

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่



นางสาว พัทธิญา แก้วแพง

สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6847-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND INSOMNIA  
IN ADULT CANCER PATIENTS

Miss Pattarieya Keawphang

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6847-8



นางสาว พัทธิญา แก้วแพง : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับ ของ  
ผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND  
INSOMNIA IN ADULT CANCER PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ดร.ชนกพร จิตปัญญา,  
158 หน้า. ISBN 974-17-6847-8

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จำนวน 170 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87, .88, .79, .86 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติไค้ค่า และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77
2. ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .173, .348, .573, .252$  และ  $.246$  ตามลำดับ)
3. ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....  
ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4677586936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: INSOMNIA / CANCER PATIENTS / RELATED FACTORS

PATTARIEYA KEAWPHANG: RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND INSOMNIA IN ADULT CANCER PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA. Ph.D.,158 pp. ISBN 974-17-6847-8

The purpose of this study was to examine the relationships among age, sex, patient's and familial history of insomnia, anxiety, depression, type of cancer, stage of cancer, treatment of cancer, pain, sleep hygiene behaviors, and beliefs about sleep and insomnia of cancer patients at Rajvithi Hospital and Mahavachiralonkorn Institute. Study sample consisted of 170 cancer patients selected by systemic random sampling. The instrument for this study was a seven part questionnaire that included a demographic data form, an anxiety questionnaire, a depression questionnaire, a pain scale, a sleep hygiene behavior questionnaire, a belief about sleep questionnaire and an Insomnia Severity Index. Content validity for an anxiety questionnaire, a depression questionnaire, a sleep hygiene behavior questionnaire, a belief about sleep questionnaire and an Insomnia Severity Index were reviewed by a panel of experts. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha were .87, .88, .79, .86, and .86, respectively. Pearson product moment correlation, Eta correlation, and Stepwise multiple regression were used for statistical analysis.

Results were as follows:

1.The mean of insomnia score of cancer patients was at the "subthreshold insomnia" (mean = 11.31, S.D. = 5.77)

2.Significant positive correlations were detected between patient's and familial history of insomnia ( $r=.173$ ), anxiety ( $r=.348$ ), depression ( $r=.573$ ), pain ( $r=.252$ ), and beliefs about sleep ( $r=.246$ )and insomnia of cancer patients ( $p=.05$ )

3.Insomnia was predicted by nine variables; Depression, beliefs about sleep, lymph node cancer, radiation and chemical therapy, Sodium Iodide I 131 Therapeutic, female genital cancer, esophageal cancer, stage 3 of cancer, and liver cancer , predicting 49.10% of total variance.

Field of study.....Nursing Science.....Student's signature.....

Academic year.....2004.....Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาฯชา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล คณะกรรมการวิจัย หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาสับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ น้องชายและเพื่อนๆทุกคนที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	13
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ.....	19
1.1ความหมายและองค์ประกอบของอาการนอนไม่หลับ.....	19
1.2ประเภทของอาการนอนไม่หลับ.....	23
1.3อาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง.....	26
1.4ผลกระทบของการเกิดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง.....	27
1.5การประเมินอาการนอนไม่หลับ.....	28
2.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ.....	33
3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
4.กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	48

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	84
การอภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	100
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลวิจัย.....	119
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย...	127
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	158



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพรายได้.....	63
2. จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำแนกตาม ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรค มะเร็งและการรักษาที่ได้รับ.....	64
3. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเจ็บปวด ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	66
4. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	67
5. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	68
6. ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับ.....	68
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	69
8. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	70
9. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวกับ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	71
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	72
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	73
12. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	74

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
13. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมี นัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$ change) ในการพยากรณ์ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง.....	76
14. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับใน การพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง.....	80
15. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	150
16. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความซึมเศร้าของ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	151
17. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุข วิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	152
18. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง.....	153
19. ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็ง.....	155
20. จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 170 คน จำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง.....	156
21. จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 170 คน จำแนกตามอาการและระดับของอาการนอนไม่หลับ.....	157

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล.....	148
2. กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน.....	149



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึง การอดนอนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อาการนอนไม่หลับเป็นอาการไม่ใช่โรค (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544; Lacks and Morin, 1992; Savard and Morin, 2001) อาการนอนไม่หลับมี 3 มิติ ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่องหรืออาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ (Difficulty in maintaining sleep, or having intermittent awakening during the night, DMS) และการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544; Lacks and Morin, 1992; Nordhu et al., 1998; Savard and Morin, 2001; Cochran, 2003) ในทางคลินิกอาการนอนไม่หลับมี 2 แบบคือ การนอนไม่หลับที่เป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆและมักไม่เรื้อรัง (Acute หรือ short-term หรือ transient insomnia) มักมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาตึงเครียดในชีวิต การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม เช่น เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอน ถ้าง่ายกายสามารถปรับตัวกับสภาพที่เป็นอยู่หรือมีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลุล่วงได้ อาการนอนไม่หลับก็จะหายไปได้ และการนอนไม่หลับชนิดเรื้อรัง (Chronic insomnia) โดยมีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจมาจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางอายุรกรรมรวมถึงโรคมะเร็ง หรือโรคของการนอนหลับโดยตรง ได้แก่ Restless leg syndrome การอุดกั้นของทางเดินหายใจระหว่างการนอนหลับ (Obstructive sleep apnea syndrome) ผู้ป่วยที่มีวงจรชีวภาพของการนอนหลับผิดปกติ (Circadian rhythm disorder) เป็นต้น

ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่เกือบทุกชนิด จากการศึกษาพบว่า 23 - 61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนไม่หลับ (Omne-Pontine, 1992; Couzi, Helzlsouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงกลางวันมาก (Berger and Farr, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า 30% ของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีมีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยมีอาการเข้าสู่การนอนหลับได้ยาก หรือตื่นขึ้นบ่อยในระหว่างนอนหลับช่วงกลางคืน (Cristine et al. cited in Lee et al., 2003 ; Savard et al, 1999)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นกลุ่มหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการนอนหลับโดยพบว่าความชุกของปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในช่วง 31-52% ของจำนวนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอน นอนไม่เต็มอิ่ม มีอาการง่วงนอนมากในขณะกลางวัน มีภาวะเข้าสู่การนอนหลับยาก การตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับน้อย (Silberfarb et al., 1985; Sama, 1993; Davidson et al., 2002 ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และระบบทางเดินอาหารพบว่าความชุกในการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับประมาณ 35-54% (Krech and Walsh, 1991; Portenoy et al., 1994) และจากการศึกษาของ Harrison และคณะ (1997) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ลิ้นพบว่า 41% ของผู้ป่วยมีภาวะนอนหลับยาก ในประเทศไทยจากการศึกษาของชฎารัตน์สมทอง (Somthiong, 2002) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non-Hodgkin's พบว่า 60% ของผู้ป่วยเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสามารถแบ่งออกได้เป็นสามด้านตามกรอบแนวคิดของ Spielman and Glovinsky คือ PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และ ความเจ็บปวด PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ (Spielman and Glovinsky, 1991)

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการนอนหลับของคน ระยะเวลาอนทั้งหมดในเด็กทารกแรกเกิดประมาณ 16-17 ชั่วโมงต่อวัน และจะลดลงเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงต่อวันเมื่ออายุ 16 ปี และจะเหลือ 7 หรือ 8 ชั่วโมงต่อวันในคนอายุ 25 ถึง 45 ปี และเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวันในผู้สูงอายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่และความรุนแรงในการเกิดปัญหาในการนอนหลับ (Engstrom et al., 1999; Bleiker et al, 2000; Mary, Thomas and Heiene, 2002)

เพศ โดยส่วนใหญ่เพศชายมีความแปรปรวนของรูปแบบการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 18-20 ปี เนื่องจากประสิทธิภาพการนอนหลับของเพศชายจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 20 ปี และลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนเพศหญิงจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 49 ปี (Kedas, Lux and Amodeo, 1989 อ้างถึงใน วราภา แผลมเพ็ชร์, 2544: 22) และในเพศชายมีเหตุรบกวนการนอนมากกว่าเพศหญิง โดยธรรมชาติเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป เช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายในเวลากลางคืนซึ่งเกิดในระยะ REM (Closs, 1988: 49) แต่มีผลการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย (Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004) และการศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Lee,

Chung, Park, และ Chun (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศหญิงและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงมีประสบการณ์ปัญหาการนอนหลับยากมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศชาย

ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว คือ ประวัติการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับหรือการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Spielman and Glovinsky, 1991) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับมาก่อนจะมีแนวโน้มของการเกิดอาการนอนไม่หลับสูง (Morin, 1993)

**ความวิตกกังวล** ความวิตกกังวลมีผลต่อการหลับเนื่องจากการหลั่งอะดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว มีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ (Kozior, Erb and Mcbufalino, 1989 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมหิเวศน์, 2539: 17) และจากการศึกษาของ Beszterezer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 รายพบว่าปัญหาการนอนหลับยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

**ความซึมเศร้า** ความซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับ เนื่องจากความซึมเศร้าจะทำให้ระดับโมโนเอมีนออกซิเดสสูงขึ้น สารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทนอร์อะดรีนาลีน และซีโรโทนิน ซึ่งสารสองชนิดนี้ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Closs, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Beszterezer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่า ปัญหาการนอนหลับยากมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า นอกจากนี้ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) พบว่าความซึมเศร้ามีผลให้เกิดการตื่นเร็วกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

**ชนิดของมะเร็ง** ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีปัญหาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน Davidson และคณะ (2002) ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาการนอนหลับมากที่สุด แต่จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คนพบว่าชนิดของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย

**ระยะของโรคมะเร็ง** คุณภาพการนอนหลับมีความแตกต่างกันตามระยะของโรคมะเร็งจากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) พบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับระยะที่ผู้ป่วยได้ทราบการวินิจฉัยโรคและช่วงหลังจากได้ทราบการวินิจฉัยโรคหนึ่งเดือน และการศึกษาพบว่าในระยะที่มีการกลับเป็นซ้ำและระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะนอนหลับยาก (Dedner and Sloan cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 153; Yellen and Dyonzak, 1996 cited in Miaskowski and Lee, 1999; Mercadante, Girelli and

Casuccio, 2004) แต่จากการศึกษาของ Bastecky และ คณะ (1996) พบว่าปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบทางเดินอาหารระยะเริ่มต้นและระยะสุดท้ายไม่มีความแตกต่างกัน

การรักษาที่ได้รับ ชนิดของการรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา การได้รับยาเคมีบำบัด หรือการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันซึ่งการรักษาดังกล่าวมักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อประสบการณ์อาการรวมถึงปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) การศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) และ Sama (1993 cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการได้รับเคมีบำบัดมีความแปรปรวนของการนอนหลับมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการบำบัด และพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสงนั้นเมื่อใกล้ครบกำหนดการฉายแสงทั้งหมดเท่าไรยังมีประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง (Miaskowski and Lee, 1999) การศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Pontin (cited in Savard and Morin, 2001: 899) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีปัญหาการนอนหลับน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและการรักษาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสูง

ความเจ็บปวด ความเจ็บปวดในโรคมะเร็งเกิดจากการที่ก้อนเนื้ออกกดเบียดอวัยวะหรือเส้นประสาท การยืดขยายของอวัยวะจากการเพิ่มขนาดเนื้องอก หรือจากการบวม การกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสเจ็บปวด เมื่อปลายประสาทรับความเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักดาไฟฟ้า (Depolarization) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ความเจ็บปวดสามารถบกรูปแบบการนอนหลับ (Maryse, 2003: 437) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น มะเร็ง (Closs, 1999) จากการศึกษาของ Miaskowski และ Lee (1999) พบว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์กับความแปรปรวนของการนอนหลับ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ground และคณะ (1994) และ Tsui และคณะ (1994) พบว่า 59% และ 67% ของผู้ป่วยมะเร็งรายงานว่าปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจากความเจ็บปวด โดยพบว่าอาการปวดที่มากขึ้นทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ

พฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ (Graydon, et al., 1995; Irvine, 1998) เป็นสิ่งที่อาจบกรหรือส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การดูโทรทัศน์เรื่องตื่นเต้น การทำงานในห้องนอน พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้การนอนหลับลดลง (Morin, 1993) นอกจากนี้การรับประทานอาหารและสารอาหารบางชนิดมีผลต่อการนอนหลับได้แก่ คาเฟอีน อาหารจำพวกถั่ว

ผักดิบและของหมักดอง (Stradling, J.R. 1993; Morton, 1993 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ รามศิริ, 2545: 20; Shilo, et al. 2002)

ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่างเป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Morin and Savard, 2000 cited in Savard and Morin, 2001: 900) เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง (คิดว่าต้องนอนให้ครบ 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี) มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเมื่อเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างวัน เช่น ตื่นเตียนว่าปัญหาการนอนไม่หลับเท่านั้นที่ทำให้การทำงานที่ผิดพลาด และมีความเข้าใจผิดๆ เกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ (เช่น การสรุปว่าปัญหาการนอนไม่หลับเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเท่านั้น)

ปัญหาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายมีการพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการนอนไม่หลับมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวจากการศึกษาของ Irwin, Smith, และ Gillin (1992 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ระยะของการนอนหลับโดยไม่มีอาการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell คือการทำงานของเม็ดเลือดขาวจะลดลงจะทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Wingard and Berkman, 1983) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนหลับยาก จะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (Degner and Sloan, 1995 cited in Savard and Morin, 2001: 901) เนื่องจากปัญหาการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยขาดการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep) ซึ่งเป็นช่วงการนอนหลับลึกที่เหมาะสมในการเพิ่มการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและลดการทำลายของชั้นเนื้อเยื่อ และมีการแบ่งตัวอย่างมากของการสร้างไขกระดูก เม็ดเลือดต่างๆ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Adam and Oswald, 1984) ซึ่งช่วยในการป้องกันการเติบโตของก้อนเนื้อร้าย และการแพร่กระจายของมะเร็ง นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีความถี่ในปัญหาสุขภาพ การไปพบแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ปัญหาการนอนหลับ (Wingard and Berkman, 1983)

ผลกระทบด้านจิตใจพบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับจะทำให้มีอาการที่ไม่สดชื่นเกิดความแปรปรวนของสภาวะทางจิตใจ (Hodgson, 1991: 1508; Savard and Morin 2001: 901) มีกระบวนการคิดและการตัดสินใจช้า ขาดสมาธิ (Hodgson, 1991: 1508; Williamson, 2002: 267) นอกจากนี้การนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเฉื่อยชา อารมณ์ไม่สดชื่น หงุดหงิด



ง่ายมีผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง และทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างวัน รวมถึงมีอัตราของการขาดงานสูงขึ้น (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2544)

จากผลเสียดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันและแก้ไขปัญหการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักบำบัดพิเศษ (อาภา ใจงาม, 2524; บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536; ดารัสนี โภธารส, 2538; ลีวรรณ อุนนาภิรักษ์ และ พัสมนทร์ คุ่มทวีพร, 2540; นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์, 2542; พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544; Prasertphol, 2001; Opanuraks, 2002; ญานิกา เวชยางกูล, 2545; Komenthai, 2003) และจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยไม่มีผู้ศึกษาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้จากการประชุมเครือข่ายการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ข้อสรุปว่าการศึกษาเรื่องปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งจัดเป็นหัวข้อการวิจัยที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ(เอกสารประกอบการประชุมเครือข่ายการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์,2544) และผลจากงานวิจัยในอดีตพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักบำบัดพิเศษ ได้แก่ เพศ อายุ ความวิตกกังวล กิจกรรมการรักษายาพยาบาล เสี่ยงรบกวนสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย และความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเป็นความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute pain) ในขณะที่ความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งมักเป็นแบบเรื้อรัง (Chronic pain) และผู้ป่วยมะเร็งมักเป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งอาจสามารถรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีกว่า นอกจากนี้การวิจัยที่ผ่านมายังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัย ได้แก่ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความซึมเศร้า ชนิดของโรค มะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ

นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงการบำบัดทางการพยาบาลที่มีผลต่อการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ใหญ่ 4 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของสุพร รุจิราวรรณ (2528) ซึ่งศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไป และการศึกษาของ นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์ (2539) ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกหักที่อยู่ในเครื่องยึดตรึงกระดูก การศึกษาของ ญานิกา เวชยางกูล (2545) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก และการศึกษาของ Supeeda Komenthai (2003) ศึกษาผลของการใช้ดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยหนัก แต่การบำบัดทางการพยาบาลดังกล่าวนั้นอาจจะไม่สามารถนำมา

ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาดังกล่าวมีอาการนอนไม่หลับ ในลักษณะปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็วเป็นอยู่ในช่วงเวลานั้นๆ และมักไม่เรื้อรัง (short term) ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งมีลักษณะของการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับเป็นชนิดปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (long term) (Greenblatt, 1978) การบำบัดทางการพยาบาลดังกล่าวสามารถแก้ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาการนอนไม่หลับได้เฉพาะด้าน PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าหรืออาการปวดในระยะสั้นๆ ไม่สามารถแก้ปัจจัยด้าน PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ความเจ็บปวดเรื้อรัง หรือPERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้าน สุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับได้ ซึ่งโดยหลักการแล้วการที่พยาบาลจะให้การบำบัดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการนอนหลับได้ จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยหรือสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งก่อนเพื่อที่จะสามารถเลือกวิธีการบำบัดทางการพยาบาลได้เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรและศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยดังกล่าวต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่มีองค์ความรู้จากผลการวิจัยไปรองรับและเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาคอนนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นการส่งเสริมการทำงานการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงประเทศชาติได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

## คำถามการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเป็นอย่างไร
2. ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งมีความสามารถในการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Spielman and Glovinsky's Framework of Insomnia (1991) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับไว้ 3 ด้านคือ

- 1) PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า
- 2) PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และ ความเจ็บ ปวด อาการเพ้อคลั่ง
- 3) PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งตามกรอบแนวคิด และเป็นตัวแปรที่มิงานวิจัยต่างประเทศพบว่ามีผลสัมพันธ์กับการนอนในผู้ป่วยมะเร็งรวมถึงเป็นตัวแปรที่พยาบาลมีบทบาทในการจัดการกับตัวแปรเหล่านั้น โดยตัวแปรที่ถูกคัดออกจากการศึกษาคือ อาการเพ้อคลั่ง (delirium) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งไม่มีอัตราการเกิดอาการนี้รวมถึงจากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบว่าอาการเพ้อคลั่ง (delirium) มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง (Miaskowski and Lee, 1999; Beszterezey and Lipowski, 1977 cited in Savard and Morin, 2001; Fortner et al., 2002; Anderson et al., 2003; Mercadante, Girelli,

and Casuccio, 2004) และตัวแปรซึ่งผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **อายุ** เมื่อคนเราอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ (ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้น และยากที่จะหลับต่อในการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าปัญหาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Morin, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mellinger และคณะ (1985) และ Ohayon และ Roth (2001) พบว่าในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ และการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่และความรุนแรงในการเกิดปัญหาในการนอนหลับ แต่จากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ปัญหาการนอนหลับไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน

2. **เพศ** พบว่าผู้ชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่า และเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 10-20 ปี (Robinson, 1986 อ้างถึงใน บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 20) และพบว่าการนอนหลับของผู้ชายมีการนอนระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM ลดลง รวมถึงในเพศชายมีเหตุรบกวนการนอนหลับมากกว่าเพศหญิง เมื่อเริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่มากขึ้นไป เช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายในเวลากลางคืนซึ่งเกิดในระยะ REM (Closs, 1988: 49) จากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าเพศหญิงมีระยะเวลาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Leger และคณะ (cited in Ohayon, 2002: 102) พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในช่วงกลางวันและการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย

3. **ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว** คือ ประวัติการเกิดปัญหานอนไม่หลับหรือการได้รับการวินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Spielman and Glovinsky, 1991) โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนั้นจะมีผลกระทบต่อสารในสมองซึ่งกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลให้เกิดการนอนหลับ เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) หรือนอร์อะดรีนาลีน (noradrenalin) (Hodgson, 1991) และมี

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993)

**4. ความวิตกกังวล** ประมาณ 49% ของผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดความวิตกกังวล (Massie and Popkin 1998) ความวิตกกังวลเป็นสิ่งแวดล้อมทางจิตใจที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการนอนหลับยาก (Bleiker et al., 2000; Lawrence, Gillbert and Peters, 1996 cited in Savard and Morin, 2001: 899) เนื่องจากการหลั่งอะดรีนาลินซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว ทำให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ (Kozior, Erb and Mcbufalino, 1989 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมทีเวศน์, 2539: 17) และร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนพรีนและนอร์อะดรีนาลิน จากต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal cortex) และคอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต และระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นส่งผลให้นอนหลับยากและตื่นบ่อย และไม่สามารถหลับต่อได้ภายหลังการตื่น (Miller, 1999 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ รามศิริ, 2543: 21) จากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) พบว่าความวิตกกังวล ( $p=0.045$ ) มีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (1996) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแปรปรวนของการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.43, p=0.00$ )

**5. ความซึมเศร้า** ช่วงระยะเวลาของการได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งของผู้ป่วยเป็นช่วงที่เกิดวิกฤตของชีวิต และจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียดในระหว่างที่ได้รับการรักษาที่มีการศึกษาพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้า (Schroevers, Sanderman, Van Sonderen and Ranchoer, 2003) และความชุกในการเกิดความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 2 ถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Pirl and Roth, 1999 cited in Davidson et al., 2002) เนื่องจากความซึมเศร้าจะทำให้ระดับโมโนเอมีนออกซิเดสสูงขึ้น สารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาท เช่น serotonin ซึ่งเป็นสารที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Closs, 1999 อ้างถึงใน วรภา แหลมเพชร, 2544: 34) นอกจากนี้ยังพบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตื่นเช้าเกินไป การนอนหลับที่ไม่เพียงพอและการฝันร้าย (Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004)

**6. ชนิดของโรคมะเร็ง** ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดจะเกิดพยาธิสภาพของโรคแตกต่างกัน ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาแตกต่างกัน (เรวัต พันธุ์เขียว, 2538) สิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่ออาการนอนหลับแตกต่างกัน เช่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักได้รับการรักษาโดยการให้เคมีบำบัดทำ

ให้เกิดผลผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้อาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรคเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับได้ ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งผิวหนังซึ่งมักเกิดจากการรับแสงแดด (UV light) มากที่สุดซึ่งจะมีอัตราการเกิดการแพร่กระจายของโรคต่ำแต่จะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการแสบร้อน (burn) และการบาดเจ็บของผิวหนังมาก (วรชัย รัตนราช, 2538) ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการนอนหลับที่แตกต่างจากในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉะนั้นจะเห็นว่าชนิดของโรคมะเร็งที่ต่างกันทำให้ปัญหาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มปัญหาการนอนหลับยาก แต่จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ที่ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คนพบว่าชนิดของมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย

**7. ระยะของโรคมะเร็ง** ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าอาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการดำเนินของโรค ซึ่งพบว่าระยะของโรคที่มากขึ้นหมายถึงการที่ขนาดของก้อนมะเร็งใหญ่ขึ้น มีการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองมากขึ้น หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งสู่อวัยวะอื่นๆ ซึ่งจะส่ง ผลต่อการนอนหลับแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การวินิจฉัยโรค และช่วงหลังจากทราบการวินิจฉัยหนึ่งเดือน นั่นคือระยะที่ผู้ป่วยมะเร็งทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็ง และช่วงหลังจากทราบการวินิจฉัยหนึ่งเดือนมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ โดย Savard และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง 33% เริ่มมีอาการนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบการวินิจฉัยโรค และยังมีการศึกษาพบว่าระยะที่มีการกลับเป็นซ้ำและระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับอาการทุกข์ทรมานรวมถึงภาวะนอนหลับยาก (Dedner and Sloan cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 153; Yellen and Dyonzak, 1996 cited in Miaskowski and Lee: 1999; Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Siberfarb และคณะ (1985) พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นและระยะที่สองไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ Bastecky และ คณะ (1996) พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบทางเดินอาหารในระยะเริ่มต้นและระยะสุดท้ายไม่มีความแตกต่างกัน

**8. การรักษาที่ได้รับ** วิธีการรักษาที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรคย่อมส่งผลกระทบที่แตกต่างกันไป ในผู้ป่วยมะเร็งอาจเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายแสง

รวมถึงผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย มะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene, 2002) จากการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) เปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง 4 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด ฉายรังสี ผ่าตัด และรับฮอร์โมนพบว่าอาการนอนไม่หลับในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน และจากการศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) และ Sama (1993 cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 152) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการได้รับเคมีบำบัดมีปัญหาในการนอนหลับมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการบำบัด และพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสงนั้นใกล้เคียงกำหนดครบการฉายแสงทั้งหมดเท่าไรยิ่งมีปัญหาการนอนหลับมากขึ้น (Miaskowski and Lee, 1999) แต่ การศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Pontin (cited in Savard and Morin, 2001: 899) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีปัญหาการนอนไม่หลับน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและการรักษาหลายชนิดรวมกัน

**9. ความเจ็บปวด** ทำให้การนอนหลับลดลง หลับยากขึ้น ระยะหลับลึกลดลงและทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการนอนหลับที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อความเจ็บปวดในวันต่อไปโดย Biley (1994 อ้างถึงใน วรภา แผลมเพ็ชร, 2544: 212) พบว่า ปัญหาการนอนหลับยากจากความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นประมาณ 30%-50% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการรักษา และ 60%-80% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Portenoy et al., 1992) และจากการศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคือ อาการปวด นอกจากนี้ Serin และคณะ (1995) พบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่ระดับเล็กน้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับรุนแรง (8- 10 คะแนน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรบกวนการนอนหลับ

**10. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ** (Graydon, 1995; Irvine, 1998) การศึกษาพบว่าบุคคลที่มีเวลาการเข้านอนที่ไม่แน่นอน ไม่สม่ำเสมอ (Irregular sleep-wake schedule) บุคคลที่ชอบทำกิจกรรมอื่นในห้องนอน (Engage in sleep-interfering activities) เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การทำงานในห้องนอนเป็นสิ่งที่อาจรบกวนการนอนหลับมากกว่าการส่งเสริมการนอนหลับ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้การนอนหลับลดลง (Morin, 1993) นอกจากนี้การรับประทานอาหาร และสารอาหารบางชนิดมีผลต่อการนอนหลับได้แก่ คาเฟอีน อาหารจำพวกถั่ว ผักดิบและของหมักดอง (Stradling, 1993; Morton, 1993 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ รามศิริ, 2545: 20; Shilo, et al. 2002)

**11.ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ** ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับบางอย่างเป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Morin and Savard, 2000 cited in Savard and Morin, 2001: 900) ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มากแสดงถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีผลเสียต่อการทำงานของร่างกายมาก (Dysfunctional belief) เช่น ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี) มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเมื่อเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างวัน เช่น ตีติเตียนว่าปัญหาการนอนไม่หลับทำให้ทำหน้าที่ผิดพลาด และมีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยบางคนมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น “ถ้าฉันมีอาการกลับเป็นซ้ำ เกิดจากการที่ฉันไม่สามารถนอนหลับได้ดี” (Engstrom et al, 1999 )

### สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยต่างๆมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ดังรายละเอียดดังนี้
  - 1.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.2 เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.3 ประวัติอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.4 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.5 ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.6 ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.7 ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.8 การรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.9 ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.10 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.11 ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง



2. ปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างน้อย 1 ปัจจัย สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และ ความเจ็บปวด PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และกลุ่มอาการนอนไม่หลับ รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆดังกล่าวมา กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ
2. ตัวแปรตาม คือ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **อาการนอนไม่หลับ** หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะรายงานว่ามีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอาการได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลานานกว่า 30 นาที) การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยนอนหลับแล้ว มีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง

อาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือผู้อื่น สามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน การวัดอาการนอนหลับไม่หลับทั้ง 3 ด้านใช้เครื่องมือซึ่งผู้วิจัยแปลมาจาก Insomnia Severity Index ของMorin (1993)

**2. อายุ** หมายถึง ตัวเลขที่บอกเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยมะเร็ง โดยจำนวนอายุคิดเป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) ข้อมูลส่วนนี้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**3. เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย โดยเพศของผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งออกเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ข้อมูลส่วนนี้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**4. ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว** หมายถึง ประวัติการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับหรือการได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับของทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา หรือพี่น้องที่มีสายเลือดเดียวกับผู้ป่วย ข้อมูลส่วนนี้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**5. ความวิตกกังวล** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆหรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นหรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะมีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้แก่ รู้สึกคิดมาก หงุดหงิดใจกังวล เกี่ยวกับการตรวจการรักษา รู้สึกตื่นเต้นหรือมีอาการตกใจง่าย และรู้สึกกระสับกระส่ายเป็นต้น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งความวิตกกังวลวัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของสปีดเบอร์เกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spieberger, 1983) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดีและคณะ (2524)

**6. ความซึมเศร้า** หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งจะแสดงออกโดยมีความผิดปกติด้านอารมณ์ผู้ป่วยจะรู้สึกเศร้า ใจ หดหู่ใจ ท้อแท้ หมดหวัง อ้างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ส่วนทางด้านพฤติกรรมผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หลีกเลียงจากสถานการณ์ต่างๆ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายได้แก่ ทำงานได้ลดลง การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความรู้สึกทางเพศผิดปกติเป็นต้น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วัดได้จากแบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (The

Beck's Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (อ้างถึงใน เอื้อม เด็อน เนตรชม, 2541)

7. **ชนิดของโรคมะเร็ง** หมายถึง ตำแหน่ง หรือ อวัยวะที่กำเนิดก้อนมะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย

8. **ระยะของโรคมะเร็ง** หมายถึง การดำเนินของโรคทางคลินิก ที่เป็นตัวบ่งบอกถึงความก้าวหน้าและการพยากรณ์โรคมะเร็ง ซึ่งพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง การลุกลามสู่ออมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายสู่อวัยวะต่างๆ (UICC staging classification) โดยมีการแบ่งการดำเนินของโรคออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 เป็นมะเร็งระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 ซม. ไม่มีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองและไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดตั้งแต่คล้ำไม่ได้ไปจนถึงเส้นผ่าศูนย์กลาง > 5 ซม. อาจมีหรือไม่มีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองข้างเดียวกันได้ ไม่มีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองคนละข้าง และไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 3 เป็นมะเร็งระยะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดโตก็ได้ ตั้งแต่คล้ำก้อนไม่ได้จนถึงก้อนมะเร็งใหญ่มากจนมีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองที่ต่อมก็ได้ แต่ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น

ระยะที่ 4 ก้อนมะเร็งมีขนาดโตก็ได้มีการลุกลามสู่ออมน้ำเหลืองที่ต่อมก็ได้และมีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นแล้ว

โดยการจัดแบ่งระยะดังกล่าวใช้ระบบ TNM โดยที่ T เป็นขนาดหรือความลึกของมะเร็ง N แสดงการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง M แสดงการแพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกลเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย

9. **การรักษาที่ได้รับ** หมายถึง วิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเพื่อบำบัดโรคมะเร็ง เช่น การได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา การได้รับฮอร์โมนบางชนิด รวมถึงการผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติข้อมูลผู้ป่วย

10. **ความเจ็บปวด** หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้และการตอบสนองต่อความไม่สุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด จากก้อนมะเร็งกดทับเส้นประสาทหรือจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เป็นต้น ซึ่งประเมินโดยมาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale)

**11. พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ** หมายถึง ลักษณะนิสัย การกระทำที่ผู้ป่วยมะเร็งปฏิบัติเป็นประจำที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เช่น ด้านการนอนหลับ ได้แก่ การเข้านอนและตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน การนอนกลางวันมากกว่า 30 นาทีและการทำกิจกรรมก่อนเข้านอน ด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง การดื่มกาแฟ ชา หรือน้ำอัดลม การทานอาหารพวกถั่วหรือของหมักดอง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมเช่น ช่วงบ่าย เย็นหรือช่วงก่อนนอน และออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยล้ามาก ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

**12. ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ** หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ ความคิด ความคาดหวังเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีความเกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดของ Morin (1993) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

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

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

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

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

5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) เช่น เมื่อนอนไม่หลับแล้วจะพยายามนอนต่อไปไม่ลุกออกจากเตียง

ประเมินโดยแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินของ Morin และคณะ (1993)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและบรรเทาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งและเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค มะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และ ความเจ็บปวด PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับ รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆ ต่ออาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ
  - 1.1 ความหมายและองค์ประกอบของอาการนอนไม่หลับ
  - 1.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ
  - 1.3 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.4 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง
  - 1.5 การประเมินอาการนอนไม่หลับ
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ

##### 1.1 ความหมายและองค์ประกอบของอาการนอนไม่หลับ

จากการค้นหาความหมายของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ (Medical dictionary) พบว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึงอาการนอนไม่หลับ ตาแข็ง นอกจากนี้ได้มีผู้ให้ความหมายการนอนไม่หลับไว้ดังนี้

Mendelson, Gillin และ Wyatt (1980) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ไม่สามารถนอนหลับได้และมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ลักษณะของการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการ (symptom) ไม่ใช่อาการแสดง (sign)

Lacks และ Morin (1992) และ Savard และ Morin (2001) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ อาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty falling

asleep, initial or sleep onset insomnia) ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Trouble staying asleep with prolonged nocturnal awakenings, middle or maintenance insomnia) รวมถึง การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening)

Riedel และ Liehstein (2001) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การมีปัญหาในการนอนหลับและปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง

Norman (2001) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การกล่าวถึงภาวะบกพร่องในการนอนหลับซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในภาวะประจำวัน

Montgomery และ Denis (2004) ได้ให้ความหมายของ อาการนอนไม่หลับ ว่าเป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอนและการนอนอย่างต่อเนื่อง ตื่นเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้

Seller (1993) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอนและการนอนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาดังต่อไปนี้ ใช้เวลาในการนอนหลับนาน คุณภาพการนอนหลับต่ำ ขาดการนอนหลับลึกและการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตา ตื่นบ่อย และตื่นเช้ากว่าปกติ

Nordhus และคณะ (1998) และ Cochran (2003) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ โดยมีอาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty initial sleep, prolong sleep onset) ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Frequent awakenings during the night) ตื่นเช้ากว่าปกติ (Too Early awakening) และรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ (Non restorative sleep)

Greenblett (1978) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นลักษณะที่แสดงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของบุคคลที่ไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือแบบที่บุคคลต้องการให้เป็น ในบุคคลที่มีอาการนอนหลับยากมักมีหนึ่งลักษณะหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

ลักษณะทางการรายงานด้วยตนเอง (Subjective report) ได้แก่ ใช้เวลานานในการนอนหลับ ตื่นหลายครั้งในขณะหลับ ผื่นร้าย ไม่สามารถนอนหลับได้ต่อเนื่องเพียงพอ ตื่นเวลาเช้ากว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้ รู้สึกง่วงนอนและไม่สดชื่นในตอนเช้า

ลักษณะทางการรายงานโดยการประเมินหรือวัด (Objective sign) ได้แก่ ระยะเวลาในการนอนหลับ ตื่นหลายครั้งในเวลากลางคืน มีช่วงการนอนหลับในระยะกลอกลูกตาที่รุนแรง ตื่นเช้ากว่าปกติ มีความบกพร่องในการทำงานด้านจิตใจมีผลต่อคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram)

สุรชัย เกื้อศิริกุล(2536: 11) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับว่าหมายถึง การนอนหลับไม่เพียงพอ หรือการอดนอนทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น มีการนอนหลับลำบาก, การนอนหลับไม่สนิท, ตื่นบ่อยเวลากลางคืน (ในบางกรณีอาจมี arousal เกิดขึ้นโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบ หรือไม่รู้สึกตัว) หรือการนอนหลับได้น้อยเพราะ มีการตื่นนอนขึ้นตอนเช้าตรู่กว่าปกติ

สุรชัย เกื้อศิริกุล(2544) ให้ความหมายของอาการนอนไม่หลับ หรือ การนอนหลับไม่เพียงพอเป็นอาการไม่ใช่โรค มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะรวมกัน คือ การนอนไม่หลับหรือนอนลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมากกลางดึก หรือหลับๆตื่นๆ การตื่นนอนเช้าหรือเร็วกว่าปกติและตื่นแล้วไม่สดชื่น

สมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวว่าลักษณะจำเริญของความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) คือ การบ่นว่านอนหลับยาก หรือหลับไม่นานเป็นลำดับหรือตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกเหมือนไม่ได้พักแม้ว่าจะนอนได้นานพอก็ตาม (non restorative sleep) ความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน และมีความรุนแรงพอที่จะทำให้ผู้นั้นบ่นอ่อนเปลี้ยเพลียแรงในเวลากลางวันตามสมควรหรือไม่ก็ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน เช่น หงุดหงิด หรือการทำหน้าที่การทำงานในเวลากลางวันเกิดความบกพร่อง

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 1994) กล่าวว่า ผู้มีอาการนอนไม่หลับ มีดังต่อไปนี้ อาการสำคัญ คือ การเข้าสู่การนอนหลับหรือนอนหลับไม่ต่อเนื่อง หรือนอนไม่เต็มอิ่ม มีอาการเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน โดยการนอนหลับไม่เพียงพอ (ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าระหว่างวัน) มีสาเหตุมาจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในสังคม อาชีพ หรือการทำหน้าที่สำคัญอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ อาการง่วงนอนเป็นประจำ (Narcolepsy) อาการหายใจลำบากในขณะนอนหลับ (Breathing-Related Sleep Disorder) ความผิดปกติของนาฬิกาชีวภาพในการนอนหลับ (Circadian Rhythm Sleep Disorder) อาการนอนหลับมาก (Parasomnia) ความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorders) อาการผิดปกติของนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Rhythm Disorder) ภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) อาการหลงลืม(Delirium) และไม่เป็นผลมาจากการขาดยา หรือการใช้ยาต่างๆ

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย (World Health Organization, 1992) อาการนอนไม่หลับ คือ มีการนอนหลับลำบาก หรือการนอนหลับไม่สนิท หรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยการนอนหลับไม่เพียงพอจะมีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน มีอาการหมกมุ่นหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะนอนไม่หลับตลอดเวลาทั้งกลางวัน และกลางคืน มีความไม่พึงพอใจกับคุณภาพและ/หรือปริมาณของการนอนหลับ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนกิจวัตรประจำวันได้

ทั้งนี้เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการดังกล่าวได้มีผู้ให้คำนิยามอาการนอนไม่หลับไว้โดยมีความหมายตรงกัน แต่ใช้คำที่แตกต่างกันซึ่งได้แก่



การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Lacks and Morin, 1992; American Psychiatric Association, 1994; Nordhus et al, 1998; Savard and Morin , 2001; Cochran,2003) มีคำที่ใช้คล้ายคลึงกันได้แก่ การนอนลำบาก (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544; World Health Organization, 1992) เป็นความผิดปกติของการเริ่มต้นนอน (Seller, 1993; Montgomery and Denis, 2004) ใช้เวลานานในการนอนหลับ (Greenblett, 1987)

การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Lacks and Morin, 1992; Seller, 1993; American Psychiatric Association, 1994; Nordhus et al, 1998; Riedel and Lihstein, 2001; Cochran, 2003; Montgomery and Denis, 2004) มีคำที่ใช้คล้ายคลึงกันได้แก่ การหลับไม่สนิท การตื่นหลายครั้งในเวลากลางคืน (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544; World Health Organization, 1992)

การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544; Greenblett, 1987; Lacks and Morin, 1992; Seller, 1993; Nordhus et al, 1998; Cochran, 2003; Montgomery and Denis, 2004)

อาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1994; Norman, 2001) หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพการนอนหลับต่ำ (Seller, 1993; Nordhus et al, 1998; Cochran, 2003) มีคำที่ใช้คล้ายคลึงกันได้แก่ การรู้สึกง่วงนอน การรู้สึกวอนนอนไม่เต็มอิ่ม (Greenblett, 1987) ตื่นแล้วไม่สดชื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ ทั้งในเชิงปริมาณ รูปแบบการนอนหลับ และคุณภาพของการนอนหลับ โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะรายงานว่ามีอาการอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอาการ ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งเคลิ้มหลับหรือหลับลงที่ใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไป (ใช้เวลา นานกว่า 30 นาที) การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) หมายถึงเมื่อผู้ป่วยนอนหลับแล้ว มีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติ รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า และไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึงอาการนอนไม่หลับนั้นมีความรุนแรงพอที่จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้เกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน

## 1.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการแบ่งประเภทอาการนอนไม่หลับไว้ 2 ระบบ คือ แบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ และแบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ โดยมีรายละเอียดของแต่ละประเภท ดังนี้

**1.2.1 ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการ** (Nordhus et al, 1998; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2544) ได้จำแนกชนิดของอาการนอนไม่หลับ และสาเหตุในทางคลินิกออกเป็นกลุ่มตามระยะเวลาของการเกิดอาการ ดังนี้

**1.2.1.1. ปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ และมักไม่เรื้อรัง (acute หรือ short-term หรือ transient insomnia)** ระยะเวลาที่มีอาการนอนไม่หลับต่อเนื่องกันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มักมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาตึงเครียดในชีวิต เช่น อารมณ์ เสียใจ ความเจ็บปวด สิ่งกระตุ้น ความวิตกกังวล หรือการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงาน อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงในความเป็นอยู่ และสภาพแวดล้อม เช่น เสียงดัง อุณหภูมิร้อนเกินไป การเปลี่ยนที่นอน ถ้าร่างกายสามารถปรับตัวกับสภาพที่เป็นอยู่ หรือมีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้ลุล่วง การนอนไม่หลับก็จะหายไป

**1.2.1.2. ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (Chronic insomnia หรือ long-term)** โดยเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจมาจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน ดังเช่น

- โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์ตกต่ำลงหรือซึมเศร้า และวิตกกังวล
- โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะทางฮอร์โมน การตั้งครรภ์วัยทอง โรคหอบหืด Gastrointestinal reflux และอาการปวดเรื้อรังอาจรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยได้
- ยา เช่น การแพ้ สเตียรอยด์ ยากันเบต้าและยาลดน้ำหนักร่างกาย
- โรคของการนอนหลับโดยตรง (primary sleep disorder) ได้แก่

Restless leg syndrome ผู้ป่วยที่มีอาการรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อของขาหรือเท้า และจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้เคลื่อนไหวเท้า บางครั้งอาจรู้สึกเหมือนมีบางสิ่งคลานในกล้ามเนื้อ อาการเป็นมากในช่วงเย็นที่ผู้ป่วยเข้านอน

Obstructive sleep apnea เป็นการขาดลมหายใจระหว่างการนอนหลับเป็นพักๆมักพบในบุคคลที่นอนกรนเสียงดังสลับกับหายใจ อ้วนคอสั้นหนา และมักมีอาการง่วงนอนมากในช่วงกลางวัน การขาดลมหายใจทำให้ขาดออกซิเจน และเกิดการตื่นเป็นระยะๆ

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

Primary insomniaหรือ psychophysiological insomnia เป็นปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักมีเหตุปัจจัยกระตุ้นบางอย่างสั้นๆมาก่อน เช่น ความไม่สบายใจบางอย่าง ถึงแม้ว่าเหตุผลนั้นๆจะผ่านไปแล้ว ผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาการนอนหลับอยู่ต่อไป ผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ยิ่งใกล้เวลานอนก็ยิ่งกังวลและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับและเกิดความทรมาน แต่ไม่กล้าลุกออกจากที่นอนเพราะจะทำให้ไม่ง่วง

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

### 1.2.2 ประเภทของอาการนอนไม่หลับ แบ่งตามความผิดปกติเกี่ยวกับ

**อาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders)** สามารถแบ่งอาการนอนไม่หลับได้ 3 ประเภท คือ (American Psychiatric Association, 1994)

#### 1.2.2.1. อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ

(Insomnia Related to Another Mental Disorder, Nonorganic) ลักษณะจำเป็น คือ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจอื่นๆ (Nonorganic) อาการผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ อาการผิดปกติที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า (Depressive Disorder) อาการผิดปกติเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety Disorder) และ อาการผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจและอารมณ์ที่เกิดจากความวิตกกังวล (Adjustment Disorder with Anxious Mood) ให้การวินิจฉัย

เมื่ออาการนอนไม่หลับนั้นเนื่องจากปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของผู้ที่มีต่อความผิดปกติทางร่างกายที่คุกคามต่อชีวิต เช่น major depression, adjustment disorder with anxious mood ที่ตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ( Myocardial infarction)

**1.2.2.2. อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกาย (Insomnia Related to a Known Organic Factor)** ลักษณะจำเป็น คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางร่างกายที่ทราบกันดี เช่น ภาวะทางร่างกาย การใช้ยาชนิดต่างๆ หรือ Psychoactive Substance Use Disorder จะไม่ให้การวินิจฉัยโรคนี้ถ้า ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับเป็นผลอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ที่มีต่อภาวะทางร่างกาย มิใช่เนื่องมาจากภาวะทางร่างกาย

อาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia) ลักษณะจำเป็นคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ที่เกิดขึ้นเรื่อยไปซึ่งเห็นได้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของจิตใจหรือปัจจัยทางร่างกายที่ทราบดี เช่น ภาวะทางร่างกาย Psychoactive Substance Use Disorder หรือยา ตามลักษณะผู้ผู้นั้นจะเกิดความวิตกกังวลอย่างมากในเวลากลางวัน กล่าวว่าจะนอนไม่หลับและหลับไม่นาน เลยอาจกลายเป็นจิตใจที่จดจ่อกับเรื่องนี้เป็นสำคัญ ผู้ผู้นั้นพยายามอย่างยิ่งที่จะนอนให้หลับแต่วิตกกังวลว่าความพยายามเหล่านี้ของตนจะไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดความตึงเครียดหรือการปลุกเร้ามากขึ้น แต่สามารถที่จะนอนหลับได้ถ้าไม่ใช้ความพยายามดังกล่าว ตัวอย่างเช่น หลับขณะดูโทรทัศน์ และรู้สึกว่าการนอนดีขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อพ้นไปจากสิ่งแวดล้อมในการเข้านอนตามปกติ บางรายที่เป็นอาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia) เล่าว่ารูปแบบของการนอนไม่ดีโดยตลอดชีวิตมักจะเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กเล็ก บางรายก็เกิดความผิดปกติของการนอนเมื่ออายุมากขึ้น มักจะเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต อาการนอนไม่หลับแบบปฐมภูมิ (Primary Insomnia) อาจจะเป็นภาวะแทรกซ้อนของ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ (Insomnia Related to Another Mental Disorder, Nonorganic) หรือไม่ก็ อาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางกาย (Insomnia Related to a Known Organic Factor) ก็ได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ขาหักหายช้าและเกิดอาการเจ็บปวดอาจจะเกิด Insomnia Related to Known Organic Factor ถ้าอาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรงเกิดขึ้นนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนภายหลังได้รับแก้ไขความเจ็บปวดทางร่างกายออกไปแล้วก็ควรเปลี่ยนการวินิจฉัยโรคเป็น Primary Insomnia

### 1.3 อาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Ginsburg et al., 1995; Sarna, 1993; Whelan et al., 1997; Pritsananurungsie, 2000) ดังในการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 42 คน พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (45%) รายงานว่ามีปัญหาการนอนไม่หลับเกือบทุกคืนหรือทุกคืน และอีกจำนวน 25% กล่าวว่าปัญหาเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ginsburg และคณะ (1995) และ Harrison และคณะ (1997) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 30.9% และ 78% ตามลำดับมีภาวะนอนไม่หลับ ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และการศึกษาของ Kaye, Kaye และ Madow (1983) ศึกษารูปแบบการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกลำบากในการนอนอย่างต่อเนื่องมากที่สุดถึง 45% และมีปัญหานี้เฉลี่ย 1.6 วันในสัปดาห์

Davidson และคณะ (2002) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ลักษณะของปัญหาการนอนหลับในช่วง 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า 41% มีอาการไม่สุขสบายที่ขา (leg restlessness) 31% มีปัญหาการนอนหลับยาก (insomnia) และ 28% มีปัญหาหงวนนอนมาก (excessive sleepiness) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า 23 - 61% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนไม่หลับ (Omne-Pontine et al, 1992; Couzi, Helzlsouer and Fetting, 1995; Lindley et al., 1998; Fortner et al., 2002) โดยผู้ป่วยใช้ระยะเวลาก่อนที่จะนอนหลับมากกว่า 15 นาที มีอาการตื่นเป็นช่วงๆ ในเวลากลางคืน รู้สึกว่าตนเองไม่ยากปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวัน และต้องการการงีบหลับในช่วงกลางวันมาก (Berger and Farr, 1999; Andrykowski et al., 1995)

นอกจากนี้ยังพบว่า 30% ของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีมีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยมีอาการเข้าสู่การนอนหลับได้ยาก หรือตื่นขึ้นบ่อยในระหว่างนอนหลับช่วงกลางคืน (Cristine et al. cited in Lee et al, 2000 ; Savard et al., 1999) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีปัญหาการนอนหลับมาก โดยพบว่าความชุกของปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในช่วง 31-52% ของจำนวนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอน นอนไม่เต็มอิ่ม มีอาการง่วงนอนมากในขณะกลางวัน มีภาวะเข้าสู่การนอนหลับยาก การตื่นเป็นช่วงๆ ระหว่างการนอนหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับน้อย (Silberfarb et al., 1985; Sarna, 1993; Davidson et al., 2002 )

#### 1.4. ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง

ภาวะที่มีอาการนอนไม่หลับ มีผลกระทบกับผู้ที่สุขภาพสมบูรณ์รวมทั้งผู้ป่วยด้วย ผลจากการตรวจร่างกายผู้ที่นอนไม่เพียงพอ จะมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงดังนี้

**1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย** มีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าอาการนอนไม่หลับมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมีความถี่ในปัญหาสุขภาพ การไปพบแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ (Wingard and Berkman, 1983) และมีการพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าอาการนอนไม่หลับมีผลต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวจากการศึกษาของ Irwin, Smith และ Gillin (1992 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนหลับ ประสิทธิภาพของการนอนหลับ ระยะของการนอนหลับโดยไม่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell activity คือการทำงานของเม็ดเลือดขาวจะลดลงจะทำให้การต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรังรวมถึงมะเร็ง (Wingard and Berkman, 1983) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับยาก จะมีอัตราการรอดชีวิตน้อยกว่า 5 ปี (Degner and Sloan, 1995 cited in Savard and Morin, 2001: 901) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าอาการนอนหลับที่ต่อเนื่องน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืนมีการทำนายว่าจะเพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น (Kripke et al., 1979) เนื่องจากปัญหาการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยขาดการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep) ซึ่งเป็นช่วงการนอนหลับลึกที่เหมาะสมในการเพิ่มการสังเคราะห์เนื้อเยื่อและลดการทำลายของชั้นเนื้อเยื่อ และมีการแบ่ง ตัวอย่างมากของการสร้างไขกระดูก เม็ดเลือดต่างๆ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Adam and Oswald, 1984) ซึ่งช่วยในการป้องกันการเติบโตของก้อนเนื้อร้าย และการแพร่ กระจายของมะเร็ง ซึ่งในขณะที่นอนหลับใช้เวลาน้อยกว่าครึ่งของการแบ่งตัวในขณะตื่น (Closs, 1988)

**1.4.2. ผลกระทบด้านจิตใจและพฤติกรรม** ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) เช่นพบว่าความเหนื่อยล้ามักเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993; สูดประนอม สมันตเวคิน, 2546) และ การศึกษาของ Sarna (1993) ซึ่งพบว่า 31% ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการเหนื่อยล้ามักมีอาการนอนไม่หลับ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ในช่วงกลางวัน (daytime functioning) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีอารมณ์แปรปรวน (mood disturbance) ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล ตื่นตระหนก สับสน หลงผิดและประสาทหลอน มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับในระยะยาวมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและติดยาใน 30 ปีต่อมา (Gillin, 1998 cited in Savard and Morin,

2001) และจากการศึกษาของ Beszterezer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

## 1.5 การประเมินอาการนอนไม่หลับ

ในการประเมินการนอนหลับนั้นทำได้หลายวิธี ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือแต่ละชนิดจะแตกต่างกันไปตามความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนั้นๆ การเลือกใช้วิธีการใดในการประเมินการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การประเมินและความเหมาะสมกับสถานการณ์ (Webster and Thompson, 1986: 450) การประเมินการนอนหลับสามารถประเมินโดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดได้แก่ การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective Sleep Measurement) และ การประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement) (Closs, 1988: 503; Dorociak, 1990: 257; Beck, 1992:257; ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3)

**1.5.1 การประเมินการนอนหลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective Sleep Measurement)** การประเมินการนอนหลับชนิดนี้ มีการวัดการหลับโดยตรงซึ่งมีหลายชนิด ได้แก่

**โพลีซอมโนกราฟี (Polysomnography)** เป็นเครื่องมือสำหรับแสดงและบันทึก รายงานคลื่นไฟฟ้าจากส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อศึกษาสภาพสรีรวิทยาในระหว่างการนอนหลับ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นเครื่องมือชนิดเดียวกับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เพียงแต่ สัญญาณของ Polysomnography แตกต่างออกไป (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536: 77) โดยประกอบด้วย การวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography, EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram, EMG) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา (electrooculogram, EOG) รวมไปถึงการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย และระดับความดันโลหิต วิธีการนี้จะสามารถแยกแยะการนอนระยะ REM และ NREM ได้รวมทั้งระยะการนอนที่แท้จริง ความก้าวหน้าและความลึกของการนอน (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3) แต่มีข้อเสีย คือ เครื่องมือราคาแพง ใช้งานค่อนข้างซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิคในการประเมินผล (Snyder –Halpern and Verran, 1987; Schwab, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3) นอกจากนี้ความผิดปกติบางภาวะเช่น ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ หลังจากการผ่าตัดหัวใจมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ทำให้เกิดความสับสน ในการแปลผลคลื่นระหว่างนอนหลับและระหว่างตื่น (Harden , Glaser and Pampiglione, 1968 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 3) การใช้โพลีซอมโนกราฟีเป็นการประเมินที่มีประสิทธิภาพที่สุด

เพราะสามารถตรวจการนอนได้ทั้งคุณภาพและระยะเวลาอนที่แท้จริง แต่ไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในการประเมินการนอนหลับโดยทั่วไป (Reite et al., 1995)

**การประเมินการเคลื่อนไหวร่างกาย (Body movement)** เป็นการวัดการเคลื่อนไหวขณะหลับโดยตรง โดยติดเครื่องมือที่ไวต่อการเคลื่อนไหวไว้ที่แขนหรือขาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพการนอนหลับของร่างกายโดยการดูจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาจใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ (Jonh, 1971 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

**การประเมินโดยใช้หมวกวัดการนอนหลับ (Night cap)** เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่พัฒนามาจากการวัดความเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ใช้วิธีการวัดการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ลูกตาและศีรษะ การวัดวิธีนี้ไม่สามารถแบ่งแยกการนอนหลับ NREM ระยะที่ 1 ถึง 4 ได้ แต่สามารถบอกถึงภาวะตื่น ระยะ REM และ NREM ได้ เมื่อนำผลการวัดด้วยวิธีนี้มาเปรียบเทียบกับการใช้การวัดโดยโพลีซอมโนกราฟฟีพบว่าในด้านระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตื่น ระยะ REM และ NREM และระยะเวลาการเข้าสู่ REM ไม่แตกต่างกัน (Ajilore et al., 1995 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4) การใช้เครื่องมือนี้เหมาะกับผู้ป่วยหนักมากกว่าการใช้โพลีซอมโนกราฟฟีเพราะมีขนาดเล็ก เคลื่อนย้ายง่าย และรบกวนผู้ป่วยน้อยกว่า แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถวัดคลื่นสมองได้ จึงไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับระยะ NREM 1 ถึง 4 ได้ จึงไม่เหมาะในการใช้วัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมอง (ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4)

**การประเมินโดยใช้เครื่องสวมข้อมือ (Wrist actigraphy)** เป็นเครื่องมือวัดการนอนหลับที่ใช้สวมข้อมือคล้ายนาฬิกาใช้วัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย แผลผลจากความถี่คลื่นไฟฟ้า สามารถวัดปริมาณการนอนหลับและการตื่นได้ดี (Schweb, 1994 อ้างถึงใน ชนกพร จิตปัญญา, 2543: 4) เครื่องมือชนิดนี้สามารถใช้ได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ สะดวก ไม่รบกวนผู้ป่วย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ประเมินในการแปลผล

**การประเมินโดยใช้เครื่องวัดการนอนหลับข้างเตียง (Bedside monitor systems)** เป็นเครื่องมือในการประเมินการนอนหลับ โดยวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายซึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและอัตราการหายใจในระหว่างการนอนหลับรวมถึงการตื่นตัวของกล้ามเนื้อและการกลอกตา (John, 1971)

**การประเมินโดยใช้เตียงวัดการนอนหลับ (Static charge-sensitive bed)** เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อการนอนหลับและการหายใจผิดปกติของระหว่างการนอนหลับ ลักษณะเครื่องมือเป็นที่นอนพองน้ำ ซึ่งสามารถวิเคราะห์สัญญาณได้ 3 อย่าง คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ลักษณะของการหายใจ และการเต้นของหัวใจ (Beck, 1992:257) จากการบันทึกกราฟสามารถแยกความแตกต่างของ การตื่น การนอนหลับลึก และการนอนหลับแบบ REM



Dream doctor เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกการนอนหลับแบบ REM โดยบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อใช้ประเมินความแตกต่างระหว่างการกลอกลูกตาและกะพริบตาในช่วงตื่น (Beck, 1992)

**การประเมินความไวของผิวหนัง (Electrodermal activities: EDA)** เป็นการวัดการส่งกระแสไฟฟ้าของผิวหนัง วัดความไวในช่วงการหลับ ต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของไฟฟ้าสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของลูกตา (Dorociak, 1990)

### 1.5.2. การประเมินการนอนหลับทางจิตพิสัย (Subjective Sleep Measurement)

การประเมินโดยการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยสามารถบอกถึงการนอนหลับได้ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ (Richardson, 1997) การวัดแบบการประเมินการนอนหลับด้วยวิธีนี้เป็นการให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับความรู้ถึงการนอนหลับได้ดี (Johns, 1971 อ้างถึงในชนกพร จิตปัญญา, 2543: 50) ซึ่งสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่

**การประเมินค่าด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scales)** เป็นวิธีที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ โดยมาตรวัดเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลี ที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด เช่น ความรู้สึกหลังตื่นนอน คุณภาพการหลับ ความพึงพอใจในการหลับ วิธีประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินขีดเครื่องหมายลงบนเส้นในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของตนเอง วัดออกมาเป็นตัวเลข ผู้ที่ประเมินด้วยวิธีนี้จะสบายใจและตัดสินใจง่าย กรณีการประเมินการหลับต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (serial assessment) การเลือกใช้วิธีนี้ สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาที่ผู้ประเมินอาจเกิดความไม่แน่ใจที่จะประเมินใกล้เคียงกับครั้งก่อน จึงใช้ได้ดีหากต้องการการประเมินแบบต่อเนื่อง เช่น การประเมินการนอนหลับในช่วงเวลาหนึ่ง หรือ หลังการได้รับการนอนหลับ ข้อจำกัดของการประเมินวิธีนี้ คือ ข้อความ หรือวลีที่ใช้ อาจสื่อความรู้สึกผู้ประเมินไม่ตรงกัน สิ่งสำคัญก็คือต้องอธิบายให้ผู้ประเมินเข้าใจความหมายของเครื่องมือเสียก่อน (Closs, 1988b อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 24) ซึ่งการศึกษาของ ไอท์เกน (Aitken, 1969 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 24) พบว่าการประเมินนี้มีความสัมพันธ์กับการสังเกตของพยาบาลเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับของผู้ป่วยในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาของการประเมินด้วยการวัดทำนองนี้ในการประเมินการพึงพอใจพบว่ามีความสัมพันธ์กับการประเมินด้วยแบบสอบถามเช่นกัน แสดงว่ามาตรวัดการเปรียบเทียบทางสายตา มีความเชื่อมั่นในระดับค่อนข้างสูง ตัวอย่างแบบวัดชนิดนี้ได้แก่แบบวัดของ Verran and Snyder Halpern ( VSH Sleep Scale) (Snyder-Halpern and Verran, 1987)

**มาตราส่วนประมาณค่าด้วยตนเอง (Subjective rating scales)** เป็นวิธีที่ง่ายต่อการประเมินการรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น อากาศรบกวน ซึม หรือความรู้สึกหุดหู่ แบบประเมินนี้วัดออกมาเป็นตัวเลข (interval scale) มีความไวและสะดวกในการใช้ ข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือนี้ คือ ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่นอนติดต่อกันเป็นเวลานานได้ และผู้ประเมินอาจมีความโน้มเอียงที่จะเลือกข้อความที่มีระดับคะแนนสูง ทำให้ผลการประเมินผิดพลาดได้ (Closs, 1988 : 504; Herscovitch and Broughton, 1981: 83; Kryger et al., 1987: 165 อ้างถึงในบุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 37) การวัดวิธีนี้ได้แก่ แบบวัด Stanford Sleepiness Scale (SSS) ซึ่งเป็นแบบวัดปริมาณของการนอนหลับโดยมีช่วงคะแนน 7 ระดับ ( ชนกวร จิตปัญญา, 2543: 6)

**การสัมภาษณ์ (Interviews)** เป็นการทบทวนรูปแบบการนอนหลับ-ตื่นของผู้ป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ของการนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน การปวดเรื้อรังในตอนกลางคืน การมีพฤติกรรมประหลาดเกิดขึ้นในขณะหลับ (parasomnia) เช่น นอนละเมอ ปัสสาวะรดที่นอน ชัก ซากกระดูกในระหว่างนอน (Norman, Chediak, Kiel and Cohn, 1990 อ้างถึงใน ชนกวร จิตปัญญา, 2543: 6) ลักษณะถามคล้ายแบบสอบถาม เป็นวิธีที่ประเมินทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ข้อดีของวิธีนี้ คือ ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายคำถามให้ผู้ตอบเข้าใจได้จึงใช้ได้ดีแม้ผู้ตอบจะอ่านเขียนหนังสือไม่ได้ และรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่ต้องการ แต่มีข้อเสีย คือ ต้องใช้เวลามาก และอาจมีข้อผิดพลาดในการสื่อและแปลความหมาย (Closs, 1988: 505 อ้างถึงใน บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 38)

**การบันทึกการนอนหลับประจำวัน (Sleep diaries)** เป็นการบันทึกการนอนหลับและตื่นในแต่ละวัน ผู้ป่วยสามารถบันทึกจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ จำนวนครั้งการตื่นระหว่างช่วงเวลาหลับ การตื่นนอนเร็วกว่าปกติ ความรู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานยา คาเฟอีน อัลกอฮอล์ รวมทั้งกิจกรรมที่ทำในเวลากลางวัน (Haythornthwaite, Hegal and Kerns, 1991 อ้างถึงใน ชนกวร จิตปัญญา, 2543: 7 ) วิธีการประเมินทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด แต่วิธีนี้ไม่เหมาะสำหรับการศึกษาการนอนหลับในผู้ป่วยอาการ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หรือผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ (Closs, 1988: 505; John, 1971: 486 อ้างถึงใน บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 38)

**การสังเกต (Personal observation)** เป็นการสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ถูกวัด วิธีนี้ใช้กันอย่างมากในเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช โดยสังเกตเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ลักษณะของการหายใจ อัตราการหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า ระยะเวลาหลับ ระยะเวลาตื่น วิธีนี้สามารถประเมินระยะการนอนหลับและความต่อเนื่องของการนอนหลับได้ แต่เป็นวิธีที่ไม่สะดวกและไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง

เนื่องจากต้องมีผู้สังเกตพฤติกรรมการนอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาของการวัดและต้องใช้เวลาอย่างน้อย 15-30 นาทีในการสังเกตเพื่อการประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย (Closs, 1988 อ้างถึงใน ชนกวร จิตปัญญา, 2543: 7)

**การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)** ลักษณะเป็นคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบหรือเติมคำ ประเภทของคำถามขึ้นอยู่กับเรื่องที่ต้องการประเมิน โดยคำถามส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับแบบแผนของการนอนหลับ ปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับรวมถึงอาการนอนไม่หลับ ข้อดีของวิธีนี้คือ ได้ข้อมูลที่มีความแน่นอนในเวลารวดเร็ว ส่วนข้อเสียคือ ผู้ถูกประเมินต้องอ่านออกเขียนได้ และมีความสามารถในการคิดปกติ ดังนั้นจึงใช้ไม่ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตหรือโรคประสาท ผู้ป่วยที่ได้ยากดประสาท (Fuller and Schaller-Ayers, 1990: 361 อ้างถึงใน บุญชู อนุศาสนนันท์, 2536: 38) ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ได้แก่ St. Mary Hospital Sleep Questionnaire ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ และใช้ทดสอบในผู้ป่วยศัลยกรรม อายุรกรรม จิตเวช และบุคคลปกติ (Eillis, Johns, Lancaster, Raptopoulas, Angelopoulos and Priest, 1981 อ้างถึงใน พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 38)

นอกจากนี้ยังมีการนำเกณฑ์การประเมินภาวะความผิดปกติเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Disorders) ของสมาคมโรคทางจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกาคือ DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1993) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน 1) อาการเด่นชัดที่ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าเข้านอนแล้วหลับยากหรือหลับได้ไม่นาน (เห็นได้ว่าผู้นอนหลับพอแต่รู้สึกเหมือนไม่ได้พัก 2) ความผิดปกติในข้อ 1) เกิดขึ้นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งเดือน และมีความรุนแรงพอที่จะทำให้ผู้นอนหลับเปลี่ยนแปลงในระยะเวลากลางวันตามสมควร หรือแม้กระทั่งสามารถสังเกต เห็นอาการบางอย่างที่อ้างได้ว่าเกี่ยวกับความผิดปกติของการนอน เช่น หงุดหงิดหรือการทำหน้าที่การงานในเวลากลางวัน วันเกิดความบกพร่อง 3) อาการนอนไม่หลับมิได้เกิดในช่วงการดำเนินโรคของที่เกิดจากการนอนหลับผิดปกติ หรือ Parasomnia และต่อมา Li และคณะ (2002) และ Morin (1993) ได้นำ DSM-III มาดัดแปลงเป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบประเมิน Insomnia Severity Index ของ Morin (1993)

Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) เป็นแบบสอบถามที่ประเมินอาการนอนไม่หลับ และผลจากอาการนอนไม่หลับ (Symptom and consequences of insomnia) ที่ได้รับการศึกษาโดยมีการนำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากผู้ป่วยในคลินิกผู้มีปัญหาในการนอนหลับ (sleep disorder clinic) จำนวน 145 คน เท่ากับ 0.74 และมีการประเมินเปรียบเทียบกับการใช้ Polysomnography และ Sleep diary ในการวัด

อาการนอนไม่หลับแล้วว่ามีความตรงและความไวในการวัดการนอนหลับใกล้เคียงกัน (Barien, Vallieres and Morin, 2001)

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

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

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ

จากการศึกษากลุ่มอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับได้ 3 ด้านคือ 1) PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า 2) PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และความเจ็บปวด 3) PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ (Spielman and Glovinsky, 1991) ดังรายละเอียดดังนี้

**2.1 PREDISPOSING FACTORS** หมายถึง ลักษณะที่คงอยู่หรือมีมาแต่กำเนิดของบุคคลซึ่งเป็นส่วนที่เสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการนอนไม่หลับ มีองค์ประกอบซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการนอนไม่หลับหลายประการ ดังนี้

**2.1.1 อายุ** เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดระยะเวลาและขั้นตอนการนอนหลับของคนเรา ระยะเวลาอนทั้งหมดในเด็กทารกแรกเกิด ประมาณ 16-17 ชั่วโมงต่อวัน และจะลดลงเหลือประมาณ 8.5 ชั่วโมงต่อวันเมื่ออายุ 16 ปี และจะเหลือ 7 หรือ 8 ชั่วโมงต่อวันในคนอายุ 25 ถึง 45 ปีและเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวันในผู้สูงอายุ (วรัญ ดันชัยสวัสดิ์, 2536) เมื่อคนเราอายุมากขึ้น การนอนหลับจะมีลักษณะขาดตอนเป็นช่วงๆ(ตื่นบ่อย) ได้มากขึ้นและยากที่จะหลับต่อในการตื่นแต่ละครั้งมากขึ้น การนอนหลับแบบ REM และ NREM จะแยกจากกันตั้งแต่ทารกเกิด แต่การนอนขั้นต่างๆใน NREM แยกได้ชัดเจนตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป การนอนขั้นที่ 1 ในวัยเด็กจะใช้เวลาประมาณ 5% ของการหลับทั้งหมด จะค่อยๆเพิ่มขึ้นประมาณ 15% ในคนสูงอายุ Delta sleep จะมีสูงสุดช่วงวัยรุ่น และในคนอายุ 20 ปี เหลือประมาณ 15 ถึง 20%ของการหลับทั้งหมด จะลดลงอย่างมากจนเกือบไม่มี Delta sleep ในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป REM sleepของทารกแรกเกิดจะมีประมาณ 50% ของการหลับทั้งหมด และจะลดลงเหลือประมาณ 20% เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นและค่อนข้างคงที่ไปตลอดชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536: 9) บุคคลจะเริ่มมีปัญหาการหลับยากเมื่ออายุ 35 ปี

มีการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ( $r = 0.38, p = 0.05$ ) และการศึกษาที่ของ Bleiker และคณะ (2000) พบว่าอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ในผู้ป่วยมะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene, 2002) นอกจากนี้ Li และคณะ. (2002) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนหลับยาก ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ และการตื่นเช้ากว่าปกติมากขึ้น แต่จากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ปัญหาการนอนหลับไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่แตกต่างกัน

**2.1.2 เพศ** จากการศึกษาแบบแผนการนอนหลับตามระยะพัฒนาการระหว่างเพศชายและหญิงพบว่าชายมีความแปรปรวนของรูปแบบการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 18-20 ปี เนื่องจากประสิทธิภาพการนอนหลับของเพศชายจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 20 ปีและลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนเพศหญิงจะเริ่มลดลงอย่างมากหลังอายุ 49 ปี (Kedas, Lux and Amodeo, 1989 อ้างถึงใน วราภา แผลมเพ็ชร, 2544: 22) และใน

เพศชายมีเหตุรบกวนการนอนมากกว่าเพศหญิง โดยธรรมชาติเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เป็นต้นไป เช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายในเวลากลางคืนซึ่งเกิดในระยะ REM (Closs, 1988) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง และเพศชาย รายงานว่ามีอาการนอนไม่หลับ 38% และ 18% (Davidson , et al., 2002) จากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเพศหญิงมีระยะเวลาอนหลับมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wever (cited in Closs, 1988: 49) พบว่าเพศหญิงสามารถนอนหลับได้ต่อเนื่องกว่าเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย (Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004) และการศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และ Lee และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศหญิงและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามลำดับมีประสบการณ์ความทุกข์ทรมานทางกาย (รวมถึงปัญหาการนอนหลับยาก) มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศชาย

### 2.1.3 ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว คือ ประวัติ

การเกิดปัญหาอนไม่หลับหรือการได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับของทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับ (Spielman and Glovinsky, 1991; Morin, 1993) โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับนั้นจะมีผลกระทบต่ออาการหลังสารในสมองซึ่งกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลให้เกิดการนอนหลับ เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) หรือนอร์อะดรีนาลีน (noradrenalin) (Hodgson, 1991) จากการศึกษาของ Morin (1993) พบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับจะมีแนวโน้มของการเกิดอาการนอนไม่หลับสูง

### 2.1.4 ความวิตกกังวล (Anxiety) ความวิตกกังวลมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ

เนื่องจากเมื่อเกิดความวิตกกังวลจะมีการหลั่งอะดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว มีผลให้หลับได้ยากหรือหลับแล้วตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ (Kozior, Erb and Mcbufalino, 1989 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539: 17) และร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตชั้นใน(adrenal cortex) และคอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก(adrenal cortex)ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิตและระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยากตื่นบ่อยและไม่สามารถหลับต่อได้ภายหลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน (Miller, 1999 อ้างถึงใน นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์, 2539) ซึ่งความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งมากถึง 49% (Massie and Popkin, 1998) และเป็นสิ่งแวดล้อมทางจิตใจที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการนอนหลับยาก (Bleiker et al., 2000; Lawrence, Gillbert, and Peters, 1996 cited in Savard and Morin, 2001: 899) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) และพัสมณต์ คุ่มทวีพร

และคณะ (2540) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ พบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้น เกิดฝันร้าย และมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (1996) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการแปรปรวนของการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.43$ ,  $p=0.00$ ) รวมถึงมีความสัมพันธ์กับอาการทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจด้วย (Bleiker et al., 2000) และจากการศึกษาของ Beszterezzer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 47 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

**2.1.5 ความซึมเศร้า** ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการนอนหลับเนื่องจากความซึมเศร้าจะทำให้ระดับโมโนเอมีนออกซิเดสสูงขึ้น (monoamine oxidase) สารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาท นอร์ออดรีนาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin หรือ 5-HT) ซึ่งสารสองชนิดนี้ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Closs, 1999 อ้างถึงใน วราภา แหลมเพ็ชร์, 2544: 34) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นช่วงที่เกิดวิกฤตของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียดในระหว่างที่ได้รับการรักษาจึงพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการซึมเศร้า (Schroevers et al., 2003) และความชุกในการเกิดความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 2 ถึง 3 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (Pirl and Roth, 1999 cited in Davidson et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตื่นเช้ากว่าที่ควร การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ และการฝันร้าย (Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Breslau และคณะ (1996) และ Beszterezzer และ Lipowski (1977 cited in Savard and Morin, 2001) พบว่าปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า นอกจากนี้ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าความซึมเศร้ามีผลให้เกิดการตื่นเร็วกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.05$

**2.2 PRECIPITATING FACTORS** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสภาวะการณืซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้แก่

**2.2.1 ชนิดของโรคมะเร็ง** ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีปัญหาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน ดังการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งในช่วง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่จำกัดชนิดจำนวน 982 ราย แบ่งชนิดของโรคมะเร็งเป็น 6 ชนิดได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายซึ่งรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถาม Sleep Survey ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาคือเป็นอันดับหนึ่ง และสองในทุกปัญหาของการนอนหลับได้แก่ รู้สึกง่วงนอนในเวลากลางวัน รู้สึกอ่อนเพลีย และใช้ยานอนหลับ ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีปัญหาการนอนหลับยากและความเหนื่อยล้ามากที่สุด

นอกจากนี้ Sarna (1993) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 69 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 24.6% มีภาวะนอนหลับยาก และในกลุ่มที่นอนหลับยาก 30.8% มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง และการศึกษาของ Couzi, Helzlsouer และ Fetting (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีภาวะหมดประจำเดือนจำนวน 190 ราย ผลการศึกษาพบว่า 44% ของผู้ป่วยมีอาการนอนหลับยาก โดย 1/3 ของผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาคือการนอนหลับในระดับที่รุนแรง ส่วนการศึกษาของ Portenoy และคณะ (1994) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า 52.3% ของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการนอนหลับยาก เมื่อแยกตามชนิดพบว่า 48.6% ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการนอนหลับยาก และ 60% ของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีอาการนอนหลับยาก แต่จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน พบว่าชนิดของมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย

**2.2.2 ระยะของโรคมะเร็ง** คุณภาพการนอนหลับมีความแตกต่างกันตามระยะของโรคมะเร็ง การศึกษาของ Kurtz และคณะ (1993 cited in Savard and Morin, 2001: 898) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก 54.3% มีภาวะนอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 6 เดือน 78% มีภาวะนอนหลับยาก จากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999 : 143-148) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า 44% ของผู้ป่วยรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับในช่วง 1 เดือนก่อนที่จะได้รับการสัมภาษณ์ และพบว่าปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การวินิจฉัยโรค ( $X = 5.82, p = 0.02$ ) แต่จากการศึกษาของ Bastecky และ คณะ (1996) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งระบบทางเดินอาหารพบว่าปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้นและระยะสุดท้ายไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าระยะที่มีการกลับเป็นซ้ำและระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับอาการนอนหลับยาก (Dedner and Sloan cited in Mary, Thomas and Heiene, 2002: 153; Yellen and Dyonzak, 1996 cited in Miaskowski and Lee, 1999; Mercadante, Girelli and Casuccio, 2004)

**2.2.3 การรักษาที่ได้รับ** ชนิดของการรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา การได้รับยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันซึ่งการรักษาดังกล่าวมักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง (Mary, Thomas and Heiene, 2002:



152) การศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่น ๆ จำนวน 50 รายพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดและรังสีรักษามีความแปรปรวนของการนอนหลับ และมีระยะเวลาการนอนหลับ (sleep latency) มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษา

ส่วนการศึกษาของ Lindley และคณะ(1998) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังเริ่มได้รับเคมีหรือฮอร์โมนบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 23.3% มีอาการนอนหลับยาก และการศึกษาของ Miaskowski และ Lee (1999)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าและความแปรปรวนของการนอนหลับในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษาการแพร่กระจายของโรคมายังกระดูก โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 24 คน พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสงนั้นใกล้ครบการฉายแสงทั้งหมดเท่าไรยังมีประสิทธิภาพการนอนหลับลดลง ส่วนการศึกษาของ Mary, Thomas และ Heiene (2002) และPontin (cited in Savard and Morin, 2001: 899) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีปัญหานอนหลับยากน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีและการรักษาหลายชนิดร่วมกัน ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแตกต่างจากการศึกษาของ Bleiker, และคณะ (2000) และ Davidson และคณะ (2002) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับปัญหานอนหลับ โดยในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากที่ได้รับการผ่าตัด 2 เดือนมีภาว่นอนหลับยากอยู่ในระดับสูง

**2.2.4 ความเจ็บปวด** ความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งสามารถพบได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังซึ่งความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดจากการที่ก้อนเนื้อออกกดเบียดอวัยวะหรือเส้นประสาท การยืดขยายของอวัยวะจากการเพิ่มขนาดเนื้องอก หรือจากการบวม การกระตุ้นโดยตรงต่อตัวรับสัมผัสเจ็บปวดเมื่อปลายประสาทรับความเจ็บปวดถูกกระตุ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงศักดาไฟฟ้า (Depolarization) เกิดเป็นกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) ความเจ็บปวดมีผลกระทบทั้งทางด้านกายภาพและจิตใจรวมไปถึงการรบกวนรูปแบบการนอนหลับ(Maryse Brousseau, 2003: 437) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการเจ็บปวดเรื้อรัง เช่น ปวดจากมะเร็ง (Closs, 1999) ซึ่งความเจ็บปวดทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง หลับยากขึ้น ระยะเวลาหลับลดลง และทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการนอนหลับที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อความเจ็บปวดในวันต่อไป โดยไบลีย์ (Biley, 1994 อ้างถึงใน วราภา แหลมเพ็ชร, 2544: 212) พบว่า ปัญหานอนหลับยากจากความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นประมาณ 30%-50% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งจะได้รับการรักษา และ 60%-80% ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Portenoy et al., 1992)

ความเจ็บปวดจะรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ ได้แก่ ทำให้ตื่นขึ้นเป็นช่วงๆ ประมาณ 3-15 นาทีหรือทำให้การนอนหลับกลับเข้าสู่ระยะหลับตื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Miaskowski และ Lee (1999) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และความแปรปรวนของการนอนหลับในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 14% เข้านอนด้วยความเจ็บปวดอย่างรุนแรง (มากกว่า 6 คะแนน) 48% เข้านอนด้วยความเจ็บปวดระดับปานกลาง และ 33% เข้านอนด้วยความเจ็บปวดระดับต่ำ (น้อยกว่า 4 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของ นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โชมพิกตร์ มณีวัต (2545) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดพบว่า มีปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความเจ็บปวดที่มีผลต่อการนอนหลับว่า “จะไม่หลับกับกลิ่นนี้ไม่มี ไม่หลับเพราะปวดมากกว่า” และยังไม่ถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้นอนไม่หลับเช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ตำแหน่งของแผลที่ทำให้นอนอยู่ท่าเดียวตลอด การนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้ปวดเมื่อยต้องลุกขึ้นมาล้างเพื่อเปลี่ยนอริยาบถจึงหลับได้ช่วงสั้นๆ

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ground และคณะ (1994) และ Tsul และคณะ (1994) พบว่า 59% และ 67% ตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า มีปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดโดยพบว่า ยังมีอาการปวดมากยังมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับมาก นอกจากนี้ Fortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคือ อาการปวด นอกจากนี้จากการศึกษาของ Serin และคณะ (1995) ศึกษาระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งและผลกระทบ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งระดับเล็กน้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับรุนแรง (8- 10คะแนน) มีผลรบกวนด้านการนอนหลับมากที่สุด

**2.3 PERPETUATING FACTORS** เป็นตัวแปรที่สนับสนุนให้ปัญหาการนอนไม่หลับนั้นคงอยู่ตลอดเวลา ได้แก่

**2.3.1 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ** จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้แบ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับออกเป็น 3 ด้านดังนี้

**2.3.1.1 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับด้านการนอนหลับ** เช่น บุคคลที่มีเวลาการเข้านอนที่ไม่แน่นอน ไม่สม่ำเสมอ (Irregular sleep-wake schedule) หรือ บุคคลที่ชอบทำกิจกรรมอื่นในห้องนอน (Engage in sleep-interfering activities) เช่น การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง การทำงานในห้องนอนเป็นสิ่งที่อาจรบกวน

การนอนหลับมากกว่าการส่งเสริมการนอนหลับ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้การนอนหลับลดลง รวมถึงการจับหลับในเวลากลางวันมาก (Morin, 1993)

**2.3.1.2 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับด้านการรับประทานอาหาร** พบว่าอาหารและสารอาหารบางชนิดมีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ คาเฟอีน เป็นสารเคมีที่พบในชา โคลา ช็อคโกแลต และเครื่องดื่มอื่นๆ การดื่มกาแฟประมาณ 300 มิลลิกรัม (ประมาณ 3 ถ้วย) ในช่วงที่ใกล้เวลานอนเป็นที่แน่ชัดว่ามีผลต่อการนอนหลับเพราะว่ากาแฟมีครึ่งชีวิตยาวประมาณ 5 ชั่วโมง ซึ่งให้เข้าสู่ระยะการนอนหลับช้า ลดระยะเวลา การนอนหลับในแต่ละคืน ตื่นระหว่างการนอนหลับมากขึ้น (Stradling, 1993: 574) สอดคล้องกับการศึกษาของ Morton (1993 อ้างถึงใน กุสุมาลย์ งามศิริ, 2545: 20) พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนนอน ภายหลังจากดื่มระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมดลดลง 2 ชั่วโมง และระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Shilo และคณะ (2002) ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟเป็นประจำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มกาแฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟมีผลต่อการลดลงของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด และคุณภาพของการนอนหลับ และเพิ่มระยะเวลาก่อนที่จะเข้าสู่การนอนหลับ

อาหารจำพวกถั่ว ผักดิบและของหมักดองซึ่งทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารมาก จึงทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระบบการย่อยอาหารต้องทำงานหนัก ทำให้นอนไม่หลับได้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536: 91)

แอลกอฮอล์ จะลดการกระตุ้นร่างกายในระยะแรกของการนอนหลับ มีฤทธิ์ช่วยทำให้นอนหลับ แต่แอลกอฮอล์จะเพิ่มการกระตุ้นร่างกายในระยะท้ายของการนอนหลับ การนอนหลับในระยะ REM ทำให้ตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน และนอนหลับในตอนกลางวันมากขึ้น และตื่นเช้ากว่าปกติด้วย เมื่อแอลกอฮอล์ถูกย่อยสลายร่างกายจะหลังแคทอลโคลามีนทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เหงื่อออก ผื่นร้าย ทำให้นอนไม่หลับได้ (Shilo et al, 2002) การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์และแบบสอบถามของแซนดิสวันลิส และสมิท (Sandys-Wensch and Smitch, 1992 อ้างถึงใน ศิวาภรณ์ โกศล, 2538: 51) พบว่าการนอนหลับแบบ REM 2 วงจรแรกลดลงและผลการเรียนรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิโคติน ถ้ามีนิโคตินในกระแสเลือดขนาดต่ำจะเป็นยานอนหลับอ่อนๆ และช่วยผ่อนคลาย แต่ถ้ามีความเข้มข้นของนิโคตินสูงขึ้นจะทำให้ผลของการนอนหลับเร็วขึ้น เปลี่ยนเป็นความรู้สึกตื่นตัว และรบกวนเป็นผลของ cholinergic effect ที่นิโคตินเป็นตัว receptor ถ้าสูบบุหรี่ใกล้เวลานอนจะมีผลต่อการนอนหลับซึ่งพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากจะนอนหลับได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 30 นาที (Shilo et al, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็กเซนและคณะ

(Lexcen et al., 1993 : 89 อ้างถึงใน พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544: 26)ทำการศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่ 28 คน และไม่สูบบุหรี่ 30 คนเป็นเวลา 27 วันเพื่อศึกษาปัญหานอนไม่หลับพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีปัญหานอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่จะมีคุณภาพและปริมาณการนอนหลับน้อยลง

**2.3.1.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับด้านการออกกำลังกาย** การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถภาพและมีประสิทธิผลอย่างกว้างขวางต่อทั้งร่างกาย จิตใจและบุคลิกภาพ ช่วยทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวแข็งแรง ช่วยให้มีพลังต่อต้านความเหนื่อยล้า ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความสามารถในการเผชิญความเครียดและช่วยส่งเสริมการนอนหลับให้นอนหลับได้เร็วและดีขึ้น (Dusek, 1985: 27 อ้างถึงใน ศิวาภรณ์ โกศล, 2538: 33) สอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ โกศล (2538) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ แต่ถ้าออกกำลังกายช่วงก่อนนอน หรือหักโหมมากเกินไปจนเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียจะทำให้ นอนหลับได้ยาก ( Espie, 1993 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544: 29) และจากการศึกษาของ อิดิงเจอร์และคณะ (Edinger et al., 1992: 103 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544: 29) พบว่าการออกกำลังกายในระยะเริ่มต้นหรือทันทีทันใดใน 1 วันโดยที่ไม่เคยมีการปฏิบัติมาก่อนนั้น จะไม่เกิดผลต่อการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุดคือ การออกกำลังกายขนาดปานกลาง ครั้งละ 15-30 นาทีติดต่อกัน อาจไม่จำเป็นต้องปฏิบัติติดต่อกันทุกวัน อาจออกกำลังกายเพียงวันเว้นวัน หรือ 3-4 วันต่อสัปดาห์ โดยสม่ำเสมอในช่วงเวลาบ่ายต่อกับเวลาเย็นจะให้ผลการนอนหลับได้ดีกว่าในช่วงเวลาเช้า หรือกลางคืน (วรัญ ตัณชัยสวัสดิ์, 2536: 31)

**2.3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ** ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับเป็นสิ่งสนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับคงอยู่ (Morin and Savard, 2000 cited in Savard and Morin, 2001: 900) และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มากแสดงถึงความเชื่อที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional belief) โดยความเชื่อดังกล่าว เช่น ความไม่เชื่อในความต้องการการนอนหลับ (คิดว่าต้องนอน 8 ชั่วโมงในแต่ละคืนทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี) มีความเข้าใจว่าการนอนหลับเป็นสิ่งที่ยาก (ถ้ามีปัญหานอนหลับให้นอนต่อไปเรื่อยๆ และพยายามจนกระทั่งหลับ) โดยผู้ป่วยจะมีความคิดอยู่ตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นการทำงานของร่างกายให้ไม่สามารถหลั่งสารที่จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งกลัวและหวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้ ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะหวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้ และจะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไปถึงแม้ว่าจะไม่หลับและเกิด

ความทรมาน แต่ไม่กล้าลุกออกจากที่นอนเพราะจะทำให้ไม่่งวง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2544) หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเมื่อเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ระหว่างวัน เช่น ตีเนียนว่าปัญหาการนอนหลับทำให้ทำหน้าที่ผิดพลาด และมีความเข้าใจผิดๆเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับ (เช่น การสรุปว่าปัญหาการนอนไม่หลับเกิดจากปัจจัยเช่น อายุ หรือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเท่านั้น) ดังการศึกษาของ Morin และคณะ (2000) เปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดีพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับมักจะมี ความเชื่อในผลด้านลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมากและแสดงถึงความหมัดหวังในการควบคุมการนอนหลับ และคาดการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับ

นอกจากนี้การศึกษาของ Morin และ Savard (2000) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งประเมินโดย sleep diary และ Polysomnography พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับสูง และพบว่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Morinและคณะ (1993) ซึ่งเป็นแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับตามแนวคิดของ Morin (1993) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ (Control and predictability of sleep) ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ (Causal attributions of insomnia) ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep promoting practices) แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดี โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80 และ.81 ตามลำดับ (Morin et al., 1993) ต่อมา Morin, Blais และ Savard (2002) ได้นำแบบประเมินนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่จำนวน 72 คนที่มีอาการนอนไม่หลับวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .80

### 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

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

Sheely (1996: 109-111) ศึกษาความแปรปรวนของการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในโรงพยาบาลเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการรบกวนในเวลากลางคืน และการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เป็นมะเร็งเต้านม 22% non-hodgkins lymphoma 20% ศึกษาโดยการสังเกตและบันทึกจำนวนและลักษณะการรบกวนในเวลากลางคืน โดยใช้ Sleep Environment Observation Tool และ Taxonomy of Patient Participation ในช่วงเวลา 23.00 น.-7.00 น.และประเมินการนอนหลับโดยใช้ Verran and Snyder Halpern Sleep Scale ผลการศึกษาพบว่ามากกว่า 50% ของเวลาทั้งหมดมีเจ้าหน้าที่เข้าไปในห้องของผู้ป่วยเพื่อให้และประเมินสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินสัญญาณชีพ และวัดความสมดุลของสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย และพบว่าการรบกวนในเวลากลางคืน เวลาที่เจ้าหน้าที่ใช้ทั้งหมดในห้องผู้ป่วยและระดับความต้องการความร่วมมือผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ

Kaye , Kaye และ Madow (1983 : 107-113) ศึกษารูปแบบการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของวิทยาลัยแพทยเพนซิลวาเนีย จำนวน 82 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 28 คน และผู้ป่วยอื่นๆในหน่วยผู้ป่วยนอกจำนวน 24 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับนิสัยการนอนหลับจำนวน 38 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มเข้านอนก่อน 23.00 น. ผู้ป่วยโรคหัวใจรับรู้ว่าจะเข้านอนหลับยากกว่าอีก 2 กลุ่ม รู้สึกง่วงนอนระหว่างวันเฉลี่ย 4.7 วันในสัปดาห์มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและกลุ่มควบคุม รวมถึงมีการงีบหลับระหว่างวันมากกว่าอีก 2 กลุ่มเฉลี่ย 3.3 วันในสัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกยากลำบากในการนอนอย่างต่อเนื่องมากที่สุดถึง 45% และมีปัญหานี้ 1.6 วันในสัปดาห์ โดยพบว่าสาเหตุในผู้ป่วยมะเร็ง 4 คนรายงานว่าสาเหตุของการตื่น คือ ความเจ็บปวด

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

Miaskowski และ Lee (1999 : 320-332) เป็นการศึกษาสำรวจเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และความแปรปรวนของการนอนหลับในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษาการแพร่กระจายของโรคมะเร็งมายังกระดูก กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 24 คนโดยเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีค่าคะแนน Karnofsky Performance Status (KPS) มากกว่า 50 คะแนน และค่า pain score มากกว่า 2.5 คะแนน รวบรวมข้อมูลด้านความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้าโดยใช้แบบสอบถาม ประเมินการนอนหลับโดยใช้ wrist actigraphy รวมถึงบันทึกเวลาหลับและตื่น การงีบหลับระหว่างวัน มีอาหารและระดับกิจกรรมทางกายในแต่ละวันตลอดช่วง 48 ชั่วโมงที่ทำการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าระดับความเจ็บปวดจะมีมากในช่วงก่อนจะนอนหลับและช่วงที่กำลังจะตื่นนอน ในคืนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 21 คนรายงานว่า 14% เข้านอนด้วยความเจ็บปวด

อย่างรุนแรง(มากกว่า 6 คะแนน) 48%เข้านอนด้วยความเจ็บปวดระดับปานกลาง และ33%เข้านอนด้วยความเจ็บปวดระดับต่ำ(น้อยกว่า 4 คะแนน) ด้านความเหนื่อยล้ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนสูงในช่วงจะสิ้นสุดของแต่ละวันและมีค่าคะแนนในช่วงที่กำลังจะตื่น ในคืนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 19 คนรายงานว่า 42% เข้านอนด้วยความเหนื่อยล้าระดับรุนแรง(มากกว่า 6 คะแนน) 37% เข้านอนด้วยความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง 21% เข้านอนด้วยความเหนื่อยล้าระดับต่ำ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบการนอนหลับของผู้ป่วยทั้ง 2 คืนพบว่ามีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่นอนหลับทั้งหมด(total sleep time) ประสิทธิภาพการนอนหลับ(sleep efficiency) ระดับของความอ่อนล้าในช่วงบ่าย (level of evening fatigue) และระดับของความเหนื่อยล้าในช่วงเช้า (level of morning fatigue) ค่าคะแนนความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณการนอนหลับ และประสิทธิภาพการนอนหลับ ระดับความเหนื่อยล้าในช่วงเช้ามืดมีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวดในช่วงก่อนจะเข้านอน และเช้าหลังจากตื่นนอน

Davidson และคณะ (2002 : 1309-1321) ศึกษาความชุกของการรายงานปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความสัมพันธ์กับการรักษามะเร็ง และลักษณะของปัญหาการนอนหลับในช่วง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่จำกัดชนิดจำนวน 982 รายคิดเป็น 87%ของประชากรทั้งหมด 1012 ราย ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Sleep Survey ผลการศึกษาพบว่า 302 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิง 62%ต่อเพศชาย 38% กลุ่มตัวอย่าง 54.3% รายงานว่ามีอาการปวดและไม่สุขสบายเป็นบางเวลา 37.2% รายงานว่ามีความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้พบว่า 44%ของผู้ป่วยมีปัญหาความเหนื่อยล้ารุนแรง 41%ของผู้ป่วยมีปัญหาเท้าขา (leg restlessness) 31% ของผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ(insomnia) และ 28%ของผู้ป่วยมีปัญหาหงวนนอนมาก (excessive sleepiness) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาเป็นอันดับหนึ่งและสองในทุกปัญหาของความแปรปรวนของการนอนหลับ ในขณะที่มะเร็งเต้านมมีความชุกระดับสูงในอาการนอนไม่หลับและความเหนื่อยล้า เมื่อศึกษาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับพบว่า มีความสัมพันธ์กับอาการตื่นบ่อยๆในขณะนอนหลับ 76% และพบว่า 48% ของกลุ่มตัวอย่างอาการนอนไม่หลับมักเกิดในช่วงที่รับทราบการวินิจฉัยโรค (ครอบครัวตั้งแต่ 6 เดือนก่อนทราบการวินิจฉัยจนถึง 18 เดือนหลังรับทราบการวินิจฉัย) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ คือ ความเหนื่อยล้า อายุ(สัมพันธ์ทางลบ) อาการเท้าขา ยานอนหลับ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความฝัน และการผ่าตัดรักษามะเร็ง

Fortner และคณะ (2002 : 471-480) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 72 รายเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ จำนวน 50 รายในกลุ่มผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยอายุรกรรม เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อประเมินคุณภาพการนอนหลับและ Rank 36-Item



Health Survey (SF-36) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้ยานอนหลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอื่นๆ โดยในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมพบว่ามี 30% รายงานว่าใช้ยานอนหลับอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมพบว่ามี 61% ผลคะแนนแบบประเมินการนอนหลับสูงมากกว่า 5 คะแนนจากมาตรฐาน (คะแนนสูงคุณภาพการนอนหลับต่ำ) 40% ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าระยะเวลาที่นอนหลับ (sleep latency) มากกว่า 15 นาที เวลานอนหลับเฉลี่ย 6.9 ชั่วโมง 36% รายงานว่านอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 46% ของกลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการนอนหลับน้อยกว่า 85% และกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมอีกจำนวน 29% รายงานว่าคุณภาพการนอนหลับแย่มาก ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคือ ต้องการเข้าห้องน้ำ อาการปวด บั๊จจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้สึกร้อน ตื่นระหว่างการนอน การไอหรือกรนเสียงดัง และพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า การนอนหลับที่มีปัญหาทำให้เกิดความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีอาการปวดมากขึ้น ขาดพลังงาน พลังชีวิตในการดำรงชีพ และพบว่ามีปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น

Anderson และคณะ (2003: 307-318) ศึกษาความเหนื่อยล้า และความแปรปรวนของการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 354 ราย ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 72 คนและอาสาสมัครจากชุมชนจำนวน 290 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินความเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และอาสาสมัครจากชุมชน ตามลำดับ ( $P_s < 0.001$ ) กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 70% กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 42% และอาสาสมัครจากชุมชน 17% มีคะแนนความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง ด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนความแปรปรวนของการนอนหลับมากกว่าทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 62% ของผู้ป่วยมะเร็ง รายงานว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ในทางตรงกันข้ามกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท 52% และอาสาสมัครจากชุมชน 30% รายงานว่า ความแปรปรวนของการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และอาสาสมัครจากชุมชนนั้นความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความแปรปรวนของการนอนหลับ

Silberfarb และคณะ (1985: 849-850) ศึกษาลักษณะในการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 14 ราย ซึ่งไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางจิต ศึกษาในห้องปฏิบัติการนอนหลับ ประเมินการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือ Polysomnography บันทึกการหายใจ การวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalography, EEG) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

(electromyogram, EMG)และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อตา(electrooculogram, EOG)เป็นเวลา 3 คืน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 9 คนรายงานว่ามีอาการนอนหลับได้ดี อีกจำนวน 5 รายงานว่ามีอาการนอนหลับได้ไม่ดี แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนทานยาลดปวดและ/หรือยานอนหลับ ผลจากการประเมินการนอนหลับในทั้งกลุ่มที่มีความพึงพอใจและไม่พอใจในการนอนหลับไม่มีความแตกต่างกันในด้าน ระยะเวลาที่จะนอนหลับ(sleep latency) การนอนหลับในระยะไม่มีการกลอกลูกตา(REM latency) และเปอร์เซ็นต์ของการนอนหลับในระยะไม่มีการกลอกลูกตาในระยะที่ 1 และ 2 ยกเว้นด้าน ระยะเวลาของการนอนหลับในระยะเดลต้า (delta sleep)

Beszterezey และ Lipowski (1977) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไม่เฉพาะกลุ่ม จำนวน 47 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 45% ใช้เวลาในการนอนหลับน้อยกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 23% ใช้เวลาในการนอนหลับน้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความปวด

Couzi, Helzlsouer และ Fetting (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งมีภาวะหมดประจำเดือนแล้ว จำนวน 190 รายหลังได้รับการวินิจฉัย 2-6 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 44% รู้สึกว่ามีความยากลำบากก่อนที่จะนอนหลับ กลุ่มตัวอย่าง 1/3 มีปัญหาการนอนหลับในระดับที่รุนแรง ปัญหาการนอนยากมีความสัมพันธ์กับ ความรู้สึกร้อนวูบวาบตามตัว และเหงื่อออกมากเวลากลางคืน

Degner และ Sloan (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 434 รายหลังได้รับการวินิจฉัย 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 30.9% มีภาวะนอนหลับยากอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง

Krech (1991) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งด้อยขั้นที่ไม่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 39 รายหลังได้รับการวินิจฉัย 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 54% มีปัญหาในการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่งผ่านการรอดชีวิตมีอาการทางกาย (somatic symptoms) ซึ่งรวมถึงปัญหาการนอนหลับ

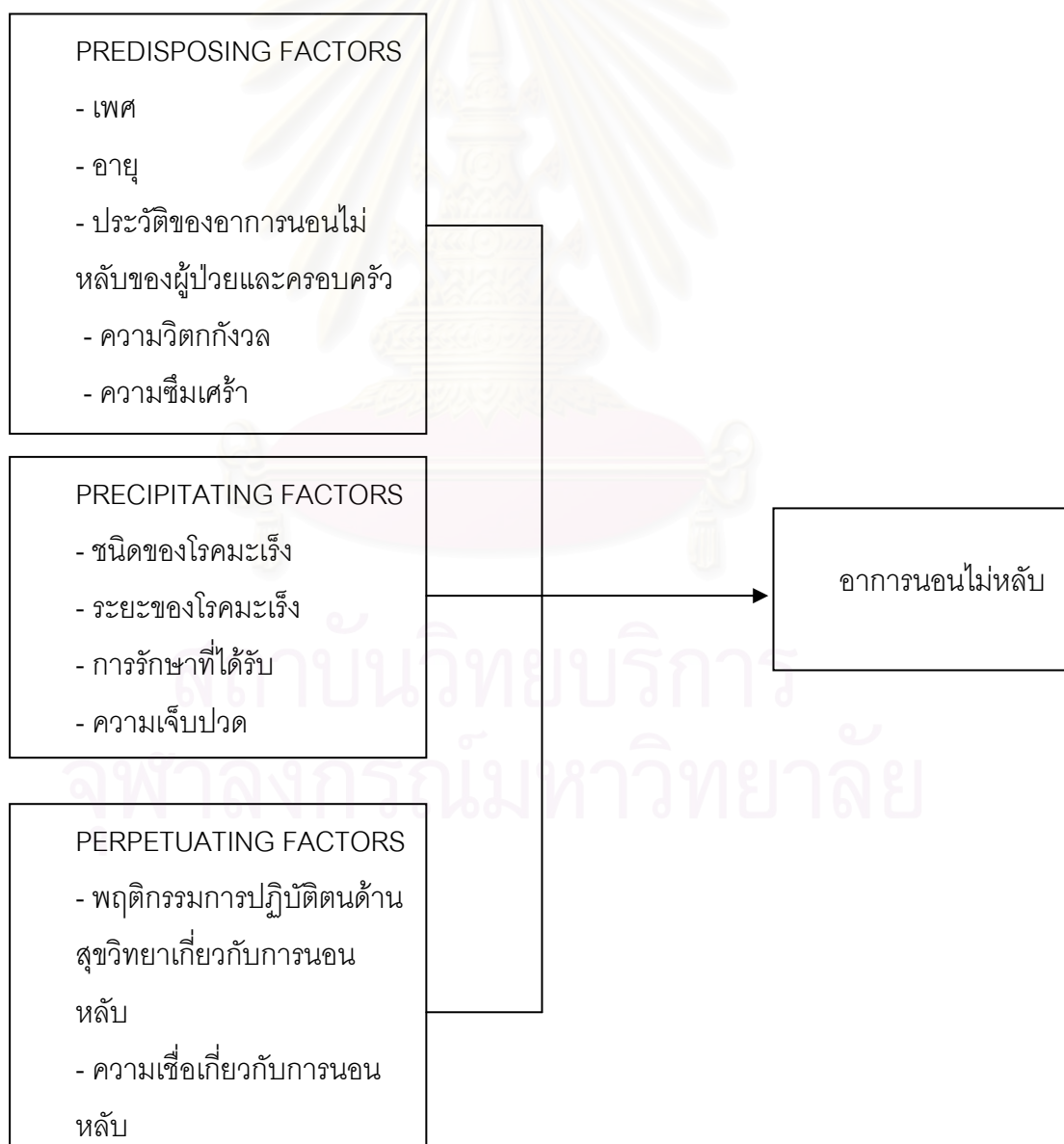
Portenoy และคณะ (1994) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 243 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 52.3% มีภาวะนอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความซุกตัวที่สุด 48.6% มีภาวะนอนหลับยากจนถึงในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความซุกตัวมากที่สุด 60%

Sarna (1993) ศึกษาปัญหาการนอนหลับยากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 69 ราย หลังได้รับการวินิจฉัย 5 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม

ตัวอย่าง 24.6% มีภาวะนอนหลับยากและในกลุ่มที่นอนหลับยาก 30.8% มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งออกเป็น 3 ด้าน คือ PREDISPOSING FACTORS ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ และ ความเจ็บปวด PERPETUATING FACTORS ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับโดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค มะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ รวมถึงศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยต่างๆที่คัดสรรมา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์โดยมีวิธีการ ดังนี้

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

$$N \geq 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 12) + 50$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 170 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ

- เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18-59 ปี
- ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการได้ยิน
- พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่รับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) เป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติของการเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งมากกว่าโรงพยาบาลระดับอื่นรวมถึงมีความหลากหลายของชนิดของ

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยทำการสุ่มจากโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ที่มีลักษณะเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ (Tertiary care) ที่รับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสถิติในการรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งสูง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งราชมงคล โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) 1 ใน 4 ได้ โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มะเร็งราชมงคล หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่เข้ามามีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทั้ง 2 โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ถึง 2 กุมภาพันธ์ 2548 ตามขั้นตอนดังนี้

3.1 สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็ง คัดเลือกคุณสมบัติตามที่กำหนด

3.2 สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) ในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเลือก 1 คน เว้น 1 คนจนกลุ่มตัวอย่างครบ 170 คน โดยวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถี วันอังคาร และพฤหัสบดีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ศูนย์มะเร็งราชมงคล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล                                     |
| ส่วนที่ 2 | แบบประเมินความวิตกกังวล                                      |
| ส่วนที่ 3 | แบบประเมินความซึมเศร้า                                       |
| ส่วนที่ 4 | แบบประเมินความเจ็บปวด  |
| ส่วนที่ 5 | แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพ<br>เกี่ยวกับการนอนหลับ |
| ส่วนที่ 6 | แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ                       |
| ส่วนที่ 7 | แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ                                    |

### ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง สถานภาพสมรส เป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ อาชีพเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ รายได้เป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และประวัติของอาการนอนไม่หลับของครอบครัวเป็น ข้อความให้เลือก 2 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย และงานวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ

2.2 ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับ

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา คือ ทุกข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)(Spieberger, 1983 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ทองสุโชติ, 2535) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดยนิตยา ศษภักดีและคณะ (2524) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อเป็นแบบประเมินวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-state) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนนซึ่งประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** แบบประเมินมีคะแนนข้อคำถามตั้งแต่ 1-4 คะแนนโดยแบ่งความรู้สึกออกเป็นระดับต่างๆได้แก่ ไม่มีเลย มีเล็กน้อย มีค่อนข้างมาก มีมาก โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนเรียงจากรดับไม่มีความรู้สึกเลยจนกระทั่งมีมากเป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16, และ 17 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกเรียงจากรดับไม่มีความรู้สึกเลยจนกระทั่งมีมากเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 19 และ 20 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนรวมที่มากแสดงถึงมีความวิตกกังวลมาก คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงมีความวิตกกังวลน้อย

การกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความวิตกกังวลตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น  $(4-1)/3 = 1$  แบ่งระดับความวิตกกังวล ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 – 4.00	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า มีขั้นตอนการสร้าง และการตรวจ สอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และและแนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ใช้แบบประเมินความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีสัยค์ (อ้างถึงใน เลื่อมเดือน เนตรแซม, 2541) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์จำนวน 15 ข้อ และการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกาย จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก 4 ข้อ คะแนนข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0-63 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนรวมที่มากแสดงถึงมีความซึมเศร้ามาก คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงมีความซึมเศร้าน้อย

การกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความซึมเศร้าตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น  $(3-0)/3 = 1$  แบ่งระดับความซึมเศร้าได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.00	ความซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	ความซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

3.01 – 4.00 ความเชื่อมั่นคร่ำอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียว กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเจ็บปวด มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ใช้แบบประเมินความเจ็บปวด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินโดยมาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์ และมีคำกำกับว่า “ไม่เจ็บปวดเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10 และมีคำกำกับว่า “เจ็บปวดมากที่สุด” ให้ผู้ป่วยมะเร็งบอกความรู้สึกเจ็บปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

**เกณฑ์การให้คะแนน** ข้อคำถามมีเพียงข้อเดียว และใช้มาตรวัดความเจ็บปวดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง โดยใช้ไม้บรรทัดวัด หน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตร

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** แปลคะแนนความเจ็บปวดจากคะแนนที่ได้ คะแนนมากหมายถึงมีความเจ็บปวดมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีความเจ็บปวดน้อย

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอนในการสร้าง และการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับ

2. ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับขึ้น จากแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็น



มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด จนถึงปฏิบัติน้อยที่สุด

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ

**เกณฑ์การให้คะแนน** เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยแบ่งการปฏิบัติออกเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนเรียงจากระดับปฏิบัติมากที่สุด จนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับซึ่งได้แก่ข้อคำถามที่ 3, 5, 7, 9, 10, 13 และ 14

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกคะแนนเรียงจากระดับปฏิบัติมากที่สุด จนกระทั่งปฏิบัติน้อยที่สุดเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับซึ่งได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 6, 8, 11 และ 12 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 14-70 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนรวมของการปฏิบัติเกี่ยวกับการนอนหลับเท่ากับ 0-70คะแนน คะแนนรวมของการปฏิบัติเกี่ยวกับการนอนหลับมากแสดงถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ดี คะแนนรวมของการปฏิบัติเกี่ยวกับการนอนหลับที่น้อยแสดงการปฏิบัติเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ดี

การกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างในหนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับเป็น  $(5-1)/3 = 1.33$

แบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.33	พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับต่ำ
2.34 – 3.66	พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับอยู่ในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับจำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการนอนหลับ 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรากฏว่าได้ค่า CVI = .74 และผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามที่ได้รับความเห็นสอดคล้องมาก/ปานกลางไม่ครบทั้ง 5 ท่านตามข้อเสนอแนะ

## 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .74 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

**ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ** เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยถอดความและแปลมาจากแบบประเมินของ Morinและคณะ (1993) มีขั้นตอนในการสร้าง และการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และและแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ผู้วิจัยถอดความและแปลความแบบประเมิน Personal Beliefs and Attitudes About Sleep ของ Morinและคณะ (1993) ซึ่งเป็นแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับตามแนวคิดของ Morin (1993) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Visual Analogue Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตรโดยมีเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ถึง 10 โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ10และมีคำกำกับว่า “เห็นด้วยมากที่สุด” ผู้วิจัยได้แปลความและถอดความแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับจากฉบับภาษาอังกฤษร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ประกอบด้วย 5 ด้าน 28 ข้อคำถามดังนี้

1.ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ (Consequence of Insomnia) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 10, 12, 18 และ 21

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

3.ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ (Sleep requirement expectation) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3 และ 13

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

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

**เกณฑ์การให้คะแนน** ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรงโดยใช้ไม้บรรทัดวัดหน่วยความยาวเป็นมิลลิเมตรมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 23 คะแนนที่ได้ต้องกลับค่าคะแนน แบบประเมินชุดนี้จึงมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-280 คะแนน

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน** คะแนนรวมของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมากแสดงถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมมาก (Dysfunctional belief) คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสมน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับจำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการนอนหลับ 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้าง

เครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

จำนวน 2 ท่าน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรากฏว่าได้ค่า CVI = .83

## 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

**ส่วนที่ 7 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ** ประเมินโดยเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) มีขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และและแนวคิดเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง

2. ผู้วิจัยได้แปลความและถอดความจากเครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) จากฉบับภาษาอังกฤษ ร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวัดโดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 3 ด้านโดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนจำนวน 7 ข้อ

ข้อที่ 1-3 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มี” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “รุนแรงมาก”

ข้อที่ 4 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “พึงพอใจมาก” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “ไม่พอใจอย่างมาก”

ข้อที่ 5 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มีผลเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “มีผลมากทีเดียว”

ข้อที่ 6 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “สังเกตไม่เห็นเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “เห็นชัดมาก”

ข้อที่ 7 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “มากที่สุดทีเดียว”

ประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 4 ด้านจำนวน 7 ข้อคำถามดังนี้

1. การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1

2. การไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep, DMS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2

3. การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening, EMA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3

4. มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 5, 6, และ 7

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

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

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

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับจำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการนอนหลับ 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 ท่าน

1.2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไข แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 ซึ่งจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรากฏว่าได้ค่า CVI = 1

### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n=170) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษา แล้วสุ่มตัวอย่างประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 170 คน

3. เข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง และไบบินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นไบบินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. หลังจากให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 45-60 นาที ระหว่างที่ตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ หรือมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบประเมินในงานวิจัยครั้งนี้ ระหว่างการสัมภาษณ์หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนของ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง
6. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำตอบ
7. ดำเนินการดังเช่นข้อ 2-6 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 170 คน
8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์หรือพยาบาลต่ออย่างไร เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย และตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW (Statistical Package for the Social Science for Window) ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรคและการรักษาที่ได้รับนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งนำมาหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวิทาลงกรณ์ จำนวน 170 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนก 4 ตอนตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1-4

ตอนที่ 2 การศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-6

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7-12

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 -14

## ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1-4

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ แสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ปวยมะเร็งจำนวน 170คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	64	37.6
	หญิง	106	62.4
อายุ			
	ต่ำกว่า 20 ปี	6	3.5
	21-30 ปี	12	7.1
	31-40 ปี	40	23.5
	41-50 ปี	61	35.9
	มากกว่า 50 ปี	51	30
สถานภาพสมรส			
	คู่	121	71.2
	โสด	30	17.6
	หม้าย	10	5.9
	หย่า	9	5.3
อาชีพ			
	รับจ้าง	55	32.4
	อื่นๆ	49	28.8
	ค้าขาย	31	18.2
	เกษตรกร	18	10.6
	รับราชการ	12	7.1
	ทำธุรกิจส่วนตัว	5	2.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
0 – 10,000	126	74.1
10,000-15,000	21	12.4
15,000 – 20,000	10	5.9
20,000 ขึ้นไป	13	7.6

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงมีจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 62 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 รองลงมา คือ สถานภาพสมรสโสด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 สำหรับรายได้ครอบครัวต่อเดือนพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีรายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาทมากที่สุด จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 74.1

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170คน จำแนกตาม ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว		
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ	159	93.5
เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ	11	6.5
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งเต้านม	36	21.2
มะเร็งต่อมไทรอยด์	31	18.2
มะเร็ง อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	23	13.5
มะเร็งปอด	21	12.4
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	15	8.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
มะเร็งในช่องปาก	15	8.8
มะเร็งลำไส้	12	7.1
มะเร็งหลอดอาหาร	6	3.5
มะเร็งผิวหนัง	3	1.8
มะเร็งต่อมทอนซิล	3	1.8
มะเร็งที่ไต	2	1.1
มะเร็งตับ	1	0.6
มะเร็งถุงน้ำดี	1	0.6
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	0.6
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะที่1	15	8.8
ระยะที่2	66	38.8
ระยะที่3	65	38.2
ระยะที่4	24	14.2
การรักษาที่ได้รับ		
การให้เคมีบำบัด	73	42.9
การฉายรังสี	38	22.4
การกลืนแร่	25	14.7
การผ่าตัด	22	12.9
การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด	11	6.5
การใส่แร่	1	0.6

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับการนอนไม่หลับมากที่สุดจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 93.5

ด้านชนิดของโรคมะเร็งที่พบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด 3 อันดับ คือมะเร็งเต้านมมีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 รองลงมาคือ มะเร็งต่อมไทรอยด์มีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุดจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 และได้รับการ

รักษาโดยการให้เคมีบำบัดมากที่สุดจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ การรักษาโดยการฉายรังสีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4

1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความเจ็บปวด ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเจ็บปวด ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย	ช่วงคะแนน แบบประเมิน	ระดับ
ความเจ็บปวด	2.84	2.63	0-10	0-10	ต่ำ
ความซึมเศร้า	14.68	8.58	0-45	0-63	ต่ำ
ความวิตกกังวล	42.12	8.92	23-67	20-80	ปานกลาง
พฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับ การนอนหลับ	49.80	4.9	36-61	14-70	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับต่ำมีค่าเท่ากับ 2.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.63 โดยมีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำมีค่าเท่ากับ 14.68 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.58 โดยมีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 42.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.92 โดยมีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 23-67 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 49.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 โดยมีค่าพิสัยอยู่ในช่วง 36-61 คะแนน

1.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170คน

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย	คะแนนเต็ม	การแปลผล
1.ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ	37.37	13.35	0-60	60	ไม่เหมาะสมปานกลาง
2.ด้านการควบคุมและทำนายนอนหลับ	40.13	18.28	0-87	90	ไม่เหมาะสมปานกลาง
3.ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ	21.25	5.65	3-30	30	ไม่เหมาะสมมาก
4.ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ	10.58	5.167	0-20	20	ไม่เหมาะสมปานกลาง
5.ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ	41.30	14.00	5-80	80	ไม่เหมาะสมปานกลาง
ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับโดยรวม	150.5	44.3	35-270	280	ไม่เหมาะสมปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสมปานกลางมีค่าเท่ากับ 150.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 44.3 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับมากที่สุดอยู่ในระดับไม่เหมาะสมมากมีคะแนนเฉลี่ย 21.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.65 คะแนนเต็ม 30 คะแนน รองลงมาคือด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับคิดอยู่ในระดับไม่เหมาะสมปานกลางมีค่าเฉลี่ย 41.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14

## ตอนที่ 2 การศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5 และ 6

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงในตารางที่ 5 และ 6 ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน (n=170)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย	การแปลผล
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	11.31	5.77	0-25	ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวม อยู่ระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน จำแนกตามระดับของอาการนอนไม่หลับของ (n=170)

ลักษณะข้อมูล	การแปลความหมาย	จำนวน	ร้อยละ
0-7 คะแนน	ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย	44	25.88
8-14 คะแนน	ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	75	44.12
15-21 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	46	27.06
22-28 คะแนน	มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	5	2.94

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย จำนวน 46 และ 44 คน คิดเป็นร้อยละ 27.06 และ 25.88 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง แสดง ผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7-12

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน (n=170)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	.131	.089
ความวิตกกังวล	.348**	.000
ความซึมเศร้า	.573**	.000
ความเจ็บปวด	.252**	.001
พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ	-.033	.667
ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ	.246**	.001

\*\*p<.01

จากตารางที่ 7 พบว่าอายุ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

ความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .348 และ .573 ตามลำดับ

ความเจ็บปวด และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .252 และ .246 ตามลำดับ



3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของผู้ป่วยมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน(n=170)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	อาการนอนไม่หลับเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
เพศชาย	64	37.6	10.75	.075	.156
เพศหญิง	106	62.4	11.64		
รวม	170	100	11.31		

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 62.4 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.64 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศชายคิดเป็นร้อยละ 37.6 มีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 10.75 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอาการนอนไม่หลับด้วยค่าอีต้า (Eta) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน(n=170)

ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ	อาการนอนไม่หลับเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว					
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	159	93.5	11.04	.173*	.020
เคยได้รับการวินิจฉัย	11	6.5	15.09		
รวม	170	100	11.31		

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 93.5 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.04 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 6.5 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 15.09 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวกับอาการนอนไม่หลับด้วยค่าอีต้า(Eta) พบว่าประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .173

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

**ตารางที่ 10** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง กับอาการนอนไม่หลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน(n=170)

ชนิดของโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ	อาการนอนไม่หลับเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
มะเร็งเต้านม	36	21.2	11.25	.436	.374
มะเร็งต่อมไทรอยด์	31	18.2	11.48		
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	23	13.5	13.01		
มะเร็งปอด	21	12.4	11.38		
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	15	8.8	6.93		
มะเร็งในช่องปาก	15	8.8	11.69		
มะเร็งลำไส้	12	7.1	12.00		
มะเร็งหลอดอาหาร	6	3.5	6.17		
มะเร็งผิวหนัง	3	1.8	16.33		
มะเร็งต่อมทอนซิล	3	1.8	13.33		
มะเร็งที่ไต	2	1.1	12.00		
มะเร็งตับ	1	0.6	1.00		
มะเร็งถุงน้ำดี	1	0.6	13.00		
มะเร็งต่อมลูกหมาก	1	0.6	1.00		
รวม	170	100	11.31		

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 21.2 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.25 รองลงมาคือมะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง และมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 18.2 13.5 และ 12.4 ตามลำดับ โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.48 13.01 และ 11.38 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับด้วยค่าอีต้า (Eta) พบว่า ชนิดของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

**ตารางที่ 11** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็ง กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน(n=170)

ระยะของโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ	อาการนอนไม่หลับเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
ระยะที่ 1	15	8.8	11.13		
ระยะที่ 2	66	38.8	11.33		
ระยะที่ 3	65	38.2	11.17	.032	.837
ระยะที่ 4	24	14.2	11.71		
รวม	170	100	11.31		

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 38.8 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.33 รองลงมาคือระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 38.2 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.17 และที่เหลืออยู่ในระยะที่ 1 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 8.8 และ 14.2 ตามลำดับ โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.13 และ 11.71 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับด้วยค่าอีต้า (Eta) พบว่า ระยะของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

**ตารางที่ 12** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน(n=170)

การรักษาที่ได้รับ	จำนวน	ร้อยละ	อาการนอน ไม่หลับเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
การให้เคมีบำบัด	73	42.9	10.58	.246	.770
การฉายรังสี	38	22.4	11.58		
การกลืนแร่	25	14.7	11.00		
การผ่าตัด	22	12.9	11.41		
การฉายรังสีร่วมกับเคมี บำบัด	11	6.5	14.45		
การใส่แร่	1	0.6	25.00		
รวม	170	100	11.31		

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการให้เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 42.9 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 10.58 รองลงมาคือ การฉายรังสี คิดเป็นร้อยละ 22.4 โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.58 และที่เหลืออยู่ได้รับการรักษาโดยการกลืนแร่ การผ่าตัด การฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด และการใส่แร่ คิดเป็นร้อยละ 14.7 12.9 6.5 และ 0.6 ตามลำดับ โดยมีคะแนนอาการนอนไม่หลับเฉลี่ยเท่ากับ 11.00 11.41 14.45 และ 25.00 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับด้วยค่าอีต้า (Eta) พบว่า การรักษาที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13-14

ความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

4.1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาพยากรณ์แต่ละตัว ต้องไม่มีความสัมพันธ์กันหรือมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง เพื่อขจัดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ดังนั้นจึงใช้วิธี Simple correlation technique วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัว

จากวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวโดยนำตัวแปรที่มีมาตรการวัดระดับนามบัญญัติมาทำเป็นตัวแปรหุ่นรวมมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 35 ตัวแปร พบว่าตัวพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ ความซึมเศร้ากับอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .573 แสดงให้ทราบว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง จนทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นคือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) ที่มากกว่า .65 (Burns and Grove, 2001: 551)

4.2 ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise multiple regression)

**ตารางที่ 13** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ( $R^2$  change) ในการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน ( $n=170$ )

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	$R^2$	$R^2$ change	F	p-value
1.ความซึมเศร้า	.573	.329	.329	82.253	.000
2.ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ	.598	.357	.029	46.410	.000
3.ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อม้ำเหลือง	.621	.386	.029	34.755	.000
4. ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อม้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด	.643	.413	.028	29.016	.000
5.ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อม้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด, การใส่แร่	.658	.433	.020	25.042	.000
6.ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อม้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด, การใส่แร่, โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง	.670	.449	.016	22.173	.000

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
7. ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด, การใส่แร่, โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง, โรคมะเร็งหลอดอาหาร	.681	.463	.014	19.961	.000
8. ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด, การใส่แร่, โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง, โรคมะเร็งหลอดอาหาร, ระยะที่3ของโรคมะเร็ง	.690	.477	.014	18.332	.000
9. ความซึมเศร้า, ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ, โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง, การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด, การใส่แร่, โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง, โรคมะเร็งหลอดอาหาร, ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับ	.701	.491	.014	17.152	.000

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีการเพิ่มขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรความซึมเศร้า ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) เท่ากับ .329 หมายถึง ความซึมเศร้าสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 32.90

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สอง และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 2.9 (R<sup>2</sup> change = .029) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .357 หมายถึง ความซึมเศร้าและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 35.70



ขั้นตอนที่ 3 ตัวแปรโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สาม และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 2.9 ( $R^2$  change = .029) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .386 หมายถึง ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 38.60

ขั้นตอนที่ 4 ตัวแปรการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่สี่ และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 2.8 ( $R^2$  change = .028) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .413 หมายถึง ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 41.30

ขั้นตอนที่ 5 ตัวแปรการใส่แร่ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่ห้า และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 2.0 ( $R^2$  change = .020) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .433 หมายถึง ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด และการใส่แร่ สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 43.30

ขั้นตอนที่ 6 ตัวแปรโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่หก และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 1.6 ( $R^2$  change = .016) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .449 หมายถึง ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ และโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง สามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 44.90

ขั้นตอนที่ 7 ตัวแปรโรคมะเร็งหลอดอาหารถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่เจ็ด และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 1.4 ( $R^2$  change = .014) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .463 หมายถึง ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง และโรคมะเร็งหลอดอาหารสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 46.30

ขั้นตอนที่ 8 ตัวแปรระยะที่ 3 ของโรคมะเร็งถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่แปด และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 1.4

( $R^2$  change = .014) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .477 หมายถึง ความเข้มเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร และระยะที่3ของโรคมะเร็งสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 47.70

ขั้นตอนที่ 9 ตัวแปรโรคมะเร็งตับถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวที่เก้า และเพิ่มความสามารถในการอธิบายอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ1.4 ( $R^2$  change = .014) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเท่ากับ .491 หมายถึง ความเข้มเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็งและโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน (n=170)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p-value
ความซึมเศร้า	.320	.041	.475	7.851	.000
ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ	.032	.008	.242	4.073	.000
โรคเมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	-3.912	1.215	-.193	-3.219	.002
การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด	4.022	1.338	.172	3.006	.003
การใส่แร่	10.096	4.278	.134	2.360	.019
โรคเมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง	1.953	.957	.116	2.003	.047
โรคเมะเร็งหลอดอาหาร	-3.821	1.785	-.122	-2.140	.034
ระยะที่3ของโรคเมะเร็ง	-1.491	.682	-.126	-2.187	.030
โรคเมะเร็งตับ	-9.062	4.265	.120	-2.125	.035
constant	2.374	1.268	-	1.872	.063

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าความซึมเศร้ามีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .475 หมายถึงเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .475 คะแนน ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .242 หมายถึงเมื่อคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .242 คะแนน

โรคเมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.193 หมายถึงเมื่อคะแนนโรคเมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง .193 คะแนน

การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .172 หมายถึงเมื่อคะแนนการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .173 คะแนน

การใส่แร่มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .134 หมายถึงเมื่อคะแนนการใส่แร่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .134 คะแนน

โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .116 หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .116 คะแนน

โรคมะเร็งหลอดอาหารมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.122 หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง .122 คะแนน

ระยะที่ 3 ของโรคมะเร็งมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.126 หมายถึงเมื่อคะแนนระยะที่ 3 ของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง .126 คะแนน

โรคมะเร็งตับมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.120 หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งตับเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง .120 คะแนน

สมการการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง มีดังนี้

#### 1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \text{อาการนอนไม่หลับ} = & 2.374 + .320 (\text{ความซึมเศร้า}^*) + .032 (\text{ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ}^*) - \\ & 3.912 (\text{โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง}^*) + 4.022 (\text{การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด}) + 10.096 (\text{การใส่แร่}^*) \\ & + 1.953 (\text{โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง}^*) - 3.821 (\text{โรคมะเร็งหลอดอาหาร}^*) - 1.491 (\text{ระยะที่ 3} \\ & \text{ของโรคมะเร็ง}^*) - 9.062 (\text{โรคมะเร็งตับ}^*) \end{aligned}$$

#### 2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} \text{อาการนอนไม่หลับ} = & .475 (\text{ความซึมเศร้า}^*) + .242 (\text{ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ}^*) - .193 \\ & (\text{โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง}^*) + .172 (\text{การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด}) + .134 (\text{การใส่แร่}^*) + .118 \\ & (\text{โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง}^*) - .122 (\text{โรคมะเร็งหลอดอาหาร}^*) - .126 (\text{ระยะที่ 3 ของ} \\ & \text{โรคมะเร็ง}^*) - .120 (\text{โรคมะเร็งตับ}^*) \end{aligned}$$

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ กับ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ กับ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คนที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systemic random sampling) จากผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จำนวน 170 คน ในช่วงระหว่างวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2548 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) คือ

- เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18-59 ปี
- ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็น และการได้ยิน
- พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
- ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบ

คุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับเท่ากับ .87, .88, .79, .86 และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW (Statistical Package for the Social Science for Window) ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรคและการรักษาที่ได้รับ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งนำมาหา ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation)

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติอีต้า (Eta)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ กับ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

## สรุปผลการวิจัย

1. อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” (Subthreshold insomnia) โดยมีค่าเท่ากับ 11.31 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77

2. ผู้ป่วยมะเร็งมีความเจ็บปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.63 คะแนนเฉลี่ยของความซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และความวิตกกังวลอยู่ในระดับกลางมีค่าเท่ากับ 14.68 และ 42.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.58 และ 8.92 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 49.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งโดยรวมอยู่ในระดับ “มีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม” (Dysfunctional belief) ระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 150.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 44.3

3. ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการนอนไม่หลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .173, .348, .573, .252$  และ  $.246$  ตามลำดับ)

4. ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสร้างสมการการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

อาการนอนไม่หลับ =  $.475$  (ความซึมเศร้า\*) +  $.242$  (ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ\*) -  $.193$  (โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง\*) +  $.172$  (การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด) +  $.134$  (การใส่แร่\*) +  $.118$  (โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง\*) -  $.122$  (โรคมะเร็งหลอดอาหาร\*) -  $.126$  (ระยะที่3ของโรคมะเร็ง\*) -  $.120$  (โรคมะเร็งตับ\*)

## การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

### วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าอาการนอนไม่หลับโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” (Subthreshold insomnia) (Morin, 1993) มีค่าเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77 เมื่อแบ่งตามระดับอาการนอนไม่หลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งในงานวิจัยครั้งนี้ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมี “อาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง” คิดเป็นร้อยละ 27.06 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Ginsburg และคณะ (1995) ศึกษาปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.9 มี “อาการนอนไม่หลับในระดับปานกลาง”

เมื่อพิจารณาอาการนอนไม่หลับโดยจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 52.17 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Cristine และคณะ (cited in Lee et al, 2004) และ Savard และคณะ (1999) พบว่าร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีมีปัญหาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 42.86 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Silberfarb และคณะ (1985) และ Davidson และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 31 และ 36.8 ตามลำดับ

งานวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Harrison และคณะ (1997) ซึ่งพบว่าร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมะเร็งที่ฐานของลิ้น (base of tongue) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของมะเร็งในช่องปากมี “อาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรง” แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากเพียงร้อยละ 6.67 เท่านั้นที่มีอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากการศึกษาของ Harrison และคณะ (1997) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะมะเร็งที่ฐานของลิ้น และใช้วิธีการเลือกที่เจาะจงในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตต่ำทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอาการนอนไม่หลับโดยรวมสูงกว่างานวิจัยครั้งนี้

เมื่อพิจารณาอาการนอนไม่หลับในแต่ละมิติย่อย ซึ่งได้แก่ อาการนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep, DIS) อาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึก (Difficulty in maintaining sleep, or having intermittent awakening during the night, DMS) และ อาการตื่นเร็วกว่าปกติ (Early morning awakening, EMA) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการทั้ง 3 มิติเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ อาการนอนหลับยากอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



เท่ากับ 1.18) ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึกอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.14) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีอาการตื่นเร็วเกินไปอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08)

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจ/กับสภาพการนอนในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25) และอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07) สอดคล้องกับการศึกษาของ Berger และ Farr (1999) และ Andrykowski และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกที่ตนเองไม่ชอบปฏิบัติกิจวัตรระหว่างวันและต้องการการงีบหลับในช่วงกลางวันมาก

และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าด้านการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตจนคนอื่นๆสังเกตเห็นได้อยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06) และด้านการรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.03)

จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นสิ่งยืนยันให้เห็นว่า อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งสามารถแบ่งอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นเป็น 3 มิติได้แก่อาการนอนหลับยาก อาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึก และอาการตื่นเร็วกว่าปกติดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการนอนหลับ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็ง

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง**

ผลการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยได้แก่ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับและพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ซึ่งผลดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละปัจจัยกับอาการนอนไม่หลับ อาจอธิบายได้ดังนี้

2.1 ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำกับ อาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .173 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจาก ในผู้ป่วยที่มีประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัวนั้น จะมีผลกระทบต่ออาการหลัง สวรรในสมองซึ่งกระตุ้นก้านสมองให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทที่มีผลให้เกิดการนอนหลับ เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) หรือนอร์อะดรีนาลีน (noradrenalin) (Hodgson, 1991) ซึ่งการศึกษาใน ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Morin (1993) พบว่าในผู้ป่วยที่มีประวัติเกิดปัญหาเกี่ยวกับการ นอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

2.2 ความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ.348 แสดงว่าผู้มะเร็งที่มีความวิตกกังวลมากจะมีอาการนอน ไม่หลับมาก และผู้มะเร็งที่มีความวิตกกังวลน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของ ผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความวิตกกังวลจะมีการหลั่ง อะดรีนาลีนซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ร่างกายตื่นตัว และร่างกายจะมีการหลั่ง อีพิเนฟรินและนอร์อะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไตชั้นใน(adrenal cortex) และคอร์ติโซน (cortisone) จากต่อมหมวกไตชั้นนอก(adrenal cortex)ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดัน โลหิตและระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้นอนหลับยากตื่นบ่อยและไม่สามารถ หลับต่อได้ภายหลังการตื่นระหว่างการนอนหลับในตอนกลางคืน (Miller, 1999) และสอดคล้อง กับการศึกษาของ พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร และคณะ (2540) ศึกษาปัญหาการนอนหลับ พบว่าความ วิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้น เกิดฝันร้าย มีและมีความสัมพันธ์กับจำนวน ชั่วโมงการนอนที่น้อยลง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ความวิตกมี ความสัมพันธ์กับการแปรปรวนของการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.43$ ,  $p=0.00$ ) (Lee et al., 1996) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ซึ่งศึกษาปัญหาการนอนหลับ ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนที่น้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่าความวิตกกังวลมีผลทำให้การเข้าสู่การนอนหลับยากขึ้นและเกิดฝันร้ายอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) พบว่าความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) เก็บข้อมูลโดยเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยการควบคุมความเจ็บปวด ซึ่งใช้ยาในกลุ่มมอร์ฟีนทำให้การนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมีการลดลงของระยะหลับลึก (REM sleep) แต่เพิ่มสัดส่วนของระยะหลับตื่นแทน ซึ่งจะเป็นช่วงที่ระบบซิมพาเทติกในร่างกายลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ลดลง ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้

2.3 ความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .573 แสดงว่าผู้มะเร็งที่มีความซึมเศร้ามากจะมีอาการนอนไม่หลับมาก และผู้มะเร็งที่มีความซึมเศร้าน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกตอบสนองต่อการป่วยเป็นโรคมะเร็งในทางลบ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าซึ่ง ความซึมเศร่านั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของร่างกาย(American Psychiatric Association, 1994 cited in Fortner et al, 2002: 478) นอกจากนี้ความซึมเศร้าจะทำลายสารนอร์อดรีนาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotoninหรือ5-HT) ที่ช่วยช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย และนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง โดยความซึมเศร้าจะทำให้ระดับโมโนเอมีนออกซิเดสสูงขึ้นไป (monoamine oxidase) สารนี้มีฤทธิ์ทำลายสารสื่อประสาทนอร์อดรีนาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotoninหรือ 5-HT) (Closs, 1999 อ้างถึงใน วรภา แผลมเพ็ชร, 2544: 34)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ (Breslau et al,1996 ; Miaskowski, and Lee, 1999; Beszterezer and Lipowski,1977 cited in Savard and Morin, 2001 ; Savard, and Morin, 2001: Davidson, et al, 2002 ; Mercadante, Girelli, and Casuccio, 2004) ดังการศึกษาของ Kappler และ Hohagen (2003) พบว่า ความผิดปกติด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้การศึกษาของ Mercadante, Girelli, และ Casuccio (2004) พบว่าคะแนนความซึมเศร้าที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการเริ่มนอนหลับ การตื่นเป็นช่วงๆในตอนกลางคืน การยากลำบากในการตื่นตอนเช้า และความถี่ในการใช้ยานอนหลับสูง

2.4 ความเจ็บปวด ผลการศึกษาพบว่าความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ ) เท่ากับ .252 แสดงว่าผู้มะเร็งที่มีความเจ็บปวดมากจะมีอาการนอนไม่หลับมาก และผู้มะเร็งที่มีความเจ็บปวดน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

เมื่อเกิดความเจ็บปวดขึ้นทำให้ร่างกายเกิดการหลั่งของกลัยโคเจน อะดีนาลีน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับ ได้แก่ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับระยะที่ไม่มีกรรอกลูกตาอย่างรวดเร็วระยะที่ 3 และ 4 (การหลับลึก) ให้ลดน้อยลง ความทนต่อความเจ็บปวดจะลดลงต่ำสุดในการนอนหลับระยะที่มีการกรรอกลูกตาอย่างรวดเร็วซึ่งความเจ็บปวดสามารถรบกวนการนอนหลับได้หลายรูปแบบ เช่นเป็นสาเหตุให้ตื่นเป็นช่วงๆระหว่างการนอนหลับ (Moore, and Dimsdale, 2002: 78) นอกจากนี้ยังพบว่าความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเรื้อรังจะเพิ่มการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกายในช่วงกลางคืนซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับของผู้ป่วยเช่นกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ground และคณะ (1994) และTsul และคณะ (1994) พบว่า 59% และ 67%ตามลำดับของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า มีปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจากความเจ็บปวดโดยพบว่ายังมีอาการปวดมากยังมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับมาก (Miaskowski, and Lee, 1999) และFortner และคณะ (2002) ศึกษาการนอนหลับและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการนอนหลับมากที่สุดคือ อาการปวด และจากการศึกษาของ Serin และคณะ (1995) ศึกษาระดับความเจ็บปวดผู้ป่วยมะเร็งและผลกระทบ ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งทั้งระดับเล็กน้อย (0-4 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับรุนแรง (8- 10คะแนน) มีผลรบกวนด้านการนอนหลับมากที่สุด (Portenoy et al, 1992)

2.5 ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ ) เท่ากับ .246 แสดงว่าผู้มะเร็งที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมากจะมีอาการนอนไม่หลับมาก และผู้มะเร็งที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับน้อยจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีผลเสียต่อการทำงานของร่างกาย (Dysfunctional belief) ในผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุดคือด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับมากที่สุดซึ่งมีผลเสียต่อการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับมากมีคะแนนเฉลี่ย 21.25 โดยเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเชื่อว่า “ฉันต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมง

เพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น”มากที่สุดรองลงมาคือ ผู้ป่วยมะเร็งเชื่อว่า “ฉันอยากหลับเหมือนเพื่อนร่วมห้องเหลือเกิน คือ หัวถึงหมอนก็หลับทันทีและหลับตลอดคืน”โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.31 และ 7.56 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีความเชื่อดังกล่าวในระดับสูง (6.67-10.00 คะแนน) จะซึ่งจะผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการกระตุ้นความคิดกังวลของร่างกายทำให้ร่างกายของผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่มีการกระตุ้นการทำงานของร่างกายมากขึ้นส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถหลั่งสารที่ทำให้เกิดการนอนหลับได้ เมื่อเข้านอนก็พยายามอย่างมากที่จะนอนให้ได้แม้ว่าจะนอนไม่หลับผู้ป่วยก็จะพยายามนอนบนเตียงหรือที่นอนต่อไป ทำให้มีภาวะ hyperarousal ซึ่งจะวนไปทำให้ความสามารถที่จะนอนหลับลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ

การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Morin และคณะ (2000) เปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มที่มีการนอนหลับที่ดีพบว่า กลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับในผลด้านลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมาก และแสดงถึงความหมดหวังในการควบคุมการนอนหลับและคาดการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับ นอกจากนี้การศึกษาของ Morin และ Savard (2000) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากพบว่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับ นั่นแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับต่ำจะมีอาการนอนไม่หลับต่ำ ซึ่งประเมินโดย sleep diary และ Polysomnography และการศึกษาของ Espire และคณะ (2000) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ ( $r=0.826$ )

การศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างจากการศึกษาของ Edinger และคณะ (2000) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับที่มีผลเสียต่อการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการนอนไม่หลับที่รายงานด้วยตนเอง (Subjective report) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการนอนไม่หลับที่รายงานโดยการประเมินหรือวัด (Objective sign) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากในงานวิจัยของ Edinger และคณะ (2000) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดีทำให้ไม่ส่งผลต่อร่างกายจึงไม่มีผลกระทบต่อลักษณะอาการนอนไม่หลับที่รายงานโดยการประเมินหรือวัด แต่ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อการรับรู้ ความคิดเท่านั้น

2.6 อายุ ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเท่ากับ 44.79 ปี มักพบว่าบุคคลจะเริ่มมีปัญหานอนหลับยากเมื่ออายุ 35 ปีเนื่องจากการหลับคลื่นสั้นจะสูงสุดช่วงวัยรุ่น และลดลงอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Ohayon (2002) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับมักจะเพิ่มขึ้นหลังจากอายุ 45 ปีขึ้นไป และความชุกมักเกิดเท่าๆกันในผู้สูงอายุ

ด้วยกัน รวมถึงเป็นไปตามระดับความซึมเศร้าซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจึงทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งที่มีอายุน้อย (Davidson et al, 2002: 1317) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) พบว่าปัญหาการนอนหลับไม่มีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่แตกต่างกัน (Foley et al, 1995: Mant and Eyland, 1998)

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับ ( $r = 0.38, p = 0.05$ ) และการศึกษาที่ของ Bleiker และคณะ (2000) พบว่าอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการกระจายของอายุน้อย ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.9 อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี 21-30 ปี 31-40 ปี และมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.5, 7.1, 23.5 และ 30 ตามลำดับจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการนอนไม่หลับ

2.7 เพศ ผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.4 และมีเพศชายร้อยละ 37.6 ซึ่งมีการกระจายของข้อมูลไม่เหมาะสมทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่เห็นความแตกต่างของทั้งสองเพศชัดเจน ดังในการศึกษาของ คิวภรณ์ โกศล (2538) และ Bixler และคณะ (1979) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ และมีลักษณะของการนอนไม่หลับรวมถึงผลต่อกระทบต่อการทำงานระหว่างวันไม่แตกต่างกัน (Breslau et al, 1996: Ohayon et al, 1997 cited in Ohayon, 2002: Kappler and Hohagen, 2003)

แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย และขัดแย้งกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงมีปัญหาการนอนหลับยากมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศชาย ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาจเป็นเพราะงานวิจัยทั้ง 2 ฉบับใช้สถิติที่แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ เช่น การศึกษาของ Mercadante, Girelli และ Casuccio (2004) ใช้สถิติ chi-square test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัญหาการนอนหลับ และมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างกับงานวิจัยครั้งนี้

2.8 ชนิดของโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งแต่ละ

ชนิดต่างก็มีการรบกวนด้านจิตใจ ทั้งจากการรับรู้การเกิดโรคซึ่งไม่ว่าจะเกิดโรคมะเร็งที่ตำแหน่งใด ก็ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดมักเกิดความเจ็บปวดขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเกิดความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวดก็ย่อมส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างกัน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ซึ่งพบว่าชนิดของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ แต่ผลงานวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Davidson และคณะ (2002) ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งไม่จำกัดชนิด จำนวน 982 ราย แบ่งชนิดของโรคมะเร็งเป็น 6 ชนิดได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งระบบทางเดินอาหาร มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Sleep Survey ผลการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ Davidson และคณะ มีจำนวนมาก คือ 982 คนขณะที่งานวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 170 คนจึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Davidson และคณะ

2.9 ระยะของโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าระยะของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 38.8 ส่วนระยะที่ 1 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 38.2 8.8 และ 14.2 ตามลำดับ ทำให้ข้อมูลมีการกระจายน้อยส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bastecky และคณะ (1996) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าไม่มีความแตกต่างของอาการทุกข์ทรมาน(รวมถึงการนอนหลับ)ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 1 และ 2) และระยะที่มีอาการมาก (ระยะที่ 3 และ 4) และการศึกษาของ Mercadante, Girelli, และ Casuccio (2004) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้นไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจากการศึกษาของ Engstrom และคณะ (1999) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการนอนหลับมีความสัมพันธ์ระยะเริ่มต้นของโรคมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 คิดเป็นร้อยละ 38.8 และ 38.2 ตามลำดับในขณะที่ระยะที่ 1 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 8.8 และ 14.2 ตามลำดับ ซึ่งการกระจายของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมทำให้จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคมะเร็งกับอาการนอนไม่หลับ

2.10 การรักษาที่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่าการรักษาที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับจากซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่า การรักษาที่ได้รับมีความ

สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า การรักษาที่ต่างกันอาจรบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างที่ได้รับการรักษานั้นๆอยู่ แต่นอกจากปัจจัยนี้แล้วในระหว่างที่อยู่ระหว่างการรักษาอาจมีปัจจัยอื่นๆที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้ (Fortner, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Omne-Pontine และคณะ (1992) พบว่าไม่มีความแตกต่างของปัญหาการนอนหลับระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมและผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง และการศึกษาของ Andrykowski และคณะ (1995) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการรักษาและหลังได้รับการรักษามีปัญหาการนอนหลับไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของ Fortner และคณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษามีปัญหาการนอนหลับไม่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆในเวลานั้น ชัดแย้งกับการศึกษาของจากการศึกษาของ Bleiker, และคณะ (2000) และ Davidson และคณะ (2002) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าในปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลได้พัฒนาขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาไม่ว่าวิธีใดๆ จึงได้รับการดูแล การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมในแต่ละรายมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาทุกชนิดลดปัจจัยเช่น ความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับ

2.11 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งผู้วิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมักจะพยายามปรับนิสัยในการปฏิบัติตนต่างๆ เช่น การงดเหล้า สูรา บุหรี่ กาแฟหรือน้ำอัดลมต่างๆทำให้ในช่วง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านต่างๆ ค่อนข้างดี (คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับค่อนข้างสูงมีค่าเท่ากับ 49.89)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารดีที่สุดในคิดเป็น 20.0 คะแนนอยู่ในระดับสูง จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยตั้งแต่ว่าทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งก็จะงดทานเหล้า กาแฟ เลิกบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shilo และคณะ (2002) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟเป็นประจำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ดื่มกาแฟ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดื่มกาแฟมีผลต่อการลดลงของคุณภาพของการนอนหลับ และทำให้มีอาการนอนหลับยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยพยายาม



หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูงของหมักดอง รวมทั้งพยายามทานผัก ผลไม้ และน้ำผลไม้ รองลงมาคือ ด้านการนอนหลับคิดเป็น 16.3 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามจะนอนหลับพักผ่อนตั้งแต่หัวค่ำ มีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายก่อนการนอนหลับ เช่น การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นต้น

ด้านการออกกำลังกายคิดเป็น 13.6 คะแนนอยู่ในระดับปานกลางซึ่งในด้านนี้ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น มีแผลผ่าตัด มีอาการเจ็บปวดมากผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามที่จะออกกำลังกายเบาๆ และมักจะออกกำลังกายในช่วงเช้ามากกว่าบ่ายหรือช่วงก่อนนอนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาภรณ์ โกศล (2538) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งจากพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลให้พฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ กับ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง**

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่ 3 ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 49.10

ตัวแปรความซึมเศร้า ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก ซึ่งความซึมเศร้ามีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .475 หมายถึงเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .475 คะแนน ตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับถูกคัดเลือกเป็นตัวแปรที่สอง ซึ่งมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .242 หมายถึงเมื่อคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น .242 คะแนน ตัวแปรโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่สามมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง

ได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.193$  หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง  $.193$  คะแนน ตัวแปรการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่ที่มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $.172$  หมายถึงเมื่อคะแนนการฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น  $.173$  คะแนน

ตัวแปรการใส่แร่ถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่ที่มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $.134$  หมายถึงเมื่อคะแนนการใส่แร่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น  $.134$  คะแนน ตัวแปรโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่ที่มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $.116$  หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น  $.116$  คะแนน ตัวแปรโรคมะเร็งหลอดอาหารถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่เจ็ดมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.122$  หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง  $.122$  คะแนน ตัวแปรระยะที่ 3 ของโรคมะเร็งถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่แปดมีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.126$  หมายถึงเมื่อคะแนนระยะที่ 3 ของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง  $.126$  คะแนน และตัวแปรโรคมะเร็งตับถูกคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรสุดท้ายที่มีความสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างได้โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ  $-.120$  หมายถึงเมื่อคะแนนโรคมะเร็งตับเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้อาการนอนไม่หลับลดลง  $.120$  คะแนน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับสามารถแบ่งออกได้เป็นสามด้านตามกรอบแนวคิดของ Spielman และ Glovinsky (1991) คือ PREDISPOSING FACTORS, PRECIPITATING FACTORS และ PERPETUATING FACTORS แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ คือ ปัจจัยด้าน PREDISPOSING FACTORS คือ ความซึมเศร้า PERPETUATING FACTORS คือความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และปัจจัยด้าน PRECIPITATING FACTORS ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ส่วนปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้าน

สุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเจ็บปวดไม่สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับได้ จากผลการวิจัยที่พบว่า ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคกระเจ็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคกระเจ็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคกระเจ็งหลอดอาหาร ระยะที่ 3 ของโรคกระเจ็ง และโรคกระเจ็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการนอนหลับเป็นผลจากสารสื่อประสาท คือ ซีโรโทนิน และ นอร์อิพิเนพรีน ซึ่งจะหลั่งในระยะเริ่มต้นของการนอนหลับซึ่งพบว่า นอร์อิพินาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin) จาก cholinergic neuron เพิ่มการทำงานขึ้นมากหากร่างกายมีการกระตุ้นของระบบต่างๆลดลง ซึ่งความซึมเศร้าจะทำลายสารนอร์อิพินาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin) ส่งผลให้นอนหลับได้ไม่ต่อเนื่อง ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับส่งผลต่อกระบวนการคิดของผู้ป่วยทำให้เกิดการกระตุ้นระบบซิมพาเทติกซึ่งในขณะที่ระบบซิมพาเทติกทำงานจะมีการยับยั้งการหลั่งของสารนอร์อิพินาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin) จาก cholinergic neuron ซึ่งทำให้การนอนหลับไม่เกิดขึ้น นอกจากนี้ การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดเป็นการรักษาพร้อมกันทั้งสองชนิด และการใส่แร่เป็นการรักษาเฉพาะในโรคกระเจ็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงซึ่งแตกต่างจากการรักษาในโรคกระเจ็งชนิดอื่นซึ่งทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาต่างๆ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพียงหนึ่งชนิดย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้ โรคกระเจ็งหลอดอาหาร โรคกระเจ็งต่อมน้ำเหลือง และโรคกระเจ็งตับเป็นโรคกระเจ็งในอวัยวะสำคัญของร่างกายมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆอาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรค ความเจ็บปวด รวมถึงอวัยวะเหล่านี้เกิดความผิดปกติจะส่งผลต่อการทำงานของร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อกระทบต่อคุณภาพของร่างกาย (American Psychiatric Association, 1994 cited in Fortner et al, 2002: 478) จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอาการนอนไม่หลับ และระยะที่ 3 ของโรคกระเจ็งอาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะที่มากขึ้นอาการของโรครุนแรงขึ้น การรักษาที่ได้รับมากขึ้น ชับซ้อนขึ้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้นมีความวิตกกังวล ความซึมเศร้าซึ่งทำให้ระบบซิมพาเทติกทำงานและเกิดการยับยั้งการหลั่งของสารนอร์อิพินาลีน (noradrenalin) และซีโรโทนิน (serotonin) จาก cholinergic neuron ซึ่งทำให้การนอนหลับไม่เกิดขึ้น

ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถเข้าพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง คือ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ เมื่อพิจารณาตามผลการวิเคราะห์ถดถอยพบคุณอย่างเป็นขั้นตอน พบว่าหลังจากที่ตัวแปรความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคกระเจ็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคกระเจ็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง

โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับถูกเลือกเข้าสู่สมการเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนมาคือการคัดเลือกตัวแปรตัวต่อไปเข้าสู่สมการถดถอย โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงส่วน (Partial correlation) ของตัวแปรที่ไม่ได้รับการคัดเลือกซึ่งพบว่าการกลืนแร่เป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงส่วนสูงที่สุด แต่เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ทดสอบ (sig= .119 t=1.568) ขั้นตอนการพิจารณาตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยจึงหยุดลง โดยไม่มีตัวแปรตัวใดเข้าสู่สมการได้อีก แสดงว่าตัวแปรที่เหลือ ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับไม่สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลางกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) เท่ากับ .348 แต่ไม่สามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งได้ อาจเนื่องจากความแปรปรวนของข้อมูลภายในกลุ่มตัวอย่างไม่มาก เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยนั้นตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ควรมีความสัมพันธ์กันระดับสูงและข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ควรมีความแปรปรวนกันพอสมควร มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2545: 379)

การที่ตัวแปรความวิตกกังวลมีแปรปรวนของข้อมูลภายในกลุ่มตัวอย่างไม่มากพอ อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับกลาง(มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.12) ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคการรักษาที่ตนเองได้รับจากบริการในโรงพยาบาลรวมถึงจากสื่อต่างๆมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้พอสมควร และสามารถทราบวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเองได้อย่างเท่าเทียมกันทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับหนึ่งที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับในลักษณะ ปัญหาการนอนที่เกิดขึ้นเร็ว เป็นอยู่ในช่วงเวลาสั้นๆและมักไม่เรื้อรัง (short term) ยังขาดการศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาการนอนหลับ ชนิดปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง (long term) เช่น โรคมะเร็ง (Greenblett, 1978) ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความซึมเศร้าและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับได้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นที่จะลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับดังที่กล่าวมา

นอกจากนี้สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ใช้ในปรับปรุงมาตรฐานทางการพยาบาลที่มีอยู่ให้ทันสมัยและมีมาตรฐานมากขึ้น โดยนำการบำบัดทางการพยาบาลที่มีผลการวิจัยรับรองแล้วมาใช้

ร่วมกับการพยาบาลในปัจจุบัน จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่า การฝึกการผ่อนคลายมีผลต่อการลดอาการนอนไม่หลับเช่น การศึกษาของSimeit, Deck และ Conta-Marx (2004) พบว่าการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนที่ละส่วน (progressive muscle relaxation) ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ส่งเสริมการนอนหลับช่วยให้หลับได้ดี โดยใช้เวลาเริ่มเข้าสู่การหลับเร็ว และช่วยให้หลับลึก และCognitive Therapy เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับ (Savard and Morin, 2001; Cochran, 2003) ดังนั้นจึงควรพิจารณานำการบำบัดทางการพยาบาลดังกล่าวมาใช้ในการลดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบที่ได้จากวิจัยครั้งนี้นับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ในที่นี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับ“ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ต้องมีการทำงานประสานกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการนอนไม่หลับและความก้าวหน้าในการใช้การบำบัดทางการพยาบาลที่ให้อย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคเมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคเมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคเมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคเมะเร็ง และโรคเมะเร็งตับสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง]

- 2.1 เนื่องจากความซึมเศร้าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็งและความซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ติ่มาดัวหนึ่ง ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาทุกคน เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าเหล่านั้นได้ทัน่วงทีก่อนที่จะก่อให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย

- 2.2 จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับและสามารถพยากรณ์อาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสนใจและแนะนำความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ

แก่ผู้ป่วยมะเร็งโดยอาจใช้การบำบัดทางการแพทย์ เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับให้ถูกต้อง ซึ่งจากการวิจัยความเชื่อดังกล่าวได้แก่ ความเชื่อที่ว่าฉันต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้น หรือ หากพยายามฉันจะหลับได้นานมากขึ้นและรู้สึกดีขึ้นในวันถัดไป หรือ ฉันอยากหลับเหมือนเพื่อนร่วมห้องเหลือเกิน คือ หัวถึงหมอนก็หลับทันทีและหลับตลอดคืน เป็นต้น ซึ่งความเชื่อในสิ่งเหล่านี้ที่สูงเกินไปจะส่งผลต่อความคิดความกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วย

2.3 จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับได้แก่ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำตัวแปรที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ความซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด การใส่แร่ โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิง โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะที่3ของโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งตับมาสร้างโปรแกรมเพื่อการพัฒนาวิธีการบำบัดทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการกับอาการนอนไม่หลับต่อไป เช่น การสร้างโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ และวิธีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับที่ถูกต้อง (Sleep Hygiene Practice) ร่วมกับการนวดบำบัดเพื่อบำบัดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการบำบัดทางจิตต่างๆ ต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง เช่น สร้างโปรแกรมการบำบัดความซึมเศร้า โปรแกรมการบำบัดความวิตกกังวล เป็นต้น และศึกษาผลของโปรแกรมเหล่านี้ต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
3. ควรมีการศึกษาขยายผลเพิ่มเติมถึงกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการประเมินวางแผน และพัฒนาวิธีการบำบัดทางการแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

## ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในการในการวิจัย คือข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านการอ่านหนังสือ และความเข้าใจหรือมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจึงทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเที่ยงตรงในการเก็บรวบรวมข้อมูล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กุสุมาลย์ รามศิริ. 2543. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนและการจัดการกับปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ .2535. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ทองสุโชติ. 2535. ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนกพร จิตปัญญา. 2543. บทความวิชาการ มโนคติและการวัดการนอนหลับ Conceptual and measurement of sleep.วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12,1: 1-9.
- ชอลดา พันธุเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป
- ญานิกา เวชยางกูล.2545. ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. 2538. การนอนหลับ: แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์13,1: 10-18
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. 2541. ผลของการใช้ฮีลิมจีฟีดแบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสรีพต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและสมรรถนะปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาร์สนี โภธารส. 2538. คุณภาพการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.



- นันทา เล็กสวัสดิ์ , พิชาณี แสนมโนวงศัม ทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์ และเพชรฯ หาญศิริวัฒนกิจ. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสภาการพยาบาล 17,4 (ตุลาคม-ธันวาคม) : 1-14.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์ และนิตยา ว่องกลกิจศิลป์. 2542. ความพึงพอใจในการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดใหญ่. วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 32 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 131-145
- นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์. 2539. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องยึดตรึงกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ 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.
- นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโฆมพัคตร์ มณีวัต. 2545. คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 17, 1(มกราคม-มีนาคม) : 45-59.
- บุญชู อนุสาสนนันท์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอนหลับกับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2545. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญญา สนิกะวาที. 2542. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ โจรนิกิตติ. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พูลศรี พัฒนพงษ์. 2538. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. วารสารพยาบาลกองทัพบก, 13, 1: 13-27.
- พูลศรี พัฒนพงษ์. 2538. รายงานการวิจัยเรื่องโครงการรับรู้ความเจ็บปวดและการได้รับยาระงับปวดในระยะหลังผ่าตัด. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพมหานคร.

- เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. 2536. “นอนไม่หลับ” ใน การพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ: สุพรการพิมพ์
- มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ. 2539. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี สุดทรวง. 2539. ประสาทสรีรวิทยา. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.
- ราตรี สุดทรวงและ วีระชัย สิงหนิยม. 2545. ประสาทสรีรวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรวัต พันธุวิเชียร. 2538. “Oncology emergency” ใน วรชัย รัตนราธร. ตำราการรักษาโรคมะเร็ง. หน้า 281-310. กรุงเทพฯ: บ.ไฮลิติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และพัสมณต์ คุ่มทวีพร .2540. ปัจจัยรบกวนคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล.วารสารวิจัยทางการแพทย์1 (กรกฎาคม-ธันวาคม): 217-229.
- วรชัย รัตนราธร. 2538. "Skon cancer" ใน วรชัย รัตนราธร. ตำราการรักษาโรคมะเร็ง. หน้า193-224. กรุงเทพฯ: บ.ไฮลิติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วรัญญ์ ต้นชัยสวัสดิ์. 2536. “สรีรวิทยาการนอนหลับ” ใน การนอนหลับและความผิดปกติในการนอนหลับ Sleep and it disorders. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วราภา แหลมเพ็ชร. 2544. การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วันดี คหะวงศ์ , สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. 2539. แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง.วารสารสงขลานครินทร์16 (ตุลาคม-ธันวาคม): 23-36
- วิจารณ์ วิชัยยะ และ กฤษ ชื่นศิริ. 2536. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition-revised). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อาร์ ดี พี.
- วิรานุช มิตรารัตน์. 2543. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ . 2544. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิวาภรณ์ โกศล. 2538. คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุตประนอม สมันตเวคิน. 2546. บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนในผู้ป่วยวิกฤต. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยสหราชอาณาจักร 28, 1 (มกราคม-เมษายน):50-57
- สุพร พลยานันท์. 2528. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แมค.
- สุพร รุจิราวรรณ. 2528. ผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบจิตคลุมกายและผลของการฝึกผ่อนคลายความเครียดแบบเกร็งกล้ามเนื้อต่ออาการนอนไม่หลับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุพัชรา แสงรุจิ. 2534. "Cancer pain" ใน The Principle of Pain: Diagnosis and Management. สุรศักดิ์ นิลกานวรงค์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- สุमितรา ทองประเสริฐ. 2537. "การระงับความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง: Control of Pain in Cancer" ใน ภาวะฉุกเฉินและปัญหาที่พบบ่อยในโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2536. "การนอนหลับ" ใน การนอนหลับและความผิดปกติในการนอนหลับ Sleep and it disorders. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2544. การรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ. คลินิก 17, 1 (มกราคม):5-10.
- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. 2540. การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาภา ใจงาม. 2524. ระยะที่ผู้ป่วยได้พักผ่อนนอนหลับโดยไม่ถูกรบกวนภายหลังผ่าตัดเปิดเข้าหัวใจ. วารสารพยาบาล 30(1): 30-35
- อุไร นิโรธนันท์. 2539. ผลการนวดต่อความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมอร อุดลโกศาร. 2543. ผลของดนตรีที่ชอบต่อความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เอื้อมเดือน เนตรเขม. 2541. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

Adam, K. and Oswald, I.1984. Sleep help healing. British Medical Journal 289, 11: 1400-1401

Aimorn Saejew. 2001. Fatigue, related factors, and self-care actions to manage fatigue of head and neck cancer patients receiving radiation therapy. The degree of master of nursing science (adult nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: Author.

Anderson, O. Getto, C.J., Mendoza, T.R., Palmer, S.N., Wang, X.S., Reyes-Gibby, C. and Cleeland, C.S. 2003. Fatigue and Sleep Disturbance in Patients with Cancer, Patients with Clinical Depression, and Community-Dwelling Adults, Journal of Pain and Symptom Management 25,4 (April) : 307-318.

Andrykowski, M.A. et al.1995. Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. British Journal Cancer 71, 6 : 1322-1329.

Bastecky, J. et al.1996. Prevalence of psychopathology in patients suffering from breast and gastrointestinal cancer. Patient Education and Counseling 28: 175-178.

Basrien, C.H., Vallieres, A. and Morin, C.M. 2001. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep medicine 2: 297-307.

Beck, A.T. 1967. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical aspects. New York: Hoecker medical division.

Beck, S.L. 1992. "Measuring Sleep". In Frank-Stromberg. Instruments For Clinical Nursing Research. pp. 255-267. Boston: Jone and Barlett.

- Benson, H. 1975. The relaxation response. New York: William Morrow.
- .Berger and Farr. 1999. The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer-related fatigue. Oncology Nursing Forum 26, 10: 1663-1671.
- Bixler, E.Q., Kales, A., Soldatos, C.R., Kales, J.D. et al. 1979. Prevalence of sleep disorders in Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiatry, 136: 1257-1262.
- Bleiker, E.M.A., Pouwer, F., Ploeg, H.M., Leer, J.W.H. and Ader, H.J. 2000. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. Patient Education and Counseling 40: 209-217.
- Boss, B.J. 1992. Assessment and role in management: Pain in S.M. Lewis and I.C. Collier (eds.) Medical-Surgical Nursing: Assessment and management of clinical problems. New York: McGraw-Hill.
- Brandt, P.A. and Weinert, C. 1985. PRQ: Psychometric update, unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Washington D.C.
- Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H. and Lynch, M. 1995. Neuropsychiatric Syndromes and Psychological Symptoms in Patients with Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management 10, 2 (February): 131-141.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L. and Andreski, P. 1996. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry 39: 411-418.
- Budin, W.C. 1998. Psychosocial adjustment to breast cancer in unmarried women. Res Nurs Health 21; 155-166.
- Burns, N. and Grove, S.K. 2001. The practice of nursing research: content, critique, & utilization. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cassmeyer, L.V., Mitchell, H.P. and Betrus, A.P. 1995. Stress stressors and stress management. In W.J. Phipps, V.L. Cassmeyer, J.K. Sands and M.K. Lehman (eds.) Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice 5<sup>th</sup>. (162-183). St.Louis: Mosby Year Book.
- Cheek, R.E., Skaver, J. L. F. and Lentz, M.J. 2004. Variations in Sleep Hygiene Practices of Women With and Without Insomnia. Research in Nursing & Health 27: 225-236.

- Closs, S.J. 1988. Patients' Sleep-Wake Rhythms in Hospital Part 1. Nursing Time 84, 1: 48-50.
- Closs, S.J. 1990. An exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. Journal of Advanced Nursing15: 42-49.
- Closs, S.J. 1999. Assessment of sleep in hospital patients: Review of methods. Journal of Advanced Nursing13: 501-510.
- Cochran, C. 2003. Diagnose and Treat Primary Insomnia. Nurse Practitioner 28, 9 (September): 13-29
- Corey L. Nagel, Markie, B.M., Richards, K.C., Taylor, J.L. 2003. Sleep Promotion In Hospitalized Elders. MEDSURG NURSING12, 5(October): 279-290.
- Couzi, R.J., Helzlsouer, K.J. and Fetting, J.H., 1995. Prevalence of menopausal symptoms among women with a history of breast cancer and attitudes toward estrogen replacement therapy. Journal of Clinical Oncology 13: 2737-2744
- Davidson, J.R., MacLean, A.W., Brundage, M.D., and Schulze, K. 2002. Sleep disturbance in cancer patients. Social Science & Medicine 54: 1309-1321.
- Degner, L.F. and Sloan, J.A .1995. Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. Journal Pain Symptom Manage, 10: 423-431.
- Dorociak, Y. 1990. Sleep Aspects of sleep. Nursing Time 86 (51): 38-40.
- Edinger, et al. 2000. Insomnia in the eye of the beholder: are there clinical markers of objective sleep disturbances among adults with and without chronic insomnia complaint? Journal of Consulting and Clinical Psychology 68: 586-593.
- Engstrom, C.A. Strohl, R.A., Rose, L., Lewandowski, L. and Stefanek, M.E. 1999. Sleep alteration in cancer patients. Cancer Nursing 22, 2 : 143-148.
- Espire, C.A., Inglis, S.J., Harvey, L. and Tessier, S. 2000. Insomniacs' attributions: psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. Journal of Psychometric Research, 48: 141-148.
- Floyd, J.A. 1999. Sleep Promotion in Adults. Annual Review of Nursing Research :27-56

- Foley, D.J., Monjan, A.A., Brown, S.L., Simonsick, E.M. et al. 1995. Sleep complaints among elderly person: An epidemiologic study of three communities. Sleep 18: 425-432
- Fortner, V., Stepanski, E.J., Wang, S.C., Kasprovicz, S., and Durrence, H.H. 2002. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management 24, 5 (November): 471-480.
- Freeman, A. and Yales, J.M. 1998. Cognitive therapy in advanced in nursing practice. In A.W. Burgess (ed.). Advanced practice: Psychiatric nursing (213-238). Stamford: Appleton & Lange.
- Ginsburg, M.L., Quirt, C., Ginsburg, A.D. and Mackillop, W.J. 1995. Psychiatric illness and psychosocial concerns in patients with newly diagnosed lung cancer. Canadian Medical Association Journal 152: 701-708.
- Graydon, J.E. et al. 1995. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving radiation therapy. Cancer Nursing 18: 23-28.
- Greenblett, D.J. 1978. Drug Therapy of Insomnia. In Clinical Psychopharmacology. Bernstein, J.G. (editor). Massachusetts: PSG Publishing Company, Inc.
- Grond, S. et al. 1994. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: A prospective evaluation of 1635 cancer patients to a pain clinic. Journal of Pain and Symptom Management 9: 372-382.
- Groot, J.M. 2002. The complexity of the role of social support in relation to the psychological distress associated with cancer. Journal of Psychosomatic Research 52 (February): 277-278.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J., and Kieltyka, R.Y. 2002. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients age and gender differences. Journal of Psychosomatic Research 52: 279-283.
- Harrison, L.B. et al. 1997. Detailed quality of life assessment in patients treated with primary radiotherapy for squamous cell cancer of the base of the tongue. Head Neck 19: 169-175.
- Hyypa, M.T. and Kronholm, E. 1989. Quality of sleep and chronic illnesses. Journal Clinical Epidemiology 42 (7): 633-638

- Hilton, B.A.1985. Noise in acute patient care areas. Research in Nursing & Health 8: 283-291.
- Hodgson, L.A.1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. Journal of Advanced Nursing 16: 1503-1510.
- International Association on Pain, Subcommittee of taxonomy. 1979. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Pain 6: 249. Cited in Ignatavicious, D.D. and Workman, M.L. (eds.) Medical-Surgical Nursing: Clinical thinking for collaborative care. Philadelphia: W.B. Saunders company.2002.
- Irvine, D.M. 1998. Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. Cancer Nursing 21; 127-135.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. 1988. Synopsis of psychiatry. 5<sup>th</sup>. Baltimore: Williams & Wilkins.
- John, M.W. 1971. Methods for assessing human sleep. Archives of Internal Medicine 127(3) : 484-492.
- Kappler, C and Hohagen, F.2003. Psychosocial aspects of insomnia Result of a study in general practice. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 253 :49-52
- Kaye, J., Kaye, K. and Madow, L. 1983. Sleep patterns in patients with cancer and patients with cardiac disease. The Journal of Psychology: 107-113
- Komenthai, S. 2003. Effect of music on quality of sleep in critical ill patients. The degree of master of nursing science (In medical and surgical nursing) Graduate School Chiang Mai university
- Krech, R.L. and Walsh, D. 1991. Symptoms of pancreatic cancer. Journal of Pain and Symptom Manage 6: 360-367.
- Kripke, D.F., Simons, R.N., Garfinkel, L. and Hammond, E.C. 1979. Short and long sleep and sleeping pills: is increased mortality associated? Arch Gen Psychiatry 54: 103-116.
- Lacks, P. and Morin, M.C. 1992. Recent Advance in the Assessment and Treatment of Insomnia. Journal of Consulting Clinical Psychology 60, 4: 586-594.



- Lee, E.H., Chung, B.Y., Park, H.B. and Chun, K.H. 2004. Relationships of Mood Disturbance and Social Support to Symptom Experience in Korean Women with Breast Cancer. Journal of Pain and Symptom Management 27, 5 (May): 425-433.
- Lee,K., Cho, M., Miaskowski, C. and Dodd, M. 2003. Impair sleep and rhythms in persons with cancer. Sleep Medication Reviews by Elsevier Science Ltd.
- Li, R.H.Y., Wing, Y.K., Ho, S.C. and Fong, S.Y.Y. 2002. Gender differences in insomnia-a study in the Hong Kong Chinese population. Journal of Psychosomatic Research 53: 601-609.
- Lindley, C. et al.1998. Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early-stage breast cancer. Journal of Clinical Oncology 16: 1380-1387
- Mant,A. and Eyland,E.A. 1998. Sleep patterns and problems in elderly general practice at tenders: An Australia survey. Community Health Studies 12: 192-199
- Mary, E.C., Thomas, H.S. and Helene, J.M. 2002. Patterns of symptom distress in adults receiving treatment for lung cancer. Journal of Palliative Care 18, 3: 150-160.
- Maryse, B. 2003. Understanding and Managing the interaction between Sleep and Pain: An update for the dentist. Clinical practice 69(7): 437-442.
- Massie, M.J., Popkin, M.K.1998. Depressive disorder, in Holland, J.C. (Ed): Psycho-Oncology. New York, NY, Oxford University Press: 518-540.
- McCaffery, M.1979. Nursing management of patients with pain 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- McCaffery, M.1983. Nursing the patient in pain. London : Harper & Row.
- McClement, S.E., Woodgate, R.L., and Degner, L. 1997. Symptom distress in adult patients with cancer. Cancer Nursing 20: 236-243.
- McCorkle, R. and Benoliel, J.Q. 1983. Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life-threatening disease. Social Science Medical 17, 7: 431-438
- McGuir, D.B., Sheidler, V.R. 1993. "Pain" In Cancer Nursing 3<sup>rd</sup> ed. Edited by S.L. Groenwald, M.H. Frogge, M. Goodmand and C.H. Yarbro. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Mendelson, W.B., Gillin, J.C. and Wyatt, R.J. 1980. Human Sleep and Its Disorders. New York: Plenum Press
- Mellinger, G., Balter, M.B. and Uhlenhuth, E.H. 1985. Insomnia and Its Treatment: Prevalence and Correlates. Arch Gen Psychiatry 42 (March): 225-232.
- Mercadante, S., Girelli, D. and Casuccio, A. 2004. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. Supportive Care in Cancer @Springer-Verlag. [Online]. Available from: [http://www. Springer.com](http://www.Springer.com) [2004, April 26]
- Miaskowski, C. and Lee, A. 1999. Pain, Fatigue, and Sleep Disturbance in Oncology Outpatients Receiving Radiation Therapy for Bone Metastasis: A pilot Study. Pain and Symptom Management 17,5 (May) : 320-332)
- Montgomery, P. and Denis, J. 2004. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. Sleep Medicine Reviews 8, 1: 47-62.
- Moore, P. and Dimsdale, J.S. 2002. Opioid, Sleep, and cancer-related fatigue. Medical Hypothesis 58, 1: 77-82.
- Morin, C.M.1993. Psychological Assessment and Management. New York: The Guilford Press.
- Morin, C.M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J. and Remsberg, S. 1993. Dysfunctional Belief and Attitudes About Sleep Among Older Adults With and Without Insomnia Complaints. Psychology and Aging 8, 3: 463-467.
- Morin, C.M., Culbert, J.P. and Schwartz, S.M.1994. Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. American Journal of Psychiatry 151,8: 1172-1180.
- Nordhus, I.H., Vandenbos, G.R., Berg, S. and Fromholt, P. 1998. Clinical Geropsychology. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norman, K.L. 2001. Psychotropic drugs. 3<sup>rd</sup> ed. Missouri: Mosby, Inc
- Ohayon, M.M. and Roth, T. 2001. What are the contributing factors for insomnia in the general population? Journal of Psychosomatic Research 51: 745-755.
- Ohayon, M.M. 2002. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Medicine Reviews,6(2): 97-111.

- Omne-Pontine, M. et al. 1992. Determinates of the psycho-social outcome after operation for breast cancer: Results of a prospective comparative interview study following mastectomy and breast conservation. Europe Journal of Cancer 28A: 1062-1067.
- Opanuraks, S. 2002. Predictors influencing quality of sleep in postoperative abdominal patients. The degree of master of nursing science (adult nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Parker, K.P. 1995. Promoting sleep and rest in critically ill patients. Critical Care Nursing Clinics of North America 7, 2 (June): 337-349
- Pilcher, J.J., Ginter, D.R. and Sadowsky, B. Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in colleges students. J Psychosom Res 42: 583-596.
- Piyawan Pritsanapanurungsie. 2000. Patterns of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy. The degree of master of nursing science (adult nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Pornnipa Harnlacon. 2002. Effects of therapeutic group on anxiety and depression in gynecologic cancer patients undergoing radiation therapy. The degree of master of nursing science (Psychiatric and mental health nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Portenoy, R.K. et al. 1992. Pain in ambulatory patients with lung or colon cancer. Cancer 70: 1616-1624.
- Portenoy, R.K. et al. 1994. Symptom prevalence, characteristics and distress in cancer population. Quality of Life Research 3: 183-189.
- Prasertphol, P. 2001. Sleep quality of hospitalized elderly undergoing surgery. The degree of master of nursing science (adult nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Reite, M., Buysse, D., Reynold, C. and Mendelson, W. 1995. The use of Polysomnography in the evaluation of insomnia. Sleep 18:58-70.
- Richardson, A. 1995. Fatigue in cancer patients: a review of the literature. Europe Journal Cancer Care 4: 20-32.

- Richardson, S.J.1997. A comparison of tools for the assessment of sleep pattern disturbance in critically ill adults. Dimension of Critical Care Nursing16, 5(September - October): 226-242
- Riedel, B.W. and Liehstein, K.L. 2001. Strategies for evaluating adherence to sleep restriction treatment for insomnia. Behavior Research and Therapy 39: 201-212
- Sarna, L. 1993. Correlates of symptom distress in women with lung cancer. Cancer Practice 1: 21-28.
- Savard, J. and Morin, M.C. 2001. Insomnia in the Context of Cancer: A Review of a Neglected Problem. Journal of Clinical Oncology19,3 (February 1): 895-908.
- Savard, J. et al. 1999. Association between subjective sleep quality and depression on immunocompetence in low-income women at risk for cervical cancer. Psychosomatic Medicine 61: 496-507.
- Schroevers, M.J., Ranchor, A.V., and Sandermen, R. 2003. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. Social Science & Medicine 57: 375-385.
- Seller, R.H. 1993. Differential Diagnosis of Common Complaints. 2<sup>nd</sup> ed. Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Serlin, R.C., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R. and Cleeland, C.S. 1995. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain, 61: 277-284
- Sheely, L.C. 1996. Sleep Disturbance in Hospitalized Patients with Cancer. Oncology Nursing Forum 23, 1: 109-111.
- Shilo, L. et al. 2002. The effects of coffee consumption on sleep and melatonin secretion. Sleep Medicine3: 271-273.
- Silberfarb, M., Hauri, J., Oxman, E. and Lash, S. 1985. Insomnia in Cancer Patients. Social Science & Medicine 20, 8: 849-850.
- Simeit, R., Deck R., and Conta-Marx, B. 2004. Sleep management training for cancer patients with insomnia. Supportive Care in Cancer
- Smets, E.M.A., Visser, M.R.M., Garssen, B., Frijda, N.H., Oosterveld, P., and Haes, J.C. 1998. Journal of Psychosomatic Research 45, 3: 277-293.

- Smyth, C. 2003. The Pittsburgh Sleep Quality Index. Medsurg Nursing 12, 4 (August): 261-262.
- Snyder-Halpern, R.& Verran, J.A. 1987. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Research in Nursing and Health10: 155-163
- Sollner, W., Zschocke, I., Zingg-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P. and Augustin, M. 1999. Interaction patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. Psychosomatics 40: 239-250.
- Somthong, C. 2002. A study of symptom management, symptom evaluation and management outcome in non-Hodgkin's lymphoma patients receiving chemotherapy. The degree of master of nursing science (adult nursing) Faculty of graduate studies Mahidol university.
- Spielberger, C.D. 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) from Y: Self-evaluation questionnaire. Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Spielman, A.J. and Glovinsky, P. 1991. Case studies in insomnia, in Hauri, P.J.(ed.) : The Varied Nature of Insomnia. New York: Plenum Press.
- Stradling, J.R. 1993. Recreational Drugs and Sleep. British Medical Journal 306, 27 (February): 573-575.
- Tsay S-L. ,Rong, J-R and Lin P-F. 2003. Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. Journal of Advanced Nursing42 ,(2) : 134-142.
- Tsui, S.L. et al. 1994. Cancer pain management: A recent experience by anesthesiologists in a teaching hospital in Hong Kong. Acta Anesthesiol Scand 32: 193-201.
- Visser, M.R.M. and Smets, E.M.A. 1998. Fatigue, Depression and quality of life in cancer patients: how are they related? Support Care Cancer 6: 101-108.
- Webster, R. and Thompson, D. 1986. Sleep in hospital. Journal of Advance Nursing, 11: 447-457.
- Wewers, M. and Lowe, N.K. 1990. A critical review of analogue scales in the measurement of clinical phenomena. Research in Nursing and Health 13: 227-236.

- Whelan, T.J., Mohide, E.A., Willan, A.R., Arnold, A., Tew, M., Sellick, S., Gafni, A., and Levine, M.N. 1997. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. Cancer 80: 1518-1524.
- Williamson, S.N. 2002. Sleep Deprivation in Patients in Critical Care Unit. The nursing journal of India LXXXIII, 12(December): 267-270.
- Wilson-Barnet, J. 1992. Anxiety. In J.I. Brooking, S.A.H. Ritter and B.L. Thomas (ed.) A Textbook of Psychiatric and Mental Health Nursing (pp. 373-383). London: Chur Chill Livingstone.
- Wingard, D.L. and Berkman, L.F. 1983. Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. Sleep 6, 2:102-107.
- World Health Organization. 1992. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Switzerland.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

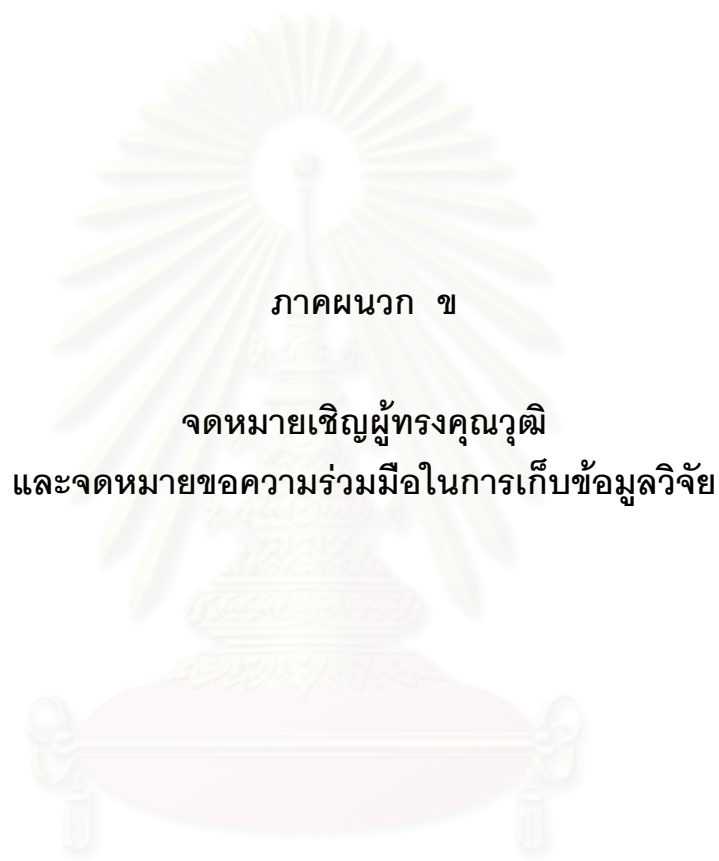
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ นิธิพัฒน์ เจียรกุล	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
นางสาวแม่นมนา จิระจรัส	พยาบาลผู้ชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นางพรจันทร์ สายละไม	พยาบาลวิชาชีพ 7 หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
รองศาสตราจารย์พัสมณฑท์ คุ่มทวีพร	ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวพัทรีญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญนางสาวแมนมนา จิระจรัส ผู้อำนวยการพยาบาล งานการพยาบาลอายุรศาสตร์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและกิจการนิสิต  
รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์สำเนาเรียน

นางสาวแมนมนา จิระจรัส

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทรีญา แก้วแพง โทร. 01-6983880

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวพัทริญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ นิธิพัฒน์ เจียรกุล สาขาวิชาโรคระบบการหายใจและวัณโรค ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและกิจการนิสิต

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ นิธิพัฒน์ เจียรกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทริญา แก้วแพง โทร. 01-6983880

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพัทริญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและกิจการนิสิต

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ พัสมณท์ คุ่มทวีพร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทริญา แก้วแพง โทร. 01-6983880

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เนื่องด้วย นางสาวพัทริญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจันทร์ สายละไม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและกิจการนิสิต

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพรจันทร์ สายละไม

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทริญา แก้วแพง โทร. 01-6983880

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กันยายน 2547

เรื่อง ขอลเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหพราน

เนื่องด้วย นางสาวพัทรีญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหพราน อาจารย์ประจำสาขาการบริหารการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายประกันคุณภาพและกิจการนิสิต

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหพราน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทรีญา แก้วแพง โทร. 01-6983880

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ตุลาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาวพัทริญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งอายุ 18-59 ปี หน่วยงานห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป และคลินิกเฉพาะโรคมะเร็ง (พุท้) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัทริญา แก้วแพง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัฏญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวพัทริญา แก้วแพง โทร. 01-6983880



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ สถาบันมะเร็งกรุงเทพฯ

เนื่องด้วย นางสาวพัทรีญา แก้วแพง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน และเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด 7 ส่วนประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความวิตกกังวล 3) แบบประเมินความซึมเศร้า 4) แบบประเมินความเจ็บปวด 5) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ 6) แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และ 7) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพัทรีญา แก้วแพง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

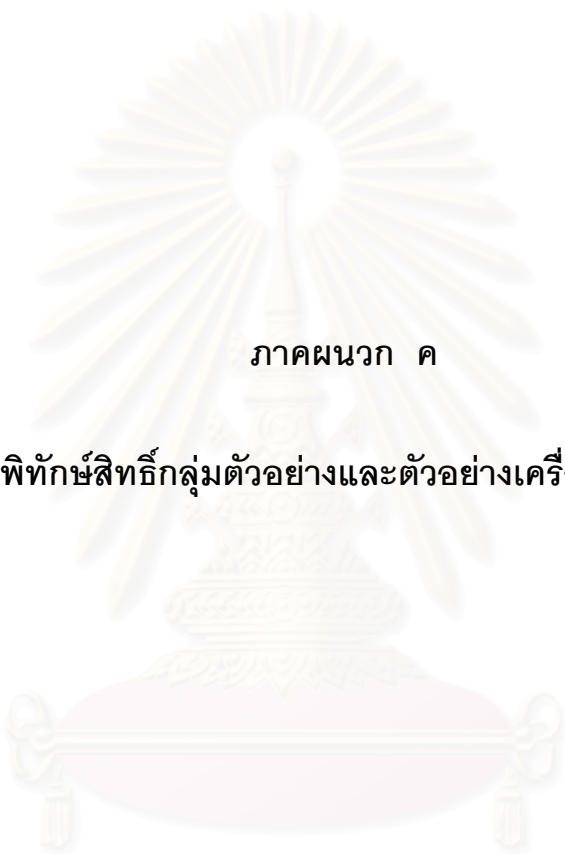
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ สถาบันมะเร็งกรุงเทพฯ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-2189817


ที่อนิสิต นางสาวพัทรีญา แก้วแพง โทร. 01-6983880



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บันทึกข้อความ

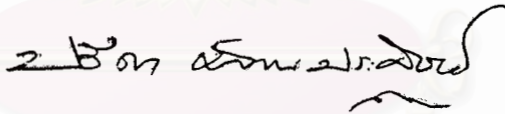
ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88183  
ที่ ศธ 0512.25/1344/2547 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2547  
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 9/2547 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 23 กันยายน 2547 ที่ประชุมได้พิจารณาการแก้ไขและเพิ่มเติมรายละเอียดของโครงการวิจัย เรื่อง เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่" (Relationships between Selected Factors and Insomnia in Adult Cancer Patients) ซึ่งมี นางสาวพัทริญา แก้วแพง เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

ประธานกรรมการ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางเรียน นางสาวพัทริญา แก้วแพง

# เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน

## โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 80 / 2547

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง  
วัยผู้ใหญ่”

(ภาษาอังกฤษ) “Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพัทริญา แก้วแพง  
ตำแหน่ง -  
สังกัดหน่วยงาน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2547

ลงนาม

(นายแพทย์สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายสุรวิทย์ เตชธวานันท์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาว พัทรีญา แก้วแพง ที่อยู่ 70 สยามอพาร์ทเมนต์ ห้อง 628 ถ.เพชรบุรี 7 เขตราชเทวี แขวงราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(หรือ ผู้ปกครองในกรณีประชากรตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 20 ปี)

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
(นางสาว พัทรีญา แก้วแพง)

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่/วันที่

.....  
(.....)

.....  
ลงนามพยาน

## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย      ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่
2. ชื่อผู้วิจัย              นางสาวพัทริญา แก้วแพง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน      มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี  
โทรศัพท์เคลื่อนที่      01-6983880      E-mail: [dear\\_2523@yahoo.com](mailto:dear_2523@yahoo.com)
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเช่น อายุ เพศ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง และเพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับ ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 4.3 เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ลงในแบบประเมินจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเป็นครั้งหนึ่งในแต่ละวัน
  - 5.1 โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกินหนึ่งชั่วโมง โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินความเจ็บปวด แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วและไม่ขัดข้อง
7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่
8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น
10. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 170 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง**  
**“ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่”**

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ  
 ที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่าง

**1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป**

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่  
 ( ) หม้าย ( ) หย่า
4. อาชีพ ( ) ค้าขาย ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกร  
 ( ) ทำธุรกิจส่วนตัว ( ) รับจ้าง ( ) อื่นๆ
5. รายได้ ( ) 0 – 10,000 ( ) 10,000-15,000  
 ( ) 15,000 – 20,000 ( ) 20,000 ขึ้นไป
6. การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วย  
 ( ) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ  
 ( ) เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ
7. การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของครอบครัว  
 ( ) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ  
 ( ) เคยได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับนอนไม่หลับ

**2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)**

1. ชนิดของโรคมะเร็ง.....
2. ระยะของโรคมะเร็ง.....
3. การรักษาที่ได้รับ.....

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 20 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

มีมาก (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 76-100%

มีค่อนข้างมาก (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 51-75%

มีเล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 26-50%

ไม่มีเลย (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เลย หรือตรงกับความรู้สึกของท่าน 0-25%

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
1. ท่านรู้สึกจิตใจสงบ				
2. ท่านได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวดีมาตลอด				
.				
.				
.				
.				
20. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 21 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย X ทับตัวเลยหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 76-100%
  - (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 51-75%
  - (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 26-50%
  - (0) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เลย หรือตรงกับความรู้สึกของท่าน 0-25%
1. (0) ฉันไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
    - (1) ฉันรู้สึกซึมเศร้า
    - (2) ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
    - (3) ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนไม่ไหวอีกแล้ว
  2. (0) ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
    - (1) ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
    - (2) ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
    - (3) ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถทำมันให้ดีขึ้น
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  - .
  20. (0) ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ
    - (1) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก
    - (2) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
    - (3) ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
  21. (0) ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ
    - (1) ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
    - (2) ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
    - (3) ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเจ็บปวด

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามเกี่ยวกับความเจ็บปวดของท่านในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 10 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ท่านรู้สึกเจ็บปวดมากน้อยเพียงใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา



#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 14 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายการปฏิบัติตนของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 80-100%

ปฏิบัติมาก (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 60-79%

ปฏิบัติปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 40-59%

ปฏิบัติน้อย (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 20-39%

ปฏิบัติน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับไม่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านเลย หรือตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 0-19%

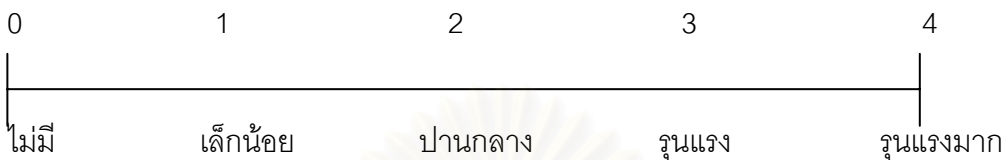
ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	ปฏิบัติมากที่สุด (5)	ปฏิบัติมาก (4)	ปฏิบัติปานกลาง (3)	ปฏิบัติน้อย (2)	ปฏิบัติน้อยที่สุด (1)
พฤติกรรมด้านการนอนหลับ					
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน					
.					
.					
.					
14. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยล้ามาก.					



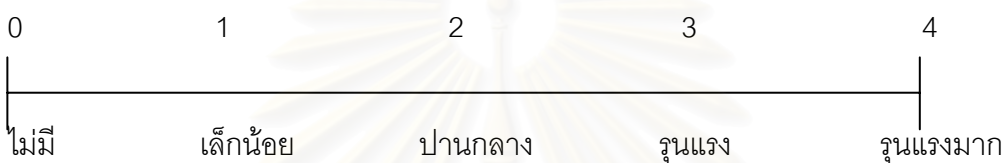
**ส่วนที่ 7 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ**

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

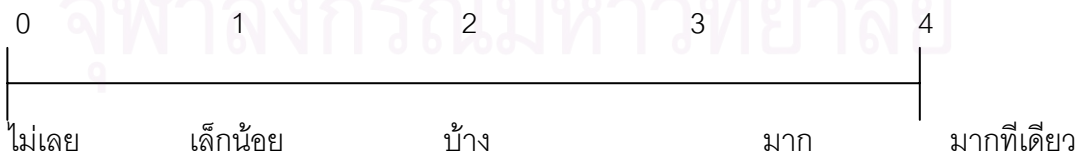
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ



7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่แค่นั้นกับการนอนไม่หลับ





ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. คำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left( \frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right)$$

เมื่อ	$\alpha$	=	สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
	n	=	จำนวนข้อความ
	$Si^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	$St^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (percentage) ของข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัว ชนิดของโรค ระยะของโรคและการรักษาที่ได้รับ โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	=	ค่าร้อยละ
	f	=	ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n	=	จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สูตรดังนี้

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว}$$

$$N = \text{จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง}$$

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเจ็บปวด พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ใช้สูตรดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ

$$r = \text{สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y}$$

$$x = \text{คะแนนของตัวแปรที่ 1}$$

$$y = \text{คะแนนของตัวแปรที่ 2}$$

$$N = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ เพศ ประวัติของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย และครอบครัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง การรักษาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่า (Eta) ใช้สูตรดังนี้

$$\eta^2 = \left[ \frac{\sum(\sum X_{ij})^2 / n_j - (\sum \sum X_{ij})^2 / n}{\sum \sum X_{ij}^2 - (\sum \sum X_{ij})^2 / n} \right]$$

เมื่อ	$\eta$	=	ค่าอัตราส่วนของความสัมพันธ์ค่า
	X	=	ค่าของข้อมูลชุดที่ i กลุ่มที่ j
	$n_j$	=	จำนวนข้อมูลของกลุ่ม i
	n	=	จำนวนข้อมูลรวมของทุกกลุ่ม

6. สร้างสมการพยากรณ์อาการนอนไม่หลับ ด้วยตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

เมื่อ	$\hat{y}$	=	คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการพยากรณ์
	a	=	ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ
	$b_1, b_2, \dots, b_k$	=	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
	$x_1, x_2, \dots, x_k$	=	คะแนนดิบของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

#### สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = \beta_1Z_1 + \beta_2Z_2 + \dots + \beta_kZ_k$$

เมื่อ	$Z_y$	=	คะแนนมาตรฐานตัวแปร
	$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$	=	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
	$Z_1, Z_2, \dots, Z_k$	=	คะแนนมาตรฐานของตัวพยากรณ์แต่ละตัว

7. หาสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) โดยใช้สูตรดังนี้

$$R^2 = \sqrt{\frac{SS_{\text{reg}}}{SS_t}}$$

เมื่อ  $R^2$  = สัมประสิทธิ์การพยากรณ์  
 $SS_{\text{reg}}$  = ความแปรปรวนของตัวแปรตามที่สามารถอธิบายได้ด้วย  
 ตัวแปรพยากรณ์  
 $SS_t$  = ความแปรปรวนทั้งหมดของตัวแปรเกณฑ์

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาพยากรณ์ทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง หรือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ )ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัว ซึ่งพบว่าตัวพยากรณ์คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุดคือ ความซึมเศร้ากับอาการนอนไม่หลับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ ) เท่ากับ .573 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูง จนทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นคือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์( $r$ ) ที่มากกว่า .65 (Burns and Grove, 2001: 551)

2. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงปกติ ทดสอบดังนี้

2.1 การทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov ซึ่งหลักของการทดสอบนี้คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานว่าประชากร/ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำแสดงว่าการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ผลการทดสอบดังแสดงต่อไปนี้

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		SEX	AGE	ORGAN	STAGE	P	TREAT	ANXIETY	DE PRESS	HABIT	BELIEF	INSOM NIA	SLDI
N		170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170
Normal	Mean	1.62	44.79	6.52	2.58	2.84	3.26	42.12	14.68	49.80	150.53	11.31	2.0647
Parameters(a,b)	S.D.	.486	10.539	3.900	.841	2.632	2.641	8.927	8.582	4.947	44.295	5.777	.24673
Most Extreme	Absolute	.404	.090	.134	.230	.183	.337	.062	.085	.067	.055	.062	.539
Differences	Positive	.277	.089	.134	.230	.183	.337	.062	.085	.058	.055	.062	.539
	Negative	-.404	-.090	-.102	-.216	-.140	-.196	-.046	-.054	-.067	-.033	-.061	-.397
Kolmogorov-Smirnov Z		5.271	1.175	1.751	2.998	2.391	4.393	.807	1.103	.871	.719	.812	7.024
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.127	.004	.000	.000	.000	.533	.175	.441	.680	.524	.000

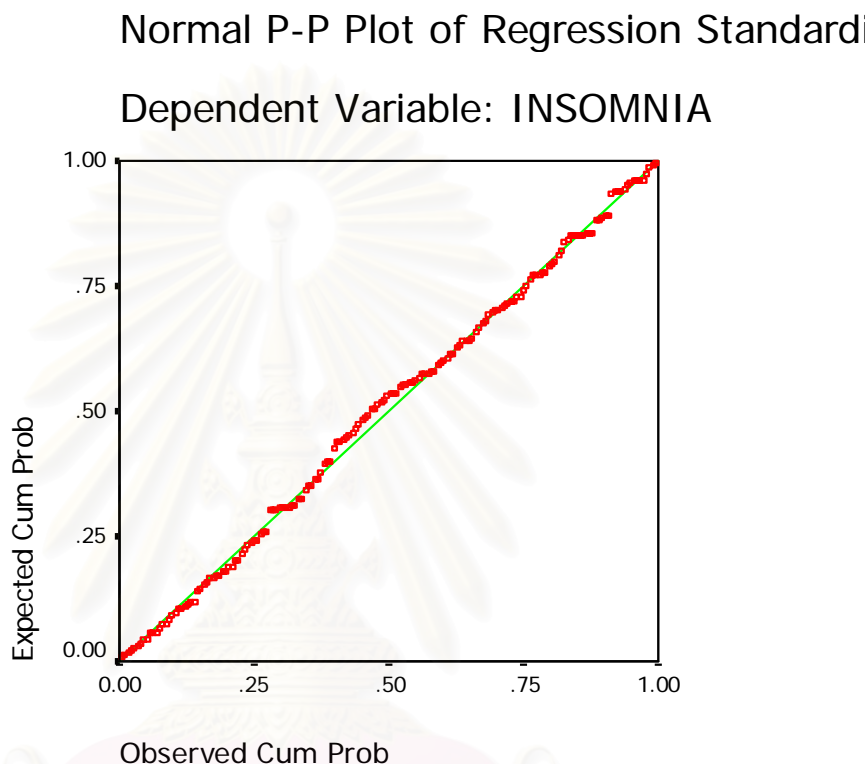
a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากผลการทดสอบ พบว่า ค่า  $p$  ของการประเมินเพศ ชนิดของโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีการแจกแจงปกติ ส่วนตัวแปรอื่นๆที่มีค่า  $p$  มากกว่า .05 แสดงว่าข้อมูลของตัวแปรเหล่านั้นมีการแจกแจงปกติ ซึ่งต้องทดสอบร่วมกับวิธีอื่นๆด้วย

2.2 การทดสอบโดยใช้กราฟ ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าของข้อมูลจริงที่เกิดขึ้น ค่าที่คาดไว้ (Expected Value) โดยค่าที่คาดไว้จะเป็นเส้นตรง และค่าจริงจะต้องอยู่รอบๆ เส้นตรงนั้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

**แผนภาพที่ 1** กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล



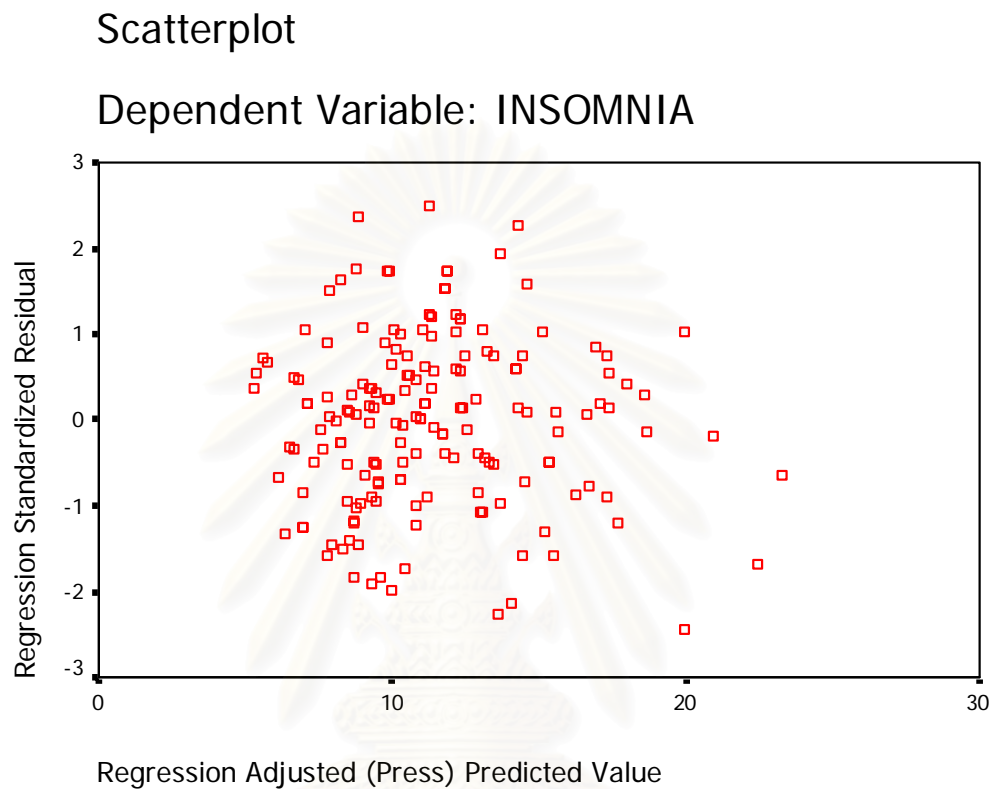
จากแผนภาพที่ 1 พบว่า ค่าจริงของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆ เส้นตรงของค่าที่คาดไว้ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงหรือเป็นปกติ

2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Dubin-Watson โดยถ้าค่า Dubin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันหรือไม่มีปัญหาค่าความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.770 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

2.4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่เท่ากัน ทดสอบโดยการพล็อตกราฟความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งถ้าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ หรือมีค่าในช่วงใดช่วงหนึ่งแคบๆหรืออยู่ระหว่าง

-3 ถึง +3 จะถือว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน



จากแผนภาพที่ 2 พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 15 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 170คน จำแนกตามรายชื่อ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย
5. ท่านรู้สึกสบายใจ	2.56	.86	3
18. ท่านรู้สึกปลอดภัยโปร่งโล่งอก	2.55	.86	3
1. ท่านรู้สึกจิตใจสงบ	2.51	.77	3
20. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย	2.39	.80	3
4. ท่านรู้สึกเสียใจที่ป่วยเป็นโรคนี	2.32	1.01	4
3. ท่านรู้สึกคิดมาก	2.30	.95	4
7. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการตรวจ การรักษา	2.25	.98	3
19. ท่านรู้สึกอารมณ์แจ่มใสดี	2.21	.76	3
10. ท่านรู้สึกได้รับความสะดวกสบายใจ	2.16	.81	3
8. ท่านรู้สึกได้พักผ่อน	2.15	.86	3
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ	2.09	.75	3
9. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจ	2.02	.78	3
16. ท่านกำลังมีเรื่องกลุ้มใจ	2.01	.90	3
17. ท่านรู้สึกกลัว	1.92	.93	3
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นหรือมีอาการตกใจง่าย	1.88	.84	3
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ	1.85	.77	3
15. ท่านรู้สึกพอใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา	1.84	.68	3
11. ท่านรู้สึกมั่นใจต่อการรักษาที่ได้รับ	1.81	.73	3
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย	1.78	.72	3
2. ท่านได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวดีมาตลอด	1.55	.70	3

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนการประเมินความวิตกกังวลรายชื่อที่ 5 ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกสบายใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .86 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือข้อที่ 2 เป็นการประเมินเกี่ยวกับการได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .70

ตารางที่ 16 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 170คน จำแนกตามรายชื่อ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย
21. ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ	1.49	1.12	5
19. น้ำหนักของฉันไม่ลดลง	1.10	1.16	3
17. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ	1.02	.78	3
16. ฉันนอนได้ตามปกติ	.94	.84	3
6. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกกลืนโทษ	.89	1.05	3
5. ฉันไม่เคยรู้สึกผิด	.81	.62	3
20. ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ	.81	.63	3
8. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันเร็วกว่าคนอื่น	.78	.85	3
18. ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ	.74	.78	3
15. ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย	.72	.75	3
14. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน	.68	.69	3
11. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกขุ่นเคืองโกรธง่าย	.63	.69	3
1. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า	.60	.72	3
2. ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต	.52	.75	3
3. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว	.51	.68	3
7. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกผิดหวังในตนเอง	.48	.60	3
12. ฉันยังให้ความสำคัญกับผู้อื่นอยู่เสมอ	.48	.65	2
13. ฉันตัดสินใจอะไรได้อย่างที่เคยทำ	.48	.73	3
4. ฉันมีความพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ	.45	.66	3
10. ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น	.44	.70	3
9. ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย	.14	.34	1

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนการประเมินความซึมเศร้ารายข้อที่ 21 ซึ่งเป็นการประเมินความสนใจทางเพศสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือข้อที่ 9 เป็นการประเมินเกี่ยวกับการคิดฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ .14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .34

ตารางที่ 17 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 170คน จำแนกตามรายชื่อ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย
10. ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน	4.81	.74	4
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนเข้านอน	4.80	.67	4
13. ท่านออกกำลังกายในช่วงก่อนนอน	4.59	.78	4
14. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยล้ามาก	4.48	.97	4
7. ท่านดื่ม กาแฟหรือ ชา หรือน้ำอัดลม ก่อนเข้านอน.	4.25	1.23	4
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน	3.60	1.00	4
2. ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกคืน	3.57	1.11	4
4. ท่านไม่ทำงานในห้องนอน	3.44	1.76	4
5. ท่านนอนกลางวันได้นานเกิน กว่า 30 นาที	3.15	1.33	4
6. ท่านรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมง	3.08	1.28	4
8. ท่านไม่ทานอาหารพวกถั่ว หรือของหมักดอง	3.01	1.57	4
3. ก่อนเข้านอนท่านทำกิจกรรมในห้องนอน	2.55	1.29	4
11. ท่านออกกำลังกาย 3-4 วันต่อสัปดาห์	2.48	1.27	4
12. ท่านออกกำลังกายในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็น	2.00	1.19	4

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยาเกี่ยวกับการนอนหลับรายชื่อที่ 10 ซึ่งเป็นการประเมินการสูบบุหรี่ก่อนเข้านอนสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .78 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือข้อที่ 12 เป็นการประเมินเกี่ยวกับออกกำลังกายในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.19

**ตารางที่ 18** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ  
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 170คน จำแนกตามรายชื่อ (n= 170)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย
<b>1. ด้านผลจากอาการนอนไม่หลับ</b>			
ข้อที่ 5หากนอนไม่หลับอย่างต่อเนื่อง อาจมีผลอย่างรุนแรงต่อสุขภาพกาย	7.86	2.85	10
ข้อที่10การนอนไม่หลับ จะมีผลต่อการทำกิจกรรมต่างๆในวันรุ่งขึ้นของฉัน	7.16	3.12	10
ข้อที่21เมื่อฉันรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง หรือรู้สึกทำอะไรในช่วงกลางวันได้ ไม่ดีเลย ฉันรู้ทันทีว่าเป็นเพราะเมื่อคืนฉันนอนไม่ค่อยหลับ	6.44	3.40	10
ข้อที่ 4หากไม่ได้นอน 1 หรือ 2 คืนแล้ว ฉันอาจสติแตกได้	5.66	3.93	10
ข้อที่12การดื่มเครื่องดื่ม โกรธหรือหงุดหงิดง่าย เป็นเพราะเมื่อคืนฉันนอนไม่ ค่อยหลับ	5.51	3.62	10
ข้อที่18คืนไหนที่นอนไม่พอหรือหลับไม่สนิท วันรุ่งขึ้นฉันแทบจะทำกิจกรรม ต่างๆไม่ได้เลย	4.74	3.47	10
<b>2. ด้านการควบคุมและทำนายการนอนหลับ</b>			
ข้อที่19ฉันคาดเดาไม่ได้เลยว่าคืนไหนฉันจะนอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ	6.09	3.65	10
ข้อที่25การนอนไม่หลับทำให้ฉันทำสิ่งที่ต้องการไม่ได้ และความสุขในชีวิต ลดลง	5.41	3.48	10
ข้อที่22เวลาก่อนนอนฉันคิดอะไรต่างๆ จนไม่รู้จะจัดการอย่างไร	5.06	3.61	10
ข้อที่20ฉันไม่รู้จะทำอย่างไรดีกับอาการที่เกิดจากการนอนไม่หลับ	4.99	3.54	10
ข้อที่26อาการนอนไม่หลับของฉันเพิ่มมากขึ้นทุกที และไม่มีใครช่วยได้	4.51	3.69	10
ข้อที่ 8ฉันกังวลว่าอาจไม่สามารถควบคุมการนอนหลับได้อีกต่อไป	4.39	3.36	10
ข้อที่23ฉันยังทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ แม้ว่ามีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับก็ ตาม	3.50	3.20	10
ข้อที่16หากคืนนั้นนอนหลับดี ฉันแน่ใจว่าคืนถัดไปต้องนอนไม่หลับ	3.29	3.48	10
ข้อที่17หากคืนนั้นนอนไม่ค่อยหลับ ฉันแน่ใจว่าตลอดทั้งอาทิตย์ฉันจะมีปัญหา เรื่องการนอนหลับ	2.90	3.41	10
<b>3. ด้านความคาดหวังเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับ</b>			
ข้อที่1ฉันต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีใน วันรุ่งขึ้น	8.31	2.22	10
ข้อที่13ฉันอยากหลับเหมือนเพื่อนร่วมห้องเหลือเกิน คือ หัวถึงหมอนก็หลับ ทันทีและหลับตลอดคืน	7.56	3.16	10
ข้อที่3ฉันนอนน้อยลง เพราะว่าอายุมากขึ้น	5.27	3.61	10

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย
<b>4. ด้านเหตุที่สนับสนุนอาการนอนไม่หลับ</b>			
ข้อที่14ฉันคิดว่าอาการนอนไม่หลับเกิดจากความสูงวัย และไม่มีวิธีใดที่จะแก้ปัญหานี้ได้	5.40	3.58	10
ข้อที่24การนอนไม่หลับของฉัน เกิดจากร่างกายขาดสมดุลทางเคมี	5.18	3.37	10
<b>5. ด้านความคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการนอนหลับ</b>			
ข้อที่6หากพยายาม ฉันจะหลับได้นานมากขึ้นและรู้สึกดีขึ้นในวันถัดไป	8.04	2.33	10
ข้อที่9เพราะอายุมากขึ้น ฉันควรเข้านอนแต่หัวค่ำ	6.99	3.20	10
ข้อที่2หากคืนไหนนอนไม่พอ วันรุ่งขึ้น ฉันต้องงีบกลางวัน และนอนให้มากขึ้นในคืนถัดไป	6.76	3.23	10
ข้อที่28การรักษาทางการแพทย์ เป็นวิธีเดียวเท่านั้นที่จะรักษาอาการนอนไม่หลับ	6.01	3.81	10
ข้อที่7เมื่อนอนไม่หลับหรือเมื่อตื่นแล้วนอนหลับต่อไม่ได้ ฉันควรพยายามหลับต่อไป ไม่ควรลุกจากเตียง	5.86	3.63	10
ข้อที่15บางครั้งฉันรู้สึกกลัวว่าจะตายระหว่างที่หลับอยู่	3.09	3.62	10
ข้อที่11ฉันควรกินยานอนหลับในคืนที่ฉันนอนไม่หลับ เพื่อวันรุ่งขึ้นฉันจะตื่นตัวแล้วทำงานได้ตามปกติ	2.87	3.54	10
ข้อที่27การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เล็กน้อยก่อนถึงเวลานอน เป็นวิธีการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับที่ดีวิธีหนึ่ง	1.66	2.96	10

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับรายข้อที่ 1 ซึ่งเป็นการประเมินความต้องการนอนหลับ 8 ชั่วโมงเพื่อให้รู้สึกสดชื่นและทำงานได้ดีในวันรุ่งขึ้นสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.76 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือข้อที่ 27 เป็นการประเมินเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เล็กน้อยก่อนถึงเวลานอน เป็นวิธีการแก้ปัญหาการนอนไม่หลับที่ดีวิธีหนึ่งมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.96

**ตารางที่ 19** ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 170 คน

ลักษณะข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ค่าพิสัย	ระดับ
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ	1.68	1.18	4	ปานกลาง
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้ว พยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ	1.79	1.14	4	ปานกลาง
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเร็วเกินไป	1.56	1.08	4	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจกับสภาพการนอนในปัจจุบัน	1.68	1.25	4	ปานกลาง
5. ปัญหาการนอนไม่หลับของท่านมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับไหน	1.68	1.07	4	ปานกลาง
6. การนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านนั้น จนคนอื่นสังเกตเห็นได้	1.52	1.06	4	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหดหู่มากขึ้นกับการนอนไม่หลับ	1.38	1.03	4	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	11.31	5.77	25	กำลังจะมีอาการนอนไม่หลับ

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของอาการพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.18 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของอาการตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 1.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.14

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของอาการตื่นเร็วเกินไปอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 1.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจกับสภาพการนอนในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเท่ากับ 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.25

ด้านระดับผลของปัญหาการนอนไม่หลับต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 1.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.07 ด้านการนอนไม่หลับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 1.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.06 ส่วนด้านการรู้สึกกังวลหรือหดหู่มากขึ้นกับการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 1.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.03

คะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับกำลังจะมีอาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ 11.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77

**ตารางที่ 20** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 170 คน จำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง (n=170)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	จำนวนทั้งหมด	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	8	36	22.22
มะเร็งต่อมไทรอยด์	10	31	72.26
มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง	12	23	52.17
มะเร็งปอด	9	21	42.86
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	1	15	6.67
มะเร็งในช่องปาก	1	15	6.67
มะเร็งลำไส้	5	12	41.67
มะเร็งหลอดอาหาร	0	6	0
มะเร็งผิวหนัง	1	3	33.33
มะเร็งต่อมทอนซิล	3	3	100
มะเร็งที่ไต	1	2	50
มะเร็งตับ	0	1	0
มะเร็งถุงน้ำดี	0	1	0
มะเร็งต่อมลูกหมาก	0	1	0
รวม	51	170	30

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีอาการนอนไม่หลับจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 30 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งต่อมทอนซิลมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 52.17 และผู้ป่วยมะเร็งที่ไต มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 170 คน จำแนกตามอาการ และระดับของอาการนอนไม่หลับ (n=170)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาการนอนหลับยาก		
ระดับต่ำ	0	0
ปานกลาง	67	66.34
รุนแรง	34	33.66
โดยรวม	101	59.41
อาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึก		
ระดับต่ำ	0	0
ปานกลาง	66	62.27
รุนแรง	40	37.74
โดยรวม	106	62.35
อาการตื่นเร็วกว่าปกติ		
ระดับต่ำ	0	0
ปานกลาง	54	60.67
รุนแรง	35	39.34
โดยรวม	89	52.35

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีอาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึกมากที่สุดจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 62.35 โดยส่วนใหญ่มีอาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึกอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 62.27 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการหลับๆตื่นๆขึ้นกลางดึก รองลงมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีอาการนอนหลับยาก จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 59.41 โดยมีอาการนอนหลับยากในระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 67 คน คิดร้อยละ 66.34 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนหลับยาก และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดมีอาการตื่นเร็วกว่าปกติจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 52.35 โดยอาการตื่นเร็วกว่าปกติอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 60.67 ของผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการตื่นเร็วกว่าปกติ



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	พัทธิญา แก้วแพง
วัน เดือน ปี เกิด	28 กรกฎาคม 2523
ตำแหน่ง	อาจารย์พยาบาล
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี 293 ถ.เลียงเมือง ต.หนองขอยกว้าง อ.เมือง จ.อุดรธานี 41000
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ.2544
<b>ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ</b>	
พ.ศ. 2544-2545	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน	อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย