนอนหลับ และการรับประทานยาเพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การแนะนำวิธีการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษา เนื่องจากปัจจุบันแพทย์มีการให้ยานอนหลับแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามผลที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการใช้ยานอนหลับ คือผู้ป่วยง่วงนอนกลางวันและการนอนหลับกลางคืนลดลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะสมต่อพฤติกรรมการณ์การนอนหลับของผู้ป่วย (Page, Berger, & Johnson, 2006) นำมาซึ่งปัญหาอาการนอนไม่หลับที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในที่สุด ดังนั้น การจัดการกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยา จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือก เพื่อช่วยแก้ไขปัญหการนอนหลับและลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยานอนหลับได้

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบการศึกษาโดยการนำรูปแบบโปรแกรมเพื่อมาจัดกระทำตามหลักทฤษฎี 3P Model ต่อปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า (ชัชฎาพร พุทธเสน, 2558; รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่นำปัจจัยคงอยู่คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) มาจัดกระทำเพื่อแก้ไขปัญหการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเพื่อจัดการกับปัจจัยคงอยู่ตามหลักทฤษฎี 3P Model โดยการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมการณ์การนอนมาจัดการกับสุขอนามัยในการนอนหลับและการปรับความคิดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยผลของการวิจัยพบว่าสามารถลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้ (กรรณิกา ชูจิตร, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Cognitive-Behavior Therapy (CBT-I) สำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อจัดการกับปัจจัยคงอยู่ตามหลักทฤษฎี 3P Model โดยมีรูปแบบในการจัดการเกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมสิ่งเร้า การจำกัดการนอน การบำบัดความคิดและการฝึกกิจกรรมบำบัด ใช้เวลาประมาณ 4-8 สัปดาห์ โดยผลจากการศึกษาพบว่าช่วยให้อาการนอนไม่หลับดีขึ้น (Zhou, Suh, Youn, & Chung, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ CBT-I พบว่ามีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง ส่งผลให้สภาวะอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดีขึ้น

ขึ้น (Aricò, Raggi, & Ferri, 2016) และจากการค้นคว้าเพิ่มเติมพบการศึกษาของ Palesh et al. (2018) ได้ทำการประยุกต์ CBT-I มาใช้เพื่อให้ความเหมาะสมต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม พัฒนาเป็น โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) ศึกษาโดยการเปรียบเทียบ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโภชนาการบำบัด จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดมีอาการนอนไม่หลับลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เรื่องโภชนาการบำบัด ($P = 0.041$) อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า โปรแกรมมุ่งเน้นไปในเรื่องของ การปรับพฤติกรรม การนอนหลับโดยวิธีการจำกัดการนอน (Sleep compression) และการควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) ประกอบด้วย ความรู้ 5 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) การ ควบคุมสิ่งเร้า 3) การลดการงีบหลับ 4) การจำกัดการนอน 5) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น แต่ จากปัจจัยทำนายที่พบในงานวิจัยของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ปัญหาการนอนหลับที่พบของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) ที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นการ จัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นปัญหานอนไม่ หลับแบบเรื้อรัง จากการศึกษาความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับตามมา ซึ่งสามารถทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลงได้ นอกจากนี้การแนะนำแนวทางเพื่อจัดการต่อปัจจัยร่วมอื่นๆที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ คือ ความ วิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง จุดมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การดูแลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดของ Palesh et al. (2018) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่มีผลต่อ อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดชาวไทย โดยมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนอนหลับไปในทางที่ถูกต้องตามมา รวมถึงการให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทาง ร่วมในการจัดการกับปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ หวังผลให้อาการ นอนไม่หลับลดลง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างตรงจุด

คำถามการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างจากหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับหรือไม่ อย่างไร
2. อาการนอนไม่หลับของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้จัดการกับอาการนอนไม่หลับตามหลักทฤษฎี 3P Model ของ Glovinsky & Spielman (2006) โดยการนำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดของ Palesh et al. (2018) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมที่มีผลรบกวนการนอนหลับ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับมักมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ เช่น การงีบหลับตอนกลางวัน การใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงก่อนเข้านอนนอน เป็นต้น ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับของตัวผู้ป่วยมุ่งหวังให้อาการนอนไม่หลับดีขึ้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมนอนหลับที่ไม่ถูกต้องตามมา โดยกระบวนการเหล่านี้เป็นวงจรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกัน หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในที่สุด ดังนั้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับจึงเป็นการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับให้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับตามมา ผู้ป่วยจึงมีอาการนอนไม่หลับลดลง

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) ของ Palesh et al. (2018) มุ่งเน้นวิธีปรับพฤติกรรมนอนโดยให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

การควบคุมสิ่งเร้า การลดการงีบหลับ การจำกัดการนอนและการควบคุมวงจรการหลับและตื่น ซึ่งพบว่ามีความผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง แต่ปัญหาการนอนหลับที่พบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมโดยมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างตรงจุด ประกอบด้วยการให้ความรู้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) สุขวิทยาการนอนหลับ 3) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น 4) การควบคุมสิ่งเร้า 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันและจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับของตน รวมถึงการให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางร่วมในการจัดการกับอาการอื่นๆที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับหวังผลเพื่อให้อาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างตรงจุด จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ มีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ มีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วย

ระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีการคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งหมด 42 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ตัวแปรตาม คือ อาการนอนไม่หลับ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงการเปลี่ยนแปลงของการนอนทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งจะประกอบไปด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่

1) การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที)

2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยนอนหลับแล้วมีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเชากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้

3) การตื่นนอนเชากว่าปกติ (waking up too early) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ

โดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธริญา แก้วแพง (2547)

โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับเป็นรายบุคคล ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยมีการนัดพบผู้ป่วย 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามรอบระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด และการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อให้อาการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนอนหลับมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) สุขวิทยาการนอนหลับ 3) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น 4) การควบคุมสิ่งเร้า 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันและจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับของตน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดีขึ้น

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมอาการที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพโดยไม่ใช้ยา แก่ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการปรับพฤติกรรมการนอนหลับ ซึ่งถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล
2. เป็นแนวทางนำไปสู่การศึกษาวิจัย ค้นหาวิธีการพยาบาลรูปแบบใหม่เพื่อนำใช้ในการจัดการต่อปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มีปัญหาอาการนอนไม่หลับ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม
 - 1.2 ความหมายของมะเร็งเต้านม
 - 1.3 พยาธิสภาพของมะเร็งเต้านม
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
 - 1.5 ระยะของมะเร็งเต้านม
 - 1.6 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับการนอนหลับ
 - 3.2 กลไกพื้นฐานที่ควบคุมการหลับตื่น
 - 3.3 ชนิดของการนอนหลับ
4. อาการนอนไม่หลับ
 - 4.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
 - 4.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ
 - 4.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ
 - 4.4 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 - 4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 - 4.6 เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ
 - 4.7 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
 - 4.8 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ
5. แนวคิดโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

- 5.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ
- 5.2 สุขวิทยาการนอนหลับ
- 5.3 การควบคุมวงจรการหลับและตื่น
- 5.4 การควบคุมสิ่งเร้า
- 5.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า
- 6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7. กรอบแนวคิดการวิจัย



1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1.1 อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม

ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดกับประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในปี 2561 จากการรายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมขององค์การอนามัยโลกพบว่าเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงทั่วโลกถึง 627,000 คน (Bray et al., 2018) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2558 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นชนิดของมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทยจากอุบัติการณ์อยู่ที่ 31.4 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการรายงานสถิติล่าสุดในปี 2562 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาสูงเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น 40.0 % ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 55-59 ปี และช่วงอายุ 50-54 ปี ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่พบส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคมะเร็งที่สูงสุดในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คิดเป็น 27.7 % และ 24.4 % ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1.2 ความหมายของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม หมายถึง การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม (breast tissue) มักเริ่มต้นในเซลล์ที่อยู่ภายในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม โดยเซลล์เหล่านี้จะมีการแบ่งตัวที่ผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้และทำให้มีจุดหรือก้อนเกิดขึ้นบริเวณเต้านม (Weiss, 2010) เซลล์มะเร็งมักมีการแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือไปสู่อวัยวะอื่นที่ห่างไกล เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมองเช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารและปล่อยสารบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่างๆจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

1.3 พยาธิสภาพของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเริ่มเกิดขึ้นที่บริเวณส่วนของ terminal duct lobular unit ในเต้านมที่มีการเจริญเติบโตมากผิดปกติ โดยเริ่มแรกมักจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็น ductal hyperplasia หรือ lobular hyperplasia แล้วจึงเปลี่ยนเป็นก้อนเนื้อออก dysplasia ก่อน ต่อจากนั้นก็เปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็งระยะที่ยังไม่ลุกลาม ductal/lobular carcinoma in situ และท้ายสุดจึงเปลี่ยนแปลงเป็น invasive ductal/lobular carcinoma (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559) สามารถแบ่งชนิดเป็น Non-invasive carcinoma และ Invasive carcinoma ได้ดังนี้ (Weiss, 2010)

1.3.1 Non-invasive carcinoma จะเกิดขึ้นในบริเวณ breast duct หรือ lobules duct ของเต้านม โดยไม่มีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อปกติหรือบริเวณส่วนอื่นนอกจากเต้านม ในบางครั้งเรียกว่า in situ หรือ pre-cancer

1.3.1.1 DCIS (ductal carcinoma in situ) เกิดขึ้นบริเวณท่อน้ำนม

1.3.1.2 LCIS (lobular carcinoma in situ) เกิดขึ้นบริเวณ milk-making glands ของเต้านม เรียกว่า lobules โดย LCIS ยังไม่ใช่มะเร็งที่แท้จริง เป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในอนาคตต่อการพัฒนาเป็น Invasive carcinoma ต่อไป

1.3.2 Invasive carcinoma มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มักเป็นชนิดนี้โดยจะเกิดขึ้นในบริเวณเนื้อเยื่อปกติ เมื่อเซลล์มะเร็งจะกระจายไปยังอวัยวะอื่นในร่างกายผ่านระบบ blood system หรือ lymph system จะเรียกว่า metastatic breast cancer ซึ่งในบางกรณีอาจเป็นได้ทั้ง Non-invasive หรือ Invasive carcinoma

1.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งที่แน่ชัด แต่จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิงที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการสัมผัสฮอร์โมน พันธุกรรม และสภาวะแวดล้อม (สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย, 2561) ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่

1.4.1 ผู้หญิง มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าเพศชาย

1.4.2 ผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี

1.4.3 ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนอายุน้อยกว่า 12 ปี หรือ ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี

1.4.4 ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตร

1.4.5 ผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาฮอร์โมนทดแทนในวัยที่หมดประจำเดือนหรือใช้ยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน

1.4.6 ผู้หญิงที่มีประวัติเคยได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณหน้าอกในปริมาณมากช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะเมื่อมีอายุขณะได้รับรังสีน้อยกว่า 30 ปี

1.4.7 ผู้หญิงที่มีประวัติมีก้อนที่เต้านมทั้งชนิดของ atypical ductal / lobular hyperplasia หรือก้อนเนื้องอกชนิดธรรมดา มีโอกาสที่ก้อนจะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมในอนาคต

1.4.8 ผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว เช่น hereditary breast and ovarian syndrome, Li-Fraumeni syndrome, Cowden syndrome ในครอบครัว ถึงแม้ว่า

ตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนก่อโรคทางพันธุกรรมดังกล่าวข้างต้น หากมีญาติพี่น้องสายตรง (first degree relatives) เป็นมะเร็งเต้านมโอกาสที่ผู้หญิงกลุ่มนี้จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมก็สูงมากขึ้นกว่าคนทั่วไป

นอกจากนี้ผู้หญิงที่อ้วนหรือมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีแคลอรีหรือไขมันสูงเป็นประจำ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็เพิ่มรายงานความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกหลังจากรับการรักษาแล้วที่อยู่ในภาวะอ้วนและออกกำลังกายน้อยมีโอกาสรอโรคมะเร็งเต้านมจะกลับเป็นซ้ำเมื่อติดตามต่อเนื่องอีกด้วย

1.5 ระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมตามแบบกายวิภาคของ AJCC ฉบับที่ 8 (American Joint Committee on Cancer) โดยอ้างอิงระบบ TNM ได้ดังนี้ (สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย, 2561)

1.5.1 การประเมินสภาพทั่วไป โดยรายงานก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ

m (multiple foci of invasive carcinoma) หมายถึงก้อนมะเร็งมีลักษณะเป็นก้อนขนาดเล็ก กระจายทั่วไปหลายตำแหน่ง
r (recurrent) หมายถึง การกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม
y (posttreatment) หมายถึง ก้อนมะเร็งที่ส่งตรวจเคยผ่านการรักษามาแล้ว

1.5.2 การประเมินขนาดก้อนมะเร็ง (primary tumor size)

pTx ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้
pT0 ไม่พบก้อนมะเร็ง
pTis พบเซลล์มะเร็งอยู่ในภายในท่อนมเท่านั้น ยังไม่พบการลุกลามของเซลล์มะเร็งแทรกทะลุเยื่อหุ้มท่อน้ำนม
pT1mi ขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 1 mm.
pT1a ขนาดก้อนมะเร็ง 1-5 mm.
pT1b ขนาดก้อนมะเร็ง 5-10 mm.
pT1c ขนาดก้อนมะเร็ง 10-20 mm.
pT2 ขนาดก้อนมะเร็ง 20-50 mm.
pT3 ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 50 mm.
pT4 ขนาดก้อนมะเร็งเท่าใดก็ได้ แต่พบอาการร่วมนดังนี้

- pT4a ก้อนมะเร็งยึดติดกับกล้ามเนื้อหน้าอก
- pT4b พบผิวหนังบวมหรือมีการทะลุแตกมีผิวหนัง
- pT4c พบทั้งสองระยะ pT4a และ pT4b ร่วมกัน
- pT4d พบ inflammatory carcinoma จากการที่ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงแบบการอักเสบ

1.5.3 การประเมินภาวะแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง (regional lymph nodes)

pNx ไม่สามารถตรวจต่อมน้ำเหลืองได้

pN0 ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองหรือพบเซลล์มะเร็งขนาดไม่เกิน 0.2 mm.

- N0 (i+) เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองขนาดไม่เกิน 0.2 mm. หรือเซลล์มะเร็งไม่เกิน 200 เซลล์
- N0 (mol+) มีการตรวจพบเซลล์มะเร็งระดับโมเลกุล

pN1 เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

- pN1a เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 ต่อมน
- pN1b เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง internal mammary sentinel node
- pN1c พบ pN1a ร่วมกับ pN1b

pN2 เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ 4-9 ต่อมน

- pN2a เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ 1-3 ต่อมนและขนาดเกิน 2 mm. ขึ้นไป กรณีพิจารณาทางคลินิกเท่านั้นให้รายงานเป็น cN2b
- pN2b เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง internal mammary nodes แต่ไม่พบการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้

pN3 เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ 10 ต่อมนขึ้นไป

- pN3a เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4-9 ต่อมนหรือต่อมน้ำเหลือง infraclavicular nodes กรณีพิจารณาทางคลินิกเท่านั้นให้รายงานเป็น cN3a

- pN3b มีการตรวจพบ pN1a, pN2a หรือ cN2b
- pN3c เซลล์มะเร็งกระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง supraclavicular nodes

1.5.4 การแพร่กระจายของมะเร็ง (Metastasis)

cM0 ทางคลินิกตรวจไม่พบการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

cM1 ทางคลินิกตรวจพบการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

pM1 ทางคลินิกตรวจไม่พบการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นด้วยกล้องจุลทรรศน์

การจัดกลุ่มระยะของโรค (AJC Anatomical Stage Groups)

| | | | |
|------------|----------|----------|----|
| Stage 0 | Tis | N0 | M0 |
| Stage IA | T1 | N0 | M0 |
| Stage IB | T0,T1 | N1mi | M0 |
| Stage IIA | T0,T1 | N1 | M0 |
| | T2 | N0 | M0 |
| Stage IIB | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N0 | M0 |
| Stage IIIA | T0,T1,T2 | N2 | M0 |
| | T3 | N1,N2 | M0 |
| Stage IIIB | T4 | N0,N1,N2 | M0 |
| Stage IIIC | Any T | N3 | M0 |
| Stage IV | Any T | Any N | M1 |

1.6 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรค ขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็งต้องใช้หลายวิธีเสริมเพื่อให้เกิดการรักษาที่ได้ผลดี ปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับและเป็นทั้งหมด 5 วิธี คือ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

1.6.1 การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกซึ่งมีประโยชน์ในการควบคุมโรค และสามารถนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยาทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น โดยขั้นตอนการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ การผ่าตัดที่ได้

นมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้ยังมีส่วนเพิ่มเติมซึ่งไม่ใช่การรักษาโดยตรง เช่น การเสริมสร้างเต้านมใหม่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

1) การผ่าตัดบริเวณเต้านม แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่

(1) การตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Total or Simple mastectomy)

คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (รวมผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งและหัวนมด้วย) เดิมการผ่าตัดวิธีนี้เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กับผู้ป่วยทุกราย แต่ปัจจุบันแพทย์เลือกใช้กับผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ มีก้อน มะเร็งหลายก้อน มีเต้านมขนาดเล็กหรือมีข้อห้ามในการฉายรังสีที่เต้านมหลังผ่าตัด

(2) การตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน (Partial mastectomy or Breast-conserving surgery) คือ การตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่โดยรอบ จะตัดห่างจากขอบของก้อนมะเร็งประมาณ 1-2 ซม. โดยมากจะยังคงเหลือหัวนม ฐานหัวนม และส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านม ส่วนมากมักเลือกใช้ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก มีก้อนมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียว และ/หรือเต้านมมีขนาดใหญ่พอสมควร ภายหลังการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังสามารถรักษารูปร่างของเต้านมได้ดี ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการการฉายรังสีที่เต้านมร่วมด้วยเสมอ

2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี ได้แก่

(1) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) เป็นมาตรฐานของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็งทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในการควบคุมโรค ทราบระยะที่แท้จริงของโรค และนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นผลดีต่อการรักษาโรค ในทางตรงข้ามการผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น มีอาการชาบริเวณต้นแขนด้านใน มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานได้ลดลง หรือในระยะยาวอาจมีภาวะแขนบวมข้อไหล่ติดได้ โดยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง(รังสีรักษา)ร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การใช้งานซ้ำๆ การบาดเจ็บหรือการติดเชื้อของแขนข้างเดียวกันเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแขนบวม ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกหมดจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยคลำพบต่อมน้ำเหลืองผิดปกติที่รักแร้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 70% และในผู้ป่วยที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

(2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node biopsy) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เช่น ผู้ป่วยที่คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้ ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 30 % การผ่าตัดนี้เป็นการหาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่มีมะเร็ง

จะแพร่กระจายไป และนำต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวไปตรวจเพื่อยืนยันว่ามีมะเร็งกระจายมาหรือไม่ หากไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวก็ไม่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่นๆ ออก ซึ่งทำให้ลดโอกาสเกิดแขนบวม (Lymphedema) แต่หากตรวจพบว่าการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อด้วยการผ่าตัดเพื่อนำต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection)

3) การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) คือ การผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อที่บริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านมมาเพื่อเสริมหรือสร้างเต้านมใหม่ ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ลดความสูญเสียและเสริมสร้างความมั่นใจในการกลับไปทำงานและใช้ชีวิตตามปกติ สามารถทำการผ่าตัดได้หลายรูปแบบ ดังนี้

(1) การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) มาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกไป ซึ่งทำให้ยังคงมีลักษณะคล้ายเต้านมอยู่ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นแพทย์จะนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมัน และกล้ามเนื้อหน้าท้องมาทดแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออก โดยการผ่าตัดวิธีนี้ใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่าการตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว โดยจะใช้เวลาผ่าตัดนานประมาณ 3-5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานประมาณ 1 สัปดาห์ ข้อดีประการหนึ่งของการผ่าตัดวิธีนี้คือการนำเนื้อเยื่อจากหน้าท้องมาเสริมแทนเต้านมเดิมทำให้ช่วยลดเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้องทำให้หน้าท้องแบนราบลง และในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นระยะเริ่มแรกผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา)

(2) การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก (Latissimus dorsi myofascial flap or LD flap) มาทดแทนเต้านมส่วนที่ตัดออกไป ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักทำร่วมกับการผ่าตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน โดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียเนื้อเต้านมมากเกินไปที่จะคงความสวยงามไว้ได้หากไม่มีเนื้อเยื่ออื่นมาทดแทน ซึ่งผู้ป่วยที่เลือกการผ่าตัดวิธีนี้ยังคงต้องได้รับการฉายแสง (รังสีรักษา) ร่วมด้วยเช่นเดิม ผู้ป่วยบางรายสามารถเลือกใช้วิธีการผ่าตัดดังกล่าวทดแทนการผ่าตัดเต้านมออกหมดรวมกับการใส่เต้านมสังเคราะห์ (prosthesis) หรือไม่ก็ได้ การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบักอาจจะทำให้เกิดบาดแผลบริเวณหลังได้ และภายหลังจากการผ่าตัดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการพยุงหัวไหล่จะทำงานได้ใกล้เคียงปกติ

1.6.2 การรักษาโดยการฉายแสง (รังสีรักษา) เป็นการใช้อุปกรณ์พิเศษที่สามารถปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อไปหยุดยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยจะไปทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวที่รวดเร็วกว่าดังนั้นจึงถูกทำลายมากกว่าเซลล์ปกติ นอกจากนี้เซลล์ปกติยังมีคุณสมบัติที่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน

เซลล์ที่ถูกทำลายไปแล้วได้ จึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆของร่างกายยังคงมีรูปร่างและการทำงานตามปกติ ในการรักษามะเร็งเต้านมมักจะใช้การฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเต้านมออกบางส่วน (Breast conserving surgery) นอกจากนั้นอาจใช้เป็นวิธีการรักษาร่วมในผู้ป่วยบางรายที่ถึงแม้จะตัดเต้านมออกหมด (Total mastectomy) แต่ก็ต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย เช่น ในผู้ป่วยที่ขนาดของก้อนมะเร็งมากกว่า 5 ซม. มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อหน้าอกซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก เป็นต้น

1.6.3 การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy) การเจริญเติบโตของเต้านมรวมทั้งการทำงานของเต้านมจะขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศ และพบต่อมาว่าการเติบโตของมะเร็งเต้านมบางรายก็ขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งชนิดที่มีตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) หรือไม่ ซึ่งถ้าเป็นผลบวกก็จะเป็นตัวช่วยชี้แนวทางว่าสมควรที่จะรักษาด้วยฮอร์โมนหรือไม่ โดยจากสถิติของประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณสองในสามรายจะมีการตอบสนองต่อการให้ยาต้านฮอร์โมน ทำให้สามารถใช้ยาในกลุ่มนี้ในการรักษาได้

ยาต้านฮอร์โมนแบ่งได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่

1) ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน สามารถใช้ได้ทั้งในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนอยู่หรือหมดประจำเดือนแล้ว อาจมีผลทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอด นอกจากนี้ยังไม่ควรใช้ในรายที่มีประวัติเคยเป็นลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหรือที่สมอง เนื่องจากพบความเสี่ยงในเรื่องเหล่านี้มากขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าว

2) ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน สามารถใช้ได้เฉพาะในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วอาจมีผลต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ

1.6.4 การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะ (Targeted Therapy) ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยากลุ่มใหม่ เช่น ยาด้านเฮอร์ทู ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่มเดิม กล่าวคือเซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณเฮอร์ทู (HER2 : Human Epidermal Growth Receptor 2) อยู่ ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวเพื่อจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งดังกล่าวได้ ดังนั้น เซลล์อื่นๆที่ไม่มีตัวรับสัญญาณก็จะไม่ได้รับผลกระทบจากยาในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามแม้ว่ายากลุ่มนี้จะเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี รักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง มีผลข้างเคียงน้อย แต่ก็มีข้อจำกัดที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น นอกจากนี้ยายังมีราคาแพงมากทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้อายากลุ่มนี้

1.6.5 การรักษาโดยยาเคมีบำบัด คือ การใช้ยาที่มีคุณสมบัติทำลาย ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะอยู่ในรูปแบบของยาเม็ดรับประทาน ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อและยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การบริหารยาจะขึ้นอยู่กับสูตรของยาเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่

การบริหารยาจะห่างกัน 3 หรือ 4 สัปดาห์ต่อรอบ ระยะเวลาเฉลี่ย 4-8 เดือนต่อหนึ่งสูตรการรักษา โดยยาเคมีบำบัดจะสามารถออกฤทธิ์ได้ทั่วร่างกาย (Systemic treatment) นอกจากทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังอาจมีทำลายเซลล์ปกติของร่างกายบางส่วนไปด้วย แต่เนื่องจากคุณสมบัติของเซลล์ปกติสามารถสร้างทดแทนขึ้นใหม่ได้ เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาก็จะฟื้นฟูกลับมาใกล้เคียงปกติได้ในที่สุด (ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ซึ่งอาจให้ในรูปแบบการรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant) หรือหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)

1.6.5.1 สูตรเฉพาะของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สูตรของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกในปัจจุบันสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) CMF : cyclophosphamide / methotrexate / 5-fluorouracil โดยจะยับยั้งหรือรบกวนการสร้าง DNA และยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ รวมถึงป้องกันไม่เซลล์ใช้ Folic acid หรือวิตามินที่ใช้ในการเจริญเติบโตส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็ง เป็นสูตรที่ใช้ได้ทั้งในกลุ่มที่มีการแพร่กระจายหรือยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
- 2) AC : doxorubicin / cyclophosphamide จะยับยั้งการสร้าง DNA หรือเอนไซม์ที่ใช้ซ่อมแซม DNA รวมถึงการยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ เหมาะสำหรับกลุ่มที่ยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
- 3) FAC (CAF) : cyclophosphamide / doxorubicin / 5-fluorouracil โดยจะยับยั้งหรือรบกวนการสร้างและการสังเคราะห์ DNA ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ซ่อมแซม DNA รวมถึงการยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ เป็นสูตรที่ใช้ได้ทั้งในกลุ่มที่มีการแพร่กระจายหรือยังไม่มีมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง
- 4) AC followed by paclitaxel as described
 - Doxorubicin / cyclophosphamide followed by paclitaxel q 21 days
 - Doxorubicin / cyclophosphamide q 21 days
 - Followed by paclitaxel q 7 days
- 5) TC : docetaxel / cyclophosphamide ทำให้การแบ่งตัวของเซลล์ช้าหรือหยุดแบ่งตัว ยับยั้งเอนไซม์ที่จำเป็นในการการเจริญเติบโต ยับยั้งการสร้าง DNA หรือเอนไซม์ที่ใช้ซ่อมแซม DNA รวมถึงการยับยั้งการ Replicate ของเซลล์ใช้ในกลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือในรายที่มีการกลับมาเป็นซ้ำ

1.6.5.2 อาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดนอกจากจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวและทำลายเซลล์มะเร็ง ยังมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติในร่างกายซึ่งมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อการรักษาตามมา โดยความรุนแรงของอาการข้างเคียงขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยมีดังนี้ (สมถวิล ลูกรักษและคณะ, 2556)

1) ผลต่อไขกระดูก โดยไขกระดูกมีหน้าที่ผลิตเซลล์เม็ดเลือด ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ซึ่งยาเคมีบำบัดส่งผลต่อเซลล์ไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดในร่างกายลดลง จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

(1) ภาวะภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ

(2) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

(3) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

2) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดจากยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์กระตุ้นสมองแล้วส่งกระแสประสาทมายังกระเพาะอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผลทำให้ต่อมรส ทำลายเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และยาเคมีบำบัดบางชนิดมีฤทธิ์ทำลายเซลล์เยื่อบุผิวในช่องปากทำให้เกิดแผลในปากและลำคอ จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

(1) อาการคลื่นไส้อาเจียน

(2) อาการเบื่ออาหาร

(3) อาการท้องเสีย

(4) อาการท้องผูก

(5) อาการเยื่อบุในช่องปากอักเสบ

3) ผลต่อระบบผิวหนัง ผม เล็บ

(1) ผิวหนังดำคล้ำ ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าอักเสบ

(2) ผิวหนัง แห้ง มีผื่น

(3) ผมและขนร่วง

(4) เล็บแห้ง เหลือง เปราะง่ายและมีสีคล้ำขึ้น

4) ผลต่อระบบประสาท ยาเคมีบำบัดบางชนิดมีผลต่อเซลล์ระบบประสาทโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา ได้แก่

(1) อาการเหน็บชาบริเวณปลายมือปลายเท้า มือและเท้าเย็น มีอาการมือสั่นและตัวสั่นโดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุของอาการมีไข้หนาวสั่น

(2) แขนขาอ่อนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นตะคริว

(3) การไต่ยีนลดลง

5) ผลต่อระบบสืบพันธุ์

(1) เกิดอาการร้อนวูบวาบ ประจำเดือนมาไม่ปกติ

(2) ความรู้สึกและสมรรถภาพทางเพศลดลง

6) ผลต่ออารมณ์จิตใจ

(1) การนอนหลับเปลี่ยนแปลง

(2) เกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย อารมณ์ซึมเศร้า กลัว

วิตกกังวล โกรธหรือรู้สึกหมดหวัง

2. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาโรคมะเร็งโดยการทำลายเซลล์มะเร็งด้วยการรบกวนการทำหน้าที่และการแบ่งเซลล์ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดตามมา พยาบาลจึงต้องมีความรู้และสมรรถนะในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนรับการรักษาและภายหลังรับการรักษา เพื่อสามารถวางแผนการพยาบาลและการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาของอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง (दनัย दुसरीक्ष, 2560: สมถวิล ลูกรักษ์และคณะ, 2556)

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยก่อนรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1) ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมี

บำบัด ได้แก่

(1) การเจาะเลือดเพื่อตรวจ Complete Blood Count (CBC), Liver Function Test (LFT), BUN, Cr, Uric acid, Electrolyte, Calcium

(2) การตรวจทางรังสี เช่น X-rays, Bone scan เป็นต้น

(3) การตรวจ EKG

3) ประเมินภาวะจิตสังคมและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะโรคและการรักษาที่ผ่านมา รวมทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

(1) ระยะของโรคและประวัติการรักษาที่ได้รับ

(2) แผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น ชนิดของยาเคมีบำบัด ระยะเวลาที่ให้ยาและจำนวนครั้งของการให้ยาเคมีบำบัด

(3) การแพ้ยา อาการข้างเคียงและการบรรเทาอาการในผู้ป่วย

(4) ทักษะเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความคาดหวังต่อการรักษา ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีและผลของการรักษา

(5) สถานภาพและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา บุคคลใกล้ชิดและแหล่งประโยชน์ต่างๆทางสังคมของผู้ป่วย

4) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องโดยมีเนื้อหา ดังนี้

(1) ทบทวนแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ จุดประสงค์ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระยะเวลาที่ให้ยาเคมีบำบัด และขั้นตอนและวิธีการในการรักษา

(2) การรับประทานอาหาร

(3) การดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันการตกผลึกของกรดยูริกในท่อไตและยังช่วยบรรเทาอาการท้องผูก

5) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา โดยอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่

(1) เหนื่อยล้า (fatigue) หรือมีภาวะซีด (anemia) การปฏิบัติตัว คือ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสม

(2) เม็ดเลือดขาวลดลง (neutropenia) ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแนะนำการปฏิบัติตัว คือ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดและใกล้ชิดผู้ป่วยโรคติดเชื้อ รับประทานอาหารปรุงสดใหม่และดื่มน้ำสะอาด สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง มีสิ่งขับหลั่งเป็นเลือดหนองหรือมีกลิ่นเหม็น มีปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ต้องรีบมาพบแพทย์

(3) เกร็ดเลือดลดลง (thrombocytopenia) ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายแนะนำการปฏิบัติตัว คือ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้บาดเจ็บหรืออันตรายต่อผิวหนังหรือเนื้อเยื่อต่างๆ งดเครื่องสำอางที่ผสมแอลกอฮอล์ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง เช่น ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อบางชนิดที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร สังเกตอาการแสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายดำ เลือดออกตามไรฟัน มีจ้ำเลือดตามตัว ถ้าพบอาการดังกล่าวต้องรีบมาพบแพทย์

(4) เบื่ออาหาร (anorexia) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารเสริมหรือเครื่องดื่มระหว่างมื้อ ดูแลความสะอาดของปากและฟันเพื่อการรับรสที่ดีขึ้น

(5) เยื่อช่องปากอักเสบ (oral mucositis) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ รับประทานของเย็นเพื่อบรรเทาอาการ รับประทานอาหารอ่อน กลืนง่าย รสจืดและไม่ร้อนจัด ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตรเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของเยื่อในช่องปาก งดใส่ฟันปลอม

ขณะให้ยาเคมีบำบัด รักษาความสะอาดในช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือก่อนนอน

(6) คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ การใช้ยาบรรเทาอาการที่ถูกต้องตามแผนการรักษา รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัด เย็นจัด หวาน มัน มีกลิ่นฉุนและเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

(7) ท้องเสีย (diarrhea) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ รับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย อาหารที่ปรุงสุกมีกากใยน้อย งดอาหารที่มาจากผลิตภัณฑ์ของนม ดื่มน้ำหรือน้ำเกลือแร่ หากอาการท้องเสียมีมากขึ้นควรรีบมาพบแพทย์

(8) ท้องผูก (constipation) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร รับประทานอาหารกากใยสูง ออกกำลังกายเพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ไม่กลั้นอุจจาระเมื่อปวด หากมีอาการปวดเกร็งท้องและอาเจียนต่อเนื่องควรรีบมาพบแพทย์

(9) ผมร่วง (alopecia) แนะนำการปฏิบัติตัว คือ หลีกเลี่ยงการตัด ย้อมสี การเป่าลมร้อน การใช้สเปรย์ ระหว่างการรักษาอาจตัดผมสั้น สระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หวีผมเบาๆ อาจใช้วิกหรือผ้าคลุมผมเพื่อบุคลิกภาพและแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าผมจะงอกใหม่หลังหยุดยาเคมีบำบัด

(10) อาการทางผิวหนัง แนะนำการปฏิบัติตัว คือ รักษาความสะอาดของผิวหนัง ทาครีมหรือโลชั่นเพิ่มความชุ่มชื้น ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ สวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยหลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

- 1) ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก
- 2) พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
- 3) ออกกำลังกายเบาๆ และสม่ำเสมอตามความเหมาะสมและความชอบ เช่น การวิ่งเหยาะการบริหารร่างกาย เป็นต้น
- 4) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูงรวมทั้งอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร
- 5) รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ปาก ฟัน ผิวหนัง และอวัยวะสืบพันธุ์
- 6) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และการใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคหวัด วัณโรค

- 7) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง มีสิ่งขับหลังเป็นเลือดหนองหรือมีกลิ่นเหม็น มีปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น ต้องรีบมาพบแพทย์
- 8) การมีเพศสัมพันธ์ หากคู่สมรสไม่มีการติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ต้องงด ยกเว้นในรายที่มีเลือดออกทางช่องคลอดต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อน
- 9) แนะนำการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ได้แก่ ยาแก้อาการคลื่นไส้/อาเจียน ยาแก้ปวดและยาเคมีบำบัดที่ต้องรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน
- 10) แนะนำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด รวมทั้งแนะนำแหล่งช่วยเหลือและการติดต่อกรณีฉุกเฉินหรือเมื่อผู้ป่วยต้องการคำปรึกษา

3. แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

3.1 ความหมายเกี่ยวกับการนอนหลับ

ซูฮงซ์ ดีเสมอ (2553) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการของสมองที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกลดลง เพราะถูกควบคุมโดยกลไกทางชีววิทยาของระบบประสาท จึงทำให้บุคคลพ้นหายจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการนอนทำให้มนุษย์ใช้พลังงานน้อยลงและสะสมพลังงานกลับคืน (conservation of energy theory) และทำให้ร่างกายเกิดการซ่อมสร้างตนเอง (restoration theory) (ซูฮงซ์ ดีเสมอ, 2553)

หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อนทั้งทางด้านสรีรวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของอวัยวะต่างๆไปในทางผ่อนคลาย ระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง และแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะสงบนิ่ง เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวสามารถปลุกตื่นได้โดยการกระตุ้นสิ่งเร้าที่เหมาะสม (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556)

กรรณิกา ชูจิตร (2560) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการพื้นฐานทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปลุกให้ตื่นได้ง่ายจากการกระตุ้นที่เหมาะสม โดยระหว่างการนอนหลับบุคคลจะเกิดการผ่อนคลาย มีการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจหลังจากการทำกิจกรรมที่ยาวนาน ทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรง (กรรณิกา ชูจิตร, 2560)

Zielinski et al. (2016) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนจากการควบคุมโดยกระบวนการของเซลล์และโมเลกุล การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำงานของร่างกายประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังงาน การทำงานของสมอง ระบบภูมิคุ้มกัน การรับรู้และการแสดงออกของโรคที่เกิดในร่างกายและสภาพจิตใจ (Zielinski, McKenna, & McCarley, 2016)

สรุป การนอนหลับเป็นกระบวนการทางทางสรีระวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อน มีผลทำให้การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของบุคคลลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปลุกตื่นได้ง่ายหากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม โดยระหว่างการนอนหลับจะทำให้เกิดการฟื้นฟูของร่างกายอันเนื่องมาจากการสะสมพลังงานกลับคืนและเกิดกระบวนการซ่อมแซมตนเองตามมา

3.2 กลไกพื้นฐานที่ควบคุมการหลับตื่น

การนอนหลับและการตื่นของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกิดขึ้นเป็นวงจรเรียกว่า วงจรการหลับตื่น ซึ่งถูกควบคุมโดยระบบทางชีววิทยาที่แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1 การควบคุมการหลับและตื่น (Homeostatic process) จะทำหน้าที่ควบคุมระยะเวลาที่หลับและตื่น โดยทำให้เกิดความต้องการที่จะหลับของร่างกายหรือแรงขับของร่างกายที่จะหลับ (sleep drive) ซึ่งจะแปรผันตามจำนวนชั่วโมงที่ตื่น การสะสมช่วงเวลาของการตื่นเป็นสิ่งที่มากำหนดปริมาณและคุณภาพของการนอนในคืนนั้นๆ รูปแบบพฤติกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง เกิดจากกการรบกวนการทำงานของระบบ homeostasis และทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้านอน ตัวอย่างเช่น การงีบหลับในเวลากลางวันเพื่อชดเชยการนอนไม่หลับในคืนก่อน การใช้เวลาที่ยาวเกินไปบนเตียงโดยไม่หลับ หรือการเข้านอนหรือไปอยู่บนเตียงก่อนเวลาที่จะหลับนานเกินไป เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อกลไกการทำงานของระบบ homeostasis ในร่างกาย นั่นคือไปลดการสะสมความต้องการการนอนของร่างกายที่มีมาตลอดทั้งวัน (วรุตม์ อุ่นจิตสกุลและคณะ, 2559)

3.2.2 จังหวะชีวิตของการหลับและตื่น (Circadian process) หมายถึง จังหวะทางชีวภาพมีช่วงเวลาของวงจรประมาณ 24 ชั่วโมง ควบคุมโดยสมอง คือ suprachiasmatic nucleus (SCN) ใน Anterior hypothalamus โดยจังหวะการทำงานมีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและแสงสว่างที่อยู่โดยรอบ เมื่อข้อมูลเกี่ยวกับแสงสว่างส่งมาถึง retina ก็จะนำไปสู่ SCN โดยตรง ผ่าน retinohypothalamic tract และทางอ้อมผ่าน intergeniculate leaflet ของ lateral geniculate body การเปลี่ยนแปลงความเข้มของแสงทำให้เกิดความสอดคล้องกันเกี่ยวกับการควบคุมจังหวะการหลับและการตื่น (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) เมื่อถึงช่วงกลางคืนต่อมไพเนียล (pineal gland) จะถูกกระตุ้นให้หลั่ง melatonin ที่ทำหน้าที่ในการกระตุ้นวงจรการนอนหลับ ทำให้ระดับความตื่นตัวและอุณหภูมิของร่างกายลดลงเพื่อให้เกิดการนอนหลับขึ้น นอกจากนี้ในตอนกลางคืนร่างกายก็จะหลั่งสารควบคุมการนอนหลับ (sleep regulatory substances) ชนิดอื่นๆ เช่น โกรทฮอร์โมน (growth hormone releasing hormone), อินเตอร์ลิวคิน (interleukin-1) และ โพรแลกติน (prolactin) ที่จะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายและหลับสนิทมากยิ่งขึ้น (อรพินทร์ เชียงปัว, 2555)

3.3 ชนิดของการนอนหลับ

ชนิดของการนอนหลับสามารถจำแนกได้เป็น 2 ชนิด จากการติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง (Electroencephalographic: EEG), คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyogram: EMG) และคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อตา (Electrooculogram: EOG) ดังนี้

3.3.1 การนอนหลับแบบมีการเคลื่อนไหวลูกตาช้าหรือแบบไม่มีตากระตุก (Non rapid eye movement: NREM) โดยเฉลี่ยเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 75-80 ของเวลานอนหลับทั้งหมด ประกอบด้วย 4 ระยะ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550: สันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

ระยะที่ 1 NREM Sleep เป็นช่วงเวลาขณะเริ่มต้นการนอนหลับ คลื่นไฟฟ้าสมองเริ่มช้าลงและเป็นระยะที่หลับตื้นที่สุด ลักษณะครึ่งหลับครึ่งตื่น ปลูกถ่าย อาจมีการกระตุกของกล้ามเนื้อที่เรียกว่า Hypnic myoclonia ซึ่งเหมือนกับการตกจากที่สูง ระยะนี้ตาจะเคลื่อนไหวช้า ใช้เวลาประมาณร้อยละ 5 ของเวลานอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 2 NREM Sleep คลื่นไฟฟ้าสมองมีลักษณะเป็นแบบลูกคลื่นที่เคลื่อนที่อย่างรวดเร็ว (Rapid waves) คือ Spindles K complexes ระยะนี้ดวงตาจะหยุดการเคลื่อนไหว ใช้เวลาประมาณร้อยละ 50 ของเวลานอนหลับทั้งหมด

ระยะที่ 3 และ 4 NREM Sleep คลื่นไฟฟ้าสมองจะมีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยม (Delta waves) เป็นช่วงที่หลับลึกหรือหลับสนิทที่สุด ร่างกายจะไม่รู้สึกตัวและปลูกถ่าย ยาก ตาและร่างกายจะไม่เคลื่อนไหว เมื่อถูกปลุกตื่นจะมีอาการสับสนหรือจำในสิ่งที่ตนเองทำไปไม่ได้เลย ระยะนี้เป็นเวลาประมาณร้อยละ 10-20 ของเวลานอนหลับทั้งหมด

3.3.2 การนอนหลับแบบมีการเคลื่อนไหวลูกตาแบบกระตุก (Rapid eye movement: REM) ในระยะนี้คลื่นสมองจะเป็นคลื่นอัลฟาและคลื่นที่ตาเหมือนกับในขณะตื่นอยู่ แต่กล้ามเนื้อทั่วตัวเป็นอัมพาต ยกเว้นกล้ามเนื้อตาที่ยังทำงานทำให้ตากระตุกเป็นพักๆ ปลูกถ่ายได้ง่ายหรืออาจตื่นเอง (สันต์ หัตถิรัตน์, 2548)

ระยะต่างๆ ของการนอนหลับเกิดขึ้นต่อเนื่องกันตลอดคืน โดย NREM ระยะที่ 3 และ 4 มักเกิดในช่วง 1/3 ถึง 1/2 ของการนอนหลับช่วงแรก และระยะเวลาจะเพิ่มขึ้นเป็นการตอบสนองต่อภาวะขาดการนอน (sleep deprivation) ส่วนระยะ REM sleep จะเกิดขึ้นเป็นวงจรตลอดคืนสลับกับ NREM sleep ทุก 80-100 นาที ระยะเวลาของ REM sleep จะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาใกล้เช้า (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

4. อาการนอนไม่หลับ

4.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

หนึ่งฤทัย อุดเกิน (2556) ได้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับ โดยมีอาการ ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที) การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึงผู้ป่วยนอนหลับแล้วมีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) หมายถึงการที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้าและไม่สามารถหลับต่อได้

Morin (1993) ได้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ คือ การรับรู้ในขณะเข้านอนประกอบด้วยอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้ คือ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (non-restorative sleep)

National Institutes of Health (2005) ได้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ หมายถึง การนอนหลับไม่เพียงพอจากการถูกรบกวนต่อโอกาสและสภาพแวดล้อมในการนอน ซึ่งจะประกอบไปด้วยลักษณะอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ คือ 1) การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) 2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) 3) การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (waking up too early) และสิ่งที่สำคัญของการนอนหลับคือการส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในตอนกลางวันที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

Roth (2007) ได้ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ คือ การเข้านอนหลับยากการมีอาการไม่นอนหลับหรือไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ แม้จะมีโอกาสและสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยต่อการนอนหลับโดยการนอนหลับยากนี้จะเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน

สรุป อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับและคุณภาพของการนอนหลับ โดยเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน ซึ่งจะประกอบไปด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ 1) การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที) 2) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยนอนหลับแล้วมีอาการ

ตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ 3) การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (waking up too early) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้

4.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ

สามารถแบ่งได้ตามระยะเวลาในการเกิดอาการนอนไม่หลับและสาเหตุของการเกิดอาการนอนไม่หลับ ดังนี้

4.2.1 อาการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาของการเกิดอาการ

ซึ่งสามารถแบ่งอาการนอนไม่หลับได้ 2 แบบ คือ อาการนอนไม่หลับแบบเฉียบพลันและอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรัง โดย National Institutes of Health of the Science Statement (2005) ระบุว่าอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 30 วัน ถึง 6 เดือน เป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังที่อาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการนอนหลับ หรือความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือจิตใจซึ่งต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ส่วนอาการนอนไม่หลับแบบเฉียบพลันหรือแบบชั่วคราว มักมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การทำงานไม่เป็นเวลา การเปลี่ยนแปลงเวลาจากการเดินทาง เป็นต้น ซึ่งสามารถจัดการกับอาการนอนไม่หลับได้โดยจัดการกับปัจจัยเหล่านี้้อย่างเหมาะสม (Doghramji, 2006)

4.2.2 อาการนอนไม่หลับแบ่งตามสาเหตุของการเกิด

ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิเป็นอาการนอนไม่หลับที่ไม่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันได้มีคำอธิบายมากขึ้นเกี่ยวกับการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิโดยเชื่อมโยงกับพยาธิสภาพของระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและพฤติกรรมต่างๆ ส่วนอาการนอนไม่หลับชนิดทุติยภูมิเป็นอาการนอนไม่หลับที่ร่วมกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายจิตใจหรือการรับประทานยาหรือการใช้ยาเสพติด (Buysse, 2013; Doghramji, 2006)

4.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ

แนวคิด 3 P Model ของ Glovinsky & Spielman (2006) ได้เสนอรูปแบบของการนอนไม่หลับเรื้อรังเกิดจาก 3 ปัจจัย คือ

- 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing characteristics) เป็นปัจจัยที่เกิดภายในตัวบุคคลเองโดยลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเป็นปัจจัยที่ทำให้ความทน (threshold) ต่อการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับลดลง ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงหรือความไวต่อการเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ

2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating event) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็วจากสิ่งกระตุ้นหรือผลักดันให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ในกรณีนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งความเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบที่มาจากการใช้ยาหรือสารเสพติด

3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating attitudes and practices) เป็นปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง โดยปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับหรือสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดี และความเชื่อ ทศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลงบุคคลจะสามารถกลับมาหลับได้ตามเดิม แต่สำหรับบางคนถึงแม้ปัจจัยกระตุ้นจะลดลงหรือหายไปแล้วก็ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ปกติเนื่องมาจากสาเหตุการมีของปัจจัยคงอยู่

4.4 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการต่างๆ มีอุบัติการณ์ของการเกิดอาการนอนไม่หลับถึง 51 - 63 % (Fortner et al., 2002; Koopman et al., 2002) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่ามีปัญหาการนอนหลับ และส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังถึง 60 % (Palesh et al., 2013) อาการนอนไม่หลับมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมและความก้าวหน้าของโรคมะเร็งเต้านม โดยมีสาเหตุมาจากการรบกวนวงจรระบบภูมิคุ้มกันและเมแทบอลิซึมที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพทางร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดการรบกวนต่อวงจรการหลับและตื่น รวมถึงการทำงานของร่างกาย (Vena et al., 2004) อาการนอนไม่หลับเกิดในทุกๆ ระยะของการให้ยาเคมีบำบัดนับตั้งแต่ 7 วันแรกของการรักษาเป็นต้นไป และสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรกจนไปถึงระยะลุกลาม โดยพบการรายงานปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษาดังยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา 20-70 % ขึ้นอยู่กับรูปแบบการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีปัญหาการนอนหลับ 51 % และมี 19 % ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับ (Bower, 2008) และเมื่อทำการเปรียบเทียบปัญหาการนอนไม่หลับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอายุรกรรมอื่นๆ จะพบว่ากว่า 61 % ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนไม่หลับ (Fortner et al., 2011) โดยมีรายงานลักษณะอาการนอนไม่หลับที่พบ คือ การเข้าสู่การนอนหลับยาก, การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Palesh et al., 2010)

การศึกษาของ Palesh et al. (2007) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 39 คน พบการรายงานปัญหาการนอนหลับ 64% โดยพบลักษณะอาการนอนไม่หลับทั้งสามลักษณะในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง คือ การเข้าสู่การนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง และการตื่นเช้า

กว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ โดยพบมากที่สุดคือการตื่นนอนช่วงกลางคืนถึง 42.4 % สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 120 คน พบว่ามีปัญหาอาการนอนไม่หลับทั้งสามลักษณะ อาการ และส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้นจนถึงระดับปานกลาง (Fakih et al., 2018) จากปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Savard & Morin, 2001) การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (O'Donnell, 2004) ส่งผลไปถึงการดำเนินของโรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Paleshh et al., 2014; Vena et al., 2004)

4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามหลักแนวคิดของทฤษฎี 3P Model (Glovinsky & Spielman, 2006) ดังนี้

4.5.1 ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing characteristics) เป็นปัจจัยที่เกิดภายในตัวบุคคลเองโดยลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเป็นปัจจัยที่ทำให้ความทน (threshold) ต่อการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับลดลง ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงหรือความไวต่อการเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ

1) อายุ จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ และพบอุบัติการณ์ของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น (Davidson et al., 2002; Leger, 2008; Savard & Morin, 2001) เนื่องจากความต้องการระยะเวลานอนหลับที่ลดลงเรื่อยๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและชีววิทยาตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Closs, 1988)

2) เพศ จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Savard & Morin, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heinonen et al. (2001) ที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพการนอนหลับน้อยเมื่อเทียบกับเพศชายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา สาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็งทำให้สูญเสียสภาพลักษณะ และกระทบความสัมพันธ์กับคู่สมรสรวมถึงบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกายที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆยังส่งผลต่อการนอนหลับในตอนกลางคืนของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงเช่น อาการร้อนวูบวาบหลังหมดประจำเดือน เป็นต้น (Savard et al, 2004)

3) ความวิตกกังวล จากการศึกษานี้ของ Savard & Morin (2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งถึง 49% (Massie & Popkin, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธรีญา แก้วแพง (2547) ที่พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งสาเหตุเนื่องมาจากความวิตกกังวลจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานจากการหลั่งอะดรีนาลินทำให้ร่างกายตื่นตัว จึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยากรวมถึงตื่นนอนก่อนเวลา (นำพิชญ์ ธรรมธิเวศน์, 2539)

4.5.2 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating event) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็วจากสิ่งกระตุ้นที่เสริมแรงหรือผลักดันให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ในกรณีนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้งความเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และผลกระทบที่มาจากการใช้ยาหรือสารเสพติด

1) ความเหนื่อยล้า จากการศึกษานี้ของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) พบการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Bower et al. (2000) ที่พบการเกิดความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การศึกษานี้ของ Ancoli-Israel et al. (2006) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะส่งผลต่อการนอนหลับ โดยความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากอาการนอนไม่หลับช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวันและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993) สาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ต้องการสารอาหารจากร่างกายทำให้เกิดการเผาผลาญมากขึ้น นอกจากนี้ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เบื่ออาหาร เป็นต้น ทำให้ร่างกายขาดสารน้ำและ อิเล็กโตรไลต์ จึงเป็นที่มาของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (Piper, 1987: รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549)

4.5.3 ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating attitudes and practices) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรังจากการจัดการอาการนอนไม่หลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับจากปัจจัยกระตุ้น ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลงบุคคลจะสามารถกลับมานอนหลับได้ตามเดิม แต่สำหรับบางคนถึงแม้ปัจจัยกระตุ้นจะลดลงหรือหายไปแล้วยังไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ปกติเนื่องจากสาเหตุการมีของปัจจัยคงอยู่

1) พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง ตามปกติเมื่อผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับจะเกิดการตอบสนองของร่างกาย คือ ผู้ป่วยจะรู้สึกง่วงนอนมากขึ้นในคืนถัดไป โดยผู้ป่วยมักมีการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากอาการนอน

ไม่หลับที่เกิดขึ้น แต่พฤติกรรมจากการปรับตัวของผู้ป่วยกลายเป็นสิ่งที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในที่สุด เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านั้นไปรบกวนสมดุลกลไกพื้นฐานของการหลับตื่น เช่น พฤติกรรมการงีบหลับตอนกลางวันจะส่งผลให้มีความต้องการในการนอนหลับตอนกลางคืนลดลง จากการมีระยะเวลาในการตื่นน้อยลง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน เป็นต้น (Glovinsky & Spielman, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่พบ คือ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียงนอน เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง การดื่มน้ำหรืออาหารเหลว เช่น นม น้ำหวาน 1 แก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอน การนอนในห้องที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เป็นต้น โดยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จะทำให้เกิดสุขลักษณะการนอนหลับที่ไม่ดีทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา และหากไม่ได้รับการแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเหล่านั้น ก็จะทำให้อาการนอนไม่หลับกลายเป็นอาการเรื้อรังในที่สุด

สรุป จากการศึกษาซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ โดยเมื่อนำหลักการแนวคิดทฤษฎี 3P Model ของ Glovinsky & Spielman (2006) จึงพบว่าปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating attitudes and practices) ที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรังจากการปรับพฤติกรรมนอนหลับที่ไม่ถูกต้องเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุจากปัจจัยกระตุ้น ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลงผู้ป่วยจะสามารถกลับมานอนหลับได้ตามเดิม แต่หากยังพบอาการนอนไม่หลับแสดงให้เห็นถึงการมีอยู่ของปัจจัยคงอยู่ที่ยังไม่ถูกกำจัดออกไป ดังนั้น การจัดการกระทำต่อพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ จึงเป็นการแก้ไขสาเหตุของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นตามหลักการของทฤษฎี 3 P Model ที่ตรงจุด มุ่งหวังให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดลดลง จากการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ นำไปสู่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนอนหลับไปในทางที่ถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยอาการนอนไม่หลับลดลง

4.6 เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถทำได้ 2 วิธี

4.6.1 การประเมินจากการใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) (Landis, 2002)

1) เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography: PSG) เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกคลื่นไฟฟ้าจากส่วนต่างๆของร่างกายช่วยจำแนกระยะตื่นและระยะหลับจากการวัดการ

เปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง (electroencephalography : EEG) การกลอกของลูกตา (electro-oculogram: EOG) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram: EMG) อากาศที่ผ่านโพรงจมูก, เสียงกรน, การเคลื่อนไหวของหน้าอก ทั้ง ขาทั้งสองข้าง, ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2) การวัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย (body movement measurement) เป็นการประเมินการนอนหลับ โดยประเมินจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ โดยติดเครื่องมือไว้ที่แขนหรือขาของผู้ป่วย ได้แก่ ริสต์แอกติกราฟ (wrist actigraph) เป็นอุปกรณ์ที่สวมข้อมือ มีลักษณะคล้ายนาฬิกาข้อมือ สามารถวัดความถี่ ความแรงของการเคลื่อนไหวของร่างกายแปลออกมาเป็นตัวเลข มีความตรงในการวัดระยะตื่น และระยะเวลาการนอนหลับ

4.6.2 การประเมินจากการใช้แบบสอบถาม (subjective sleep report)

1) แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index) ของ Morin (1993) การพัฒนาแบบสอบถาม Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับตาม DSM - IV ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการและความบกพร่องในการทำหน้าที่ในตอนกลางวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยประเมินอาการนอนไม่หลับ 4 ด้าน คือ 1) การนอนหลับยาก (difficulty in initiating sleep) 2) การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (difficulty in maintaining sleep) 3) การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ 4) ผลกระทบที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 7 ข้อ เป็น Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย และ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้มีการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ อายุ 17-84 ปี ที่มีอาการนอนไม่หลับทั้งแบบชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ (มีความเจ็บป่วยร่วมทั้งร่างกายหรือจิตใจ) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.74 - 0.78 และตรวจความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบคือ ผลกระทบ ความรุนแรงและความพึงพอใจ พบว่ามีความตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับร้อยละ 72 และยังมีความไวในการประเมินอาการนอนไม่หลับอีกด้วย (Smith & Wegener, 2003)

2) แบบสอบถามการนอนหลับพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index:PSQI) ของ Buysse et al. (1989) เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 7 ด้านได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาของการนอนหลับในแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพการนอนโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน การให้คะแนนเป็น Likert scale ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 9 ข้อ คะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามการนอนหลับพิทสเบอร์เกอร์ได้มีการพัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ เพื่อแยกระหว่างผู้ที่มีการนอนหลับดีและไม่ดี เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยได้ง่าย ในการพัฒนาแบบสอบถามจึงมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการนำไปทดลองใช้กับคนทั่วไปจำนวน 52 คน ผู้ที่มีการนอนหลับไม่ดีจำนวน 54 คน และผู้ป่วยด้วยโรคความผิดปกติของการนอนหลับจำนวน 62 คน และได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.83 (Buysse, 1989) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบอร์เกอร์จะเป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยว่ามีการนอนหลับเพียงพอหรือไม่แต่ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งตามคำจำกัดความอาการนอนไม่หลับผู้ป่วยต้องมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยากและตื่นนอนเร็วกว่าปกติ อย่างน้อย 1 ข้อ ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบอร์เกอร์

3) แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Regensburg Insomnia Scale) ของ Cronlein et al. (2013) ใช้ประเมินการนอนหลับ การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ประกอบด้วย ข้อที่ 1-5 เป็นคำถามเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับที่สามารถวัดได้ คือ ศักยภาพของการนอนหลับ ระยะเวลา ความต่อเนื่อง การตื่นนอนเร็วและความลึกในการนอนหลับ ข้อที่ 6-9 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะและความคิดเห็นทางด้านจิตใจของผู้ถูกประเมิน ข้อที่ 10 เกี่ยวกับการใช้ยานอนหลับ คะแนนแต่ละข้อเป็น Likert scale 5 ระดับ คะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Regensburg Insomnia Scale พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินผลของการนอนไม่หลับจากการได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดรู้และพฤติกรรม (insomnia-specific cognitive behavioral therapy) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 218 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 ซึ่งแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Regensburg Insomnia Scale เป็นการประเมินด้านการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ (Cronlein et al., 2013) จึงไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความอาการนอนไม่หลับในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงไม่เลือกใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Regensburg Insomnia Scale

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) เนื่องจากมีความ

สอดคล้องกับคำจำกัดความของอาการนอนไม่หลับที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ ทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยเกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์และมีปัญหาน้อย 1 เดือน ซึ่งจะประกอบไปด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty in initiating) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty in maintaining sleep) ตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (waking up too early)

การศึกษาของ พัทธิญา แก้วแพง (2547) ได้แปลแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) และนำไปใช้ประเมินอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ใหญ่จำนวน 170 คน พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 ในประเทศไทย หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ได้นำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ที่แปลโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547) มาศึกษาปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 คน พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.9 และ ชัชฎาพร พุทธเสน (2558) ได้นำแบบสอบถามนี้มาศึกษาอาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 30 คน เช่นกัน โดยพบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

สรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ถูกนำไปใช้ในหลายการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา นอกจากนี้เนื้อหาการประเมินของเครื่องมือยังมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความของอาการนอนไม่หลับที่ใช้ในการวิจัยอีกด้วย และจากผลการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของการศึกษาที่นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ที่แปลโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547) มีคุณภาพดีและเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

4.7 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4.7.1 ด้านร่างกาย อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และเม็ดเลือดขาว เนื่องจากการขาดระยะการนอน Delta หรือ REM ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเหมาะสมต่อการเพิ่มการสังเคราะห์และลดการทำลายของชิ้นเนื้อเยื่อ การทำงานของไขข้อกระดูกเพื่อแบ่งเซลล์และผลิตเม็ดเลือดต่างๆ (Adame & Oswald, 1984) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่นอนหลับได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (Savard & Morin, 2001) และอาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อความรุนแรงในการดำเนินของโรค จากการรบกวนวงจรระบบภูมิคุ้มกันและเมแทบอลิซึมที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพทางร่างกาย (Palesh et al., 2013) การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีกด้วย (Palesh et al., 2014; Vena et al., 2004)

4.7.2 ด้านจิตใจ อาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องและภาวะอารมณ์แปรปรวนตามมาเช่น รู้สึกหงุดหงิด สับสน ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น (Savard & Morin, 2001; นันทวรรณ พลสุวรรณและคณะ, 2557; มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) และมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับในระยะยาวเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและติดยาใน 30 ปีต่อมา (Gilllin, 1998 cite in Savard & Morin, 2001)

4.8 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับในปัจจุบันยังไม่มีบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลเฉพาะกลุ่มส่วนใหญ่เป็นการให้คำแนะนำแนวปฏิบัติตัวและการรับประทานครบตามแผนการรักษาของแพทย์ (พัสนนท์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2557) อย่างไรก็ตามพยาบาลสามารถให้คำแนะนำการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยดังนี้ (ปราณี กาญจนวรวงศ์, 2550)

4.8.1 การส่งเสริมการนอนหลับด้านร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยเข้านอนและตื่นนอนตามเวลาและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่างๆที่จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องสุขบัญญัติการนอนหลับ (Sleep hygiene) เช่น การให้แผ่นพับความรู้ เป็นต้น (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2557)

4.8.2 การส่งเสริมการนอนหลับด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อช่วยลดความเครียดและทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายซึ่งการเลือกวิธีการผ่อนคลายขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคล ได้แก่

1) การนวด การนวดทำให้เกิดการตอบสนองที่ผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ (จินดารัตน์ ชัยอาจ, 2556) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการนวดหลังระยะเวลา 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ พบว่าทำให้การนอนหลับดีขึ้น

2) การสวดมนต์ ผลการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า การสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ จากการที่คลื่นเสียงของการสวดมนต์ซึ่งเป็นพลังงานทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของอากาศแทรกซึมสู่ร่างกายและเกิดการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลไปสู่ความสมดุลของระบบร่างกาย ทำให้จิตใจสงบและเกิดความผ่อนคลายส่งผลให้การนอนหลับดีขึ้น (พัสมณท์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2557)

3) การฟังดนตรี ดนตรีมีผลช่วยลดความปวด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจลดลง ด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้ช่วงเวลาก่อนนอนหลับยาวนานขึ้นและเกิดการนอนที่มีคุณภาพ (Lai & Good, 2006) มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกพบว่าการฟังดนตรีทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (สุพัตรา ใจรงกาและคณะ, 2561)

4.8.3 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล ดังนี้

1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การบรรเทาอาการข้างเคียงในระหว่างการรักษา การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น

2) การให้คำปรึกษาและการแนะนำกิจกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น การออกกำลังกาย การฟังเพลง การทำสมาธิ เป็นต้น

5. แนวคิดโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (THE EFFECT OF SLEEP HYGIENE MODIFICATION PROGRAM ON INSOMNIA IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) เป็นโปรแกรมที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วย 5 องค์ประกอบในการให้ความรู้ดังนี้

5.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามหลักแนวคิดทฤษฎี 3P Model (Glovinsky & Spielman, 2006)

5.1.1 ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing characteristics) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลเอง เป็นลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงหรือความไวต่อการเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ

1) อายุ คุณภาพการนอนหลับและประสิทธิภาพการนอนหลับของบุคคลจะเริ่มลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นเนื่องจากความต้องการระยะเวลาการนอนหลับที่ลดลง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและชีววิทยาตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Closs, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ และยังพบว่าอุบัติการณ์ของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นด้วย (Davidson et al., 2002; Engstrom et al, 1999; Leger, 2008; Savard & Morin, 2001)

2) เพศ จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Savard & Morin, 2001) สาเหตุมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาโรคมะเร็งทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ กระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรสและบุคคลรอบข้างตัว (Heinonen et al., 2001) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกายที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆยังส่งผลต่อการนอนหลับในตอนกลางคืนของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง เช่น อาการร้อนวูบวาบหลังหมดประจำเดือน เป็นต้น (Savard et al, 2004)

3) ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (Savard & Morin, 2001) สาเหตุมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (Malone, 2007; Saraswathi et al., 2005) เมื่ออยู่ในระยะของการให้ยาเคมีบำบัดมักวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของการรักษา ความเชื่อที่ว่าโรคมะเร็งรักษาไม่หายและมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากความไม่แน่นอนของอาการซึ่งไม่สามารถแน่ใจได้ว่าจะมีการลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีกหรือไม่ (Winnie et al., 2010) ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวและเกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Savard & Morin, 2001)

5.1.2 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating event) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็วจากสิ่งเสริมแรงหรือผลักดันให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ในกรณีนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตก่อให้เกิดความเครียดและความเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงผลกระทบที่มาจากการใช้ยาหรือสารเสพติด

1) ความเหนื่อยล้า สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (เพิงใจ ดาโลปการ, 2545: Bower et al, 2000) โดยสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ต้องการสารอาหารจากร่างกายทำให้เกิดการเผาผลาญมากขึ้น นอกจากนี้อาการข้างเคียงของการ

รักษาที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง เบื่ออาหาร เป็นต้น ทำให้ร่างกายขาดสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์จึงเป็นที่มาของอาการเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1987) ส่งผลต่อกระหน่ำต่อการนอนหลับของผู้ป่วย (Ancoli-Israel et al, 2006) เนื่องจากหากผู้ป่วยนอนไม่หลับช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวันและนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้น (Piper, 1993)

5.1.3 ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating attitudes and practices) เป็นปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรังจากการจัดการอาการนอนไม่หลับที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับจากปัจจัยกระตุ้น ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรงลงบุคคลจะสามารถกลับมาอนหลับได้ตามเดิม แต่สำหรับบางคนถึงแม้ปัจจัยกระตุ้นจะลดลงหรือหายไปแล้วก็ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ปกติ เนื่องจากสาเหตุการมีของปัจจัยคงอยู่

1) พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรังจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจากสาเหตุในปัจจัยกระตุ้น (สุดารัตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา, 2548) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับจะเกิดการตอบสนองของร่างกาย โดยการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้น แต่พฤติกรรมการปรับตัวเหล่านั้นของผู้ป่วยไปรบกวนสมดุลกลไกพื้นฐานของการหลับและการตื่น เช่น พฤติกรรมการงีบหลับตอนกลางวันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการนอนหลับตอนกลางคืนลดลงจากการมีระยะเวลาในการตื่นน้อยลง ผู้ป่วยจึงเกิดอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน เป็นต้น (Glovinsky & Spielman, 2006) ทำให้เกิดสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดีและส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเหล่านั้น จะทำให้ปัญหาอาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังในที่สุด

5.2 สุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene)

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมในห้องนอนที่รบกวนการนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนและจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับเพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี (Irish, Kline, Gunn, Buysse, & Hall, 2015; Morin & Espie, 2003) จากการศึกษาในประเทศไทยของ หนึ่งฤทัย อุดเกิน (2556) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดของแผนกให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับ คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ($\beta =$

.599, $p < .00$) การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับตามผลการศึกษาที่ปรากฏในงานวิจัยจึงเป็นการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มจะเกิดขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างตรงจุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนหลับที่ถูกต้องและนำไปสู่ประสิทธิภาพการนอนหลับที่ดีช่วยลดปัญหาอาการนอนไม่หลับมีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 การลดการงีบหลับ (modification of napping)

1) การให้ความรู้กับผู้ป่วยโดยพยายามอย่างีบหลับกลางวัน เพราะส่งผลให้มีความต้องการในการนอนหลับตอนกลางคืนลดลงจากการมีระยะเวลาในการตื่นน้อยลงผู้ป่วยจึงเกิดอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและเกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Glovinsky & Spielman, 2006)

2) หากผู้ป่วยไม่สามารถงดการงีบหลับกลางวันได้ ควรจะงีบหลับกลางวันไม่เกิน 2 ครั้งด้วยเวลารวมไม่เกิน 45 นาทีต่อวัน เพื่อไม่ให้กระทบการนอนในตอนกลางคืน โดยการงีบหลับกลางวันตามเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายได้รับการพักผ่อน ช่วยในเรื่องความจำและป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ได้อีกด้วย (ธนุพล วิรุฬหการุญ, 2561)

3) ผู้ป่วยสามารถงีบหลับกลางวันได้เท่าที่ต้องการ ภายในวันแรกของการรักษาจากการรับยาเคมีบำบัด เนื่องจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเช่น คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้และอ่อนเพลียได้ (Piper et al., 1987) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น

5.2.2 การดื่มอาหารเหลวเช่น นม น้ำหวาน จำนวนหนึ่งแก้วหรือมากกว่าก่อนเข้านอน การดื่มอาหารเหลวก่อนนอนมากเกินไปจะทำให้เกิดการปวดปัสสาวะขณะนอนหลับและต้องตื่นนอนในตอนกลางคืนบ่อยครั้ง ผู้ป่วยจึงควรมีการจำกัดการดื่มอาหารก่อนเข้านอนน้อยกว่า 180-210 ซีซี อย่างน้อยประมาณ 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอนและต้องปัสสาวะก่อนเข้านอน หากรู้สึกปวดปัสสาวะระหว่างนอนหลับให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมาปัสสาวะ เนื่องจากการพยายามนอนหลับขณะที่ยังปวดปัสสาวะอยู่จะทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้และยังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตื่นนอนซ้ำๆมากขึ้น (Posner & Gehrman, 2011)

5.3.3 การปรับอุณหภูมิ ห้องนอนที่ร้อนจนเกินไปเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการกระสับกระส่ายระหว่างนอนหลับและตื่นนอนระหว่างคืนบ่อยครั้ง ส่วนห้องนอนที่มีอากาศเย็นมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายทางอารมณ์ (Morin & Espie, 2003) ดังนั้นการนอนในอุณหภูมิห้องที่พอเหมาะต่อตัวผู้ป่วยและทำให้รู้สึกสุขสบายจึงเป็นการทำให้การนอนหลับดีขึ้น

5.2.4 การเข้านอนขณะท้องว่างและการเข้านอนทันทีหลังรับประทานอาหารเสร็จ อาการหิวหรืออาการอึดเกินไปเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตื่นนอน (Morin & Espie, 2003) อาหารเย็น

ควรเป็นมือที่เบา หลีกเลียงอาหารมือหนัก 2-3 ชั่วโมงก่อนเข้านอนเพราะอาจจะทำให้ผู้ป่วยอึดอัด และนอนหลับได้ยากและอย่าปล่อยให้ท้องว่างจนทิวก่อนเข้านอน หากรู้สึกหิวให้ดื่มนมอุ่นๆหรือขนมชิ้นเล็กๆเพราะการรับประทานอาหารว่างก่อนเข้านอนในปริมาณเล็กน้อยประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอนจะช่วยให้นอนหลับได้ดี (Posner & Gehrman, 2011: จรรยา ฉิมหลวง, 2560)

5.2.5 การใช้ยานอนหลับเป็นประจำ ผลที่ตามมาจากการใช้ยานอนหลับ คือ ผู้ป่วยง่วงนอนกลางวันมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับได้ จากการที่ผู้ป่วยนอนกลางวันมากทำให้ความต้องการในการนอนกลางคืนลดลงตามไปด้วย (Page & Johnson, 2006)

5.2.6 การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนในช่วงเวลา 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอน มีผลต่อการนอนหลับ โดยจะไปยับยั้งการทำงานของระบบประสาทในไฮโปทาลามัสทำให้เกิดการตื่นตัวและช่วยในการส่งเสริมการนอน จึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับขึ้น (Roehrs & Roth, 2008) ซึ่งคาเฟอีนมีระดับสูงสุดในเลือดหลังจากดื่มประมาณ 30 นาทีและคงอยู่ในร่างกายจากการมีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 3-7 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับกระบวนการเมตาบอลิซึมของแต่ละบุคคล (Irish et al., 2015) ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนในช่วงเวลา 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอนจึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้

5.2.7 การสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการตื่นตัวผู้ป่วยจึงเกิดอาการนอนไม่หลับได้ (Morin & Espie, 2003)

5.2.8 การดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาเย็น แอลกอฮอล์จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ในช่วงเริ่มต้นจากการกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง แต่ผู้ป่วยจะนอนหลับไม่สนิทหรือตื่นบ่อยเนื่องจากกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกายภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ที่รบกวนระยะของการนอนหลับ (Irish et al., 2015; Morin & Espie, 2003)

5.3 การควบคุมวงจรการหลับและตื่น (Chronorehabilitation)

วงจรการหลับและตื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบ (circadian rhythm) เป็นการควบคุมจังหวะการหลับและการตื่นภายใน 24 ชั่วโมง โดยทำงานเกี่ยวเนื่องกันของสมองและกระบวนการทางชีวภาพ อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่รบกวนการมีเสถียรภาพในการควบคุมการหลับและตื่น และจังหวะชีวิตของการหลับและตื่น (Troxel et al., 2012)

5.3.1 การใช้แสงสว่างตอนกลางวัน และการลดแสงสว่างตอนกลางคืน แสงสว่างมีผลต่อวงจรการหลับ-ตื่น (circadian rhythm) เนื่องจากเมื่อเรตินาได้รับแสงก็จะส่งกระแสประสาทไปที่นิวเคลียสซูพราไคแอสมาติก (suprachiasmatic nucleus) หลังจากนั้นจะส่งกระแสประสาทไปยังส่วนต่างๆของสมองทำให้เกิดการตื่นตัวขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการนอนไม่หลับเมื่อมีแสงสว่าง

(อรพินทร์ เชียงปิว, 2555) ในทางตรงข้ามเมื่อแสงสว่างลดลงส่งผลให้วงจรการหลับและตื่น (circadian rhythm) ทำงานลดลงผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกง่วงนอนขึ้นตามกลไกของระบบ

5.3.2 การออกกำลังกายทั่วไป การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ที่นอนไม่หลับเกิดการนอนหลับที่ดีขึ้น เนื่องจากการออกกำลังกายจะมีผลต่ออุณหภูมิร่างกายที่ทำให้นอนหลับได้เร็วและนอนหลับได้สนิท (Irish et al., 2015: ดำรง กิจกุล, 2531) แต่ควรหลีกเลี่ยงก่อนออกกำลังกายใกล้เวลาเข้านอน เพราะจะทำให้เกิดการตื่นตัวจากการกระตุ้นวงจรการหลับและตื่น (circadian rhythm) ส่งผลต่อระยะเวลาในการเริ่มต้นนอนหลับและการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายที่ส่งเสริมการนอนหลับควรเริ่มในช่วงบ่ายๆหรือระยะแรกๆในตอนเย็น และไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่หนักจนเกินไป เช่น การเดิน เป็นต้น (Morin & Espie, 2003; Posner & Gehrman, 2011)

5.4 การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)

การควบคุมสิ่งเร้ามีเป้าหมายเพื่อให้เกิดวงจรการหลับและตื่นที่คงที่ จากการควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างเตียงนอนหรือห้องนอนต่อการนอนหลับ โดยการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าเตียงนอนเป็นสถานที่สำหรับมีไว้ในเพื่อการนอนหลับเท่านั้นและควรงดเว้นการทำกิจกรรมอื่น เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรือการวางแผนในการทำงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นทำให้รู้สึกตื่นตัวมากกว่าที่จะทำให้อ่อนเพลีย และการควบคุมสิ่งเร้ายังช่วยให้ลดความกังวลหรือความหมกมุ่นจากการพยายามนอนหลับ (Bootzin, Epstein, & Wood, 1991; Redeker et al., 2017; Troxel et al., 2012; สมภพ เรืองตระกูล, 2550) มีข้อปฏิบัติดังนี้

5.4.1 ใช้เตียงนอนเพื่อการนอนหลับและการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น

5.4.2 เข้านอนและตื่นนอนเวลาเดียวกันทุกเช้า โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับมักมีเวลาในการเข้านอนและการตื่นนอนไม่คงที่ การตื่นนอนในเวลาเดียวกันทุกวันเป็นการปรับนาฬิกาชีวิต (biological clock) ของผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ทำให้ได้รับแสงสว่างในตอนเช้าในเวลาเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยฟื้นฟูนาฬิกาชีวิตของผู้ป่วย และการตื่นนอนในเวลาเดียวกันทุกวันถึงแม้ว่าจะมีการนอนหลับที่ไม่ดีแต่จะเป็นการเพิ่มแรงขับเคลื่อนการนอนหลับ (homeostasis sleep drive) ของคืนถัดไปทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น

5.4.3 เข้านอนเมื่อรู้สึกง่วงเท่านั้น การกำหนดให้ผู้ป่วยเข้านอนเมื่อรู้สึกง่วงเป็นการเพิ่มแรงขับเคลื่อนการนอนหลับ (homeostasis sleep drive) จากการที่มีระยะเวลาการตื่นนอนที่นานขึ้นและลดความพยายามที่จะนอนหลับโดยการใช้เวลาอยู่บนเตียงให้ลดลง เพื่อให้เป็นไปตามหลักทางชีวภาพ (biological) ที่ว่าการนอนหลับไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมที่ตั้งใจ แต่เกิดจากการที่สมองหยุดพักและเกิดจากความพร้อมที่จะนอนหลับตามกลไกพื้นฐานที่ควบคุมการหลับและตื่น นอกจากนี้ยังต้องมีความเข้าใจว่าสิ่งที่กำหนดเวลาในการเข้านอนของผู้ป่วยมักมาจากความเชื่อที่ว่า การอยู่บนเตียงนอน

จะทำให้นอนหลับได้นานขึ้น และผู้ป่วยมักเข้านอนตามสามีหรือภรรยาที่นอนด้วยกันซึ่งไม่สัมพันธ์กับความรู้สึกง่วงนอนของตัวเอง

5.4.4 ลูกออกจากเตียงนอนหากไม่สามารถนอนหลับได้ภายใน 15-20 นาที แล้วกลับไปนอนใหม่เมื่อรู้สึกง่วงอีกครั้ง เป็นการใช้หลักการของการควบคุมสิ่งเร้าเพื่อลดความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับเตียงนอน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าการอยู่บนเตียงทั้งที่นอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิด วิตกกังวล จนเกิดเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับและกลายเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน ดังนั้นการลุกออกจากเตียงนอนจึงเป็นการหยุดวงจรนี้ ผู้ป่วยควรหากิจกรรมที่จะต้องทำให้เกิดอาการง่วงนอน โดยต้องไม่เป็นกิจกรรมที่ทำให้การกระตุ้นตัวเองว่าต้องทำให้เสร็จหรือกิจกรรมที่ต้องใช้แสงมากเกินไป เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง เป็นต้น เพื่อลดการรบกวนระบบวงจรการหลับและตื่น (circadian rhythm) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนให้กลับมาที่เตียงนอน แต่ถ้ากลับมาที่เตียงนอนแล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถนอนหลับได้ให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงและปฏิบัติซ้ำขั้นตอนเดิมอีกครั้งจนกว่าจะรู้สึกง่วงนอน

5.4.5 การจำกัดการนอน (Sleep compression) การจำกัดการนอนเป็นการฟื้นฟูแรงขับของร่างกายในการที่จะหลับ (sleep drive) ให้เกิดความสมดุลของการนอน (sleep homeostatic) โดยการจำกัดเวลาในการนอนของผู้ป่วยในตอนต้นและค่อยๆขยายเวลาออกไปเพื่อเพิ่มระยะเวลาทั้งหมดที่ได้หลับ (total sleep time : TST) และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการนอนหลับ (sleep efficiency: SE) หลักการ คือจะให้ผู้ป่วยลดจำนวนชั่วโมงที่สามารถอยู่บนเตียงลงจากเดิมที่ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่บนเตียงนาน แต่นอนหลับได้จริงเพียงไม่กี่ชั่วโมงจากการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะนอนให้มากขึ้นเพื่อชดเชยการนอน ในขั้นตอนแรกจะบอกช่วงเวลาที่อยู่บนเตียงให้ผู้ป่วยทราบ เช่น ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาอยู่บนเตียง 8 ชั่วโมง แต่นอนหลับเพียง 5.5 ชั่วโมง ระยะเวลาของการอยู่บนเตียงจะเท่ากับ 5.5 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามระยะเวลาการอยู่บนเตียงจะต้องไม่น้อยกว่า 4.5 ชั่วโมงแม้ว่าระยะเวลาในการนอนหลับของผู้ป่วยจะน้อยกว่านี้ คำนวณออกมาเป็นดัชนีของประสิทธิภาพของการนอนหลับ เมื่อประสิทธิภาพการนอนหลับของผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 90 จากการคำนวณเวลาของผู้ป่วยแต่ละราย ให้จำกัดการนอนโดยการลดระยะเวลาบนเตียงอย่างน้อย 15-20 นาที (ผู้ป่วยอาจเข้านอนช้าลงหรือตื่นนอนเร็วขึ้น) โดยประสิทธิภาพการนอนหลับคำนวณได้ดังนี้

$$\text{ประสิทธิภาพการนอน (SE)} = \frac{\text{ระยะเวลาเฉลี่ยทั้งหมดที่หลับ(TST) / ระยะเวลาที่อยู่บนเตียง(TIB)}}{\times 100\%}$$

5.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

5.5.1 ความวิตกกังวล คือ สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ตึงเครียด กระวนกระวายใจหรือไม่สบายใจ (ซอลดา พันธูเสนา, 2536; อรพรรณ ลือบุญ รัชชัย, 2554) จากภาวะคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลนั้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ (Spielberger & Sydeman, 1994) ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้าน จิตใจที่ส่งผลให้นอนไม่หลับจากการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว และเกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Savard & Morin, 2001) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถ พบความวิตกกังวลได้ตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งเสร็จสิ้นการรักษา (Trimmel et al., 2005) จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยา เคมีบำบัดสาเหตุมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและ การปฏิบัติตนเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (Malone, 2007; Saraswathi et al., 2005) รวมถึงความ วิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของโรคในการกลับมาเป็นซ้ำหรือเกิดการลุกลามถึงแม้ว่าจะได้รับ การรักษาแล้วก็ตาม (Winnie et al., 2010) หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงข้อมูลและมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรครวมถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของตนเองอย่างถูกต้อง ก็จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วย สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความสมดุลทางด้านจิตใจและมีผลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตก กังวลลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องจึงเป็นการช่วยลดปัจจัยที่ทำให้ เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

- 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวเรื่องโรคมะเร็งเต้านม
- 2) แนวทางการรักษามะเร็งเต้านม
- 3) อาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อ จัดการอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

5.5.2 ความเหนื่อยล้า คือ ความรู้สึกถึงอาการอ่อนเพลีย อ่อนเปลี้ย เหน็ดเหนื่อย เบื่อหน่าย ขาดความสนใจในเรื่องราวต่างๆ (วันชัย วนะชีวินาวัน, 2539) รวมถึงการที่บุคคลรู้สึกหมด กำลังและขาดพลังงานจากการต้องเผชิญความเครียด มีผลให้ร่างกายเกิดการทํางานบกพร่องและ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Aistars, 1987) ในผู้ป่วยมะเร็งสาเหตุการเกิดความเหนื่อยล้ามาจาก พยาธิสภาพของโรคจากการแย่งสารอาหารในร่างกายและการเพิ่มขึ้นของกระบวนการเผาผลาญ รวมถึงอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีที่ได้รับ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ทำให้เกิดการ สูญเสียสารน้ำสารอาหารส่งผลต่อการลดลงของพลังงานในร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987) และส่งผลต่อกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย (Ancoli-Israel et al., 2006) เนื่องจากหากผู้ป่วยนอนไม่หลับช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวันและนำไปสู่ความ

เหนื่อยล้าได้มากขึ้น (Piper, 1993) โดยการให้ความรู้เพื่อบำบัดความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Nail & winningham (1993) ดังนี้ (กึ่งกาญจน์ อาจเดช, 2554)

- 1) การบำบัดความเหนื่อยล้าโดยใช้กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ (Activities for distraction) เช่น ดนตรีบำบัด การนวด เป็นต้น
- 2) การบำบัดความเหนื่อยล้าโดยใช้กิจกรรมออกกำลังกาย (Exercise therapy) เช่น การเดิน โยคะ เป็นต้น

5.5.3 กิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ต่ออาการนอนไม่หลับ สาเหตุมาของความเหนื่อยล้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค รวมถึงอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีที่ได้รับ ทำให้เกิดการสูญเสียสารน้ำสารอาหารส่งผลต่อการลดลงของพลังงานในร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987) และกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจเกิดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัวและเกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Savard & Morin, 2001) ดังนั้น การจัดการกับความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าจึงเป็นการลดปัญหาการนอนหลับที่มีความสัมพันธ์กัน โดยให้คำแนะนำการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยดังนี้ (ปราณี กาญจนวรงค์, 2550)

5.5.3.1 การส่งเสริมการนอนหลับด้านร่างกาย การให้คำแนะนำเรื่องสุขวิทยาการนอนหลับ (Sleep hygiene)

5.5.3.2 การส่งเสริมการนอนหลับด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการแนะนำกิจกรรมเพื่อช่วยลดความเครียด ความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนำไปสู่การนอนหลับที่ดีขึ้น ซึ่งการเลือกวิธีการขึ้นอยู่กับความชอบของแต่ละบุคคล

1) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพราะส่งผลทำให้ร่างกายรู้สึกสดชื่น อารมณ์ดี กระปรี้กระเปร่า จิตใจสบายไม่เครียด ช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรค เช่น ลดความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวล ภาวะอารมณ์แปรปรวน ปัญหาการนอนไม่หลับ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-80 ของอัตราชีพจรสูงสุด) เป็นเวลา 20-60 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การเดิน การวิ่ง ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิกหรือการทำงานบ้าน การทำสวน เป็นต้น (ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2559)

(1) การประเมินตนเองก่อนออกกำลังกาย

หากมีภาวะดังต่อไปนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

- โรคหัวใจ เช่น หัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ กำลังได้รับยาโรคหัวใจ และโรคหัวใจที่แพทย์เคยแนะนำว่าควรออกกำลังกายได้คำแนะนำจากแพทย์เท่านั้น
- มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่อยู่เฉยๆหรือในขณะที่ออกกำลังกาย
- มีความดันโลหิตสูง กำลังได้รับยาลดความดันหรือความดันโลหิตต่ำจนทำให้หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง
- เวียนศีรษะ สูญเสียการทรงตัว หรือเคยมีประวัติหมดสติ
- มีปัญหาด้านกระดูกและข้อ ที่มีอาการแสบเมื่อยหรือมีอาการปวด
- มีน้ำในช่องอก ช่องท้อง ช่องหัวใจ ที่ทำให้เหนื่อยง่ายหรือเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก
- มีระดับของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด ต่ำกว่าปกติ
- มีภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ หนาวสั่นหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น
- มีระดับเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ
- เหตุผลอื่นๆที่ทำให้สงสัยว่าไม่ควรจะออกกำลังกาย ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

(2) ข้อควรระวังในการออกกำลังกายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

- ผู้ป่วยที่ยังอยู่ในช่วงรับการรักษาโดยเฉพาะหลังผ่าตัดหรือระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด มักมีภูมิคุ้มกันที่ไม่แข็งแรงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ควรเลือกสถานที่ออกกำลังกายที่สะอาด หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่คนแออัดพลุกพล่าน หากมีไข้หรือหนาวสั่น ควรดออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์
- ภาวะแขนบวมน้ำเหลืองหลังการรักษามะเร็งเต้านม สามารถออกกำลังกายได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในท่าที่มีการห้อยแขนข้างที่มีอาการเป็นเวลานานๆ หรือกิจกรรมที่มีการขยับแขนข้างนั้นซ้ำๆ
- หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกแขนข้างนั้น และไม่ควรออกกำลังกายหักโหม
- หลีกเลี่ยงการใส่ชุดออกกำลังกายที่รัดแน่นรวมถึงน้ำหนักกดทับบริเวณต้นแขน
- ภาวะบวมน้ำเหลืองเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ ดังนั้นควรระมัดระวังไม่ให้เกิดแผลที่แขนข้างนั้นระหว่างการออกกำลังกาย

2) กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ

(1) การฟังดนตรี มีผลช่วยลดความปวด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจลดลง ด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้ช่วงเวลานอนหลับยาวนานขึ้นและเกิดการนอนที่มีคุณภาพ (Lai & Good, 2006) มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกพบว่าการฟังดนตรีทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (สุพัตรา ใจรักษาและคณะ, 2561) โดยดนตรีมีผลทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย จากการลดลงของ

ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจ ด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด การฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาทีเป็นประจำจึงช่วยให้นอนหลับได้ง่ายและเพิ่มระยะเวลาการนอนหลับให้นานขึ้น ชนิดของเพลงที่เลือกฟังขึ้นอยู่กับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ฟัง แต่ควรเป็นดนตรีที่ช่วยในการผ่อนคลาย เช่น ดนตรีประกอบเสียงธรรมชาติ ดนตรีบรรเลง เสียงสวดมนต์ประกอบดนตรี เป็นต้น

(2) การสวดมนต์ สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งเสริมความรู้สึกสงบของจิตใจจากการท่องบทสวดที่มีเนื้อหาที่ก่อให้เกิดความเลื่อมใสศรัทธาและเกิดกำลังใจ รวมถึงมีผลกระทบต่องานที่เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์สามารถลดความเครียดและช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ จากการที่คลื่นเสียงของการสวดมนต์ซึ่งเป็นพลังงานทำให้เกิดการสั่นสะเทือนของอากาศแทรกซึมสู่ร่างกายและเกิดการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลไปสู่ความสมดุลของระบบร่างกาย หรืออาจเนื่องจากการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ทำให้มุ่งความสนใจไปที่เสียงสวดมนต์แทนการกังวลเกี่ยวกับเรื่องการนอนไม่หลับ เมื่อคลายความวิตกกังวลจึงนอนหลับได้ดีขึ้น (พัสมณท์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2557)

(3) การทำสมาธิ เช่น การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม เป็นต้น โดยใช้เวลาในการปฏิบัติประมาณ 15 - 45 นาทีต่อวันจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดปัญหาต่างๆที่เกิดจากการนอนไม่หลับ เช่น ความเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากการทำสมาธิช่วยลดการกระตุ้นร่างกายทำให้เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบนิ่ง ลดความเครียดและความวิตกกังวล การนอนหลับจึงดีขึ้น (Reich et al., 2017)

(4) การใช้น้ำมันหอมระเหย น้ำมันหอมระเหยมีฤทธิ์กระตุ้นให้สมองหลั่งสารที่ช่วยทำให้อารมณ์ดี อารมณ์สงบ ผ่อนคลาย ทำให้การนอนหลับดีขึ้น วิธีการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยในการนอนหลับมีหลากหลายวิธี เช่น การสูดดมน้ำมันหอมระเหยซ้ำๆ เป็นจังหวะนาน 5 นาทีก่อนเข้านอน, การจุดตะเกียงน้ำมันหอมระเหย 45 นาทีก่อนเข้านอน เป็นต้น โดยกลั่นน้ำมันหอมระเหยที่นิยมใช้ส่งเสริมการนอนหลับ คือ ลาเวนเดอร์ นอกจากนี้ยังมีกลิ่นชนิดอื่น เช่น มะลิ โมกข์ กระดังงา เป็นต้น (สายฝน อินศรีชื่น, 2560)

โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เป็นการพบผู้ป่วย 2 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้

สัปดาห์ที่ 1 : พบผู้ป่วยครั้งแรกและดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายเหตุผลของการใช้โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ หลังจากนั้นสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเรื่องปัญหาการนอนหลับที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกการนอนหลับประกอบด้วย บันทึกเวลาการเข้านอน สิ่งที่รบกวนการนอนหลับ การงีบหลับตอนกลางวัน การรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน กิจกรรมที่ทำบนเตียงนอนก่อนเข้านอน กิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกำลังกายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบระยะเวลาการนอนหลับและข้อมูลปัญหาการนอนหลับของตนเอง

2. การให้ความรู้เรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ประกอบด้วยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบในการให้ความรู้ ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ อายุ เพศ ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับและความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.2 สุขวิทยาการนอนหลับ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมในห้องนอนที่ไปรบกวนการนอนหลับได้แก่ การลดการงีบหลับ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การปรับอุณหภูมิห้องนอน การใช้ยานอนหลับ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เพื่อให้มีความรู้และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนและจัดการกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับ ส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี

2.3 การควบคุมวงจรการหลับและตื่น ได้แก่ การใช้แสงสว่างต่อการนอนหลับและการออกกำลังกายทั่วไป

2.4 การควบคุมสิ่งเร้า การควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างเตียงนอนหรือห้องนอนต่อการนอนหลับและการจำกัดการนอนหลับ

2.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ

ขั้นตอนที่ 2 : การติดตามผลและประเมินปัญหา

สัปดาห์ที่ 2 : การโทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

1. สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกการนอนหลับในการรวบรวมข้อมูล

2. ประเมินความร่วมมือในการตามหลักการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับจากข้อมูลในแบบบันทึกการนอนหลับ ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการนอนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและ

ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งทบทวนหลักการของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแก่ผู้ป่วย

3. ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามและนำไปสู่การมีประสิทธิภาพการนอนหลับที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 : การติดตามผล

สัปดาห์ที่ 3 : การโทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกการนอนหลับในการรวบรวมข้อมูลหลังการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่แล้ว ทบทวนความก้าวหน้าของโปรแกรมตามแบบบันทึกการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 : ประเมินผล

สัปดาห์ที่ 4 : พบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

สรุปผลการนอนหลับของผู้ป่วยจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทบทวนหลักการของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่อไปเพื่อช่วยลดอาการนอนไม่หลับและป้องกันอาการนอนไม่หลับที่อาจกลับมาเป็นซ้ำได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งในประเทศและต่างประเทศมีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

พัทธิญา แก้วแพง (2547) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ใหญ่ ปัจจัยคัดสรรประกอบไปด้วย อายุ เพศ ประวัติการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้ทำ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกชนิดจำนวน 170 คน การศึกษาพบว่า

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับระดับปานกลาง ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับมีความเชื่อในการนอนหลับไม่เหมาะสม ส่วนประวัติของการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวดและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่ 3 ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับ สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 120 คน ปัจจัยพยากรณ์ได้แก่ ความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 เมื่อพิจารณาผลกระทบของอาการนอนไม่หลับรายด้านพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาการนอนหลับมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ที่ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.28 ส่วนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับปานกลาง ($r=.671$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .599 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .156 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Fortner et al. (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 คน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยด้านอายุรกรรมจำนวน 50 คนในกลุ่มผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยอายุรกรรม เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่าความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยด้านอายุรกรรมไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยด้านอายุรกรรม โดยในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 30 % รายงาน

ว่าใช้ยานอนหลับอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 61 % มีผลคะแนนแบบประเมินการนอนหลับสูงกว่า 5 คะแนนจากมาตรฐาน (คะแนนสูงคุณภาพการนอนหลับต่ำ) 40 % ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับ (sleep latency) มากกว่า 15 นาที เวลานอนหลับเฉลี่ย 6.9 ชั่วโมง 36% รายงานว่านอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 46 % ของกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการนอนหลับน้อยกว่า 85 % และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 29% รายงานว่าคุณภาพการนอนหลับแย่มาก ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุด คือ การต้องการเข้าห้องน้ำ อาการปวด ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้สึกร้อน ตื่นระหว่างการนอน การไอหรือกรนเสียงดัง และพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การนอนหลับที่มีปัญหาทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการปวดมากขึ้น ขาดพลังงาน พลังชีวิตในการดำรงชีพและพบว่ามีปัญหาด้าน จิตใจมากขึ้น

Fiorentino & Ancoli-Israel (2006) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรายงานปัญหาอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงส่วนหนึ่งมาจากสภาวะจิตใจ และพบว่าการรักษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยวิธีทางเลือก คือ พฤติกรรมบำบัด ได้รับความนิยมเนื่องจากมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหา

Palesh et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามซึ่งมีปัจจัย ได้แก่ ความซึมเศร้า ความปวด และความเครียด โดยศึกษาแบบระยะยาวและประเมินผล 3 ช่วงเวลาคือเดือนที่ 4, 8 และ 12 ในผู้ป่วยจำนวน 93 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการรายงานปัญหาการรบกวนการนอนหลับ 64 % ปัญหาการเข้านอนมีระดับปานกลางถึงรุนแรง 22 % ปัญหาการตื่นช่วงระหว่างคืนมีระดับปานกลางถึงรุนแรง 42.4 % ปัญหาการตื่นนอนเช้ากว่าปกติมีระดับปานกลางถึงรุนแรง 23.2 % โดยปัญหาจากความเครียดระดับสูงมากเป็นปัจจัยทำนายปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการตื่นในตอนเช้า ตื่นช่วงระหว่างคืนและการนอนกลางวัน ความซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในช่วงเดือนที่ 12 สัมพันธ์กับชั่วโมงการนอนหลับที่ลดลง และเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการตื่นในตอนเช้าและนอนกลางวัน ส่วนความปวดที่เพิ่มขึ้นเป็นปัญหามากในการตื่นช่วงระหว่างคืน

Bower (2008) ทำการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับอาการพฤติกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีชีวิตอยู่ พบว่าภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษา พบอาการที่เป็นสาเหตุสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวอเมริกาเหนือในช่วง 5 ปีที่ศึกษา ได้แก่ 1) ความเหนื่อยล้า พบได้ 25-99 % ขึ้นอยู่กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบความเหนื่อยล้าระดับปานกลางถึงรุนแรง 30-50 % และพบ 26% ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดหรือรังสีรักษา 2) อาการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ป่วย 20-70 % ขึ้นอยู่กับรูปแบบงานวิจัย มีการรายงานปัญหาการนอน

หลับในช่วงก่อนที่จะได้รับการรักษาระหว่างการรักษาและภายหลังการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกและระยะลุกลาม มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 300 คน พบว่า 51 % มีปัญหาการนอนหลับและ 19 % ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการนอนไม่หลับ ในส่วนของการศึกษาระยะยาวยังมีการศึกษาน้อยมากที่จะอธิบายถึงสาเหตุ ระยะเวลาที่เกิดปัญหาและภายหลังการรักษา 3) ความซึมเศร้าพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ 15-50 % โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์อาการซึมเศร้าพบได้เพิ่มขึ้นอีก 20-30 % และการรวบรวมการรับรู้พบว่า ความบกพร่องในการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดได้ในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพบได้ 16.75 % ขึ้นอยู่กับขนาดกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดคำจำกัดความ การสูญเสียการรับรู้ในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสูญเสียการรับรู้แต่ระดับน้อยจนถึงปานกลาง โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เรื่องภาษา ความจำเกี่ยวกับการพูด วัจนภาษา ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่

Palesh et al. (2014) ทำการศึกษาปัญหาการนอนหลับและการทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามแบบระยะยาว ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 คน ทำการวัดคุณภาพการนอนหลับและเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด 3 วันโดยใช้เครื่องมือ wrist-actigraphy หลังจากนั้นติดตามอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามภายใน 6 ปี ผลการศึกษาพบว่า การนอนหลับที่มีประสิทธิภาพสามารถทำนายการลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญในอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม

กรรณิกา ชูจิตร (2560) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการนอนของ Troxel et al. (2012) ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจโรคหัวใจและโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 40 คน ใช้เวลาในการจัดทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยมีการนัดพบผู้ป่วย 2 ครั้งและโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง พบว่า โดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น และมีอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 ลักษณะ คือ เริ่มต้นนอนหลับยากเมื่อเข้านอน ตื่นนอนบ่อยในตอนกลางคืน และตื่นนอนเร็วกว่าปกติ และหลังได้รับโปรแกรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอน การปรับพฤติกรรมการนอนตามหลักการจำกัดการนอนและการควบคุมสิ่งเร้า พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการนอน และเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Palesh et al. (2018) ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 1-3 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งหมด 71 คน โดยการนำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) มาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้เรื่องโภชนาการบำบัด Healthy Eating Education Learning control condition (HEAL) ใช้เครื่องมือประเมินการนอนหลับด้วย Insomnia Severity Index (ISI) โดยโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบในการให้ความรู้ คือ 1). ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2). การควบคุมสิ่งเร้า 3). การลดการงีบหลับ 4). การจำกัดการนอน 5). การควบคุมวงจรการตื่นและการหลับ ใช้เวลาในการจัดทำโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยมีการนัดพบผู้ป่วย 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามรอบระยะเวลาของการให้ยาเคมีบำบัด และการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตาม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดมีค่า Insomnia Severity Index (ISI) ลดลงจากคะแนนเฉลี่ย 6.3 เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.1 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เรื่องโภชนาการบำบัดมีค่า Insomnia Severity Index (ISI) ลดลงจากคะแนนเฉลี่ย 2.5 เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดมีอาการนอนไม่หลับลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องโภชนาการบำบัด ($P = 0.041$)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ คือ อาการนอนไม่หลับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า พบว่าได้มีการศึกษาโดยจัดกระทำต่อปัจจัยดังกล่าวเพื่อลดอาการนอนไม่หลับ อย่างไรก็ตามพบปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยยังคงมีอาการนอนไม่หลับและอาจทำให้เป็นไปอย่างเรื้อรัง คือ พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ซึ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาที่จัดการกับปัจจัยด้านนี้

Palesh et al. (2018) ได้นำโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) มาใช้ในการแก้ปัญหาอาการนอนไม่หลับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งพบว่าทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยชิ้นนี้พบว่าโปรแกรมมุ่งเน้นไปในเรื่องของการปรับพฤติกรรมการนอนหลับ ประกอบด้วย ความรู้ 5 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ 2) การควบคุมสิ่งเร้า 3) การลดการงีบหลับ 4) การ

จำกัดการนอน 5) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่พบว่า การปรับพฤติกรรมการนอนทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง แต่จากปัจจัยทำนายที่พบในงานวิจัยของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ปัญหาการนอนหลับที่พบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) ที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่ทำให้การนอนไม่หลับดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นปัญหานอนไม่หลับแบบเรื้อรัง จากการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนให้ถูกต้องและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับตามมา ซึ่งสามารถทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด (BBT-CI) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัจจัยคงอยู่ที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับใน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการดำเนินการ 4 สัปดาห์

ประกอบด้วยพบผู้ป่วย 2 สัปดาห์ โทรศัพท์ติดตาม 2 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้ : สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1.1 สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์หลังจากนั้นให้ผู้ป่วย บันทึกการนอนหลับช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการอธิบายผ่านคู่มือและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มี 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ
- 2) สุขวิทยาการนอนหลับ
- 3) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น
- 4) การควบคุมสิ่งเร้า
- 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวล

และความเหนื่อยล้า

ขั้นตอนที่ 2 : การติดตามผลและประเมินปัญหา : โทรศัพท์ติดตามผล เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับและประเมินปัญหาในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติและร่วมหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 : การติดตามผล : โทรศัพท์เพื่อติดตามผลและปัญหาที่ได้รับการแก้ไขไป ทบทวนวิธีการปฏิบัติตนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่ 4 : การประเมินผล : พบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการนอนหลับของผู้ป่วยจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับ ทบทวนหลักการปฏิบัติและส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

อาการ
นอนไม่
หลับลดลง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีแบบแผนการวิจัย ดังนี้

| | |
|-------------|-------------------------|
| กลุ่มควบคุม | O_1 ----- O_2 |
| กลุ่มทดลอง | O_3 -----X----- O_4 |

O1 หมายถึงอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีในกลุ่มควบคุมก่อน ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึงอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีในกลุ่มควบคุมหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 4

O3 หมายถึงอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีในกลุ่มทดลองก่อน ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

O4 หมายถึงอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีในกลุ่มทดลองหลัง ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในสัปดาห์ที่ 4

X หมายถึง โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ถึง 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าในงานวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ถึง 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3
3. ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 2 เป็นต้นไป
4. มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า 7 คะแนน โดยวัดจากแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547)
5. ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่และเวลา และไม่มี ความผิดปกติทางการมองเห็นและการได้ยิน
6. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
7. ผู้ป่วยสนใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอาการนอนไม่หลับก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม
2. มีความผิดปกติทางจิตประสาทจากการวินิจฉัยของแพทย์
3. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ 4 สัปดาห์ตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนวรรณกรรมอ้างอิงงานวิจัยของชัชฎาพร พุทธเสน (2558) ที่ศึกษาเรื่องผลของการจัดการกับอาการด้วยตนเองร่วมกับการฝึกโยคะต่อความเหนื่อยล้าและการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมี $\bar{X}_1=2.90$, $\bar{X}_2= 1.49$, $SD_1= 1.34$, $SD_2= 0.80$ คำนวณได้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ 0.8 กำหนดอำนาจทดสอบ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 21 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามหลักเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการจับคู่ (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันดังนี้ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะเดียวกัน จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน สูตรยาเคมีบำบัดเหมือนกัน ระดับคะแนนของอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับเดียวกัน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จัดเข้ากลุ่มควบคุมจนครบ 21 คนก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนและเกิดอคติในการทำแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจส่งผลต่อผลการวิจัยได้ จากนั้นจึงจัดเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 21 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2564 โดยทำการจับคู่ (Matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้
 - 3.1 อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
 - 3.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเดียวกัน
 - 3.3 สูตรยาเคมีบำบัดเหมือนกัน
 - 3.4 จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน
 - 3.5 ระดับคะแนนของอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับเดียวกัน

ผลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 42 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 35 ปี และอายุมากที่สุด คือ 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 จำนวน 14 คู่ ระยะที่ 3 จำนวน 4 คู่ และระยะที่ 3 จำนวน 3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC จำนวน 17 คู่ และมีอาการเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 8-14 คะแนน) จำนวน 20 คู่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ ระดับคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัด และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด

| คู่ที่ | กลุ่มควบคุม | | | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง | |
|--------|-------------|---------------------|--------------|------------|---------------------|--------------|--------------------------|---------------------|
| | อายุ | คะแนน นอนไม่หลับ | จำนวน รอบ | อายุ | คะแนน นอนไม่หลับ | จำนวน รอบ | ระยะ โรค | สูตรยา เคมีบำบัด |
| 1 | 58 | 10 | 4 | 59 | 13 | 4 | 2 | AC |
| 2 | 59 | 9 | 8 | 59 | 11 | 10 | 2 | AC paclitaxel |
| 3 | 53 | 10 | 11 | 54 | 9 | 11 | 3 | AC paclitaxel |
| 4 | 35 | 9 | 2 | 37 | 11 | 2 | 2 | AC |
| 5 | 42 | 12 | 3 | 45 | 9 | 2 | 3 | AC |
| 6 | 39 | 13 | 3 | 35 | 10 | 3 | 3 | AC paclitaxel |
| 7 | 56 | 12 | 2 | 57 | 14 | 2 | 2 | AC |
| 8 | 49 | 11 | 2 | 53 | 13 | 2 | 2 | AC |
| 9 | 49 | 15 | 9 | 46 | 18 | 9 | 2 | AC paclitaxel |
| 10 | 58 | 9 | 2 | 57 | 9 | 2 | 2 | AC |
| 11 | 46 | 12 | 3 | 48 | 10 | 3 | 1 | AC |
| 12 | 51 | 9 | 2 | 54 | 10 | 2 | 1 | AC |
| 13 | 44 | 9 | 2 | 46 | 12 | 2 | 3 | AC |
| 14 | 47 | 8 | 2 | 45 | 11 | 2 | 2 | AC |
| 15 | 59 | 9 | 3 | 58 | 11 | 3 | 2 | AC |
| 16 | 58 | 10 | 3 | 59 | 9 | 3 | 1 | AC |
| 17 | 54 | 8 | 4 | 51 | 12 | 4 | 2 | AC |
| 18 | 48 | 8 | 2 | 48 | 10 | 2 | 2 | AC |
| 19 | 49 | 9 | 2 | 48 | 10 | 2 | 2 | AC |
| 20 | 41 | 11 | 2 | 45 | 10 | 2 | 2 | AC |
| 21 | 45 | 8 | 3 | 46 | 8 | 2 | 2 | AC |

AC = doxorubicin / cyclophosphamide

AC paclitaxel = AC Followed by paclitaxel q 7 days

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งเป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง โดยให้ผู้ป่วยกรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

2. **แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา** ประกอบด้วย ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด วันล่าสุดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นลักษณะแบบเติมคำในช่องว่าง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล โดยการรวบรวมจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3. **แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ** โดยใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธรีญา แก้วแพง (2547) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

3.1 **ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก** (Difficulty in initialing sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับใช้เวลา นานกว่า 30 นาที คือ คำถามข้อที่ 1 (รวม 1 ข้อ)

3.2 **ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง** (Difficulty in maintaining sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยนอนหลับไปแล้ว มีการตื่นบ่อยในตอนกลางคืนและหลับต่อยาก คือ คำถามข้อที่ 2 (รวม 1 ข้อ)

3.3 **ด้านการตื่นเชากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้** (Early morning awakening) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติในตอนเช้า และไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ทำให้รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า คือ คำถามข้อที่ 3 (รวม 1 ข้อ)

3.4 **ด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน** หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแบบแผนการนอนหลับของตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวลหรือเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ อีกทั้งอาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตนเองหรือผู้อื่น สังเกตเห็นอาการบางอย่างได้ คือ คำถามข้อที่ 4-7 (รวม 4 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับมีข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีเลย และ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน

การแปลผล คะแนนอาการนอนไม่หลับมีการแปลผลเป็น 4 ระดับ (Morin, 1993) ดังนี้

| | | | |
|-------|-------|--------|--------------------------------------|
| คะแนน | 0-7 | แปลว่า | ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย |
| คะแนน | 8-14 | แปลว่า | อยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ |
| คะแนน | 15-21 | แปลว่า | มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง |
| คะแนน | 22-28 | แปลว่า | มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความถูกต้องของสำนวนภาษา ความครอบคลุม ความกระชับ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 1 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 4 ท่าน

2. ผู้วิจัยทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit & Hungler (1999) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตยันทกุล, 2551) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณจากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

| | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยมาก |

รวบรวมคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นระดับ 3 และ 4 มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ตามสูตร Polit & Hungler (1999) ดังนี้

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

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ข้อ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq .80$ พบว่ามีความสอดคล้องค่อนข้างมากและสอดคล้องมากทั้งหมด 7 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $CVI = 1$

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เนื่องจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับนี้ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ โดยมีความเที่ยงเท่ากับ 0.87 (ชัชฎาพร พุทธเสน, 2558) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความเที่ยงซ้ำก่อนนำไปใช้ ทั้งนี้จากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แสดงผลการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับและการจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากเอกสารบทความ ตำราและงานวิจัย

2. สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำการกำหนดเนื้อหาและรูปแบบโครงสร้าง เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ และการประเมินผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

- 2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัยรวมถึงประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

- 2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับจากโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในสัปดาห์ที่ 1 มีเนื้อหาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบในการให้ความรู้ ดังนี้

- 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ
- 2) สุขวิทยาการนอนหลับ
- 3) การควบคุมวงจรการหลับและตื่น
- 4) การควบคุมสิ่งเร้า
- 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

เป็นการมุ่งเน้นให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับ โดยหวังผลต่อการจัดการกระทำต่อปัจจัยคงอยู่ รวมถึงปัจจัยโน้มนำและปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.3 การส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยมีการโทรศัพท์ติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ การสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้น การดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการส่งเสริมให้กำลังใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการพบผู้ป่วยเพื่อสรุปผลการนอนหลับของผู้ป่วยจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและทบทวนหลักการของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

3. สร้างสื่อการสอนที่ใช้ในโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ผู้วิจัยได้สร้างสื่อการสอนจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารวิชาการ ซึ่งมีสื่อการสอน ดังนี้

3.1 คู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับตื่น การควบคุมสิ่งเร้า และกิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

3.2 แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) เรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับตื่น การควบคุมสิ่งเร้า และกิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า

3.3 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ เพื่อบันทึกการนอนหลับของผู้ป่วยก่อนและขณะเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์โดยผู้วิจัย ประกอบด้วย บันทึกเวลาการเข้านอน สิ่งที่ยากวนการนอนหลับ การจับหลับตอนกลางวัน การรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน กิจกรรมที่ทำบนเตียงนอนก่อนเข้านอน กิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกำลังกาย

3.4 แผนการสอนของโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม บทความ ตำรา และเอกสารวิชาการ ประกอบด้วยเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับ นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 1 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 4 ท่าน

โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมและความถูกต้องของสำนวนภาษา ความครอบคลุม ความกระชับและความถูกต้องของเนื้อหา การจัดลำดับของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ความสอดคล้องของสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้กับเนื้อหา

2. ผลของการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2.1 ปรับแก้การใช้ภาษา ตัดเนื้อหาข้อความที่ไม่จำเป็นบางส่วนในคู่มือการปรับสุขภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้มีความกระชับและเข้าใจง่าย

2.2 ปรับแก้คำผิดในคู่มือการปรับสุขภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน นำมาพิจารณาอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างศึกษา ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบ ความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาและความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ผลของการนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 คน ไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาอาการนอนไม่หลับที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยทั้งหมดจะรับประทานยานอนหลับตามคำแนะนำของแพทย์ภายใน 1 - 3 วันแรก

หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดเท่านั้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าหากรับประทานยานอนหลับต่อเนื่องจะทำให้ร่างกายเกิดอาการติดยานอนหลับและไม่สามารถหลับได้ด้วยตนเอง หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับจะใช้วิธีการงีบหลับตอนกลางวันทดแทน หรือการตั้งใจพยายามนอนให้หลับในคืนต่อไป ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้ง 3 คนไม่เคยทราบวิธีการปรับสุขวิทยาการนอนหลับเพื่อลดอาการนอนไม่หลับมาก่อน มี 2 คนที่มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับ คือ การสวดมนต์ แต่ทำกิจกรรมบนเตียงนอนซึ่งไม่เป็นไปตามหลักปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับ เมื่อผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงหลักการและเหตุผลความสำคัญในการจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับ จากนั้นอธิบายเกี่ยวโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบในการให้ความรู้ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับสุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับและตื่น การควบคุมสิ่งเร้า กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับที่มีผลจัดการต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้า ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที เป็นไปตามระยะเวลาการสอนที่กำหนด หลังจากให้ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดมีความเข้าใจในหลักการปฏิบัติตัวในเรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมากขึ้น ในการโทรศัพท์ติดตามใช้ระยะเวลา 15 นาที ตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยทั้งหมดให้ความร่วมมือในการทำตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ แต่มีผู้ป่วย 1 คนมีความเห็นว่าการควบคุมสิ่งเร้าในเรื่องการลุกออกจากเตียงนอนถ้าไม่สามารถนอนหลับได้ภายในเวลา 20 นาที ค่อนข้างปฏิบัติยาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้นอนคนเดียวอาจรบกวนการนอนของผู้อื่นได้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมเรื่องการอธิบายเหตุผลและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติ พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติต่อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล 1 ฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ฉบับที่ปรับปรุงของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 7 ข้อ คือข้อที่ 1,5,8, 10,11,12,16 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 13 ข้อ คือข้อที่ 2,3,4,6,7,9,13,14,15,17,18,19 และ 20 โดยประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ฯลฯ เป็นต้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุดจนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลและประเมินผล

การคิดคะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกให้กลับคะแนนก่อนในการรวมคะแนน จึงรวมคะแนน แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0-4 คะแนน โคจรวมคะแนนแต่ละข้อ คูณด้วยจำนวนข้อคำถามแล้ว

นำอาหารด้วยจำนวนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ดังนั้นคะแนนรวมของพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 80 คะแนน

การแปลผล โดยให้คะแนนรวมของรวมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวน้อย หมายถึงพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับน้อย และคะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมาก หมายถึงพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมาก

เกณฑ์ผ่านกำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของการพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับน้อยกว่าร้อยละ 20 คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 16 คะแนน

ขั้นตอนการนำเครื่องมือกำกับการทดลองมาใช้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากบทความ งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องที่มีการนำแบบประเมินแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมาใช้

2. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับของหนึ่งฤทัย อุดเงิน (2556) มีการนำไปใช้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 120 คน มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index : CVI) พบว่าได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (n=120) นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .88

สรุป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับของหนึ่งฤทัย อุดเงิน (2556) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ถูกนำไปใช้ในการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา นอกจากนี้เนื้อหาการประเมินของเครื่องมือยังมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความของอาการนอนไม่หลับที่ใช้ในการวิจัยอีกด้วย และจากผลการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของการศึกษาที่นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมีคุณภาพดีและเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัย เพื่อแสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาในนางวิจัยนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ จากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลทำให้อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยลดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความถูกต้องของสำนวนภาษา ความครอบคลุม ความกระชับ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 1 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านมและยาเคมีบำบัดจำนวน 4 ท่าน

2. ผู้วิจัยทำการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามสูตรของ Polit & Hungler (1999) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2551) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยคำนวณจากการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย และกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยมาก |

รวบรวมคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นระดับ 3 และ 4 มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ตามสูตร Polit & Hungler (1999) ดังนี้

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

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 20 ข้อ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้

เกณฑ์ $CVI \geq .80$ พบความสอดคล้องค่อนข้างมากและสอดคล้องมากรวมทั้งหมด 18 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $CVI = 0.9$ แสดงว่าเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ดี

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

เนื่องจากแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับนี้ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ โดยมีความเที่ยงเท่ากับ 0.81 (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความเที่ยงซ้ำก่อนนำไปใช้ ทั้งนี้จากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน แสดงผลการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.76

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ณ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะสิ้นสุดการทดลอง ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเตรียมความพร้อมให้เป็นผู้มีความรู้ในการจัดทำโปรแกรม พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการรักษาและแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยพร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลรามาธิบดี
3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากได้รับอนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย

ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จากนั้นรอฟบผู้ป่วยในเวลาราชการเวลา 08.00 น. - 16.00 น. ของทุกวัน ผู้วิจัยจึงพิจารณาคุณสมบัติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) จากแฟ้มประวัติ และแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่จะแนบจากแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับมากกว่า 7 คะแนน เข้าร่วมในการวิจัย (pre-test)

3. เมื่อได้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัยและชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมแสดงแบบฟอร์มข้อมูลแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและแบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 11 มกราคม 2564 – วันที่ 26 มิถุนายน 2564 โดยเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมจนครบ 21 คนก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองจนครบ 21 คน รวมทั้งหมดจำนวน 42 คน หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการให้ยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมอาการที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับและการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งแรก (ใช้เวลา 30 นาที) ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (pre-test) และผู้วิจัยกรอรายละเอียดลงในแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

สัปดาห์ที่ 4 : (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาให้ยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (post-test)
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งให้คู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้นเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดบำบัดที่ประกอบด้วย การพบผู้ป่วย 2 ครั้ง โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : พบผู้ป่วยครั้งแรกและดำเนินกิจกรรมใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ
2. ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องปัญหาการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับประกอบด้วย บันทึกเวลาการเข้านอน สิ่งที่ยับยั้งการนอนหลับ การงีบหลับตอนกลางวัน การรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน กิจกรรมที่ทำบนเตียงนอนก่อนเข้านอน กิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบระยะเวลาการนอนหลับและข้อมูลปัญหาการนอนหลับของตนเอง
3. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยใช้แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) เพื่อประกอบการสอน และให้คู่มือเรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นสื่อในการสอนแก่ผู้ป่วยและใช้ทบทวนข้อมูลเมื่อกลับบ้าน
4. ผู้วิจัยและผู้ผู้ป่วยร่วมสรุปความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับเรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมอธิบายและนัดหมายผู้ป่วยในการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และ 3

สรุปการทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น จากข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับและการทำแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับพบการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่ดีที่พบบ่อย คือ การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนเข้านอนมากกว่า 1 แก้ว เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวว่าควรดื่มน้ำมากกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน ผู้วิจัยจึงอธิบายและแนะนำแนวทางในการบริหารจัดการเวลาในการดื่มน้ำให้มีความเหมาะสมและไม่กระทบต่อการนอนหลับ และจากข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากแบบบันทึกการนอนหลับและการทำแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับยังพบอีกว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดในเรื่องการควบคุมสิ่งเร้า คือ การทำกิจกรรมต่างๆบนเตียงนอน เช่น ใช้โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีการอธิบายเน้นย้ำถึงเหตุผลที่ไม่ควรทำกิจกรรมบนเตียงนอน ผู้ป่วยสนใจวิธีการแก้ปัญหาอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยกลัวติดยานอนหลับจากความเชื่อที่ว่าหากรับประทานยานอนหลับต่อเนื่องจะทำให้ร่างกายเกิดอาการติดยานอนหลับและไม่สามารถหลับได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงมีความสนใจในการทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ โดยพบว่าผู้ป่วยใช้ดนตรีบำบัดคือการฟังเพลงและการสวดมนต์ก่อนเข้านอน แต่การทำกิจกรรมขัดกับหลักการควบคุมสิ่งเร้าเนื่องจากทำกิจกรรมบนเตียงนอน ผู้วิจัยจึงแนะนำแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้สอดคล้องกับการหลักการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

สัปดาห์ที่ 2 : โทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวแก่ผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตามแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยรายบุคคลและปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการนอนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งทบทวนหลักการของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแก่ผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่ได้รับ คือ อาการนอนไม่หลับลดลงนำไปสู่การมีประสิทธิภาพการนอนหลับที่ดี
5. ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในขณะเข้าร่วมโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับเพื่อให้เกิดความสบายใจและมีผู้คอยให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา

สรุปการทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการนอนหลับสนิทมากขึ้น แต่ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการนอนไม่หลับจากปัญหาเรื่องการควบคุมสิ่งเร้าเรื่องการใช้นอนเนื่องจากข้อจำกัดของลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย และการลุกออกจากเตียงนอนถ้าไม่สามารถนอนหลับได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้นอนคนเดียวอาจรบกวนการนอนของผู้อื่นได้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มเติมเรื่องการอธิบายเหตุผลและชี้ให้เห็นถึงสำคัญในการปฏิบัติ พร้อมทั้งส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 : โทรศัพท์ติดตามสอบถามข้อมูลใช้เวลา 15 นาที ดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่แล้ว
2. ผู้วิจัยทบทวนความก้าวหน้าของโปรแกรมตามแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยรายบุคคล พร้อมทั้งทบทวนหลักการของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแก่ผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามหลักการของโปรแกรมและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ พร้อมทั้งเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยให้ทราบว่าสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในขณะเข้าร่วมโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ เพื่อให้เกิดความสบายใจและมีผู้คอยให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา

สรุปการทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามหลักในการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ทำให้นอนหลับสนิทขึ้น แต่ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการนอนไม่หลับและยังคงพยายามปฏิบัติตามหลักการปรับสุขวิทยาการนอนหลับเพื่อให้มีอาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งผู้ป่วยก็มีกำลังใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 : พบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

1. ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยให้ตรงกับวันที่แพทย์นัดมาให้ยาเคมีบำบัดตั้งต่อไป
2. ผู้วิจัยสรุปผลการนอนหลับของผู้ป่วยจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ผู้วิจัยพบทวนหลักการของโปรแกรม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวันได้
4. ผู้วิจัยให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ
5. ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับและแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

สรุปการทำการกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4

ผู้ป่วยกล่าวขอบคุณที่คอยดูแลตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ และจะนำหลักการปรับสุขวิทยาการนอนหลับไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีการนอนหลับที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแก้ปัญหาอาการนอนไม่หลับจากทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่ยาสามารถช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับยังเป็นแนวทางเพิ่มเติมในการช่วยแก้ปัญหาอาการนอนไม่หลับ ซึ่งทั้งหมดเป็นความรู้ใหม่แก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับที่ดีและมีสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยแจกคู่มือโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ และให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแก่กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 4

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้เริ่มดำเนินการเมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยเลขที่ COA.MURA2020/1902 รับรองด้านจริยธรรมโครงการวิจัยวันที่ 8 ธันวาคม 2563 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงขั้นตอนของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้

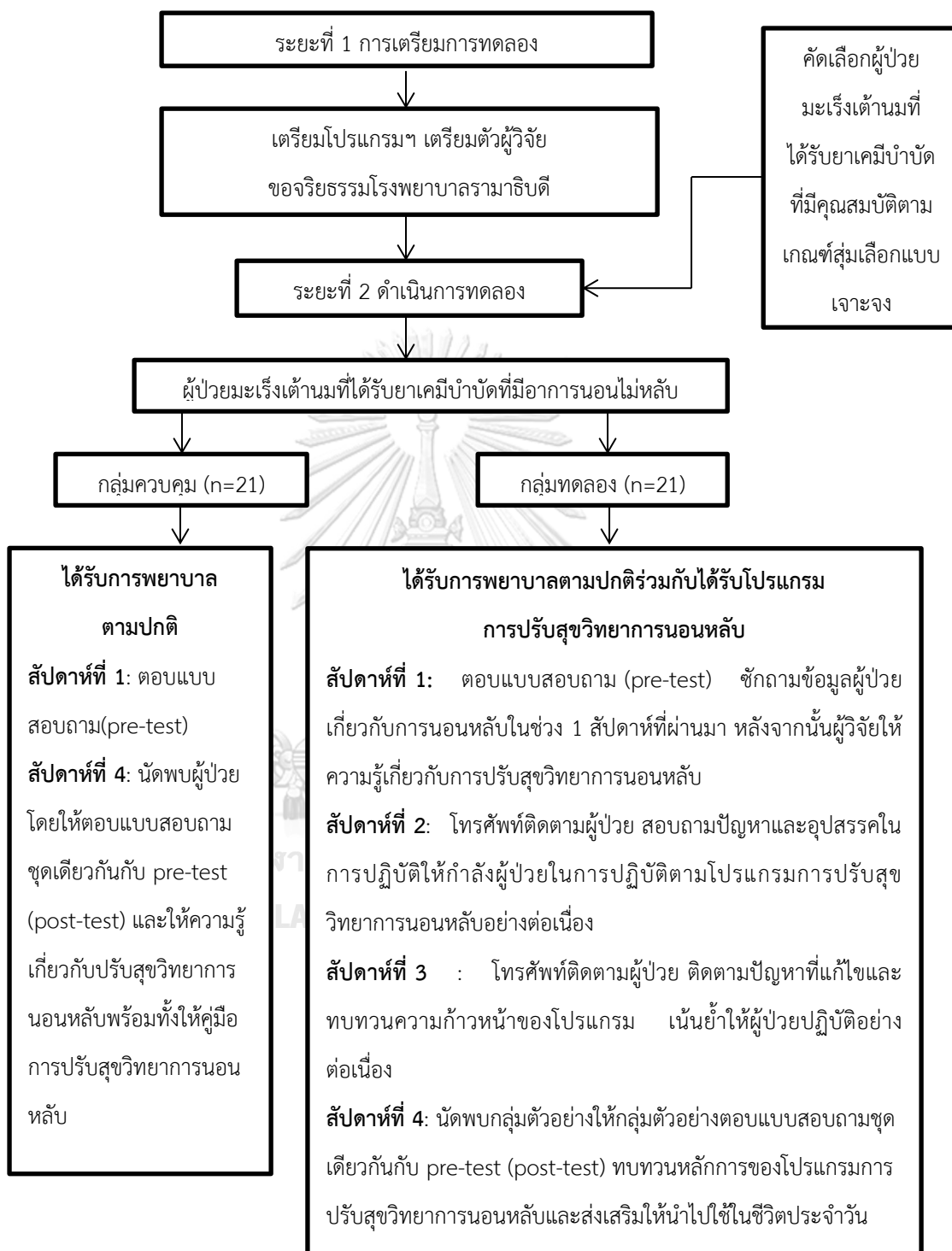
ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยทุกรายจะได้อ่านแบบฟอร์มแจ้งสิทธิข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยตอบรับและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ต่อเดือน โดยใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนรอบได้รับยาเคมีบำบัด วันล่าสุดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงสรุปผลการทดสอบได้ว่าข้อมูลคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับด้วยสถิติ Paired sample t-test
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการนอนไม่หลับ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ด้วยสถิติ Independent sample t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 1 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะมีการประเมินคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนการศึกษาในครั้งแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง และหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 4 ของการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมาเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน กำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดและระดับอาการนอนไม่หลับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 3 ส่วน วิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมเร็งเต้านมและการรักษา

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=21) | | กลุ่มทดลอง (n=21) | |
|------------------------|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ | \bar{X} 49.52 | S.D. 7.05 | \bar{X} 50.00 | S.D. 6.98 |
| 30-39 ปี | 2 | 9.5 | 2 | 9.5 |
| 40-49 ปี | 10 | 47.6 | 9 | 42.9 |
| 50-59 ปี | 9 | 42.9 | 10 | 47.6 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| โสด | 4 | 19.0 | 5 | 23.8 |
| แต่งงาน | 16 | 76.2 | 15 | 71.4 |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 1 | 4.8 | 1 | 4.8 |
| ศาสนา | | | | |
| พุทธ | 19 | 90.5 | 21 | 100.0 |
| อิสลาม | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 4 | 19.0 | 5 | 23.8 |
| มัธยมศึกษา | 5 | 23.8 | 4 | 19.0 |
| อาชีวศึกษา | 0 | 0.0 | 2 | 9.5 |
| ปริญญาตรี | 6 | 28.6 | 9 | 42.9 |
| ปริญญาโท | 6 | 28.6 | 1 | 4.8 |
| อาชีพ | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 7 | 33.3 | 6 | 28.6 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 3 | 14.3 | 6 | 28.6 |
| รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 6 | 28.6 | 4 | 19.0 |
| รับจ้าง | 1 | 4.8 | 3 | 14.3 |
| เกษตรกร | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 |
| พนักงานบริษัท | 3 | 14.3 | 2 | 9.5 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=21) | | กลุ่มทดลอง (n=21) | |
|-------------------|-----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| รายได้/เดือน(บาท) | | | | |
| < 5,000 | 7 | 33.3 | 6 | 28.6 |
| 5,001 –10,000 | 2 | 9.5 | 0 | 0.0 |
| 10,001 –20,000 | 1 | 4.8 | 2 | 9.5 |
| 20,001 –30,000 | 2 | 9.5 | 3 | 14.3 |
| >30,000 | 9 | 42.9 | 10 | 47.6 |

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน พบอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 47.6) อายุเฉลี่ย 49.52 ปี (S.D. 7.05) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.2) นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม (ร้อยละ 95.2 และ 4.8 ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท (ร้อยละ 28.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.3) และรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 28.6) มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.9)

ในกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน พบอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 47.6) อายุเฉลี่ย 50.00 ปี (S.D. 6.98) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.4) นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม (ร้อยละ 95.2 และ 4.8 ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพและธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 28.6) มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.6)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะของโรคมะเร็งเต้านม สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัด

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มควบคุม (n=21) | | กลุ่มทดลอง (n=21) | |
|---------------------------------------|-----------------------|--------|----------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระยะของโรค | | | | |
| ระยะที่ 1 | 3 | 14.3 | 3 | 14.3 |
| ระยะที่ 2 | 14 | 66.7 | 14 | 66.7 |
| ระยะที่ 3 | 4 | 19.0 | 4 | 19.0 |
| สูตรยาเคมีบำบัด | | | | |
| AC | 17 | 81.0 | 17 | 81.0 |
| AC followed by paclitaxel q 7 days | 4 | 19.0 | 4 | 19.0 |
| จำนวนรอบ | | | | |
| Cycle ที่ 2 | 10 | 47.6 | 12 | 57.1 |
| Cycle ที่ 3 | 6 | 28.6 | 4 | 19.0 |
| Cycle ที่ 4 | 2 | 9.5 | 2 | 9.5 |
| Cycle ที่ 8 | 1 | 4.8 | 0 | 0.0 |
| Cycle ที่ 9 | 1 | 4.8 | 1 | 4.8 |
| Cycle ที่ 10 | 0 | 0.0 | 1 | 4.8 |
| Cycle ที่ 11 | 1 | 4.8 | 1 | 4.8 |

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 42 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด AC และ AC followed by paclitaxel q 7 days (ร้อยละ 81.0 และ 19.0 ตามลำดับ) ในกลุ่มควบคุมจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 47.6 และ 28.6 ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองจำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 57.1 และ 19.0 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ(n=21)

| | อาการนอนไม่หลับ | | | | t | df | p-value |
|-----------|------------------------|-------------------------|-----------|------|------|----|---------|
| | Ideal range (คะแนน) | Actual range (คะแนน) | \bar{X} | SD | | | |
| ก่อนทดลอง | 0-28 | 8-18 | 10.95 | 2.22 | 8.41 | 20 | .000 |
| หลังทดลอง | 0-28 | 4-10 | 7.80 | 1.77 | | | |

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับเท่ากับ 10.95 และ 7.8 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=42)

| | อาการนอนไม่หลับ | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------|------|-------|----|---------|
| | Ideal range (คะแนน) | Actual range (คะแนน) | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| กลุ่มควบคุม (n=21) | 0-28 | 8-15 | 10.04 | 1.88 | -1.43 | 40 | .163 |
| กลุ่มทดลอง (n=21) | 0-28 | 8-18 | 10.95 | 2.22 | | | |

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.04 และ 10.95 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=42)

| | อาการนอนไม่หลับ | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|-----------|------|------|----|---------|
| | Ideal range (คะแนน) | Actual range (คะแนน) | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| กลุ่มควบคุม (n=21) | 0-28 | 8-14 | 9.57 | 1.80 | 3.18 | 40 | .003 |
| กลุ่มทดลอง (n=21) | 0-28 | 4-10 | 7.80 | 1.77 | | | |

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.57 และ 7.80 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับซึ่งได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึง เดือนมิถุนายน 2564 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่วันที่ 2 เป็นต้นไป มีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่า 7 คะแนน โดยวัดจากแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับผิดชอบต่อบุคคล สถานที่และเวลาปกติ ไม่มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็นและการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีอาการนอนไม่หลับก่อนการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความผิดปกติทางจิตประสาทจากการวินิจฉัยของแพทย์ รวมทั้งยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาอย่างสม่ำเสมอ ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 21 คน ทำการจับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเดียวกัน สูตรยาเคมีบำบัดเหมือนกัน จำนวนรอบที่ได้รับยาเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน และมีระดับของอาการนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
3. แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ ใช้แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin

(1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถนอนต่อได้ และด้านการมีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในการนำไปใช้ในการประเมินอาการนอนไม่หลับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจำนวน 2 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามจำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 : พบผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้ เกี่ยวกับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มี 5 องค์ประกอบดังนี้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับและตื่น การควบคุมสิ่งเร้า และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวล

สัปดาห์ที่ 2 : โทรศัพท์ติดตามผลและประเมินปัญหา สนับสนุนให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 3 : โทรศัพท์ติดตามผลของการแก้ปัญหาและสนับสนุนให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 4 : พบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการนอนหลับจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับ ทบทวนหลักการปฏิบัติและส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ฉบับที่ปรับปรุงของ หนึ่งฤทัย อุดเถิน (2556) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ซึ่งจะประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยค่าคะแนนรวมของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากหมายถึง พฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับมาก เกณฑ์ผ่านกำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมที่ ขัดขวางการนอนหลับน้อยกว่าร้อยละ 20 คือ มีคะแนนรวมน้อยกว่า 16 คะแนน

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน 2564 ณ ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเตรียมความพร้อมของตนเองในการให้ความรู้ตามโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับและเตรียมเอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการส่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจาก คณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

4. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัว จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมกับโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึงเข้าพบหัวหน้าพยาบาลศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบาย วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษารายละเอียด แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์อาการนอนไม่หลับที่ผ่านมา

กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการให้ยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมอาการที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับและการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยมาทำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งจะเป็นวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการ

กลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับความรู้ตามโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สุขวิทยาการนอนหลับ การควบคุมวงจรการหลับและตื่น การควบคุมสิ่งเร้า และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการต่อความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับไปปฏิบัติต่อที่บ้าน มีการติดตามประเมินผลและแก้ปัญหา

ที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติตามโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับทุก 1 สัปดาห์เพื่อให้การนอนไม่หลับลดลง ซึ่งผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และ 3

เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเพื่อทำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับและแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ผู้วิจัยแจกคู่มือการปรับสุขภาพการนอนหลับและให้ความรู้ในการปรับสุขภาพการนอนหลับแก่กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างจนครบ 42 คน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลต่างๆ มาทำการวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนด้วยสถิติ Paired sample t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนด้วยสถิติทดสอบ Independent sample t-test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.52 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.2) นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม (ร้อยละ 95.2 และ 4.8 ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและปริญญาโท (ร้อยละ 28.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.3) และรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 28.6) มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.9)

ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.00 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.4) นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม (ร้อยละ 95.2 และ 4.8 ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพและธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 28.6) มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.6)

2. คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

3. คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษามีอุบัติการณ์ของการนอนไม่หลับถึง 51-63 % (Fortner et al., 2002; Koopman et al., 2002) โดยจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น (แสดงในตารางที่ 12 ภาคผนวก) และมีอาการนอนไม่หลับทั้งสามลักษณะ (แสดงในตารางที่ 11 ภาคผนวก) คือ เริ่มต้นนอนหลับยากเมื่อเข้านอน ตื่นนอนบ่อยในตอนกลางคืน และตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Palesh et al. (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 80 เกิดอาการนอนไม่หลับซึ่งพบได้ทั้งสามลักษณะของอาการ และมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับครบทั้งสามอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังตามมาถึง 60 % (Palesh et al., 2013) โดยพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับระยะเวลานาน คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง (หนึ่งฤทัย อุตถิน, 2556)

การแก้ไขปัญหานอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งจากสาเหตุปัจจัยด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ ที่มีประสิทธิภาพและพบการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากคือ การบำบัด

ความคิดและพฤติกรรม Cognitive-Behavior Therapy (CBT-I) โดยพบว่าีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง ส่งผลให้สภาวะอารมณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดีขึ้น (Aricò et al., 2016) แต่เนื่องจากมีความยุ่งยาก ใช้เวลาในการปฏิบัติตามโปรแกรมนานและต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินโปรแกรมวิธีการนี้จึงยังไม่เป็นที่แพร่หลายในทางปฏิบัติ Palesh et al. (2018) จึงได้ทำการประยุกต์ CBT-I มาใช้เพื่อให้ความเหมาะสมต่อผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม พัฒนาเป็นโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดสำหรับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด brief behavioral therapy for cancer-related insomnia (BBT-CI) มุ่งเน้นไปในเรื่องของ การปรับพฤติกรรม การนอนหลับโดยวิธีการจำกัดการนอน (Sleep compression) และการควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) โดยผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง แต่เนื่องจากปัญหาการนอนหลับที่พบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) ซึ่งก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังได้ (Harvey, 2005: จรรยา ฉิมหลวง, 2560) ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักสุขวิทยาการนอนหลับ (sleep hygiene) ที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นการแก้ไขปัญหานี้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างตรงจุดมากยิ่งขึ้น จากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนให้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับตามมา ซึ่งสามารถทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยลดลงได้ (แสดงในตารางที่ 12 ภาคผนวก)

การปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพร่างกายตนเองขณะเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจึงไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมที่ผู้ป่วยปฏิบัติบ่อย คือ การไม่ลุกขึ้นจากเตียงนอนเมื่อรู้สึกง่วงนอนไม่หลับ การทำกิจกรรมบนเตียงนอน และการเข้านอนทั้งที่ยังไม่รู้สึกร่วง เป็นต้น โดยเป็นหลักปฏิบัติเพื่อการควบคุมสิ่งเร้าที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดวงจรการหลับและตื่นที่คงที่ จากการควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างเตียงนอนหรือห้องนอนต่อการนอนหลับ ซึ่งในโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีการให้ความรู้ในด้านนี้อย่างถูกต้องรวมถึงการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ดีอื่นๆ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี ผู้ป่วยจึงได้รับความรู้และรับทราบถึงเหตุผลในการปฏิบัติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมจึงทำให้ผู้ป่วยอาการนอนไม่หลับลดลง โดยจากการประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับผู้ป่วยมีค่าคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับลดลงจาก 23.9 คะแนน และ 12.6 คะแนน ตามลำดับ (แสดงในตารางที่ 18 ภาคผนวก) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีการ

ปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมลดลง สอดคล้องกับข้อมูลการรับประทานครานนอนหลับของผู้ป่วยที่ลดลงหลังการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับให้เพิ่มมากขึ้น โดยการให้ความรู้และหลักการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการกับปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (แสดงในตารางที่ 20 ภาคผนวก) ซึ่งจะทำให้การนอนหลับของผู้ป่วยดีขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับจากการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ รวมถึงการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคะแนนอาการนอนไม่หลับลดลง และเมื่อพิจารณาคะแนนอาการนอนไม่หลับรายด้านประกอบด้วย ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ และด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าคะแนนอาการนอนไม่หลับรายด้านลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับสามารถลดปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น คิดเป็นร้อยละ 95.2 (แสดงในตารางที่ 10 ภาคผนวก) โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับก่อนการทดลองเท่ากับ 10.50 ($S.D. = 2.08$) สอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 35-59 ปี (อายุเฉลี่ย 49.76 ปี) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ และพบอุบัติการณ์ของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น (Leger, 2008) เนื่องจากความต้องการระยะเวลานอนหลับที่ลดลงเรื่อยๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536) และระยะของโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ซึ่งระยะของโรคมะเร็งและคุณภาพการนอนหลับจะมีความแตกต่างตามระยะของโรค โดยคุณภาพการนอนหลับจะลดลงเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคจากความเครียด ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค (Savard et al., 2001) รวมทั้งแนวทางการรักษาในปัจจุบันแพทย์มีการให้นอนหลับแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยา

เคมีบำบัดในการป้องกันหรือบรรเทาอาการนอนไม่หลับ รวมถึงยาที่ลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่องและการตื่นเช้ากว่าปกติได้ ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการนอนไม่หลับของตนเองได้ในเบื้องต้น ดังนั้น จึงสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น

ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด การรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัดเพื่อควบคุมอาการที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และการรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการลดการเกิดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ แต่ปัจจัยคงอยู่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข จึงทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการนอนไม่หลับ เมื่อพิจารณาปัญหาารายด้านของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมีความแตกต่างกัน (แสดงในตารางที่ 14 ภาคผนวก) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับปัญหาอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากความสะดวกสบายในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ในการจัดการปัญหาการนอนหลับ ซึ่งสามารถทำให้คะแนนอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมลดลงได้เล็กน้อยตามผลการวิจัย แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองยังคงพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีอาการนอนไม่หลับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ช่วยในการปรับการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมให้ลดลง สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับจากการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยจากการประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับผู้ป่วยมีค่าคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมลดลง รวมถึงการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลงยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมสามารถช่วยลดปัญหาการนอนไม่หลับได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับจึงมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับตามเหตุผลข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่รับยาเคมีบำบัดลดลง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการสนับสนุนในการเผยแพร่ข้อมูลและการนำโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับไปปรับใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยที่จะรักษาอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยา และลดการใช้ยานอนหลับลงรวมถึงเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่มีอาการนอนไม่หลับต่อไป
2. ผลการศึกษาวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่รับยาเคมีบำบัดหรือมีปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษา ติดตาม และประเมินผลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับเป็นระยะเวลานานขึ้น เช่น 3 หรือ 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อขยายองค์ความรู้ในการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยาไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับลง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรรณิกา ชูจิตฺร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการนอนต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กษมภักดิ์ พันพิลึก. (2550). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกําลังกายต่อการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555). มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

จรรยา นิมหลวง. อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่มีหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง: บทบาทพยาบาล. (2560). วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(2), 29-38.

ซัชฎาพร พุทธเสน. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองร่วมกับการฝึกโยคะต่อความเหนื่อยล้าและการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

दनัย दुस्र्गक्ष. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.

ตนุพล วิรุฬหการุญ. (2561). นอนถูกวิธีสุขภาพดีตลอดชีวิต. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์เฮลท์ นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสนหา และ พรชัย โอเจริญรัตน์. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด. (2557). วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34(3), 19-38.

นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์. (2539). ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องตรึงกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2537). "Pain and the Nervous System." ใน *The Principle of Pain: Diagnosis and Management*. หน้า 7-20. สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์

ปราณี กาญจนวรวงศ์. (2550). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 25(1), 24-34.

พัทธิญา แก้วแพง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในมะเร็งวัยผู้ใหญ่*.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัสมณท์ คุ่มทวีพร, พุทธวรรณ ชูเชิด และ สุจิตรา สุทธิพงษ์. การเปรียบเทียบผลการสวดมนต์และการฟังเสียงสวดมนต์ต่อความเครียดและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม .(2557) .

วารสารการพยาบาลทหารบก, 15(2), 386-394.

เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญาติกุล. มะเร็งเต้านม: ระบาดวิทยาการป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง .(2559) .*จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(5), 497 - 507.

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชนิกร ใจคำสืบ. (2549). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่อความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรุตม์ อุ่นจิตสกุล และ พิเชฐ อุดมรัตน์. ความคิดรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ . (2559) .*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(), 89-106.

ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง*

Retrieved 06/07/2020, from <http://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-188>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ: บริษัท นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

สุดารัตน์ ชัยอาจ และ พวงพยอม ปัญญา. การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง .(2548) .*วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 1-12.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2548). *นอนไม่หลับ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

สุพัตรา ใจรงกา, พรณวดี พุฒินะ และ ศุภร วงศ์ทัญญู. ผลของดนตรีต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด .(2561) .*วารสารเกื้อการุณย์*, 25(1), 123-140

สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2536). *การนอนหลับ*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมถวิล ลูกรักษ์, แม้นมมา จิระจรัส, สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และ จิตประภา คนมัน . (2556) . *คู่มือการ*

ดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด . กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มะเร็ง ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศคณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ:การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ:
เรือนแก้วการพิมพ์.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561) . *ตำราโรคมะเร็งไต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
กรุงเทพเวชสาร.

หนึ่งฤทัย อุดเถิน. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ สุขวิทยาการนอนหลับ
อาการร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพินท์ เชียงปัว. (2555). นาฬิกาชีวภาพกับการนอนหลับ. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*,
4(7), 145-155.

ภาษาอังกฤษ

Adam. K., & Oswald, I. (1984). Sleep help healing. *British Medication Journal*, 289(11),
1400-1401.

Ancoli-Israel, S., Liu, L., Marler, M. R., Parker, B. A., Jones, V., Sadler, G. R., . . .

Fiorentino, L. (2006). Fatigue, sleep, and circadian rhythms prior to
chemotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*, 14, 201-209.

Aricò, D., Raggi, A., & Ferri, R. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Breast
Cancer Survivors: A Review of the Literature. *Frontiers in psychology*, 7, 1162.

Aistars J. (1987). Fatigue in the cancer patient: a conceptual approach to a clinical
problem. *Oncol Nurs Forum*, 14(6), 25-30.

Berman, A.T., Thukral, A.D., Hwang, W.T., Solin, L.J., & Vapiwala, N. (2013). Incidence and
Patterns of Distant Metastases for Patients with Early-Stage Breast Cancer after
Breast Conservation Treatment. *Clinical Breast Cancer*, 13, 88-94.

Biley, F. C. (1994). Effect of noise in hospitals. *British Journal Nursing*, 3(3), 110-113

Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991). Stimulus Control Instructions. In P. J.
Hauri (Ed.), *Case Studies in Insomnia* (pp. 19-28). Boston, MA: Springer US.

Bower, J.E., (2008). Behavioral symptoms in breast cancer patients and survivors:
Fatigue, insomnia, depression, and cognitive disturbance. *Journal of Clinical*

Oncology, 26(5), 768-777.

Bower, J. E., Ganz, P., Desmond, K., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2000).

Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlate and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743-753.

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 Oncology*, 16(5), 1689-1696

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier.

Buyse D. J. (2013). Insomnia. *JAMA*, 309(7), 706-16.

Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213.

Closs, S. J. (1988). Patients' Sleep-Wake Rhythms in Hospital Part 1. *Nursing Time*, 84(1), 48-50.

Costa WA, Monteiro MN, Queiroz JF, & Goncalves AK. Pain and quality of life in breast cancer patients. *Clinics*. 2017;72(12):758-763

Received for publication on May 20, 2017; First review completed on July 23, 2017; A

Davison, J. R., Maclean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1309-1321.

Doghramji K. (2006). The epidemiology and diagnosis of insomnia. *Am J Manag Care*, 12(8), 214-20..

Engstrom, C. A., Strohl, R. A., Rose, L., Lewandowski, L., & Stefanek, M. E. (1999). Sleep alterations in cancer patients. *Cancer Nursing*, 22(2), 143-148

Fakih, R., Rahal, M., Hilal, L., Hamieh, L., Dany, M., Karam, S., . . . Mukherji, D. (2018).

Prevalence and Severity of Sleep Disturbances among Patients with Early Breast Cancer. *Indian journal of palliative care*, 24(1), 35-38.

Fiorentino, L., & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in woman with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 419-429.

Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasprovicz, S., & Durrence, H. H. (2002).

Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. *Journal of Pain and*

- Symptom Management*, 24(5), 471-480.
- Glovinsky, P., & Spielman, A. (2006). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.
- Harvey, A. G. (2005). A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 41-59.
- Heinonen H, Volin L, Uutela A, Zevon M, Barrick C, Ruutu T. (2001). Gender-associated differences in the quality of life after allogeneic BMT. *Bone Marrow Transplant*, 28(5), 503-9.
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep Med Rev*, 22, 23-36.
- Koopman, C., Nouriani, B., Erickson, V., Anupindi, R., Butler, L. D., Bachmann, M. H., . . . Spiegel, D. (2002). Sleep Disturbances in Women with Metastatic Breast Cancer. *Sleep and Metastatic Breast Cancer*, 8(6), 362-370.
- Landis, C. A. (2002). Sleep and methods of assessment. *Nurs Clin North Am*, 37(4), 583-597.
- Leger, D. (2008). Sleep and quality of life in insomnia. In J. C. Verster, S. R. Pandi-Perumal & D. L. Streiner (Eds.), *Sleep and quality of life in clinical medicine* (pp. 47-51). New Jersey: Totowa.
- Lai H. L., Good M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *J Adv Nurs*, 49(3), 234-44.
- National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 15-13, .(2005) .2005*Sleep*, (9)28, 1049-1057.
- Massie, M. J., Popkin, M. K. (1998). Depressive disorder, in Holland, J. C. (Ed): *Psycho-Oncology*, 518-540
- Morin, C. M. (1993). *Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). Sleep Hygiene and Relaxation Therapy. In *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment* (pp. 45-59). New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Morin C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry*, 16, 33-40.
- O'Donnell, J. F. (2004). Insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone*, 6(1), 6-14.
- Palesh O. G., Collie K., Batiuchok D., Tilston J., Koopman C., Perlis M.L., . . . Spiegel D. (2007). A longitudinal study of depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biol Psychol*, 75(1), 37-44..
- Palesh O.G., Roscoe J. A., Mustian K. M., Roth T., Savard J., Ancoli-Israel S., . . . Morrow G. R. (2010). Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol*, 28(2), 292-8.
- Palesh O., Aldridge-Gerry A., Ulusakarya A., Ortiz-Tudela E., Capuron L., & Innominate P. F. (2013). Sleep disruption in breast cancer patients and survivors. *J Natl Compr Canc Netw*, 11(12), 1523-30.
- Palesh O., Aldridge-Gerry A., Zeitzer J. M., Koopman C., Neri E., Giese-Davis J., . . . Spiegel D. (2014). Actigraphy-measured sleep disruption as a predictor of survival among women with advanced breast cancer. *Sleep*, 37(5), 837-42.
- Palesh O., Scheiber C., Kesler S., Janelins M. C., Guido J. J., Heckler C., . . . Mustian K. M. (2018). Feasibility and acceptability of brief behavioral therapy for cancer-related insomnia: effects on insomnia and circadian rhythm during chemotherapy: a phase II randomised multicentre controlled trial. *Br J Cancer*, 119(3), 274-281.
- Page, M. S., Berger, A. M., & Johnson, L. B. (2006). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 753-767.
- Piper, B. F., Linsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism: Developing nursing theory. *Oncology nursing forum*, 14(6), 17-23.
- Piper B. F. (1993). Fatigue and cancer: inevitable companions. *Support Care Cancer*, 1(6), 285-6.
- Posner, D., & Gehrman, P. R. (2011). Chapter 3 - Sleep Hygiene A2 - Perlis, Michael. In M. Aloia & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral Treatments for Sleep Disorders* (pp. 31-43).

San Diego: Academic Press.

- Reich R. R., Lengacher C.A., Alinat C. B., Kip K. E., Paterson C., Ramesar S., . . . Park J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *J Pain Symptom Manage*, 53(1), 85-95
- Roth T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*, 3(5), 7-10.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2008). Caffeine: sleep and daytime sleepiness. *Sleep Med Rev*, 12(2), 153-162.
- Savard, J., Davidson J. R., Ivers, H., Quesnel, C., Rioux, D., Dupéré, V., . . . Morin, C. M. (2004). The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors. *Journal Pain Symptom Manage*, 27(6), 513-522
- Savard, J., & Morin C. M. (2001). Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895-908.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In: Maruish, M.E., Ed., *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 292-321.
- Troxel, W. M., Germain, A., & Buysse, D. J. (2012). Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment (BBTI). *Behav Sleep Med*, 10(4), 266-279.
- Vena, C., Parker, K., Cunningham, M., Clark, J., & McMillan, S. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: An overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 735-746.
- van den Beuken-van Everdingen M. H., Hochstenbach L. M., Joosten E. A., Tjan-Heijnen V. C., & Janssen D. J. (2016). Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*, 51(6), 1070-1090.
- Weiss, M. (2016). Your Guide to Breast Cancer Pathology Report. Retrieved from, [file:///D:/123/Desktop/reference/4_Breastcancerorg_Pathology_Report_Guide_2016%20\(1\).pdf](file:///D:/123/Desktop/reference/4_Breastcancerorg_Pathology_Report_Guide_2016%20(1).pdf)

Zhou, E.,S, Suh, S., Youn, S., & Chung, s. (2017). Adapting Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia in Cancer Patients. *Sleep Medicine Research*, 8(2), 51-61.

Zielinski M. R., McKenna J. T., & McCarley R. W. (2016). Functions and Mechanisms of Sleep. *AIMS Neurosci*, 3(1), 67-104..





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ | ตำแหน่ง |
|---|--|
| 1. อาจารย์นายแพทย์ธงชัย สุกรโยธิน | อาจารย์แพทย์สาขาวิชาศัลยศาสตร์เต้านมและ ต่อมไร้ท่อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม | อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง . | อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 4. นางสาวสุวลักษณ์ วงศ์จรโลงศิลป์ | พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาล รามาธิบดี |
| 5. นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์ | พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |



ที่ ยว 64 11/1 935

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรพชร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

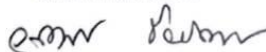
เรียน หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ธงชัย สุกรโยธิน อาจารย์แพทย์สาขาวิชาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิธินิสิต

นายแพทย์ ธงชัย สุกรโยธิน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ อนุศิลป์ โทร. 0-2218-1155

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 08-5446-9323

ที่ อว 64 11/ 1337

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน
ส่วนวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ นิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 08-5446-9323

ที่ อว 64 11/ 1322



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนขอเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
นิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา อิมหลวง
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิทย์ ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 08-5446-9323

ที่ อว 64.11/1336



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศิศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวสุลักษณ์ วงศ์จรโรจน์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 08-5446-9323

ที่ อว 64.11/1338



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กันยายน 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์ ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

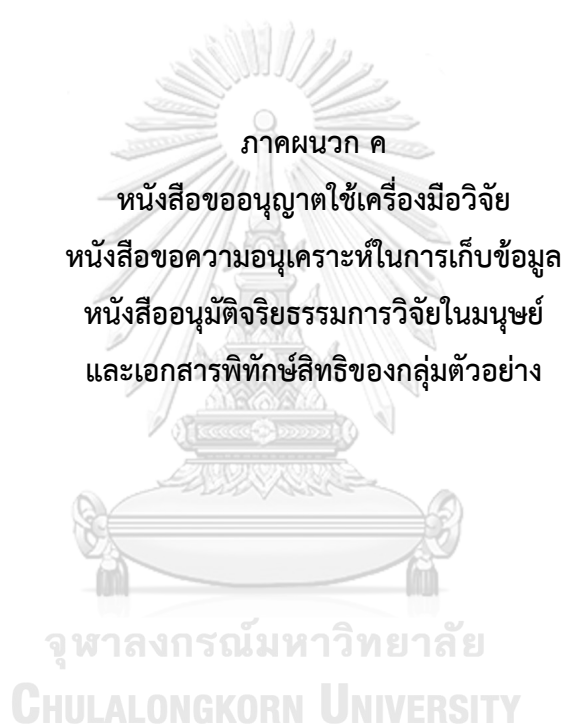
ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
นิสิต

นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1155
นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 08-5446-9323



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

FON-CU-THESIS11

| | |
|-----------|------------|
| เลขที่รับ | 156 |
| วันที่ | 6 ธ.ค. 62 |
| เวลา | 14.41 น. |
| ผู้รับ | สมชาย ใจดี |

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้านางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร รหัสประจำตัว 6077321936 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน 120/6 ซอย 4 ถนนราชวิถี แขวงสามเสนใน เขตพญาไท
จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 085-446-9323 Email mooky038@hotmail.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัด

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับในมะเร็งเต้านมผู้ป่วยผู้ใหญ่
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พัทธวิภา แก้วแพง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2547

ลงนาม สุทธิลักษณ์ พงษ์เทพ ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร)
..... ปี / ศ.ค. / ๖๒

| | |
|--|--|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนาม สุทธิลักษณ์ (รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร ธนศิลป์) ปี / ศ.ค. / ๖๒</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ เห็นด้วย: อนุมัติ</p> <p>ลงนาม สุทธิลักษณ์ (.....) ปี / ศค / ๖๒</p> |
|--|--|

| |
|---|
| <p>อนุญาต</p> <p>..... (รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปี / ๖๒</p> |
|---|

.....
6 ธ.ค. 62
สมชาย
17 ธ.ค. 62

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

| | |
|-----------|---------|
| เลขที่รับ | 117 |
| วันที่ | 18-06 |
| เวลา | 8:45 น. |
| ผู้รับ | Thana |

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้านางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร รหัสประจำตัว 6077321936 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน 120/6 ซอย 4 ถนนราชวิถี แขวงสามเสนใน เขตพญาไท
จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 085-446-9323 Email mooky038@hotmail.com
หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ
ยาเคมีบำบัด

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ สุขวิทยาการนอนหลับ อาการ
ร้อนวูบวาบ การรบกวนด้านอารมณ์ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ หนังสือขออนุญาต
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2556

ลงนาม น.ส.จุฑาทิพย์ เหมบุตร ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร)
..... 5 / 5 : 01 / 62

| | |
|--|---|
| <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นควรให้ดำเนินการต่อไป</p> <p>ลงนาม ศ.ดร. ธนศิลป์ (รองศาสตราจารย์ ดร.ธนศิลป์ ธนศิลป์) 5 / 5 : 01 / 62</p> | <p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>..... ยศสิทธิ์ อดิเรก ลงนาม ยศสิทธิ์ อดิเรก (.....) 5 / 5 : 01 / 62</p> |
|--|---|

| |
|--|
| <p>อนุญาต</p> <p>..... อดิเรก (รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ขัยวัฒน์) คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 7 / 5 : 01 / 62</p> |
|--|

20
6 ส.ค. 62
ศาสตราจารย์
17 ส.ค. 62

ที่ อว 64.11/ 00079



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 42 คน ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ คู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนการสอนการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) เรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกการนอนหลับ และแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1155

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 080-414-6492

ที่ อว 64.11/ 00079



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ขึ้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มกราคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 อายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 42 คน ที่ศูนย์เคมีบำบัดและดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ คู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนการสอนการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนการสอนผ่านการนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (Power point presentation) เรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกการนอนหลับ และแบบประเมินพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-1155

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร โทร. 080-414-6492



Human Research Ethics Committee, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388
Website: <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>
E-mail: raec.mahidol@gmail.com

COA. MURA2020/1902

| | |
|-----------------------------------|--|
| Title of Project (English) | The Effect of Sleep Hygiene Modification Program on Insomnia in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy |
| Title of Project (Thai) | ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด |
| Type of Review | Expedited |
| Principal Investigator | Chuthathip Hernboot |
| Official Address | Nursing Services Department Sorndech Phra Debaratana Medical Center Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital |
| Co-investigator (s) | 1. Thongchai Sukarayothin, M.D. 2. Sureeporn Thanasilp |
| Approval includes | 1. Submission Form Protocol Version 2 Date 24/11/2020 2. Patient Information Sheet Version 2 Date 24/11/2020 3. Informed Consent Form Version 1 Date 15/09/2020 4. Questionnaire 5. Certificate in Ethics Training |

Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval December 08, 2020


Date of Expiration December 07, 2021

Signature of Chair.....

(Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D., Ph.D.)

This certificate is subject to the following conditions:

- 1) Approval is granted only for the project with details described in submitted proposal
- 2) Submission of modification to the approved project is needed before Implementation
- 3) A yearly progress report is required for renewing of approval
- 4) Written notification is required when the project is complete or terminated



หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า
จุฑาทิพย์ เหมบุตร

ได้เข้าร่วมอบรม เรื่อง “หลักจริยธรรมการวิจัยในคนสำหรับนักวิจัย”
โดยผ่านการอบรมหัวข้อ ดังนี้

- ประวัติและหลักจริยธรรมการวิจัยในคน
- คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและการขอการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
- การขอความยินยอม (Inform Consent)
- Responsible Conduct of Research

ในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒ เวลา ๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ประกาศนียบัตรฉบับนี้ใช้ได้ถึงวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔

 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)
 รองคณบดีฝ่ายวิจัย

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาสเจริญ)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับ
ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)
.....(พยาน)
.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลรามาริบัติ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อกับผู้ดำเนินการวิจัย (นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร) หมายเลขโทรศัพท์ 080-414-6492 ที่อยู่ 120/6 ซอยราชมังคลาภิเษก 4 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400 หากผู้วิจัยไม่สามารถแก้ปัญหาได้จะติดต่อขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 2 ท่าน ซึ่งมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์. อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-1155 มือถือ 094-454-2882

2. อาจารย์นายแพทย์ธงชัย ศุภโรยธิน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขา ศัลยศาสตร์

เต้านมและต่อมไร้ท่อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-201-1315 มือถือ 089-772-4520

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

ในประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมถูกพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิง แนวทางการรักษาในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีรวมไปถึงการให้ยาเคมีบำบัด โดยปัญหาที่สามารถพบได้ตามมา หลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เชื่อมโยงไปถึงความรุนแรงในการดำเนินของโรค การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การกลับมาเป็นซ้ำและอัตราการรอดชีวิต โดยสาเหตุของอาการนอนไม่หลับเกิดได้จากหลายปัจจัย แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปต่อเนื่องและกลายเป็นแบบเรื้อรัง คือ การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ ได้แก่ การมีความคิดความเชื่อและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เนื่องจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับมีผลทำให้เกิดการสร้างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการนอนหลับ ซึ่งเป็นกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยที่คิดว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง แต่การปฏิบัติตัวเช่นนั้นกลับทำให้มีอาการนอนไม่หลับมากขึ้นและเกิดเป็น

วงจรที่ต่อเนื่องหากไม่ได้รับการแก้ไขจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรัง แม้ว่าปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่ออาการนอนไม่หลับจะหายไปหรือมีอาการลดลงแล้วก็ตาม เช่น ความวิตกกังวลที่เกิดจากสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือพยาธิสภาพของโรค เพราะตามปกติเมื่ออาการดังกล่าวลดลงก็จะทำให้การนอนไม่หลับลดลงตามไปด้วย

ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการนอนหลับไปในทางที่ถูกต้อง ทำให้อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดลดลงได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยระหว่างเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ และการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด ผู้วิจัยชี้แจงถึงรายละเอียดของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (กลุ่มตัวอย่าง) งานวิจัยใช้เวลาดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย

- สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยครั้งแรกเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ มีแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ 7 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ 20 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที
- สัปดาห์ที่ 2 และ 3 โทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที
- สัปดาห์ที่ 4 พบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเพื่อสรุปผล มีแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ 7 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ 20 ข้อ ใช้เวลา 30 นาที

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์โดยตรง : ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินอาการนอนไม่หลับ และได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาการนอนหลับที่ถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดในภายหลัง : การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้คาดหวังการนำไปสู่อาการนอนไม่หลับที่ลดลงซึ่งเป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไม่มี

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ





แบบสอบถาม

เรื่อง อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่รับยาเคมีบำบัด

- คำชี้แจง** การตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม และตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
- ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2** แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้อรังด้านมและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)
- ส่วนที่ 3** แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

| | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก |
| <input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร | |
5. อาชีพ

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> นิสิต/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ |
| <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่ |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |
6. รายได้ต่อเดือน

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 20,001-30,000 |
| <input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 30,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท | |

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา(ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจากแฟ้มประวัติ)

ระยะของโรคมะเร็งเต้านม.....

สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

จำนวนรอบและจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....

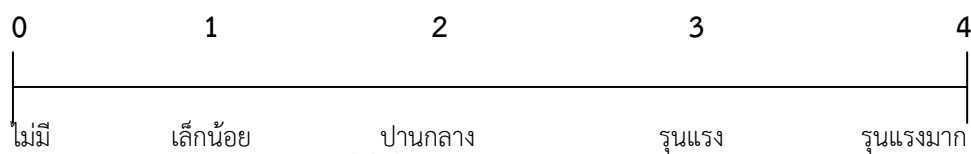
วันล่าสุดที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ

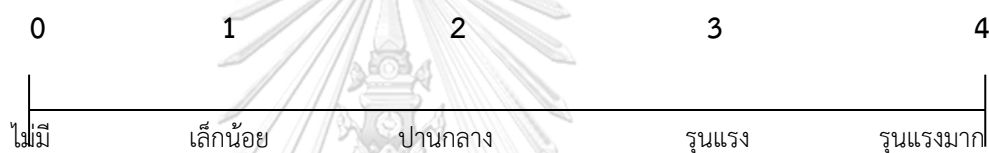
คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่าน

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรง ในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา** มากที่สุด

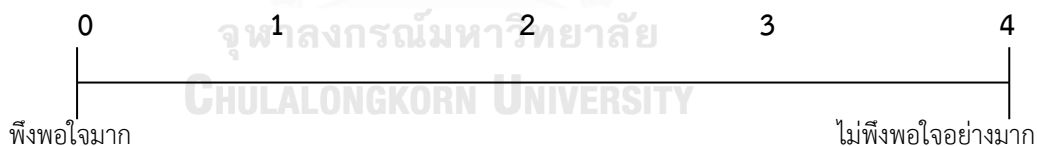
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อ แต่กลับไม่สามารถหลับต่อได้



7. ความพึงพอใจกับสภาพการนอนของท่านในปัจจุบัน



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ

คำชี้แจง แบบประเมินประกอบด้วย 20 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายการปฏิบัติตนของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 80-100%

ปฏิบัติมาก (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 60-79%

ปฏิบัติปานกลาง (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 40-59%

ปฏิบัติน้อย (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 20-39%

ปฏิบัติน้อยที่สุด (0) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านหรือตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 0-19%

| ข้อคำถาม | การปฏิบัติตัว | | | | |
|---|-----------------|-----------|--------------|----------|----------------|
| | น้อยที่สุด 0 | น้อย 1 | ปานกลาง 2 | มาก 3 | มากที่สุด 4 |
| 1.ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกัน ทุกวัน | | | | | |
| 2.ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียง นอนเช่นอ่าน หนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ | | | | | |
| | | | | | |
| 20.ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน | | | | | |



๑ คำนำ

ในประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมถูกพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิง แนวทางการรักษาในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีรวมไปถึงการให้ยาเคมีบำบัด โดยปัญหาที่สามารถพบได้ตามมาหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ **อาการนอนไม่หลับ** ซึ่งสาเหตุการเกิดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาจากหลายปัจจัย หากไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องก็จะกลายเป็นอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังได้ มีผลเสียต่อร่างกายจากการทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง อาจส่งผลต่อความรุนแรงในการดำเนินของโรค การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการรอดชีวิต รวมไปถึงด้านอารมณ์และจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ตึงเครียด ซึมเศร้า ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

ดังนั้น อาการนอนไม่หลับจึงเป็นปัญหาที่ควรเอาใจใส่ดูแลเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น คู่มือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อมีปัญหายาเคมีบำบัด ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยต่อไป

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร

กิจกรรมบำบัด

การฟังดนตรี



ดนตรีมีผลทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย จากการลดลงของความตึงเครียด อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจ ด้านจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด การฟังดนตรีอย่างน้อย 30 นาทีเป็นประจำจึงช่วยให้นอนหลับได้ง่ายและเพิ่มระยะเวลาการนอนหลับให้นานขึ้น ชนิดของเพลงที่เลือกฟังขึ้นอยู่กับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ฟังแต่ละคนดนตรีที่ช่วยในการผ่อนคลาย เช่น ดนตรีประกอบเสียงธรรมชาติ ดนตรีบรรเลง เสียงสวดมนต์ประกอบดนตรี เป็นต้น

การสวดมนต์

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของประเทศไทย พบว่าการสวดมนต์สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งเสริมความรู้สึกสงบของจิตใจจากการทอบทสวดที่มีเนื้อหาที่ก่อให้เกิดความเลื่อมใสศรัทธาและเกิดกำลังใจ รวมถึงมีผลกระตุ้นต่อสมองที่เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ทำให้เกิดความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ แนะนำว่าควรสวดมนต์โดยการออกเสียงให้ดังจนตนเองได้ยิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสนใจไปที่เสียงสวดมนต์แทนการกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับหรือปัญหาอื่นๆ เมื่อจิตใจผ่อนคลายไม่วิตกกังวลจึงทำให้การนอนหลับดีขึ้น

16

การทำสมาธิ



การทำสมาธิ เช่น การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม วันละ 5 - 20 นาทีก่อนนอนจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการนอนไม่หลับ เช่น ความเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า เป็นต้น เนื่องจากการทำสมาธิช่วยลดการกระตุ้นร่างกายทำให้เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบนิ่ง ลดความเครียดและความวิตกกังวล การนอนหลับจึงดีขึ้น

การใช้น้ำมันหอมระเหย

น้ำมันหอมระเหยมีฤทธิ์กระตุ้นให้สมองหลั่งสารที่ช่วยทำให้อารมณ์ดี อารมณ์สงบ ผ่อนคลาย ทำให้การนอนหลับดีขึ้น วิธีการใช้น้ำมันหอมระเหยเพื่อช่วยในการนอนหลับมีหลากหลายวิธี เช่น การสูดดม น้ำมันหอมระเหยต่างๆ เป็นจังหวะนาน 5 นาทีก่อนเข้านอน, การจุดตะเกียงน้ำมันหอมระเหย 45 นาทีก่อนเข้านอน เป็นต้น โดยกลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่นิยมใช้ส่งเสริมการนอนหลับ คือ ลาเวนเดอร์ นอกจากนี้ยังมีกลิ่นชนิดอื่น เช่น มะลิ โมกซ์ กระดังงา เป็นต้น



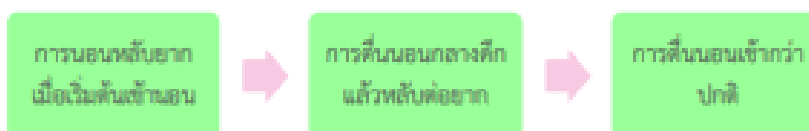
17

การปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร

อาการนอนไม่หลับ

หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ เกิดขึ้นอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เดือน



ปัจจัยเกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

| | |
|---------------|--|
| ปัจจัยโน้มนำ | • อายุ เพศ ความวิตกกังวล |
| ปัจจัยกระตุ้น | • ความเหนื่อยล้า |
| ปัจจัยคงอยู่ | • พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาการนอนหลับ |

สุขวิทยาการนอนหลับ

การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน
และสิ่งแวดล้อมในห้องนอนที่ไปรบกวนการนอนหลับ
เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับที่ดี

สุขวิทยาการนอนหลับ



การอดการงีบหลับ

- พยายามอด่านอนงีบหลับตอนกลางวัน
- นอนไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน เวลารวมไม่เกิน 45 นาที

หลังรับประทานอาหารกลางวันแรกนอนงีบหลับได้
เท่าที่ต้องการ

สุขวิทยาการนอนหลับ



แสงสว่าง



เสียง



การปรับอุณหภูมิ

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ

บันทึกเวลาการเข้านอน

| | สัปดาห์ที่ 1 | สัปดาห์ที่ 2 | สัปดาห์ที่ 3 | สัปดาห์ที่ 4 |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| เวลาที่เข้านอน | | | | |
| เวลาที่ตื่นนอน | | | | |
| ระยะเวลาที่นอนหลับ (ชั่วโมง) | | | | |
| ประสิทธิภาพการนอน (%) | | | | |

สิ่งที่รบกวนการนอนหลับ

| | สัปดาห์ที่ 1 | สัปดาห์ที่ 2 | สัปดาห์ที่ 3 | สัปดาห์ที่ 4 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| แสงสว่าง | | | | |
| เสียง | | | | |
| อุณหภูมิในห้องนอน <ul style="list-style-type: none"> ▪ ร้อนเกินไป ▪ เย็นเกินไป | | | | |

การออกกำลังกาย

| | สัปดาห์ที่ 1 | สัปดาห์ที่ 2 | สัปดาห์ที่ 3 | สัปดาห์ที่ 4 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ไม่ออกกำลังกาย | | | | |
| ออกกำลังกาย <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1-2 วัน/สัปดาห์ ▪ มากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ | | | | |
| ระยะเวลาที่ใช้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-20 นาที ▪ 20-60 นาที ▪ มากกว่า 60 นาที | | | | |
| วิธีการออกกำลังกาย <ul style="list-style-type: none"> ▪ เดินเร็ว ▪ วิ่ง ▪ ปั่นจักรยาน ▪ เต้นแอโรบิค ▪ ทำงานบ้าน ▪ อื่นๆระบุ | | | | |

โปรแกรมการปรับสุขภาพการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

หลักการและเหตุผล

จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นกับประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยในปี จากการรายงาน 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมขององค์การอนามัยโลกพบว่าเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงทั่วโลกถึง 627,) คน 000Bray et al., (2018 สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2558 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นชนิดของมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทยจากอุบัติการณ์อยู่ที่ 31.4 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการรายงานสถิติล่าสุดในปี 2562 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาสูงเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น 40.0 % ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิงรายใหม่ทั้งหมด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ), 2563(โรคมะเร็งเต้านมมีสาเหตุ มาจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม) breast tissue) มักเริ่มต้นในเซลล์ที่อยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนมเมื่อเซลล์เหล่านี้จะมีการแบ่งตัวที่ผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ทำให้มีจุดหรือก้อนเกิดขึ้นบริเวณเต้านม)Weiss, 2010(แล้วเปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็งระยะที่ยังไม่ลุกลาม)ductal/ lobular carcinoma in situ) และกลายเป็นมะเร็งเต้านมในที่สุด ภรณี เหล่าอิทธิ) & นภา ปริญญาธิกุล, (2559

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมมีหลากหลายแนวทาง ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, (2555การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อการรักษาโรคมะเร็งเต้านมพบได้มากถึง 18.3 % และอีก 15.7 % ใช้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดรวมกับการรักษาหลายวิธี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ), 2563(เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการข้างเคียงตามมา เช่น ปวด เหนื่อยล้า อาการร้อนวูบวาบ เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก ผอมร่าง เจริญในช่องปาก เป็นต้น สมถวิล) ลูกรักษ์และคณะ, (2556โดยอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบวงจรการหลับและตื่น รวมไปถึงการทำงานของร่างกายในรอบ) ชั่วโมง 24Vena, Parker, Cunningham, Clark, & McMillan, 2004(นอกจากนี้การได้รับยาบรรเทาอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลให้เกิดความแปรปรวนเพิ่มขึ้นในการนอนหลับของผู้ป่วย)Fiorentino & Ancoli-Israel, 2006) จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาตามมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ อาการนอนไม่หลับ ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกช่วงระยะในการเข้ารับเคมีบำบัด โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 7 ของการได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกเป็นต้นไป และเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกจนถึงระยะลุกลาม)Bower, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษามีอุบัติการณ์ของการนอนไม่หลับ) % 63-51Fortner et al., 2002; Koopman et al., (2002จากการทบทวนวรรณกรรมที่

ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่เข้ารับการรักษามีอุบัติการณ์ของการนอนไม่หลับ 51-63 % (Fortner, Stepanski, Wang, Kasproicz & Durrence, 2002; Koopman et al., 2002) โดยผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีอากรนอนไม่หลับประมาณร้อยละ 80 (Palesh et al., 2010) สามารถพบอากรนอนไม่หลับได้ทั้งสามลักษณะ คือ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก และการตื่นนอนเช้ากว่าปกติ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอากรนอนไม่หลับทั้งสามลักษณะ และส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมมีอากรนอนไม่หลับแบบเรื้อรังตามมาถึง 60 % (Palesh et al., 2013)



การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติตามที่กำหนด 1) ผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 18 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเรื้อรังด้านมระยะที่ 1-3 และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 2) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอากรนอนไม่หลับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่า 7 คะแนน โดยวัดจากแบบประเมินอากรนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธริญา แก้วแพง (2547) 3) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลาปกติ ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
2. ผู้ป่วยมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมที่ได้ รับยาเคมีบำบัดที่มีอากรนอนไม่หลับโดยไม่ใช่ว่า ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับสุขวิทยาการนอนหลับของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีส่งผลให้อาการนอนไม่หลับลดลงและประสิทธิภาพการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น

ตารางการทำกิจกรรม

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม | เวลาที่ ใช้ | เครื่องมือวิจัย/สื่อการ สอน |
|---|---|----------------|---|
| สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วย ครั้งที่ 1 | <p>ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูล ประเมินอาการนอนไม่หลับ ประเมินความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ</p> <p>การดำเนินการกิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องปัญหาการนอนหลับ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับประกอบด้วย บันทึกเวลาการเข้านอน สิ่งที่รบกวนการนอนหลับ การงีบหลับตอนกลางวัน การรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน กิจกรรมที่ทำบนเตียงนอนก่อนเข้านอน กิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับและการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบระยะเวลาการนอนหลับและข้อมูลปัญหาการนอนหลับของตนเอง 2. การให้ความรู้โปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับผ่านคู่มือและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ 3. ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมสรุปความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับเรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดและนัดหมายผู้ป่วยในการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 | 30 นาที | <p>-คู่มือการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ</p> <p>-แบบบันทึกการนอนหลับ</p> <p>- power point เนื้อหาในการสอนเรื่องการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ</p> <p>- แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ</p> <p>-แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ</p> |

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม | เวลาที่ ใช้ | เครื่องมือวิจัย/สื่อการ สอน |
|---|---|----------------|--|
| สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ ครั้งที่ 1 | การโทรศัพท์ติดตามข้อมูล ดังนี้ 1. การนอนหลับในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ | 15 นาที | |
| สัปดาห์ที่ 4 พบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 | การดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1. สรุปผลการนอนหลับของผู้ป่วยจากการได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2. ทบทวนหลักการของโปรแกรม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน 3. ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไปเพื่อป้องกันอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเพื่อแจ้งผู้ป่วยว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและกล่าวขอบคุณผู้ป่วยพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรม | 30 นาที | - แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ -แบบสอบถามพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ |

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



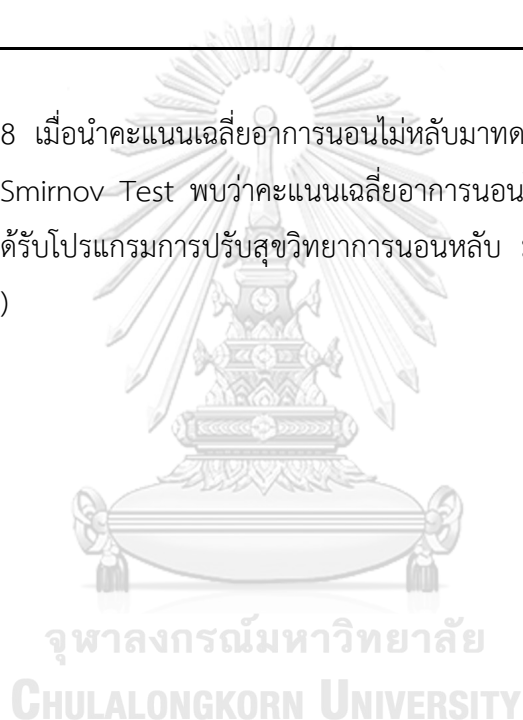
ตารางที่ 7 ตารางการจับคู่ (Matched pair)

| คู่ที่ | อายุ (ปี) | | ระยะโรค | สูตรยาเคมีบำบัด | จำนวนรอบ | |
|--------|-------------|------------|---------|-----------------|-------------|------------|
| | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง |
| 1 | 58 | 59 | 2 | AC | 4 | 4 |
| 2 | 59 | 59 | 2 | AC paclitaxel | 8 | 10 |
| 3 | 53 | 54 | 3 | AC paclitaxel | 11 | 11 |
| 4 | 35 | 37 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 5 | 42 | 45 | 3 | AC | 3 | 2 |
| 6 | 39 | 35 | 3 | AC paclitaxel | 3 | 3 |
| 7 | 56 | 57 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 8 | 49 | 53 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 9 | 49 | 46 | 2 | AC paclitaxel | 9 | 9 |
| 10 | 58 | 57 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 11 | 46 | 48 | 1 | AC | 3 | 3 |
| 12 | 51 | 54 | 1 | AC | 2 | 2 |
| 13 | 44 | 46 | 3 | AC | 2 | 2 |
| 14 | 47 | 45 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 15 | 59 | 58 | 2 | AC | 3 | 3 |
| 16 | 58 | 59 | 1 | AC | 3 | 3 |
| 17 | 54 | 51 | 2 | AC | 4 | 4 |
| 18 | 48 | 48 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 19 | 49 | 48 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 20 | 41 | 45 | 2 | AC | 2 | 2 |
| 21 | 45 | 46 | 2 | AC | 3 | 2 |

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์แจกแจงแบบปกติของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

| | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | |
|-----------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| | Kolmogorov-Smirnov Z | <i>p</i> -value | Kolmogorov-Smirnov Z | <i>p</i> -value |
| ก่อนทดลอง | 1.076 | .197 | .943 | .336 |
| หลังทดลอง | 1.084 | .190 | .695 | .719 |

จากตารางที่ 8 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมาทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ มีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p > .05$)



ตารางที่ 9 แสดงคะแนนอาการนอนไม่หลับก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| คนที่ | คะแนนอาการนอนไม่หลับ | | | | | |
|-------|----------------------|------------|--------|-------------|------------|--------|
| | ก่อนทดลอง | | | หลังทดลอง | | |
| | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | ผลต่าง | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | ผลต่าง |
| | | | คะแนน | | | คะแนน |
| 1 | 10 | 13 | 3 | 10 | 11 | 1 |
| 2 | 9 | 11 | 2 | 9 | 7 | 2 |
| 3 | 10 | 9 | 1 | 10 | 7 | 3 |
| 4 | 9 | 11 | 2 | 8 | 9 | 1 |
| 5 | 12 | 9 | 2 | 13 | 4 | 9 |
| 6 | 13 | 10 | 3 | 12 | 6 | 6 |
| 7 | 12 | 14 | 2 | 11 | 10 | 1 |
| 8 | 11 | 13 | 2 | 10 | 7 | 3 |
| 9 | 15 | 18 | 3 | 14 | 10 | 4 |
| 10 | 9 | 9 | 0 | 8 | 7 | 1 |
| 11 | 12 | 10 | 2 | 11 | 6 | 4 |
| 12 | 9 | 10 | 1 | 8 | 8 | 0 |
| 13 | 9 | 12 | 3 | 8 | 9 | 1 |
| 14 | 8 | 11 | 3 | 8 | 10 | 2 |
| 15 | 9 | 11 | 2 | 8 | 8 | 0 |
| 16 | 10 | 9 | 1 | 10 | 6 | 4 |
| 17 | 8 | 12 | 4 | 8 | 10 | 2 |
| 18 | 8 | 10 | 2 | 8 | 8 | 0 |
| 19 | 9 | 10 | 1 | 9 | 6 | 3 |
| 20 | 11 | 10 | 1 | 10 | 8 | 2 |
| 21 | 8 | 8 | 0 | 8 | 7 | 1 |

จากตารางที่ 9 คะแนนอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 คะแนน หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มต้น (8-14 คะแนน) ส่วนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ กลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับในระยะเริ่มต้น และกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึงมีอาการนอนไม่หลับระดับเริ่มต้นเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มควบคุมทั้งหมดยังคงมีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มต้น (8-14 คะแนน) จำนวน 21 คน ส่วนในกลุ่มทดลองมีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มต้น (8-14 คะแนน) จำนวน 11 คน และไม่มีอาการนอนไม่หลับ (0-7 คะแนน) จำนวน 10 คน



ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับอาการนอนไม่หลับก่อนได้รับโปรแกรมปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

| ช่วงคะแนน | ระดับอาการนอนไม่หลับ | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------|--------------------------------|-------|--------|
| 0-7 | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | 0 | 0 |
| 8-14 | ระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ | 40 | 95.2 |
| 15-21 | มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง | 2 | 4.8 |
| 22-28 | มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง | 0 | 0 |

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับระยะเริ่มต้นมากที่สุด ร้อยละ 95.2 รองลงมาคือมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางร้อยละ 4.8

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของอาการนอนไม่หลับก่อนได้รับโปรแกรมปรับสุขวิทยาการนอนหลับ

| ลักษณะอาการนอนไม่หลับ* | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| อาการเข้าสู่การนอนหลับยาก | 41 | 97.6 |
| อาการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง | 41 | 97.6 |
| อาการตื่นเช้ากว่าปกติ | 32 | 76.1 |
| มีอาการทั้ง 3 ลักษณะ | 30 | 71.4 |

* ผู้ป่วย 1 คนสามารถมีอาการนอนไม่หลับได้มากกว่า 1 ลักษณะ

จากตารางที่ 11 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับ เมื่อจำแนกตามลักษณะอาการนอนไม่หลับ พบว่ามีอาการเข้าสู่การนอนหลับยากและอาการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่องมากที่สุดร้อยละ 97.6 และมีอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 ลักษณะร้อยละ 71.4

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับในแต่ละระดับคะแนน

| ช่วงคะแนน | ระดับอาการนอนไม่หลับ | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| 0-7 | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | 0 | 10 |
| 8-14 | ระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ | 20 | 11 |
| 15-21 | มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง | 1 | 0 |
| 22-28 | มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง | 0 | 0 |

จากตารางที่ 12 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีอาการนอนไม่หลับลดลง โดยมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลยจำนวน 10 คน และมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับลดลงเหลือจำนวน 11 คน

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในแต่ละระดับคะแนน

| ช่วงคะแนน | ระดับอาการนอนไม่หลับ | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| 0-7 | ไม่มีอาการนอนไม่หลับ | 0 | 0 |
| 8-14 | ระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ | 20 | 21 |
| 15-21 | มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง | 1 | 0 |
| 22-28 | มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง | 0 | 0 |

จากตารางที่ 13 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีอาการนอนไม่หลับ ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางจะลดจำนวนลง 1 คน แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังคงมีระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับจำนวน 21 คน และไม่พบผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

| องค์ประกอบของอาการ นอนไม่หลับ | กลุ่มควบคุม | | | | | | |
|--|-------------|------|-----------|------|---------------|----|---------|
| | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | Paired t-test | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก | 1.42 | .59 | 1.33 | .48 | 1.451 | 20 | .162 |
| ด้านการไม่สามารถนอนหลับ อย่างต่อเนื่อง | 1.66 | .57 | 1.52 | .51 | 1.826 | 20 | .083 |
| ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ | .90 | .62 | 0.95 | .49 | -.568 | 20 | .576 |
| ด้านการมีผลกระทบต่อ ดำเนินชีวิตประจำวัน | 6.04 | 1.43 | 5.76 | 1.51 | 2.335 | 20 | .030 |

จากตารางที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มควบคุม ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

| องค์ประกอบของอาการ นอนไม่หลับ | กลุ่มทดลอง | | | | | | |
|---|------------|------|-----------|------|---------------|----|---------|
| | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | | Paired t-test | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก | 1.52 | .60 | 1.04 | .58 | 3.627 | 20 | .002 |
| ด้านการไม่สามารถนอนหลับ อย่างต่อเนื่อง | 1.90 | .76 | 1.28 | .71 | 4.240 | 20 | .000 |
| ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ | 1.47 | .98 | .85 | .57 | 4.812 | 20 | .000 |
| ด้านการมีผลกระทบต่อการ ดำเนินชีวิตประจำวัน | 6.04 | 1.85 | 4.61 | 1.35 | 4.680 | 20 | .000 |

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลองที่ประกอบด้วย ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ และด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| องค์ประกอบของอาการ นอนไม่หลับ | ก่อนทดลอง | | | | | | |
|--|-------------|------|------------|------|--------------------|----|---------|
| | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | Independent t-test | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก | 1.42 | .59 | 1.52 | .60 | -.515 | 40 | .610 |
| ด้านการไม่สามารถนอนหลับ อย่างต่อเนื่อง | 1.66 | .57 | 1.90 | .76 | -1.135 | 40 | .263 |
| ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ | .90 | .62 | 1.47 | .8 | -2.252 | 40 | .030 |
| ด้านการมีผลกระทบต่อ ดำเนินชีวิตประจำวัน | 6.04 | 1.43 | 6.04 | 1.85 | .000 | 40 | 1.000 |

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนทดลองที่ประกอบด้วย ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และด้านการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| องค์ประกอบของอาการ นอนไม่หลับ | หลังทดลอง | | | | | | |
|---|-------------|------|------------|------|--------------------|----|---------|
| | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | Independent t-test | | |
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | t | df | p-value |
| ด้านเข้าสู่การนอนหลับยาก | 1.33 | .48 | 1.04 | .58 | 1.718 | 40 | .094 |
| ด้านการไม่สามารถนอนหลับ อย่างต่อเนื่อง | 1.52 | .51 | 1.28 | .71 | 1.238 | 40 | .223 |
| ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติ | .95 | .49 | .85 | .57 | .575 | 40 | .569 |
| ด้านการมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน | 5.76 | 1.51 | 4.61 | 1.35 | 2.575 | 40 | .014 |

จากตารางที่ 17 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังทดลองด้านการมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 แสดงคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

| คนที่ | คะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับ | |
|-------------|-----------------------------------|-----------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง |
| 1 | 26 | 16 |
| 2 | 22 | 11 |
| 3 | 26 | 14 |
| 4 | 23 | 13 |
| 5 | 25 | 12 |
| 6 | 27 | 13 |
| 7 | 24 | 11 |
| 8 | 23 | 9 |
| 9 | 28 | 13 |
| 10 | 23 | 11 |
| 11 | 22 | 11 |
| 12 | 26 | 12 |
| 13 | 22 | 15 |
| 14 | 25 | 16 |
| 15 | 24 | 11 |
| 16 | 28 | 13 |
| 17 | 26 | 13 |
| 18 | 23 | 11 |
| 19 | 25 | 10 |
| 20 | 27 | 16 |
| 21 | 25 | 14 |
| คะแนนเฉลี่ย | 23.9 | 12.6 |

จากตารางที่ 18 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับ ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับน้อยกว่าร้อยละ 20 คือ มีคะแนนร่วมน้อยกว่า 16 คะแนน

ตารางที่ 19 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนและหลังทดลอง ของ
กลุ่มทดลอง ตามรายชื่อ

| คู่ที่ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|-------------|-----------|-----|-----------|-----|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD |
| 1 | 1.66 | .57 | 0.52 | .51 |
| 2 | 3.09 | .30 | 1.14 | .65 |
| 3 | 0.33 | .48 | 0.00 | .00 |
| 4 | 0.09 | .30 | 0.00 | .00 |
| 5 | 2.00 | .89 | 0.85 | .57 |
| 6 | 2.09 | .53 | 1.38 | .58 |
| 7 | 0.80 | .51 | 0.19 | .40 |
| 8 | 0.42 | .59 | 0.28 | .46 |
| 9 | 0.09 | .30 | 0.00 | .00 |
| 10 | 2.47 | .51 | 1.47 | .51 |
| 11 | 2.09 | .43 | 1.00 | .44 |
| 12 | 2.04 | .74 | 1.28 | .46 |
| 13 | 0.04 | .21 | 0.00 | .00 |
| 14 | 2.52 | .67 | 1.33 | .48 |
| 15 | 0.00 | .00 | 0.00 | .00 |
| 16 | 3.19 | .51 | 1.69 | .58 |
| 17 | 0.09 | .43 | 0.00 | .00 |
| 18 | 0.08 | .60 | 0.00 | .00 |
| 19 | 0.00 | .00 | 0.00 | .00 |
| 20 | 0.00 | .00 | 0.00 | .00 |
| คะแนนเฉลี่ย | 1.19 | | 0.55 | |
| รวม | | | | |

จากตารางที่ 19 กลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมีค่าเท่ากับ 1.19 เมื่อพิจารณารายข้อก่อนได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับพบว่าข้อที่ 16 “ท่านไม่ลุกขึ้นจากเตียงนอนเมื่อรู้สึกง่วงนอนไม่หลับ” ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .51 รองลงมาคือข้อที่ 2 “ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมบนเตียง นอนเช่นอ่าน หนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯ” และข้อที่ 14 “ท่านพยายามที่จะนอนหลับทั้งที่ยังไม่รู้สึกร่วงนอน” โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .30 และ .67 ตามลำดับ ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับพบว่าค่าคะแนนรวมเฉลี่ยพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับเท่ากับ 0.55 ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่าไม่มีคะแนนลดลงทุกข้อ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ขัดขวางการนอนหลับลดลง



ตารางที่ 20 แสดงจำนวนร้อยละของการรับประทานยานอนหลับ กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ และการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การรับประทานยานอนหลับ | 9 | 42.8 | 6 | 28.5 |
| กิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับ | 12 | 57.1 | 17 | 80.9 |
| - การสวดมนต์ | 11 | 52.3 | 14 | 66.6 |
| - การฟังดนตรี | 3 | 14.2 | 6 | 28.5 |
| - การทำสมาธิ | 2 | 9.5 | 2 | 9.5 |
| การออกกำลังกาย | 11 | 52.3 | 14 | 66.6 |
| - การเดิน | 7 | 33.3 | 13 | 61.9 |
| - การทำงานบ้าน | 3 | 14.2 | 3 | 14.2 |
| - การวิ่ง | 1 | 4.7 | 1 | 4.7 |

* ผู้ป่วย 1 คนสามารถทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับได้มากกว่า 1 กิจกรรม

จากตารางที่ 20 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีการรับประทานยานอนหลับร้อยละ 42.8 หลังการทดลองมีการรับประทานยานอนหลับร้อยละ 28.5 แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับจำนวนผู้ป่วยที่รับประทานยานอนหลับลดลง ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับมาก่อนการทดลองร้อยละ 57.1 เป็น การสวดมนต์และการฟังดนตรีร้อยละ 52.3 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ หลังการทดลองพบว่าการ ทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับร้อยละ 80.9 1 เป็นการสวดมนต์และการฟังดนตรีร้อยละ 66.6 และร้อยละ 28.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับมี จำนวนผู้ป่วยทำกิจกรรมส่งเสริมการนอนหลับเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายก่อนการทดลองร้อยละ 52.3 หลังการทดลองร้อยละ 66.6 พบการออกกำลังกายด้วยการเดินมากที่สุดก่อนและหลังการทดลองร้อยละ 33.3 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวจุฑาทิพย์ เหมบุตร

วัน เดือน ปี เกิด

14 ธันวาคม 2529

วุฒิการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2552



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY