

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

รัชชยา มหาสิริมงคล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ธันวาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

รัชชยา มหาสิริมงคล

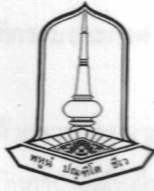
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ธันวาคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม





คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รศ.ดร.ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่)

ประธานกรรมการ

(กรรมการบัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(อาจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก)

(ผศ.ดร.อภิญา วังศรีพิริโยธา)

กรรมการ

(อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม)

(อาจารย์ ดร.สุชาติ สิทธิปกรณ์)

กรรมการ

(อาจารย์บัณฑิตศึกษาประจำคณะ)

(ผศ.ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์)

กรรมการ

(ผู้ทรงคุณวุฒิ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ.ดร.ตรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ศ.ดร.ประดิษฐ์ เทอดทูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ๒๒ เดือน ๖ พ.ศ. ๒๕๖๐



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงยิ่ง ที่กรุณาในการให้ คำแนะนำ ช่วยชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบรายละเอียด ให้คำปรึกษา และเอาใจใส่อย่างดีในทุก รายละเอียดของขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณอย่างสูง รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริฉวี อินทรหนองไผ่ ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ อาจารย์ประจำบัณฑิตศึกษา ประจำคณะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่กรุณา ช่วยเสนอข้อคิดเห็นและคำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและ เคมีบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกคน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการ เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นกำลังใจ และคอยโอบอุ้มด้วยน้ำใจไมตรีตลอดการศึกษา และขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้องทุกท่านทั้งครอบครัว มหาสิริมงคล และ ครอบครัวมาหลิน ที่ได้อบรมสั่งสอนและส่งเสริมให้มีความมุ่งมั่นในการศึกษา ให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ดูแลและสนับสนุน ให้ความรักและกำลังใจ และเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการทำวิทยานิพนธ์นี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบบูชาแด่ พระคุณบุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือตลอดมา

รัชชยา มหาสิริมงคล



| | | | |
|------------------|--|------------|------------------|
| ชื่อเรื่อง | คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 | | |
| ผู้วิจัย | นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล | | |
| ปริญญา | พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต | สาขาวิชา | การพยาบาลผู้ใหญ่ |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | อาจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา | | |
| มหาวิทยาลัย | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม | ปีที่พิมพ์ | 2560 |

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบิร์ก และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ร้อยละ 79.7 ($\bar{X} = 10.05$, $SD = 4.79$)
2. ปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับที่พบมากที่สุดของ 5 ปัจจัยหลัก มีดังนี้
 - 2.1 ปัจจัยด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคและจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการปวดขาและอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ตามลำดับ
 - 2.2 ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ ได้แก่ การกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับเป็นซ้ำ
 - 2.3 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ การมีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย
 - 2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป
3. ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การงีบหลับในตอนกลางวัน/นอนกลางวัน 2) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 3) การดื่มชา/กาแฟ 4) การสูบบุหรี่ และ 5) การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน

เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการจัดการและลดปัจจัยที่รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ยาเคมีบำบัด



TITLE Sleep Quality and Factors Interfering with Sleep in Colorectal Cancer Patients after Receiving FOLFOX4 Chemotherapy Regimens

AUTHOR Miss Rachaya Mahasirimongkon

DEGREE Master of Nursing Science **MAJOR** Adult Nursing

ADVISORS Nongyaow Meethien, Ph.D.
Asst. Prof. Apinya Wongpiriyayothar, Ph.D.

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2017

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study sleep quality and factors interfering with sleep in patients with colorectal cancer after receiving FOLFOX4 chemotherapy regimens. The sample was 64 colorectal cancer patients who were admitted to the general surgery and chemotherapy unit at Mahasarakham Hospital. The research instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and a questionnaire about factors interfering with sleep in colorectal cancer patients after receiving chemotherapy. The reliabilities of these instruments were .83 and .91, respectively. The data were analyzed by using frequencies, percentages, means, and standard deviations. The results of the study showed:

1. Most patients had poor quality of sleep (79.7 % , \bar{X} = 10.05, SD = 4.79).
2. Of the five major factors interfering with sleep, the most common precipitating factors were:
 - 2.1 The physical factors from pathology of the disease and drug adverse reaction of chemotherapy were leg pain and peripheral neuropathy respectively;
 - 2.2 The emotional factor was fear of death/unable to treat/recurrent;
 - 2.3 The life events factor was low income due to illness; and
 - 2.4 The environmental factor was hot weather.
3. The top five inappropriate behaviors related to the perpetuating factor that disturbed sleep were 1) daytime napping/sleeping, 2) drinking energy drink, 3) drinking tea/coffee, 4) smoking, and 5) drinking a lot of water before bedtime.

To promote good sleep quality, nurses and the health team should manage and relieve sleep disturbances in the patients.

Key Words: Sleep quality, Factors interfering with sleep, Colorectal cancer patients, Chemotherapy



สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| กิตติกรรมประกาศ | ก |
| บทคัดย่อภาษาไทย | ข |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ค |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย | 6 |
| 1.3 คำถามการวิจัย | 6 |
| 1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 6 |
| 1.5 ขอบเขตการวิจัย | 8 |
| 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ | 8 |
| 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 9 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 10 |
| 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก | 10 |
| 2.1.1 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก | 11 |
| 2.1.2 การแบ่งระยะการดำเนินโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก | 11 |
| 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก | 12 |
| 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก | 12 |
| 2.1.5 ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 | 13 |
| 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ | 15 |
| 2.2.1 ความหมายของการนอนหลับ | 15 |
| 2.2.2 สรีรวิทยาการนอนหลับ | 16 |
| 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง | 17 |
| 2.3.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ | 17 |
| 2.3.2 ผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง | 18 |
| 2.3.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ | 20 |



สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของสปีลแมน | 23 |
| 2.4.1 ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) | 23 |
| 2.4.2 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) | 24 |
| 2.4.3 ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) | 25 |
| 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 27 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 31 |
| 3.1 การออกแบบการวิจัย | 31 |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 31 |
| 3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 33 |
| 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 33 |
| 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล | 38 |
| 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล | 39 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย | 40 |
| 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง | 40 |
| 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง | 43 |
| 4.3 คุณภาพการนอนหลับ | 45 |
| 4.4 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง | 49 |
| 4.5 การอภิปรายผลการวิจัย | 54 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | 61 |
| 5.1 สรุปผลการวิจัย | 61 |
| 5.2 ข้อเสนอแนะ | 62 |
| เอกสารอ้างอิง | 63 |
| ภาคผนวก | 72 |
| ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 73 |
| ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย | 75 |
| ภาคผนวก ค เอกสารยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | 77 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 79 |
| ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ | 91 |
| ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 99 |
| ประวัติย่อผู้วิจัย | 102 |



สารบัญตาราง

| | | | หน้า |
|-------|-----|---|------|
| ตาราง | 4.1 | ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง | 41 |
| ตาราง | 4.2 | ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน | 43 |
| ตาราง | 4.3 | คะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ (n = 64) | 45 |
| ตาราง | 4.4 | องค์ประกอบของการนอนหลับ | 46 |
| ตาราง | 4.5 | ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64) | 50 |
| ตาราง | 4.6 | ปัจจัยกระตุ้นด้านสภาวะอารมณ์ที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64) | 51 |
| ตาราง | 4.7 | ปัจจัยกระตุ้นด้านเหตุการณ์ในชีวิตที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64) | 52 |
| ตาราง | 4.8 | ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64) | 53 |
| ตาราง | 4.9 | ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ (n = 64) | 54 |



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก จากฐานข้อมูลมะเร็งทั่วโลกปี 2012 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (746,000 ราย/ปี) และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง (614,000 ราย/ปี) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 694,933 รายต่อปี โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณ์ว่าจะมีแนวโน้มการเสียชีวิตสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยคาดว่าอีก 5 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,953,000 ราย (International Agency for Research on Cancer, 2012) สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทย จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี ค.ศ. 2010 – 2012 พบว่าอัตราการป่วยในเพศชาย เป็นอันดับ 3 และในเพศหญิง เป็นอันดับ 4 เท่ากับ 14.4 : 100,000 ประชากร และ 11.2 : 100,000 ประชากร ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก จำนวน 3,416 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง จำนวน 70,075 คน และจากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติปี 2557 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 17.21 และ 8.78 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 15 อันดับแรก ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ส่วนในโรงพยาบาลมหาสารคามพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2557 – 2559 จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยพบมากเป็นอันดับ 3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 520, 549, 631 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ ซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ทำให้สูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก (Heras et al., 2009)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบันมีวิธีที่นิยมใช้ในการรักษา 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่วิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ วิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมี



บำบัด คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของวิธีการรักษาทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะการกระจายของโรค สภาพาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) สำหรับการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นการรักษาเสริมหลังจากการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) และการให้ยาเคมีบำบัดในระยะแพร่กระจายเพื่อการบรรเทาอาการและประคับประคอง (Palliative chemotherapy) โดยแนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยเคมีบำบัดนั้นสูตรยาที่เป็นมาตรฐานของการรักษา ได้แก่ สูตร Mayo (5-FU, Leucovorin) และ สูตร FOLFOX4 (5-FU, Leucovorin, Oxaliplatin) โดยปัจจุบันยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ได้เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแพร่กระจาย พบว่าให้ผลดีมากซึ่งสามารถเพิ่มอัตราตอบสนองต่อการรักษาสูงขึ้นถึง 50% และสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำข้างลงได้ราว ๆ 20% (Meyer et al., 2003) โดยมีข้อมูลจากการทดลองทางคลินิก MOSAIC trial ที่สนับสนุนว่า ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 สามารถเพิ่มจำนวนปีที่มีชีวิตโดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะที่ 2 และ 3 ได้ถึงร้อยละ 66.4 เมื่อเปรียบเทียบกับสูตรการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน คือ สูตร Mayo ที่มีจำนวนปีที่มีชีวิตโดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 58.9 นอกจากนี้เมื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 ปีพบว่าสูตรการรักษา FOLFOX4 สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (Overall survival rate) ได้ถึงร้อยละ 78.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับสูตร Mayo ที่มีอัตราการรอดชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเท่ากับ ร้อยละ 76.0 (Thierry et al., 2009) ซึ่งยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 มีประสิทธิภาพของการรักษาที่ดีกว่ายาเคมีบำบัดสูตร Mayo ดังนั้นในปัจจุบันแพทย์จึงนิยมใช้ยาสูตรใหม่นี้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแพร่กระจายอย่างแพร่หลาย

สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคามได้เริ่มนำยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 เข้ามาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2557 ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะที่ 3 ซึ่งพบว่าการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น จากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ในปี 2557 – 2559 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จำนวน 146, 152, 163 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลมหาสารคาม, 2559) การให้ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 นั้นผู้ป่วยต้องให้ยาทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ 5-FU, Leucovorin และ Oxaliplatin ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน โดยทั่วไปนิยมให้เป็นรอบ (Cycle) โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาทั้งหมด 12 รอบ ระยะห่างของแต่ละรอบคือ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยต้องนอนให้ยาเป็นระยะเวลานาน 22 ชั่วโมงติดต่อกัน 2 วัน ในแต่ละรอบของการรักษา ซึ่งต่างจากการรักษาด้วยยาสูตรเดิมคือ สูตร Mayo ที่ผู้ป่วยจะได้รับยาทั้งหมด 2 ชนิด คือ 5-FU และ Leucovorin ใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน ได้รับยาทั้งหมด 6 รอบ ระยะห่างของแต่ละรอบคือ 4 สัปดาห์ โดยแต่ละรอบของการรักษาผู้ป่วยจะได้รับยาต่อเนื่อง 5 วันติดต่อกัน ซึ่งใช้เวลาในการบริหารยาเพียงวันละ 2 ชั่วโมง หลังจากให้ยาหาก



ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยอ่อนเพลียมาก สัญญาณชีพผิดปกติ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยสามารถกลับไปนอนบ้านและกลับมาให้ยาในเช้าของวันถัดไปได้

ภายหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัดและรูปแบบการบริหารยาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการใช้ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ผู้วิจัยได้สังเกตว่าผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบ่นว่าตนเองนอนไม่หลับ หรือหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นตอนกลางคืนบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ป่วยมักจะขอยานอนหลับจากแพทย์กลับไปรับประทานที่บ้านเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 มักได้รับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมากจากอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งมีหลากหลายอาการ ได้แก่ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปลายประสาทอักเสบ อาการเจ็บและร้อนบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เหน็บเบื่ออาหาร มีแผลในช่องปาก การรับรสเปลี่ยนแปลง และเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งปัญหาการนอนหลับ (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559; Nusrat et al., 2013; Thierry et al., 2009) ซึ่งปัญหาการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ได้แก่ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า หรืออาการพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย เนื่องจากยา Oxaliplatin ทำให้เกิดอาการได้ทั้งเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง หากอาการรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการปวดซึ่งจะสร้างความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (นุสรา และคณะ, 2560 และ Cindy et al., 2013) และจากการศึกษาของ Linh et al. (2013) พบว่าอาการเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัดมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยาในรอบที่ 3 เป็นต้นไป และพบว่าจำนวนรอบของการได้รับยาเพิ่มขึ้นจะมีการสะสมของปริมาณยามากขึ้น ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย โดยพบอุบัติการณ์ของอาการชาตามปลายมือปลายเท้าอยู่ที่ร้อยละ 20 – 100 (Andreas, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cindy et al. (2013) พบว่าอาการเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก และเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงขึ้นจะส่งผลทำให้ปัญหาการนอนหลับเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

จากปรากฏการณ์ปัญหาการนอนหลับที่พบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงได้ทำศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 จำนวน 13 ราย พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากถึง 9 รายที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยเริ่มพบปัญหาการนอนหลับใน Cycle ที่ 3 เป็นต้นไปและพบมากใน Cycle ท้าย ๆ ซึ่งผลการศึกษานำร่องพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ คือ นอนไม่หลับ ใช้เวลานอนนานกว่าจะหลับ ตื่นกลางคืนบ่อยครั้ง นอนไม่พอ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุและอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับ มีดังนี้ 1) มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 4 ราย 2) ความเครียด



จากการมารักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ราย 3) ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิมและมีรายได้ลดลง 3 ราย 4) มีอาการปวดแสบร้อนบริเวณเส้นเลือดที่เท้ายาเคมีบำบัด 2 ราย 5) ปวดขาทั้งสองข้างตั้งแต่เข่าลงไป 2 ราย และ 6) ซาตามปลายมือและปลายเท้ามาก โดยเฉพาะตอนกลางดึก หรือตอนรุ่งเช้าที่มีอากาศเย็น ๆ 5 ราย จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่ายาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 จะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น แต่ขณะเดียวกันอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการรักษา ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการนอนหลับและย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลงได้

ปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งการนอนหลับเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งมีความจำเป็นต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ สำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัยทั้งในเวลาที่ปกติและในเวลาที่เป็นผู้ป่วย เพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยและการสะสมพลังงานไว้ใช้ในกิจวัตรประจำวันในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาการนอนหลับเป็นความทุกข์ทรมานอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง จนสิ้นสุดการรักษา (Ancoli-Israel, 2015) และพบปัญหาการนอนหลับได้สูงขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัด (Palesh et al., 2010) โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด ซึ่งการศึกษาของ Hong et al. (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดต่อความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง

คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Buysse et al., 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษา ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การศึกษาของนันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาในผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้วกลับไปอยู่บ้าน จำนวน 77 ราย พบว่ามีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดีร้อยละ 49.4 และวันเพ็ญ เทศวิรัช (2557) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมและอายุรกรรม จำนวน 85 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีถึงร้อยละ 67.1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง ซึ่งจากอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา และการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน และรู้สึกว่าปัญหาเพิ่มมากกว่าในช่วงอื่น ๆ ของชีวิต ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกกังวลใจ ไม่แน่นอน กลัวรักษาไม่หายและกลับไปเป็นซ้ำ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาการนอนหลับที่ไม่ดี (Vena et al., 2004)



จะเห็นได้ว่าปัญหาการนอนไม่หลับและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางด้านร่างกายจะทำให้ขาดพลังงานในการดำรงชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านความจำและสมาธิ (Anna et al., 2014) รวมทั้งทำให้กระบวนการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายขาดสมดุล และถ้าหากผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดต้องประสบกับปัญหาการนอนหลับ ย่อมส่งผลกระทบต่อกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาซึมเศร้า เหนื่อยอ่อนเพลีย จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำลงมาก ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ยาเคมีบำบัดต่อเนื่องได้ ต้องลดขนาดยา หรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป เพื่อให้ขนาดยามีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดำเนินของโรคให้มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Ancoli-Israel, 2015) และอาจเกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น หรือกลับเป็นซ้ำได้ ทำให้อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ลดลงได้ (Vena et al., 2004) สำหรับด้านจิตใจและอารมณ์ การนอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงขึ้น มีอารมณ์แปรปรวน เกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมลดลง (Zhang et al., 2015) นอกจากนี้แล้วผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งเผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอีกด้วย (O'Donnell, 2004)

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัดต้องประสบกับอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา ภาวะความวิตกกังวล ความกลัว และความเครียดส่งผลทำให้วงจรชีวภาพและวงจรการนอนหลับในร่างกายทำงานผิดปกติ นอนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลงเนื่องจากปัจจัยหลายประการที่รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้น ขึ้นอยู่กับอาการของความเจ็บป่วยหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการปวด (สุตารัตน์ ชัยอาจ และคณะ, 2550; Anna et al., 2014; Mathew et al., 2015) อาการเหนื่อยล้า (นันทวรรณ พลสุวรรณ, 2557; วันเพ็ญ เทศวิรัช, 2557; Paleash et al., 2010; Philips et al., 2012) อาการชาปลายมือปลายเท้า (ชุตินา ฉันทมิตรโรภาส และคณะ, 2555; พัชรินทร์ แก้วรัตน์และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559) และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ สุขอนามัยการนอนหลับ (นงลักษณ์ อนันตอาจ, 2550) และความวิตกกังวล (สุตารัตน์ ชัยอาจ และคณะ, 2550; Anna et al., 2014, Galiano et al., 2017) เป็นต้น

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวร่วมกับการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 มีปัญหาการนอนหลับเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัญหาการนอนหลับดังกล่าวน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกัน ทำให้ปัญหามีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น จนส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Spielman



(1986) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด หรือประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช และปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งในบทบาทของพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมียอดความรู้ และความเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนต่อการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากปล่อยให้ เป็น ปัญหาที่เรื้อรังโดยไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อแผนการรักษา คุณภาพชีวิต และทำให้อัตรา การรอดชีวิตภายใน 5 ปี ลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัย ต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ ส่งเสริมคุณภาพของการนอนหลับให้มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับ ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมี บำบัดเป็นอย่างไร

1.3.2 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด คืออะไรบ้าง และเป็นอย่างไร

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพการนอนหลับของ Buysse et al. (1989) ร่วมกับ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของ Spielman (1986) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ซึ่งคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) การนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน (Buysse et al., 1989)

สำหรับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ มี 3 ปัจจัยด้วยกัน คือ 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) และ 3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้ (Spielman, 1986)

1. ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้ความทนต่อการเกิดปัญหาการนอนหลับลดลง ซึ่งมักจะเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเอง เช่น อายุ เพศ หรือประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น

2. ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (Acute insomnia) ประกอบด้วย 4 ปัจจัยย่อยได้แก่ 1) ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย 2) สภาวะอารมณ์ 3) เหตุการณ์ชีวิต และ 4) สิ่งแวดล้อม

3. ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 มีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดและมีปัญหาการนอนหลับและมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ เช่น เหนื่อยล้า ซาปลายมือปลายเท้าปวด และเครียด และมีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสนับสนุนว่าอาการด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ อาการด้านร่างกาย เช่น อาการปวด อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการเหนื่อยล้า สภาวะอารมณ์ เช่น อาการซึมเศร้า ภาวะตึงเครียด และความวิตกกังวล มีงานวิจัยสนับสนุนว่ายาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ทำให้เกิดพิษทางระบบประสาทส่วนปลายและมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 โดยใช้แนวคิดคุณภาพการนอนหลับมาศึกษาคุณภาพการนอนหลับโดยประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ดี ส่วนปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัย



ที่รบกวนการนอนหลับมาศึกษาเฉพาะปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ตามบทบาทของพยาบาลได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ทั้ง 4 ปัจจัยย่อยคือ 1) ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย 2) สภาพอารมณ์ 3) เหตุการณ์ชีวิต และ 4) สิ่งแวดล้อม และปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 ถึง เดือนตุลาคม 2560 จำนวน 64 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. คุณภาพการนอนหลับ
2. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งจากผลจากตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้รหัสการวินิจฉัยโรคคือ C19 คือเนื้องอกร้ายของลำไส้ใหญ่ร่วมกับทวารหนัก โดยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในส่วนของลำไส้ส่วนปลายตั้งแต่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้นจนไปถึงทวารหนัก ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดจะได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อควบคุมและยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะที่ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ตั้งแต่รอบที่ 3 เป็นต้นไป ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม

1.6.2 คุณภาพการนอนหลับ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ โดยการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และ



จำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในตอนกลางวัน ของบุคคล (Buysse et al., 1989)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ต่อความรู้สึกพึงพอใจ ต่อการนอนหลับในเชิงปริมาณและคุณภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 แล้วกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index : PSQI) สร้างโดย Buysse et al. (1989) ถูกแปลเป็นภาษาไทย โดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2540)

1.6.3 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง สาเหตุหรือสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของบุคคล การนอนไม่หลับเป็นผลจากปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ หรือประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ประกอบด้วย ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ เหตุการณ์ชีวิต และสิ่งแวดล้อมและ 3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ และความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ (Speilman, 1986)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรับรู้ว่าเป็นสาเหตุที่รบกวนและส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ ประเมินได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของสปีลแมน (Speilman, 1986) โดยประเมิน 1) ปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ เหตุการณ์ชีวิต และ สิ่งแวดล้อม และ 2) ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและวางแผนในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมตำราเอกสารบทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามหัวข้อ ดังนี้

- 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1.1 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1.2 การแบ่งระยะการดำเนินโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1.5 ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ
 - 2.2.1 ความหมายของการนอนหลับ
 - 2.2.2 สรีรวิทยาการนอนหลับ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง
 - 2.3.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ
 - 2.3.2 ผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง
 - 2.3.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของสปีลแมน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมากเป็นอันดับสามทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในเพศชายพบการเกิด 1 ใน 21 หรือร้อยละ 4.7 ในเพศหญิงพบการเกิด 1 ใน 23 หรือร้อยละ 4.4 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ร่างกายโดยมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและมากกว่าปกติ ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ ทำให้เกิดก้อนเนื้อที่โตผิดปกติ เป็นมะเร็งชนิดเนื้อร้าย ที่เจริญเติบโตขึ้นในลำไส้ใหญ่ส่วนต้นจนไปถึงลำไส้ตรง โดยจะมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อเป็นแท่งที่ทะลุขึ้นมา มีรูปร่างคล้ายดอกเห็ด (Adenomatous polyp) กระจายตัวอยู่เป็นจำนวนมากในลำไส้ เซลล์มะเร็งสามารถลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียงและ



แพร่กระจายไปได้ทั่วร่างกาย ทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถดำเนินไปอย่างปกติ (American Cancer Society, 2017)

2.1.1 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ได้ข้อสรุปชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่พบว่ามีหลาย ๆ ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์หรือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

- 1) การมีประวัติคนในครอบครัวสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาก่อน โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 60 ปี ซึ่งจะมีความเสี่ยงมากขึ้น อาจเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือการสัมผัสสารก่อมะเร็งร่วมกันในครอบครัวก็ได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)
- 2) การมีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะชนิดที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (Familial adenomatous polyposis โดยเฉพาะการมีติ่งเนื้อหลายก้อน และก้อนมีขนาดใหญ่ ก็เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้เช่นกัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)
- 3) การมีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบหรือเป็นแผลเรื้อรัง ได้แก่ โรคลำไส้ใหญ่ อักเสบเป็นแผล (Ulcerative colitis) โรคโครห์น (Crohn's disease) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)
- 4) มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เพราะโดยส่วนใหญ่มากกว่า 90% โรคนี้อักเกิดกับคนที่ มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ก็อาจพบได้ในคนวัยหนุ่มสาวและวัยรุ่นได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558; American Cancer Society, 2017)
- 5) การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและฮอโมนสูง เช่น เนื้อแดง เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อแกะ เนื้อแพะ และตับ หรือเนื้อที่ผ่านกระบวนการทอด ปิ้ง หรือย่างไหมเกรียม อาหารเค็มหรืออาหารหมักดอง อาหารจำพวกแป้ง และอาหารที่มีไขมันสูง ร่วมกับอาหารที่มีเส้นใยน้อย จึงทำให้เกิดอาการท้องผูก อุจจาระคั่งค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่และเยื่ออุ้งลำไส้จึงมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง (American Cancer Society, 2017)
- 6) การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)

2.1.2 การแบ่งระยะการดำเนินโรคของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การแบ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะทำให้ทราบถึง ความรุนแรงของการดำเนินของโรค ช่วยให้สามารถพยากรณ์โรค ใช้ทำนายอัตราการรอดชีวิต และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง ดูได้จากความลึกของชั้นผนังลำไส้ใหญ่ที่มะเร็งลุกลามไป การกระจายไปยัง ต่อมน้ำเหลือง และการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ทั้งนี้การแบ่งระยะตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) ยึดตาม TNM เป็นการแบ่งจาก Tumor (T) คือ ขนาดของก้อนเนื้อมะเร็ง Node (N) คือ



การกระจายไปต่อมน้ำเหลือง และ Metastasis (M) คือ การกระจายของโรคไปที่อวัยวะอื่น ๆ ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้เกือบทุกที่ในร่างกาย แต่ส่วนใหญ่บริเวณที่มักแพร่กระจายคือ ตับและปอด การจัดกลุ่มแบ่งเป็น 5 ระยะคือ 0, I, II, III และ IV ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (American Cancer Society, 2017)

ระยะที่ 0 : เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่

ระยะที่ I : เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านทะลุชั้นเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่แต่ยังไม่ทะลุตลอดผนังของลำไส้ใหญ่

ระยะที่ II : เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามผ่านชั้นกล้ามเนื้อของผนังลำไส้ใหญ่หรือออกไปสู่อวัยวะใกล้เคียงแต่ยังไม่ลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น ๆ

ระยะที่ III : เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการกระจายออกไปนอกลำไส้ใหญ่สู่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณเซลล์มะเร็ง

ระยะที่ IV : เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับปอดและปอด

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในระยะแรกมักไม่มีอาการแสดง แต่ต่อมาเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้นก็จะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ ขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของมะเร็ง โดยลักษณะอาการและอาการแสดงที่พบมีดังต่อไปนี้ (American Cancer Society, 2017)

- 1) มีอาการท้องผูก (อุจจาระแข็ง) สลับท้องเสีย (อุจจาระเหลว) แบบเรื้อรัง โดยไม่เคยเป็นมาก่อน
- 2) ถ่ายเป็นมูกหรือมูกปนเลือดเรื้อรัง หรือถ่ายเป็นเลือดสด (อาจทำให้คิดว่าเป็นเพียงริดสีดวงทวาร)
- 3) อุจจาระมีรูปร่างเปลี่ยนไป (ลักษณะเรียวยาวกว่าปกติ หรือเป็นเส้นเล็กลงที่มีขนาดเล็กกว่าแท่งดินสอ)
- 4) มีอาการปวดท้องหรือท้องอืด/มีลมในท้องเรื้อรัง มีอาการปวดเบ่งที่ทวารหนัก คล้ายปวดถ่ายอยู่ตลอดเวลา ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้อาเจียน
- 5) มีอาการอ่อนเพลียหรืออ่อนแรง เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 6) อาจคลำพบก้อนในท้องที่บริเวณด้านขวาตอนล่าง
- 7) ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้นอาจไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียงและก่อให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปวดเนื่องจากมีการกดทับที่ก้นหรือฝีเย็บ

2.1.4 การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธี โดยทั่วไปเพื่อให้การรักษาได้ผลดี ต้องรักษาร่วมกันหลายวิธี ซึ่งพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการรักษาหลักมี 3 วิธีที่สำคัญได้แก่ 1) การผ่าตัด 2) เคมีบำบัด และ 3) รังสีรักษา ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558)



1) การผ่าตัด เป็นการรักษาหลักของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออกไป ในบางครั้งถ้าเป็นมะเร็งที่ลุกลามมาก หรือมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายที่อยู่ติดกับทวารหนัก การผ่าตัดอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียมเอาปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออก

2) เคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริมโดยการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจให้ก่อนการผ่าตัดและ/หรือหลังผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาหรือไม่ก็ได้ พิจารณาจากระยะของโรคในระยะที่หนึ่งไม่มีข้อบ่งชี้ที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด มีการพิจารณาให้ยาตั้งแต่ระยะที่สองเป็นต้นไป ชนิดของยาที่ให้ขึ้นอยู่กับขนาดและระยะของโรค

3) รังสีรักษา เป็นการรักษาร่วมกับการผ่าตัด อาจฉายรังสีก่อนหรือหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เป็นราย ๆ ไป โดยแพทย์จะประเมินจากลักษณะการลุกลามของก้อนมะเร็งและโอกาสการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

2.1.5 ยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยยาเคมีบำบัด ในปัจจุบันที่เป็นสูตรมาตรฐานที่ใช้บ่อย ได้แก่ Mayo regimen, De Gramont regimen, XELOX, FOLFOX4, FOLFIRI, XELIRI เนื่องจากในการศึกษาค้นคว้าได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตร FOLFOX4 เท่านั้น ในที่นี้จึงจะกล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มนี้ ดังต่อไปนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

แนวทางการบริหารยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ประกอบไปด้วยตัวยาทั้งหมด 3 ชนิด คือ 5-FU, Oxaliplatin และ Leucovorin มีรูปแบบการบริหารยาดังนี้

ให้ Oxaliplatin 85 mg/m²/day IV มากกว่า 2 ชั่วโมง ในวันแรกโดยให้พร้อมกับ Leucovorin 200 mg/m²/day IV มากกว่า 2 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2) หลังจากนั้นให้ 5-FU 400 mg/m²/day IV bolus ต่อด้วย ให้ 5-FU 600 mg/m²/day IV อย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 22 ชั่วโมง (วันที่ 1 และ 2) ให้ยาซ้ำ ทุก 2 สัปดาห์ 12 รอบ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

2.1.5.1 อาการไม่พึงประสงค์ของยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ซึ่งประกอบด้วยตัวยา 5-FU, Oxaliplatin และ Leucovorin ในที่นี้จึงจะกล่าวถึงกลไกการออกฤทธิ์ของตัวยาดังกล่าว และผลข้างเคียงในระบบต่าง ๆ ดังนี้ (นรินทร์ วรวิฑู, 2554; ปรรารถนา ฉั่วตระกูล, 2556; Nusrat et al., 2013)

1) 5-Fluorouracil (5-FU) เป็นยาในกลุ่ม Antimetabolites กลไกการออกฤทธิ์เมื่อเข้าสู่ภายในเซลล์ จะยับยั้งการสังเคราะห์ DNA และ RNA มีผลทำให้เซลล์ไม่สามารถสังเคราะห์ดีเอ็นเอได้ ทำให้ไม่สามารถแบ่งเซลล์เพื่อเจริญเติบโตได้



อาการไม่พึงประสงค์ของ 5-FU

(1) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ อาการเยื่อช่องปากอักเสบโดยทั่วไปจะเกิดได้หลังได้รับยาเคมีบำบัด 5 - 7 วัน และอาการจะคงอยู่ประมาณ 5 - 7 วัน เมื่อเกิดแผลในเยื่อช่องปาก จะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลในช่องปาก รับประทานอาหารได้ลดลง อาจมีโอกาสดื่มน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ และอาจเกิดการติดเชื้อได้นอกจากนี้พบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในเยื่อทางเดินอาหาร และท้องเสีย อีกด้วย

(2) ผลต่อผิวหนังและผม เคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อเซลล์ที่กำลังเจริญเติบโต ส่งผลให้อาจเกิดผื่นตามผิวหนัง ผื่นอักเสบและผมร่วงได้ ซึ่งเกิดจากการที่รากผมถูกทำลายขณะที่มีการแบ่งตัวของเซลล์อยู่

(3) ผลต่อระบบอื่น ๆ พบค่อนข้างน้อย เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ เป็นต้น

2) Oxaliplatin เป็นยาในกลุ่มอัลคาเลติงเอเจนท์ (Alkalinizing agent)

ออกฤทธิ์ต่อต้านเซลล์มะเร็งได้ทุกระยะ และออกฤทธิ์โดยตรงที่ ดีเอ็นเอ ทำให้ไม่สามารถสังเคราะห์ ดีเอ็นเอ และไม่สามารถก่อให้เกิดการแบ่งตัวของเซลล์ได้ ส่งผลให้เซลล์ตาย

อาการไม่พึงประสงค์ของ Oxaliplatin

(1) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ แผลในเยื่อทางเดินอาหาร ท้องเสีย และอาการคลื่นไส้ อาเจียน

(2) ผลต่อระบบประสาท อาจทำให้เกิดอาการเป็นพิษต่อระบบส่วนกลาง (Neuropathy) ทำให้มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปวดกล้ามเนื้อขาอย่างรุนแรง มีอาการชาคล้ายเข็มแทง โดยอาการเกิดขึ้นที่เริ่มให้ยา ซึ่งเป็นมากขึ้นหากสัมผัสกับความเย็นจัดขณะกำลังได้รับยาผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บขาปลายประสาทบริเวณแขนที่ให้ยา อาการจะดีขึ้นภายในหนึ่งชั่วโมงถึงหนึ่งวันหลังได้รับยา (พัซรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559) โดยความรุนแรงของอาการจะมักมีความสัมพันธ์กับจำนวนรอบของการได้รับยาที่เพิ่มขึ้น (Nusrat et al., 2013)

(3) ผลต่อไขกระดูก เคมีบำบัดออกฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดทุกชนิดในร่างกายต่ำ ดังนี้ (1) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะกดการทำงานของไขกระดูก ส่งผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เมื่อมีเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 2,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรและค่าจำนวน Absolute neutrophil count (ANC) หากผลน้อยกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะเกิดขึ้นภายในหลังได้รับยา 7-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ (2) ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) จากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้เกร็ดเลือดต่ำภายใน 2 สัปดาห์ หากมีระดับเกร็ดเลือดต่ำกว่า 10,000 - 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกได้สูง (3) ภาวะโลหิตจาง



(Anemia) ทำให้มีอาการซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรงจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7 วัน และอาการจะดีขึ้นภายใน 28 วัน อาการอ่อนเพลียนี้อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน คุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิต

3) Folic acid หรือ Leucovorin เป็นรูปแบบหนึ่งของกรดโฟลิก ซึ่งเป็นสารที่ช่วยในการสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ และดีเอ็นเอ สามารถเข้าสู่เซลล์ได้ดีกว่าเซลล์มะเร็ง จึงมีการนำมาใช้ร่วมกับ 5-FU เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของ 5-FU ให้ดีขึ้น

อาการข้างเคียงของ Folic acid หรือ Leucovorin

- (1) อาการแพ้ยา เช่น ผื่น อาการคันตามผิวหนัง เป็นต้น
- (2) อาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับช่วยให้ร่างกายและสมองมีการฟื้นฟูสภาพ และสะสมพลังงานสำหรับนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน บุคคลจึงต้องนอนหลับและการนอนหลับจึงต้องมีคุณภาพ และปริมาณพอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ (Ancoli-Israel, 2015)

2.2.1 ความหมายของการนอนหลับ

จันทนงค์ อินสุข (2550) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกายที่ซับซ้อน สอดคล้องกับจังหวะชีวภาพของสิ่งมีชีวิต ลักษณะการนอนหลับ คือ ความรู้สึกตัว การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง การเคลื่อนไหวของร่างกายน้อย มีลักษณะสงบนิ่ง หลับตา และผ่อนคลาย

อินทริธา ปากันทะ (2550) กล่าวว่า การนอนหลับ เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป โดยมีการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลง

ชูหงส์ ดีเสมอ (2553) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการของสมองที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกลดลงถูกควบคุมโดยกลไกทางชีววิทยาของระบบประสาททำให้บุคคลพินัยจากการเจ็บป่วย

Kryger, Roth & Dement (2015) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะที่บุคคลมีการรับรู้ลดลงและมีพฤติกรรมที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การนอนหลับ คือ สภาวะทางร่างกายขณะไม่มีสติสัมปชัญญะ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นสภาวะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุด และเป็นการพักผ่อนเพื่อซ่อมแซมอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย



2.2.2 สรีรวิทยาการนอนหลับ

สรีรวิทยาการนอนหลับและการตื่นเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งเกิดร่วมกับมีการหลั่งของสารสื่อประสาทออกมาจำนวนมากในสมอง การควบคุมการนอนหลับในสมองแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วน Reticular activating system (RAS) ในก้านสมอง (Brainstem) สมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมไพเนียล (Pineal gland) โดย Reticular activating system (RAS) ในก้านสมองมีการหลั่งสารสื่อประสาทพวกโดปามีนบริเวณ RAS ไปกระตุ้นสมองส่วน Cerebral cortex ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการนอนหลับ และกระตุ้นให้สมองส่วนบนเกิดความมีสติ มีส่วนในการกำหนดว่าเรากำลังหลับหรือตื่นอยู่ และมีบทบาทในการนอนหลับฝัน สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะควบคุมการนอน ระยะเวลาในการนอนหลับ และการตื่นของบุคคล และต่อมไพเนียล (Pineal gland) จะผลิตฮอร์โมนที่ชื่อว่าเมลาโทนิน (Melatonin) ช่วยควบคุมจังหวะของการตื่นและการนอนในแต่ละวัน การที่วงจร การนอน-การตื่นถูกปรับมาเป็น 24 ชั่วโมงได้ เพราะได้รับอิทธิพลมาจากกลางวันและกลางคืน หรือแสงสว่างที่ผ่านจอประสาทตา (Retina) นำข้อมูลไปยัง Suprachiasmatic nucleus ในไฮโปทาลามัสความเข้มของแสงทำให้เกิดวงจรการนอนหลับและการตื่น มนุษย์จึงเข้านอนในเวลากลางคืน และตื่นในเวลากลางวัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) การนอนหลับสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid Eye Movement: NREM sleep) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (Carskadon & Dement, 2011) ระยะที่ 1 เป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงจากการตื่นสู่การนอนหลับ การนอนหลับในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1 - 7 นาที พบการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีการทำงานลดลง เช่น กล้ามเนื้อเริ่มผ่อนคลาย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานลดลง คืออุณหภูมิของร่างกายลดต่ำลง การหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง บุคคลที่นอนในระยะนี้จะมีการกลอกตาไปมาช้า ๆ รู้สึกเหมือนกำลังตื่น หากปลุกจะตื่นง่ายพบ ระยะที่ 2 เป็นช่วงที่เริ่มเข้าสู่ภาวะที่มีการนอนหลับสนิท มีระยะเวลาต่อจากระยะที่ 1 เป็นช่วง ระยะเวลาประมาณ 10 - 25 นาที ระยะนี้ไม่มีการกลอกตาหรืออาจมีน้อยมาก ร่างกายยังมีความไวต่อการปลุกให้ตื่นด้วยเสียงธรรมดา ร่างกายมีลักษณะการผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการเผาผลาญและอุณหภูมิของร่างกายลดลง ระยะที่ 3 เป็นระยะเริ่มหลับสนิท เรียกรวมกันว่า Slow wave sleep (SWS) ไม่พบการกลอกของลูกตา ใช้เวลาหลังจากเริ่มต้นการนอนหลับประมาณ 30 - 45 นาที ระยะนี้จะคงอยู่นานประมาณ 20 - 40 นาที เป็นระยะปลุกตื่นยากขึ้น กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตลดลง ในระยะนี้มีการหลั่งของฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต ซึ่งมีความสำคัญในการสังเคราะห์โปรตีนเพื่อไปฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ

2) การนอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement: REM sleep) เป็นระยะการนอนหลับที่ลึกที่สุด ระยะนี้มีการกลอกตาอย่างรวดเร็วเป็นระยะ ๆ เรียกการนอนหลับในระยะนี้ว่า การนอนหลับพาราดอกซิคอล (Paradoxical sleep) ในขณะที่สมองบางส่วน



ถูกยับยั้งไว้ในขณะที่ร่างกายนอนหลับสนิทกล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีการคลายตัวมากที่สุด การนอนหลับในช่วงแรกประมาณ 1 - 5 นาที และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในวงจรต่อไป ซึ่งการนอนหลับในระยะ REM ใช้เวลาประมาณ 70 - 100 นาที หากนอนหลับนานจะทำให้ระยะเวลาของการนอนระยะ REM นานยิ่งขึ้นสามารถเกิดขึ้นได้ 4 - 5 ครั้ง ตลอดระยะเวลาการหลับปกติ หรือพบได้ประมาณร้อยละ 20 - 25 ของการนอนหลับทั้งหมด (Carskadon & Dement, 2011) วงจรการนอนหลับเริ่มต้นใน NREM ระยะที่ 1 และหลับลึกมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2, 3 และระยะ REM ซึ่งใช้เวลาประมาณ 90 นาที ในวงจรการนอนหลับรอบแรก ต่อมาในแต่ละรอบจะใช้เวลาประมาณ 90 - 120 นาที ช่วงที่ร่างกายได้พักผ่อน ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำงานลดลง และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว การนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และสะสมพลังงานในเซลล์เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ที่นอนไม่เพียงพอหรือมีอาการนอนไม่หลับจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ทำให้การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเสียไป ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งในผู้ป่วยโรคเครียดหรือผู้ป่วยโรคเครียดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวด และชาบริเวณปลายประสาท อีกทั้งความกลัวและวิตกกังวล จะส่งผลให้มีอาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท หรือการหลับไม่มีความต่อเนื่อง ทำให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเกิดขึ้น

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง

การนอนหลับช่วยให้ร่างกายและสมองมีการฟื้นฟูสภาพ และสะสมพลังงานเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็ง การนอนหลับที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญกับอาการและความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีนั้นจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

2.3.1 ความหมายของคุณภาพการนอนหลับ

Snyder-Halpern & Verran (1987) ได้กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความพอเพียงและความพอใจต่อการนอนหลับตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน ซึ่งเป็นผลรวมของการนอนหลับใน 3 มิติ ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) 2) มิติประสิทธิภาพของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) และ 3) มิติการงีบหลับช่วงระหว่างวัน (Sleep supplementation)

Buysse et al. (1989) อธิบายถึงคุณภาพการนอนหลับ คือ การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ซึ่งคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย การนอนหลับเชิงปริมาณ (Quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Qualitative aspect of sleep)



โดยการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ และจำนวนครั้งในการตื่นระหว่างหลับในแต่ละคืน ส่วนการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความลึก ความเพียงพอ และความรู้สึกต่อการนอนหลับ รวมทั้งผลกระทบต่อการทำงานที่ในตอนกลางวัน โดยการนอนหลับเชิงคุณภาพจะเป็นความรู้สึกของบุคคลตามคำบอกเล่า (Subjective aspect of sleep) ซึ่งไม่สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

Dewald et al. (2010) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ เป็นประสบการณ์ รวมทั้ง ความรู้สึก และความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ และความรู้สึกหลังตื่นนอนในตอนเช้า วันเพ็ญ เทศวิรัช (2557) ได้ให้ความหมายของคุณภาพการนอนหลับไว้ว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคล ต่อประสบการณ์การนอนหลับ และความรู้สึกหลังตื่นนอนตอนเช้า

สรุปได้ว่าคุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับของแต่ละบุคคล ประเมินได้จากการนอนหลับเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพซึ่งได้จากคำบอกเล่าถึงประสบการณ์และความพึงพอใจต่อการนอนหลับของบุคคลเอง ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพการนอนหลับของ Buysse et al. (1989) เนื่องจาก มีการประเมินคุณภาพการนอนหลับได้ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้

2.3.2 ผลกระทบของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง

การนอนหลับที่คุณภาพไม่ดีในผู้ที่เป็นมะเร็งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

1) ด้านร่างกาย

ผู้ที่เป็นมะเร็งที่เผชิญกับปัญหาการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า หดแรงแรง เกิดความรู้สึกว่าร่างกายไม่มีแรง ขาดความอดทน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สมาธิไม่ดี มีปัญหาด้านความจำ และสติปัญญาส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคล ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลลดลงได้ ความตั้งใจในการทำงานลดลง ขาดสมาธิ มีอาการหลงลืม เกิดความคิดสับสน (Davidson et al., 2002) การนอนหลับที่ไม่เพียงพอจะทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างพลังงานเอทีพีหรือหลัง ฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต เพื่อซ่อมแซมร่างกายส่วนที่สึกหรอจากการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลต่อจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Natural killer cells (NK) ต่ำ และมีความสามารถในการต่อต้านกับเซลล์มะเร็งลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นยาเคมีบำบัดที่กีดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง จนเกิดภาวะซีด (Narayanan & Koshy, 2009) และนอกจากนั้นยังพบว่า การนอนหลับที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพนั้นยังเป็นการสงวนพลังงานของร่างกาย ทำให้ร่างกายจิตใจ และสมองได้พัก เป็นการประหยัดการใช้พลังงานระหว่างวัน และในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับ ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้ความดัน



โลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อมีการหดตัวตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนแรงมากขึ้น จากการศึกษาของนันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพ การนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดสิ้นสุดตั้งแต่ 2 สัปดาห์ พบว่า อาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R = 0.48$) โดยอาการเหนื่อยล้าสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = 0.23, p < 0.001$) การนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่เรื้อรังหากไม่ได้รับการแก้ไขจะยิ่งทวีความรุนแรง เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงขึ้น (Savard & Morin, 2001)

2) ด้านจิตใจ

ผู้ที่เผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับมักมีความเครียดเพิ่มขึ้น (O'Donnell, 2004) และการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยพฤติกรรมที่เฉื่อยชา อารมณ์ไม่สดชื่น หงุดหงิดง่าย มีผลทำให้ ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ในผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับอย่างเรื้อรังจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา ด้านอารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล ซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดลดลง จากการศึกษาของวันเพ็ญ เทศวิรัช (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 85 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการวิตกกังวล และ อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ Galiano et al. (2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 123 รายที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p = 0.01$) ซึ่งจากงานวิจัย หลาย ๆ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ จะส่งผลกระทบต่อสถานะทางด้านจิตใจ เป็นอย่างมากหากไม่ได้รับการแก้ไขและการบรรเทาต่ออาการนอนไม่หลับ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ต่อการเสียชีวิตได้ (Ancoli-Israel, 2015; Davidson et al., 2002)

3) ด้านคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นความทุกข์ทรมานอย่างหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกลดลงและ สิ้นหวังในชีวิต ปัญหาการนอนไม่หลับแม้จะเป็นความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแต่สามารถสร้างความ ทุกข์ทรมานด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งเผชิญกับปัญหา การนอนไม่หลับจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (O'Donnell, 2004) ซึ่งจากการศึกษา ในผู้ที่เป็มะเร็งปอด รายใหม่เปรียบเทียบกับผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ที่มีอายุใกล้เคียงกันและเพศเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งปอดรายใหม่มีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำกว่าใช้เวลาอนหลับในช่วง กลางวันมากกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Guen et al., 2007)



2.3.3 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีอยู่ 2 วิธีคือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep measurement) และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep report) การเลือกใช้วิธีใดในการประเมินเกี่ยวกับการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินและความเหมาะสมกับเหตุการณ์ (Spielman et al., 2000)

2.3.3.1 การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (Objective sleep measurement) การประเมินคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้ เป็นการพิจารณาองค์ประกอบเกี่ยวกับการเข้าสู่ระยะของการนอนหลับ และระยะเวลาในแต่ละรอบวงจรของการนอนหลับ ซึ่งประเมินได้จากเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟิค (Polysomnography) โดยใช้เครื่องมือพิเศษทางวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการการนอนหลับ (sleep laboratory) โดยใช้อุปกรณ์ในการตรวจคือ อิเล็กโทรด (Electrode) ติดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อรับสัญญาณไฟฟ้าที่เกิดจากผลรวมของของต่างศักย์ไฟฟ้าของกลุ่มเซลล์ประสาทสมองซึ่งประกอบด้วย การวัดการทำงานของเซลล์ประสาทสมอง (Electroencephalogram : EEG) การวัดการกลอกของลูกตา (Electro-oculogram: EOG) และการวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Electromyogram :EMG) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหายใจที่หน้าอกและหน้าท้อง การเคลื่อนไหวของลมหายใจเข้าออกทางจมูก ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิกายและความดันโลหิต ส่งผ่านเครื่องตรวจซึ่งมีการแปลงสัญญาณเป็นเส้นกราฟบนกระดาษหรือบนหน้าจอ สามารถประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาของการนอนหลับที่แท้จริง มีการบันทึกวงจรการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Carskadon & Dement, 2011) เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินการนอนหลับของบุคคลวัยต่างๆ อย่างไรก็ตาม คลื่นสัญญาณที่บันทึกอาจถูกรบกวนได้จากแหล่งกระแสไฟฟ้าภายในบ้าน และผู้ใช้อาจต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการใช้อุปกรณ์ การอ่านและวิเคราะห์ผล การวัดคุณภาพการนอนหลับวิธีนี้มีผลที่แน่นอน และเที่ยงตรงที่สุด แต่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าวิธีอื่น เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการใช้และการแปลผล จึงไม่เหมาะสำหรับการใช้เพื่อประเมินคุณภาพการนอนของผู้ที่เป็นมะเร็งที่หอบผู้ป่วยเนื่องจากข้อจำกัดด้านวัสดุ อุปกรณ์และบุคลากร และวิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ และความรู้สึกภายหลังการตื่นนอนและความพึงพอใจในการนอนหลับได้

2.3.3.2 การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (Subjective sleep report) เป็นวิธีการประเมินโดยการบันทึกข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโดยตรง ที่เกี่ยวกับความรู้สึก และประสบการณ์การนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครอบคลุม ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพการนอนหลับได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งข้อมูลบางอย่างไม่สามารถตรวจได้ทางห้อง ปฏิบัติการ เช่น ประวัติการนอนหลับ ความพึงพอใจของการนอนหลับ ความรู้สึกหลังจากตื่นนอน การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยมีหลายวิธี ได้แก่



1) การประเมินตนเอง (Self-report) เป็นการประเมินโดยใช้แบบวัดต่าง ๆ โดยตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ เช่น การบันทึกการนอนประจำวัน (Sleep diaries) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของมอริน (Insomnia Severity Index: ISI) ส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยที่มีกิจกรรมประจำที่แตกต่างกันในหอผู้ป่วย

2) การประเมินการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) หมายถึงการใช้ชุดคำถามที่สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยโดยตรง ข้อคำถามที่ซับซ้อนอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ที่ต้องการศึกษา โดยให้กรอกข้อมูล และคำตอบเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ซึ่งการประเมินการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามมีหลายวิธี ได้แก่

2.1) แบบประเมินการนอนหลับพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพและแบบแผนการนอนหลับในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพการนอนหลับ 7 องค์ประกอบ คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับ คุณภาพการนอนหลับดี จะมีระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที 2) ระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน เป็นระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับในระยะ NREM ที่ 1 จนกระทั่งตื่นนอนโดยไม่คิดรวมเวลาที่ตื่นระหว่างการนอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมงต่อคืนแสดงถึงการมีคุณภาพของการนอนหลับที่ดี 3) ประสิทธิภาพของการนอนโดยปกติวิสัย เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่คำนวณได้จะมีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ คุณภาพการนอนหลับที่ดีจะมีค่าประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยรวมที่สามารถประเมินโดยบุคคลนั้นเองว่า ดีมาก หรือ ไม่ดีเลย 2) การรบกวนการนอนหลับเป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างนอนหลับ ซึ่งการรบกวนการนอนหลับมีสาเหตุจากสิ่งใดสามารถบอกได้โดยบุคคลนั้นเอง 3) การใช้นอนหลับ การใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับ โดยแพทย์สั่งและซื้อมารับประทานเอง การใช้นอนหลับ จึงบ่งบอกถึงคุณภาพที่ไม่ดีได้ และ 4) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลที่เกิดจากการนอนหลับไม่เพียงพอ (Buysse et al., 1989) ซึ่งการเลือกใช้แต่ละแบบประเมินต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ละราย ทั้งนี้แบบประเมินการนอนหลับของพิทสเบิร์กเป็นแบบที่ได้รับการทดสอบค่าความสอดคล้อง และความตรงตามโครงสร้างในผู้ที่เป็นมะเร็งกลุ่มต่างๆ และถูกนำไปใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่เป็นมะเร็งในงานวิจัยหลายเรื่อง

2.2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ เวอแรน และ สไนเดอร์-ฮาเพิร์น (Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พรสวรรค์ โรจนกิตติ



(2544) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งเป็นลักษณะเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ที่ถามเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ก่อนหลับได้จริงหลังจากล้มตัวลงนอน การตื่นนอนระหว่างการนอนหลับ การพลิกตัวหรือเคลื่อนไหวขณะหลับ ความสนิทของการนอนหลับ ระยะเวลารวมของการตื่นนอนตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับ 0 – 10 ชั่วโมง ความรู้สึกเป็นปัญหาในการตื่นตอนกลางคืน และความรู้สึกถึงความยากง่ายของการนอนหลับเมื่อเข้านอน แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน มีความหมายเป็นด้านลบทุกข้อ คะแนนรวมมิติความแปรปรวนการนอนหลับมีค่าตั้งแต่ 0 – 70 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึงมีความแปรปรวนการนอนหลับสูง โดยมีการกลับคะแนนข้อคำถามทุกข้อ ก่อนนำมาคำนวณคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม

2) ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ (Sleep effectiveness) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อตื่นตอนเช้า ความรู้สึกต่อการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาที่ใช้ในการนอนหลับโดยรวมใน 1 วัน และความรู้สึกถึงความเพียงพอของการนอนหลับ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน มีความหมายเป็นด้านบวกทุกข้อ คะแนนรวมมิติประสิทธิผลของการนอนหลับมีค่าตั้งแต่ 0 – 40 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึงประสิทธิผลการนอนหลับสูง และ 3) ด้านการงีบหลับช่วงระหว่างวัน (Sleep supplementation) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการงีบหลับในตอนกลางวัน ของวันที่ผ่านมาตั้งแต่ 0 – 10 ชั่วโมง การงีบหลับในช่วงเช้าของวันที่ผ่านมา การงีบหลับในช่วงบ่ายของวันที่ผ่านมา และความรู้สึกเมื่อตื่นหลังจากงีบหลับ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน มีความหมายเป็นด้านลบทุกข้อ คะแนนรวมมิติของการงีบหลับระหว่างวัน มีค่าตั้งแต่ 0 – 40 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึงมีการงีบหลับในระหว่างวันมาก โดยมีการกลับคะแนนข้อคำถามทุกข้อ ก่อนนำมาคำนวณคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวม ซึ่งการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นควรเลือกวิธีที่ใช้เวลาน้อยแต่มีประสิทธิภาพเพื่อมิให้เป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป

2.3) การประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้แบบสอบถามการนอนหลับของโรงพยาบาลเซนต์แมรี่ (St. Mary' Hospital Sleep Questionnaire: SMH) ซึ่งประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) ความแปรปรวนการนอนหลับ 2) ประสิทธิภาพการนอนหลับ และ 3) ความพึงพอใจต่อการนอนหลับ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) สร้างโดย Buysse et al. (1989) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญญู ตันชัยสวัสดิ์ (2540) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากเครื่องมือนี้มีลักษณะที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยคือต้องการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย



หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบ ว่ามีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ดี อย่างไร ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพและแบบแผนการนอนหลับในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และเป็นวิธีการประเมินที่ประเมินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง และเป็นการประเมินที่มีความครอบคลุม ทั้งมิติการนอนหลับด้านปริมาณ และคุณภาพของการนอนหลับ สามารถทำได้อย่างรวดเร็วและไม่รบกวนผู้ป่วยจนเกินไป สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการตรวจด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ และนอกจากนั้นเครื่องมือนี้ยังสามารถใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมหรือแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าได้และยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจเลือกประเมินตามความรู้สึกของตนอย่างอิสระ ไม่ถูกจำกัดอยู่กับข้อเลือกที่ตายตัว ซึ่งไม่สื่อถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย (Buysse et al., 1989) นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 (Lui et al., 2012) ซึ่งมีงานวิจัยหลายเรื่องที่ใช้เครื่องมือนี้ได้แก่ งานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ของนันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 และการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของวันเพ็ญ และคณะ (2557) โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ เท่ากับ 0.83 เป็นต้น

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของสปีลแมน

แนวคิดที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาเรื่องการนอนไม่หลับคือ แนวคิดของสปีลแมน (Spielman, 1986) ซึ่งกล่าวว่า การนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกัน 3 ประการคือ ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors)

ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเอง เช่น ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น โดยพบว่าร่างกายของคนที่มีปัญหาเหล่านี้จะถูกระตุ้นได้ง่าย นอกจากนี้คุณลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะอายุและเพศก็มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับของบุคคลเช่นกัน โดยพบว่าลักษณะการนอนหลับของผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการตื่นนอนกลางดึกบ่อยครั้งและหลับต่อได้ยาก (Savard & Morin, 2001) โดยตัวแปรที่สำคัญที่จะกล่าวดังต่อไปนี้ คือ อายุ และเพศ

อายุ โดยพบว่าปัญหาการนอนไม่หลับมักจะเกิดเมื่ออายุมากขึ้น โดยโครงสร้างของการนอนหลับในคนที่มียุ่จะเปลี่ยนแปลงไปทั้งนี้เนื่องมาจาก มีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลต้าซึ่งเป็นคลื่นสมองที่แสดงถึงการนอนหลับชนิดลึกในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM หรือเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทควบคุมการทำงานของจังหวะชีวภาพที่ควบคุมการ



นอนหลับ (Circadian rhythm) การมีระยะหลับลึกลดลงทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่ายจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ลักษณะการนอนไม่หลับที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเป็นชนิดตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยากกว่าชนิดอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตของการสูญเสียคู่ครอง การเกษียณอายุ การที่บุตรแยกครอบครัวออกไป หรือการมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความโศกเศร้าและความเครียดจากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับได้ (Palesh et al., 2010)

เพศ การศึกษาเชิงระบาดวิทยาของการนอนไม่หลับ พบว่าเพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย ลักษณะการนอนไม่หลับในเพศหญิงนั้นมีรูปแบบทั้งการตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก หรือเป็นร่วมกันระหว่างการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและการตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก สาเหตุที่ทำให้เพศหญิงนอนไม่หลับมากกว่าเพศชายนั้น อาจมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนการมีรอบเดือนระหว่างการมีรอบเดือน ได้แก่ การคัดตึงเต้านม เป็นตะคริว ละปวดศีรษะ ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้รบกวนการนอนหลับตอนกลางคืน (Palesh et al., 2010)

2.4.2 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)

หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (Acute insomnia) ในกรณีเช่นนี้พบว่า การนอนไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การได้เจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก การถูกไล่ออกจากงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความเจ็บปวดด้านร่างกาย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ เช่น แสง เสียง ลักษณะที่นอนและผู้ที่นอนร่วมห้อง ส่งผลให้เกิดการนอนไม่หลับได้ทั้งสิ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน โดยจะกล่าวในรายละเอียด ดังนี้

2.4.2.1 ความเจ็บปวดด้านร่างกาย

โรคและความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่งผลรบกวนการนอนหลับ โดยโรคที่พบว่าทำให้เกิดการนอนไม่หลับ ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ทำให้ตื่นบ่อยและระยะเวลาการนอนหลับลดลง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบาก โรคกระเพาะอาหารรบกวนการนอนหลับเนื่องจากอาการปวดท้องหลังกรดมากขึ้น โรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อย ตอนกลางคืนจึงรบกวนการนอนหลับ นอกเหนือจากโรคต่าง ๆ แล้ว อาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด อาการไอ ไข้ ผื่นคัน ท้องเสีย ทำให้นอนไม่หลับได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยาหลายๆ ชนิดรบกวนต่อการนอนหลับ โดยยาที่รบกวนการนอนหลับ เช่น ยาบาบิบูเรต ยาในกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ยาปิดกั้นบีต้า (Beta-blockers) ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดลม เช่น Theophylline และ Isoproterenol และยาต้านอาการซึมเศร้า

2.4.2.2 สภาวะอารมณ์

สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา กำหนดให้อาการนอนไม่หลับเป็นอาการหนึ่งของโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล สภาวะอารมณ์ที่อิทธิพลต่อการนอนไม่หลับอย่างมาก



นอกจากจะเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับแล้วยังเป็นอาการที่เกิดตามมาจากการนอนไม่หลับได้เช่นกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่ไม่ภาวะนี้ประมาณ 2-4 เท่า โดยสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ เนื่องมาจากแรงขับของสมดุลของการนอนหลับ (Homeostatic sleep drive) ลดลงหรือการควบคุม จังหวะชีวภาพ ของการนอนหลับผิดปกติ ส่วนความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับยากตื่น บ่อยตอนกลางคืน เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นร่างกายจะมีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน จากต่อมหมวกไตชั้นในและคอร์ติโซนจากต่อมหมวกไตชั้นนอก ทำให้อัตราการหายใจ ระดับความดัน โลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่า ผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวล 3-4 เท่า

2.4.2.3 เหตุการณ์ชีวิต

เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ในเชิงบวก เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การถูกขอแต่งงาน การประสบความสำเร็จในการทำงาน หรือเหตุการณ์ในเชิงลบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือญาติสนิทในครอบครัว หรือการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ที่นอนไม่หลับมักจะพบกับเหตุการณ์ไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะเหตุการณ์ของการสูญเสียในด้านต่าง ๆ

2.4.2.4 สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมของการนอนหลับ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ลักษณะที่นอน และ ผู้ที่นอนร่วมห้องเป็นสาเหตุที่ทำให้การนอนไม่หลับ ตามปกติเสียงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ โดยทำให้การนอนหลับยากและทำให้ตื่นเร็วกว่าที่ต้องการ พบว่าเสียงที่เกิดขึ้นบางครั้งบางคราวส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับได้มากกว่าเสียงที่ดังอย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อ อุณหภูมิในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียสจะทำให้การนอนหลับในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM และการนอนหลับระยะ REM ลดลง ความนิยมแข็งของที่นอนเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่รบกวนการนอนหลับ ที่นอนที่แข็งเกินไปมักจะก่อปัญหาให้กับผู้ที่ เป็นโรคข้ออักเสบ ส่วนที่นอนที่นุ่มเกินไป มักจะทำให้เกิดอาการปวดหลังได้ง่าย

2.4.3 ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors)

หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้น หายไปหรือลดความรุนแรงลง บุคคลจะสามารถกลับมาอนหลับได้ตามปกติ แต่สำหรับบางคนถึงแม้ ปัจจัยนี้จะหายไปแล้ว บุคคลนั้นๆก็ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ตามเดิมทั้งนี้เนื่องมาจากการมีปัจจัย คงอยู่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดเนื่องมาจากการปรับพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจาก ปัจจัยกระตุ้น ซึ่งตัวแปรที่สำคัญในปัจจัยนี้ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการนอนหลับ เช่น การใช้ เวลาอยู่บนเตียงนอนนานเกินไป การใช้เตียงนอนและห้องนอนสำหรับการคิดถึงปัญหาต่าง ๆ รวมไปถึง การมีวิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการส่งเสริมการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ และการงีบหลับตอนกลางวัน สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้บุคคลมีปัญหาการนอนไม่หลับ อย่างเรื้อรัง (Chronic insomnia) ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังจะกล่าวในรายละเอียด ดังต่อไปนี้



2.4.3.1 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการนอนไม่หลับที่เกิดจากสาเหตุในปัจจัยกระตุ้น โดยผู้ที่นอนไม่หลับจะพยายามเข้านอนให้เร็วขึ้นและใช้เวลาบนเตียงนอนนานขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่หลับก็ตาม เนื่องจากคิดว่าจะนอนหลับได้มากขึ้นและการอยู่บนเตียงเฉย ๆ อย่างน้อยก็เป็นการพักผ่อนและช่วยให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น แต่ยิ่งใช้เวลาบนเตียงนอนนานเท่าใด ก็ยิ่งทำให้การนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมการนอนหลับดังกล่าวมาแล้ว วิถีชีวิตที่ไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้เช่นกัน แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ในการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ระดับของ Catecholamine เพิ่มขึ้นและรบกวนการนอนหลับโดยทำให้ตื่นบ่อยระหว่างคืน การใช้แอลกอฮอล์ในขนาดน้อย ๆ ทำให้หลับได้ง่ายขึ้น แต่การใช้ในปริมาณที่มากขึ้นทำให้ตื่นบ่อย จากการปวดศีรษะ และมีเหงื่อออกมาก การงีบหลับในเวลากลางวันเป็นปัจจัยหนึ่งที่รบกวนการนอนหลับ โดยทำให้นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและรบกวนความต่อเนื่องของการนอนหลับในช่วงเวลากลางคืน

2.4.3.2 ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การนอนหลับคงอยู่เป็นระยะเวลานาน ซึ่งลักษณะและกลไกของความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ความเชื่อว่าจะผลกระทบบางอย่างที่เกิดขึ้นในตอนกลางวัน เช่น อาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด และการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลเนื่องมาจากการนอนไม่หลับในเวลากลางคืนเท่านั้น ความคาดหวังที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความต้องการการนอนหลับของตนเอง เช่น ความเชื่อที่ว่า การนอนหลับให้ได้ 8 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงกลางวันได้อย่างเพียงพอ และทำให้มีพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เช่น พยายามที่จะนอนหลับตอนกลางวันทดแทนการนอนที่สูญเสียไปในตอนกลางคืน ทำให้ใช้เวลาบนเตียงนอน โดยจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวเป็นเหตุให้การนอนไม่หลับรุนแรงขึ้นและเพิ่มความตึงเครียดทางอารมณ์และตอกย้ำความเชื่อที่ว่า การนอนไม่หลับนั้น เป็นปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลรบกวนการนอนหลับเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

สรุป จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของสปีดแมน มีความครอบคลุมกับบริบทของงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยสปีดแมนกล่าวไว้ว่า การนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกัน 3 ประการคือ 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้ความทนต่อการเกิดปัญหาการนอนไม่หลับลดลง ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ ของผู้ป่วย 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) โดยการนอน



ไม่หลับมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ระยะเวลาการให้ยายาวนานขึ้น และช่วงเวลาให้ยามีความถี่ขึ้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์การการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแสบร้อน แดงบริเวณเส้นเลือดที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เป็นต้น ทำให้เกิดการนอนไม่หลับชนิดที่เกิดขึ้นเร็ว (Acute insomnia) และ 3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การงีบหลับตอนกลางวัน การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน การดื่มชา/กาแฟ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาในในเรื่องความเชื่อและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ เนื่องจากการประเมินค่อนข้างยาก ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเน้นการศึกษาปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับที่พยาบาลสามารถลดหรือจัดการกับปัจจัยนั้นได้ ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ทั้ง 4 ปัจจัยย่อย คือ 1) ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย 2) สภาวะอารมณ์ 3) เหตุการณ์ชีวิต และ 4) สิ่งแวดล้อม และปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ มีดังนี้

นงลักษณ์ อนันตอาจ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 140 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาอยู่ในระดับ “ระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ” โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.05 เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ พบว่า 1) อายุ อาการเหนื่อยล้า ความซึมเศร้า และสุขอนามัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .316, .549, .585$ และ $.265$ ตามลำดับ) 2) เพศ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา ($n = .513$) 3. ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 7.55, 4.16$ และ 4.30 ตามลำดับ)

ปรารณา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ได้ศึกษาอาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 111 ราย ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดอาการเหนื่อยล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง



วันเพ็ญ เทศวิรัช (2557) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการตรวจรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 67.1 เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .37, .18, .20,$ และ $.24$ ตามลำดับ) และพบว่าปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด คืออาการเหนื่อยล้าได้ร้อยละ 13.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01

นันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 77 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการแผนกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ($\bar{X} = 13.76,$ $SD = 2.82$) โดยอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.48$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.23$) และภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .19 ($r = 0.098$) โดยอาการเหนื่อยล้าสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 23 ($r = 0.23, p < 0.001$) ส่วนภาวะซึมเศร้าและโรคร่วมไม่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้

Hsuan Kuo et al. (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ที่มารับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 3 ในประเทศไต้หวัน จำนวน 16 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Palesh et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตราความชุกของปัญหาการนอนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งทั่วๆ ไปหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน 1 สัปดาห์ จำนวน 823 ราย โดยพบว่า อาการเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .0001$

Phillips et al. (2012) ได้ศึกษาลักษณะและความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนหลับที่ถูกรบกวนในผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไปในระยะเวลาหนึ่งให้ยาเคมีบำบัด ที่จำนวน 288 ราย พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01



Cindy et al. (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการเป็นพิษทางระบบประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิด Oxaloplatin โดยพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($r=.35, p=0.0004$) โดยความรุนแรงของอาการที่มากขึ้นยิ่งจะทำให้ส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับที่สูงขึ้น เช่นกัน

Nusrat et al. (2013) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบประสาทในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม FOLFOX จำนวน 45 ราย โดยผู้ป่วยมีอาการขาตามปลายมือปลายเท้า พบมากถึงร้อยละ 58 โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาในราว ๆ รอบที่ 8 – 10 (Goldberg et al., 2004) ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม FOLFOX เป็นอย่างมาก

Anna et al. (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการนอนไม่หลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริบาลบรรเทาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบาเซโลนา ประเทศสเปน จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนไม่หลับของผู้ป่วยแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย คือ อาการปวด และการหายใจลำบาก 2) ปัจจัยด้านจิตใจ คือ ความตึงเครียด ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการอยู่ในห้องที่ไม่มีความไม่เป็นส่วนตัว

Hong et al. (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของอาการเป็นพิษทางระบบประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่อความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและการรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 706 ราย ผลการศึกษา พบว่า อาการเป็นพิษทางระบบประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าระดับความรุนแรงของอาการเป็นพิษทางระบบประสาทส่วนปลายมากขึ้น จะทำให้คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเพิ่มขึ้นด้วย

Mathew et al. (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป จำนวน 56 ราย ที่มารับยาเคมีบำบัดในสถาบันมะเร็งนอร์สเวสเทิน ประเทศอังกฤษ ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้า และอาการปวด มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .003 และ .006 ตามลำดับ

Galiano et al. (2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 123 รายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความปวด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ปัญหาการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีปัจจัยต่าง ๆ ที่รบกวนและกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ โดยอาจจะเป็นปัจจัยจากตัวบุคคลเอง เช่น อายุ เพศ และจากการเจ็บป่วย



ด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด ไม่แน่ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา กลัวความเจ็บปวดทรมานต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต และปัจจัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย เช่น อาการปวดตามร่างกาย อาการเหนื่อยล้า อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการปวดแสบตามเส้นเลือดบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น และปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนทางสังคม ทุกปัจจัยล้วนมีส่วนกระตุ้นและโน้มนำให้รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เมื่อการนอนหลับของผู้ป่วยถูกรบกวน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ไม่ใช่ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในทุกมิติ และค้นหาปัจจัยและสาเหตุที่รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงจุดและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 การออกแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มาตรวจรักษาและรับยาเคมีบำบัดด้วยสูตร FOLFOX4 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากรที่ศึกษา ดังนี้

เกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยสูตรยา FOLFOX4 ตั้งแต่ Cycle ที่ 3 เป็นต้นไป
- 3) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาโดยการผ่าตัดและการฉายรังสี อย่างน้อย 1 เดือน
- 4) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะที่ดี รับรู้วัน เวลา และสถานที่ได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาในการสัมภาษณ์ สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการนอนหลับจากภาวะ Sleep apnea หรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า
- 2) ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่สถานบริการอื่น



3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนดจะได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สูตรของ Cochran (1977) โดยสูตรนี้ใช้ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน เนื่องจากสถิติจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปในแต่ละเดือนไม่แน่นอน ซึ่งต้องการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร จึงเลือกใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \sigma^2}{E^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ (กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95%
ค่า $Z = 1.96$)

σ = ค่าความแปรปรวนของประชากร (โดยทั่วไปจะไม่ทราบค่า σ จึงใช้ค่า SD จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยได้จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดของ นันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) โดยค่า SD = 2.82

E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ โดยประมาณจากค่าเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับจากงานวิจัยที่ผ่านมา ยอมรับได้ที่ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ของ นันทวรรณ พลสุวรรณ (2557) ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับ = 13.76 ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.69 คะแนน จึงใช้แทนค่า E ในครั้งนี้

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{Z^2 \sigma^2}{E^2} \\ n &= \frac{(1.96)^2 \times (2.82)^2}{(0.69)^2} \\ n &= \frac{3.84 \times 7.95}{0.48} \\ n &= \frac{30.52}{0.48} \\ n &= 64 \end{aligned}$$



ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่มารับยาเคมีบำบัดสูตร Folfox4 Cycle ที่ 3 – 12 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวนทั้งหมด 64 คน

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำเสนอเรื่องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ ศธ 0530.11-361) เมื่อได้รับความเห็นชอบ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะทำในภาพรวมเท่านั้น

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะการอยู่อาศัย และบุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาประจำหรือยารักษาโรคประจำตัว จำนวนรอบที่มารับเคมีบำบัด คะแนน ECOG score ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวสมบูรณ์ (Absolute neutrophil count) และค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินความรู้สึกพึงพอใจของแต่ละบุคคล ต่อประสบการณ์การนอนหลับ และความรู้สึกหลังตื่นนอนตอนเช้า สร้างโดย Buysse et al. (1989) ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ



วิธีวัด ต้นชัยสวัสดิ์ (2540) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง ออกแบบมาเพื่อประเมินคุณภาพ การนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่ง หลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอน หลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (Buysse et al., 1989)

มีการแบ่งเกณฑ์ตามคะแนนในแต่ละองค์ประกอบของแบบประเมิน มีรายละเอียดของ เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (คำถามข้อที่ 9 ของแบบ ประเมินคุณภาพการนอนหลับ)

| | | | |
|-----------|---------|---|-------|
| ดีมาก | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| ดี | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| ไม่ค่อยดี | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ไม่ดีเลย | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2 และข้อ 5.1)

2.1 ท่านมักจะนอนหลับหลังจากเข้านอนแล้วประมาณ.....นาที (คำถามข้อ 2)

| | | | |
|------------------|---------|---|-------|
| น้อยกว่า 15 นาที | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 16 – 30 นาที | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 31 – 60 นาที | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| มากกว่า 60 นาที | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

2.2 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถามข้อ 5.1)

| | | | |
|---------------------|---------|---|-------|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| < 1 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

รวมผลคะแนน คำถาม ข้อ 2 และข้อ 5.1 เท่ากับ

| | | | |
|-------------|---------|---|-------|
| 0 คะแนน | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 1 – 2 คะแนน | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 3 – 4 คะแนน | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 5 – 6 คะแนน | เท่ากับ | 3 | คะแนน |



องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน (คำถามข้อ 4)

| | | | |
|--------------------|---------|---|-------|
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 6 – 7 ชั่วโมง | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 5 – 6 ชั่วโมง | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (คำนวณจากคำถามข้อ 1, 3 และ 4) คำนวณจากจำนวนชั่วโมงการนอนหลับจริง (คำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจาก เวลาตื่นนอน (คำถามข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (คำถามข้อ 1)

| | | | |
|---------------|---------|---|-------|
| มากกว่า 85 % | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 75 % – 84 % | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 65 % – 74 % | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| น้อยกว่า 65 % | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 5.2 – 5.10) โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งคะแนน ดังนี้

| | | | |
|---------------------|---------|---|-------|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| < 1 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

ผลรวมคะแนนจาก ข้อ 5.2 – 5.10 เท่ากับ

| | | | |
|---------------|---------|---|-------|
| 0 คะแนน | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 1 – 9 คะแนน | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 10 – 18 คะแนน | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 19 – 27 คะแนน | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

องค์ประกอบที่ 6 การใช้นอนหลับ (คำถามข้อ 6)

| | | | |
|---------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยใช้เลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| < 1 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 3 | คะแนน |



องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน (คำถามข้อ 7 และข้อ 8)

7.1 ท่านรู้สึกง่วงนอนหรือเพลอหลังขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น กินอาหาร ทำงานบ้าน นั่งคุยกับเพื่อน เป็นต้น บ่อยเพียงใด (คำถามข้อ 7)

| | | | |
|---------------------|---------|---|-------|
| ไม่เคยมีอาการ | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| < 1 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

7.2 ท่านรู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีหรือไม่ อย่างไร (คำถามข้อ 8)

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---|-------|
| ไม่เป็นปัญหาเลย | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| เป็นปัญหาพอสมควร | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| เป็นปัญหามาก | เท่ากับ | 3 | คะแนน |
| ผลรวมคะแนน ข้อ 7 และข้อ 8 เท่ากับ | | | |
| 0 คะแนน | เท่ากับ | 0 | คะแนน |
| 1 – 2 คะแนน | เท่ากับ | 1 | คะแนน |
| 3 – 4 คะแนน | เท่ากับ | 2 | คะแนน |
| 5 – 6 คะแนน | เท่ากับ | 3 | คะแนน |

การแปลผล รวมคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีคะแนนระหว่าง 0 – 21 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้

คะแนนรวมทุกองค์ประกอบมีค่า ≤ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนรวมทุกองค์ประกอบมีค่า > 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับของสปีลแมน (Speilman, 1986) มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ มี 4 องค์ประกอบ คือ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ เหตุการณ์ในชีวิต และสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ จาก 0 ถึง 5 คะแนน โดยการสอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นหรือไม่ “ถ้ามี” แล้วส่งผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มี



อาการ/เหตุการณ์เกิดขึ้น หรือมีแต่ไม่รบกวนเลย (0 คะแนน) รบกวนน้อยที่สุด (1 คะแนน) รบกวนน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนมาก (4 คะแนน) และรบกวนมากที่สุด (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ “ถ้ามี” แล้วคิดว่ารบกวนต่อการนอนหลับของตนเองอย่างไร โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแต่ละคำถามให้ตรงกับความรู้สึกถึงการรบกวนต่อการนอนหลับของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีการให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 ถึง 5 คะแนน ดังนี้ ไม่มีพฤติกรรมเกิดขึ้นหรือมีแต่ไม่รบกวนเลย (0 คะแนน) รบกวนน้อยที่สุด (1 คะแนน) รบกวนน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนมาก (4 คะแนน) และรบกวนมากที่สุด (5 คะแนน) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

การแปลผลของแบบสอบถามทั้งส่วนที่ 3.1 และ 3.2 นั้น ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนจากจำนวนระดับขั้นเท่ากับ 5 ขั้น (คะแนนจาก 1 - 5) คำนวณได้จากสูตร

$$(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนระดับขั้น} = (5 - 1) / 5 = 0.8$$

ดังนั้นในแต่ละช่วงคะแนนของระดับขั้นจะเท่ากับ 0.8 คิดเป็นการแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับขั้น ดังนี้ (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง รบกวนการนอนหลับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง รบกวนการนอนหลับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง รบกวนการนอนปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง รบกวนการนอนหลับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง รบกวนการนอนหลับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในส่วนที่ 3.1 และ ส่วนที่ 3.2 จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับของสปีลแมน (Speilman, 1986) ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ไปตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสร้างเครื่องมือ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและผ่านการอบรมเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 คน และใช้เกณฑ์ในการ ตัดสินใจความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็น สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า (Content validity : CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3.1 เท่ากับ 0.96 และส่วนที่ 3.2 เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ (Polit & Beck, 2006)



2) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และเครื่องมือ ส่วนที่ 3.1 และ 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เนื่องจากชุดของแบบสอบถามมีทั้งแบบเลือกตอบและแบบวัดความรู้สึกใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สูตรการหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และเครื่องมือ ส่วนที่ 3.1 และ 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.90 และ 0.81 ตามลำดับ (Polit & Beck, 2006)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขออนุญาตประกอบกิจกรรมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคาม

3.5.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาสารคามเพื่อขออนุญาตประกอบกิจกรรมการวิจัย และขออนุญาตร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

3.5.3 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะมารับยาเคมีบำบัดจากทะเบียนนัดผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

3.5.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านจำนวนผู้ป่วยซึ่งอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการเป็นกลุ่มตัวอย่างจึงจะเก็บในผู้ป่วยทุกรายโดยไม่มีการสุ่ม โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยมา Admit เพื่อเบิกยา ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องนำผลการตรวจเลือดมาเบิกยาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยจะเก็บข้อมูลหลังจากที่ซักประวัติและเบิกยาเป็นที่เรียบร้อยแล้วที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป

3.5.5 ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่รอรับยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยในเช้าวันถัดไป เพื่อขออนุญาตประกอบกิจกรรมการวิจัย และขออนุญาตร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม



ตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

3.5.6 หลังจากได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถาม ในช่วงหลังจากได้รับเคมีบำบัดมาแล้ว ประมาณ 2 สัปดาห์ – 1 เดือน พร้อมอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยอ่านข้อคำถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเลือกคำตอบ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาที

3.5.7 เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากข้อมูลไม่ครบถ้วน จะทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบถ้วน

3.5.8 เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และทดสอบทางสถิติสรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3.6.2 คะแนนคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 64 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2560 ถึง ตุลาคม 2560 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.3 คุณภาพการนอนหลับ
- 4.4 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ
- 4.5 การอภิปรายผล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 มีอายุเฉลี่ย 57.14 (S.D = 11.54) อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 46.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 รองลงมาคือ หย่าร้าง ร้อยละ 28.1 โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาจบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.3 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 43.8 โดยรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่ายของครอบครัว ร้อยละ 51.6 เมื่อมีการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เป็นคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 39.1 และนิยมเจ็บป่วยบุคคลที่คอยให้การดูแลและช่วยเหลือ คือ คู่สมรส ร้อยละ 45.3 (ตาราง 4.1)



ตาราง 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 35 | 54.7 |
| หญิง | 29 | 45.3 |
| อายุ (ปี) ($\bar{x} = 57.14$, S.D.=11.54) | | |
| 30-39 ปี | 4 | 6.3 |
| 40-49 ปี | 15 | 23.4 |
| 50-59 ปี | 15 | 23.4 |
| 60 ปี ขึ้นไป | 30 | 46.9 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 8 | 12.5 |
| สมรส | 32 | 50 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 1.6 |
| หย่าร้าง | 3 | 7.8 |
| หม้าย | 18 | 28.1 |
| ศาสนา | | |
| ศาสนาพุทธ | 63 | 98.4 |
| อิสลาม | 1 | 1.6 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 8 | 12.5 |
| ประถมศึกษา | 33 | 51.6 |
| มัธยมศึกษา | 15 | 23.4 |
| ปริญญาตรี | 4 | 6.3 |
| ปริญญาโท | 1 | 1.6 |



ตาราง 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 13 | 20.3 |
| รับจ้าง | 2 | 3.1 |
| เกษตรกรกรรม | 32 | 50 |
| ค้าขาย | 6 | 9.4 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 4 | 6.3 |
| รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 7 | 10.9 |
| รายได้ของครอบครัว (บาท / เดือน) | | |
| ไม่มีรายได้ | 9 | 14.0 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท | 28 | 43.8 |
| 5,001 – 10,000 บาท | 11 | 17.2 |
| 10,001 – 15,000 บาท | 6 | 9.4 |
| 15,001 - 20,000 บาท | 4 | 6.3 |
| มากกว่า 20,001 | 6 | 9.4 |
| ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว | | |
| ไม่เพียงพอ | 33 | 51.6 |
| เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ | 25 | 39.0 |
| เพียงพอและเหลือเก็บ | 6 | 9.4 |
| สิทธิคำรักษาพยาบาล | | |
| บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 51 | 79.6 |
| จ่ายตรง | 12 | 18.8 |
| ประกันสังคม | 1 | 1.6 |
| ลักษณะการอยู่อาศัย | | |
| อยู่เพียงลำพัง | 13 | 20.3 |
| อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง | 8 | 12.5 |
| อยู่กับบุตรหรือญาติ | 15 | 23.4 |
| อยู่กับคู่สมรสและบุตร | 25 | 39.1 |
| อื่น ๆ ได้แก่ หลาน และเพื่อน เป็นต้น | 3 | 4.7 |



ตาราง 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| บุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย | | |
| คู่สมรส | 29 | 45.3 |
| บุตร | 21 | 32.8 |
| ญาติ | 9 | 14.1 |
| อื่น ๆ ได้แก่ หลาน และเพื่อน เป็นต้น | 5 | 7.8 |

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 67.2 และ โรคมะเร็งทวารหนัก ร้อยละ 32.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว พบร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.1 การเข้ารับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นรอบที่ 11 ร้อยละ 18.8 รองลงมา คือ รอบที่ 4 และ 10 จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 15.7 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนน ECOG Score = 1 (ทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้ แต่หากทำงานหนักมากมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย) ร้อยละ 60.9 และรองลงมา คือ มีระดับ ECOG score = 0 (ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำงานหนักได้) คิดเป็นร้อยละ 39.1 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 75 มีค่าเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 92.2 และ ร้อยละ 96.9 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตาราง 4.2)

ตาราง 4. 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|-----------------------|----------------|--------|
| การวินิจฉัยโรค | | |
| มะเร็งลำไส้ใหญ่ | 43 | 67.2 |
| มะเร็งทวารหนัก | 21 | 32.8 |
| โรคประจำตัว | | |
| ไม่มี | 43 | 67.2 |
| มี | 21 | 32.8 |



ตาราง 4. 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| โรคความดันโลหิตสูง | 7 | 14.1 |
| โรคเบาหวาน | 6 | 14.1 |
| โรคภูมิแพ้ | 1 | 1.6 |
| โรคหอบหืด | 2 | 3.1 |
| โรคความดันโลหิตสูงกับโรคเบาหวาน | 3 | 7.8 |
| โรคความดันโลหิตสูงกับไขมันในเลือดสูง | 2 | 6.3 |
| รอบที่ของการมารับยาเคมีบำบัด (ทั้งหมด 12 รอบ) | | |
| รอบที่ 3 | 5 | 7.8 |
| รอบที่ 4 | 10 | 15.7 |
| รอบที่ 5 | 7 | 10.9 |
| รอบที่ 6 | 7 | 10.9 |
| รอบที่ 7 | 6 | 9.4 |
| รอบที่ 8 | 5 | 7.8 |
| รอบที่ 10 | 10 | 15.7 |
| รอบที่ 11 | 12 | 18.8 |
| รอบที่ 12 | 2 | 3.1 |
| ECOG Score | | |
| ECOG score = 0 | 25 | 39.1 |
| ECOG score = 1 | 39 | 60.9 |
| ดัชนีมวลกาย (BMI) | | |
| < 18.5 (ภาวะโภชนาการต่ำ) | 16 | 25 |
| 18.5 – 24.9 (ภาวะโภชนาการปกติ) | 48 | 75 |
| จำนวนเม็ดเลือดขาวที่สมบูรณ์ (ANC) | | |
| 1,500 – 2,000 (ปกติ) | 59 | 92.2 |
| 1,000 – 1,500 (ต่ำ) | 5 | 7.8 |



ตาราง 4. 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวน (n = 64) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct.) | | |
| ≥30 vol % (ปกติ) | 62 | 96.9 |
| <30 vol % (ผิดปกติ) | 2 | 3.1 |

4.3 คุณภาพการนอนหลับ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทุกองค์ประกอบเฉลี่ยเท่ากับ 10.05 (SD = 4.79) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 21 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 79.7 (ตาราง 4.3)

ตาราง 4.3 คะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ (n = 64)

| คะแนนคุณภาพการนอนหลับ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 0 – 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี) | 13 | 20.3 |
| 6 – 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) | 51 | 79.7 |
| $(\bar{X} = 10.05, SD = 4.79, Range = 2 - 20)$ | | |

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่า

4.3.1 ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระบุว่าตนเองมีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ ระบุว่าไม่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ค่อยดี ร้อยละ 32.8 ตามลำดับ

4.3.2 ด้านระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.5 ต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับระหว่าง 30 – 60 นาที รองลงมาคือการนอนหลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที พบว่า มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 35.9 ตามลำดับ

4.3.3 ด้านระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.8 มีระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน ประมาณ 5 – 6 ชั่วโมง รองลงมาคือ มากกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 23.4 ตามลำดับ



4.3.4 ด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.4 มีประสิทธิผลของการนอนหลับ น้อยกว่าร้อยละ 65 รองลงมาคือ มีประสิทธิผลของการนอนหลับ ประมาณร้อยละ 75 – 84 คิดเป็น ร้อยละ 28.1 ตามลำดับ

4.3.5 ด้านการรบกวนการนอนหลับ พบว่า สิ่งที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.6 คือการตื่นเข้าห้องน้ำ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ รองลงมาคือ ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 34.4 ตามลำดับ

4.3.6 ด้านการใช้ยานอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.3 ใช้ยานอนหลับ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ รองลงมาคือ ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 29.7 ตามลำดับ

4.3.7 ด้านผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.5 มีปัญหาบ้างเล็กน้อยเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จ รองลงมา คือ มีปัญหาการรบกวนหรือผลหลับน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ (ตาราง 4.4)

ตาราง 4.4 องค์ประกอบของการนอนหลับ

| องค์ประกอบของการนอนหลับ | จำนวน (n) | ร้อยละ |
|---|-----------|--------|
| 1. คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย | | |
| ดีมาก | 3 | 4.7 |
| ดี | 37 | 57.8 |
| ไม่ค่อยดี | 21 | 32.8 |
| ไม่ดีเลย | 3 | 4.7 |
| 2. ระยะตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ | | |
| 2.1 นอนหลับหลังจากเข้านอนแล้วประมาณ | | |
| น้อยกว่า 15 นาที | 10 | 15.6 |
| ประมาณ 16-30 นาที | 22 | 34.4 |
| ประมาณ 30-60 นาที | 24 | 37.5 |
| มากกว่า 60 นาที | 8 | 12.5 |
| 2.2 นอนหลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที | | |
| ไม่เป็นปัญหาเลย | 19 | 29.7 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 3 | 4.7 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 19 | 29.7 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 23 | 35.9 |



ตาราง 4.4 องค์ประกอบของการนอนหลับ (ต่อ)

| องค์ประกอบของการนอนหลับ | จำนวน (n) | ร้อยละ |
|--|-----------|--------|
| 3. ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน | | |
| มากกว่า 7 ชั่วโมง | 15 | 23.4 |
| ประมาณ 6-7 ชั่วโมง | 10 | 15.7 |
| ประมาณ 5-6 ชั่วโมง | 31 | 48.4 |
| น้อยกว่า 5 ชั่วโมง | 8 | 12.5 |
| 4. ประสิทธิภาพของการนอนหลับ | | |
| มากกว่าร้อยละ 85 | 16 | 25 |
| ประมาณร้อยละ 75-84 | 18 | 28.1 |
| ประมาณร้อยละ 65-74 | 8 | 12.5 |
| น้อยกว่าร้อยละ 65 | 22 | 34.4 |
| 5. การรบกวนการนอนหลับ | | |
| 5.1 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเช้ากว่าปกติ | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 25 | 39.0 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 3 | 4.7 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 22 | 34.4 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 14 | 21.9 |
| 5.2 ตื่นเข้าห้องน้ำ | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 12 | 18.8 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 2 | 3.1 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 26 | 40.6 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 24 | 37.5 |
| 5.3 หายใจขัด | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 59 | 92.2 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 3 | 4.7 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 2 | 3.1 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 0 | 0 |



ตาราง 4.4 องค์ประกอบของการนอนหลับ (ต่อ)

| องค์ประกอบของการนอนหลับ | จำนวน (n) | ร้อยละ |
|------------------------------------|-----------|--------|
| 5.4 ไอ | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 58 | 90.6 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 5 | 7.8 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 1 | 1.6 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 0 | 0 |
| 5.5 รู้สึกหนาวเกินไป | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 54 | 84.3 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 6 | 9.4 |
| มีปัญหา 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 4 | 6.3 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 0 | 0 |
| 5.6 รู้สึกร้อนเกินไป | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 35 | 54.6 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 14 | 21.9 |
| มีปัญหา 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | 12 | 18.8 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 3 | 4.7 |
| 5.7 ฝันร้าย | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 41 | 64.1 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 7 | 10.9 |
| มีปัญหา 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | 14 | 21.9 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 2 | 3.1 |
| 5.8 เจ็บหรือปวดตามตัว | | |
| ไม่มีปัญหาเลย | 38 | 59.4 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 10 | 15.6 |
| มีปัญหา 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | 9 | 14.1 |
| มีปัญหา 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือมากกว่า | 7 | 10.9 |



ตาราง 4.4 องค์ประกอบของการนอนหลับ (ต่อ)

| องค์ประกอบของการนอนหลับ | จำนวน (n) | ร้อยละ |
|---|-----------|--------|
| 6. การใช้นอนหลับ | | |
| ไม่เคยใช้ | 14 | 21.9 |
| ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 2 | 3.1 |
| ใช้ 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | 29 | 45.3 |
| ใช้ 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ | 19 | 29.7 |
| 7. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน | | |
| 7.1 การง่วงนอน หรือ เผลอหลับ | | |
| ไม่เคยเลย | 41 | 64.0 |
| น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ | 20 | 31.3 |
| 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ | 3 | 4.7 |
| 3 ครั้ง หรือมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ | 0 | 0 |
| 7.2 ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงาน | | |
| ให้สำเร็จ | | |
| ไม่เป็นปัญหาเลย | 32 | 50 |
| เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย | 24 | 37.5 |
| เป็นปัญหาพอสมควร | 8 | 12.5 |
| เป็นปัญหามากพอสมควร | 0 | 0 |

4.4 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสภาวะอารมณ์ ด้านเหตุการณ์ในชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยคงอยู่ที่รบกวนการนอนหลับ คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.4.1 ปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

4.4.1.1 ปัจจัยด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคที่รบกวนการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปวดขาเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดร้อยละ 34.4 และ



รองลงมา คือ อาการปวดท้อง ร้อยละ 10.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับ พบว่า อาการปวดท้องรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับมาก ส่วนอาการปวดขา ท้องอืด และท้องผูก รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง

2) ปัจจัยด้านร่างกายจากอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รบกวนการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการชาตามปลายมือปลายเท้าเป็นอาการที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมาคือ อาการเหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับ พบว่า ทุกอาการรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 4.5)

ตาราง 4.5 ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกายที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64)

| ปัจจัยด้านร่างกาย | จำนวนที่รับรู้ ว่ามีการรบกวนการนอน หลับ n (%) | คะแนนการรบกวนการนอนหลับ | | |
|---|---|-------------------------|------|----------|
| | | \bar{X} | S.D | การแปลผล |
| 1. ด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค | | | | |
| 1.1 ปวดขา | 22 (34.4) | 3.27 | 0.94 | ปานกลาง |
| 1.2 ปวดท้อง | 7 (10.9) | 3.43 | 0.53 | มาก |
| 1.3 ท้องอืด | 4 (6.3) | 3.25 | 0.50 | ปานกลาง |
| 1.4 น้ำหนักลด | 2 (3.1) | 2.00 | 0.00 | น้อย |
| 1.5 ท้องผูก | 1 (1.6) | 3.00 | 0.00 | ปานกลาง |
| 2. ด้านร่างกายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด | | | | |
| 2.1 ชาตามปลายมือปลายเท้า | 34 (53.1) | 3.20 | 0.73 | ปานกลาง |
| 2.2 อาการเหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง | 33 (51.6) | 2.90 | 0.84 | ปานกลาง |
| 2.3 เจ็บร้อนบริเวณที่ให้ยา | 19 (29.7) | 2.84 | 0.76 | ปานกลาง |
| 2.4 คลื่นไส้อาเจียน | 7 (10.9) | 2.86 | 0.38 | ปานกลาง |
| 2.5 วิงเวียนศีรษะ/หน้ามืด | 5 (7.8) | 3.00 | 0.00 | ปานกลาง |



4.4.1.2 ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์

ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ที่รับกวนการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณารู้สึกกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำรับกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 รองลงมา คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาในอนาคต ร้อยละ 46.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยการรับกวนการนอนหลับพบว่า ความรู้สึกกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำ และเป็นห่วงครอบครัวบุตรหลาน ทั้งสองปัจจัยนี้รับกวนต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก ส่วนปัจจัยอื่นรับกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 4.6)

ตาราง 4.6 ปัจจัยกระตุ้นด้านสภาวะอารมณ์ที่รับกวนการนอนหลับ (n = 64)

| ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ | จำนวนที่รับรู้ว่ามี การรับกวน การนอนหลับ n (%) | คะแนนการรับกวนการนอนหลับ | | |
|--|---|--------------------------|------|----------|
| | | \bar{X} | S.D | การแปลผล |
| 1. กลัวตาย/รักษาไม่หาย/ กลับมาเป็นซ้ำ | 35 (54.7) | 3.71 | 1.13 | มาก |
| 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยและการรักษาใน อนาคต | 30 (46.9) | 3.10 | 0.96 | ปานกลาง |
| 3. เป็นห่วงครอบครัวบุตรหลาน | 28 (43.8) | 3.50 | 0.75 | มาก |
| 4. กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว | 22 (34.4) | 3.27 | 0.83 | ปานกลาง |
| 5. กังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงาน และความรับผิดชอบใน ครอบครัว | 19 (29.7) | 3.16 | 0.76 | ปานกลาง |
| 6. กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล | 15 (23.4) | 3.20 | 0.78 | ปานกลาง |
| 7. กลัวผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ที่ ต้องได้รับยาเคมีบำบัด | 11 (17.2) | 3.09 | 0.83 | ปานกลาง |



4.4.1.3 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต

ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตที่รบกวนการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิตที่รบกวนต่อการนอนทั้งหมดเป็นด้านลบเท่านั้นโดยมีเพียง 3 ปัจจัย คือ รายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 28.1 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 7.8 และการหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรสร้อยละ 6.3 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาที่คะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับ พบว่า การหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส มีคะแนนการรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือการมีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ (ตาราง 4.7)

ตาราง 4.7 ปัจจัยกระตุ้นด้านเหตุการณ์ในชีวิตที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64)

| ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต | จำนวนที่รับรู้ว่ามีกรรบกวนการนอนหลับ n (%) | คะแนนการรบกวนการนอนหลับ | | |
|---|---|-------------------------|------|-----------|
| | | \bar{X} | S.D | การแปลผล |
| 1. รายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย | 18 (28.1) | 3.39 | 1.14 | ปานกลาง |
| 2. จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | 5 (7.8) | 2.20 | 1.10 | น้อย |
| 3. การหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส | 4 (6.3) | 4.75 | 0.50 | มากที่สุด |

4.4.1.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอุณหภูมิที่ร้อนเกินไปรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ ลักษณะที่นอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไปร้อยละ 17.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาที่คะแนนเฉลี่ยการรบกวนการนอนหลับพบว่า ทุกปัจจัยรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงอุณหภูมิที่ร้อนเกินไป ที่รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย (ตาราง 4.8)



ตาราง 4.8 ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับ (n = 64)

| ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม | จำนวนที่รับรู้ว่ามีการรบกวนการนอนหลับ n (%) | คะแนนการรบกวนการนอนหลับ | | |
|---|--|-------------------------|------|----------|
| | | \bar{X} | S.D | การแปลผล |
| 1. อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป | 29 (45.3) | 2.55 | 0.63 | น้อย |
| 2. ลักษณะที่นอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไป | 11 (17.2) | 2.81 | 0.60 | ปานกลาง |
| 3. แสงสว่างในบ้านเรือนหรือตามท้องถนน | 9 (14.1) | 2.67 | 0.86 | ปานกลาง |
| 4. เสียงดังรบกวนจากเพื่อนบ้านหรือภายนอกบ้าน | 6 (9.4) | 3.33 | 0.82 | ปานกลาง |
| 5. อุณหภูมิที่เย็นเกินไป | 5 (7.8) | 2.80 | 0.45 | ปานกลาง |

4.4.5 ปัจจัยคงอยู่ที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง

4.4.5.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวันมากที่สุดร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 23.4 เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้การรบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับรบกวนน้อยที่สุด ถึงปานกลาง โดยระดับปานกลาง คือ การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน และในระดับน้อย คือ การงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวัน การดื่มชา/กาแฟ การเปิดมือถือ/line ไว้ในระหว่างนอนหลับ และการดื่มน้ำอัดลม สำหรับในระดับน้อยที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ การดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุในห้องนอน และการดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามลำดับ (ตาราง 4.9)



ตาราง 4.9 ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ (n = 64)

| พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ | จำนวนที่รับรู้ว่ามีการรบกวนการนอนหลับ | | คะแนนการรบกวนการนอนหลับ | | |
|--|---------------------------------------|--------|-------------------------|------|------------|
| | n (คน) | ร้อยละ | \bar{X} | S.D | การแปลผล |
| 1. การงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวัน | 37 | 57.8 | 2.00 | 1.02 | น้อย |
| 2. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง | 15 | 23.4 | 1.33 | 0.72 | น้อยที่สุด |
| 3. การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน | 14 | 21.9 | 3.35 | 0.84 | ปานกลาง |
| 4. การสูบบุหรี่ | 13 | 20.3 | 1.46 | 0.97 | น้อยที่สุด |
| 5. การดื่มชา/กาแฟ | 11 | 17.2 | 2.18 | 1.25 | น้อย |
| 6. การเปิดมือถือ/line ไว้ในระหว่างนอนหลับ | 9 | 14.1 | 2.22 | 0.67 | น้อย |
| 7. การดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุในห้องนอน | 8 | 12.5 | 1.75 | 0.89 | น้อยที่สุด |
| 8. การดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 7 | 10.9 | 1.14 | 0.38 | น้อยที่สุด |
| 9. การดื่มน้ำอัดลม | 5 | 7.8 | 2.00 | 1.00 | น้อย |

4.5 การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 79.7 ($\bar{X} = 10.05$, $SD = 4.79$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เทศวิริช (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปหลังได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากถึงร้อยละ 67.1 ($\bar{X} = 6.75$, $SD = 2.34$) และการศึกษาของ Lui et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 42 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะการดำเนินโรค ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของเซลล์ มะเร็งไปสู่ต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและ



ให้ยาเคมีบำบัดเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง การที่ต้องเข้ารับการรักษา ถือเป็นสถานการณ์ความเครียดที่รุนแรง จึงอาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจได้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานใจ มีความเครียด ความวิตกกังวลและต้องครุ่นคิดในเรื่องต่าง ๆ จึงอาจพบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับได้ เช่น ต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนสึกระทั้งหลับนานขึ้น ตื่นบ่อย ตอนกลางคืน และการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (American Cancer Society, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al. (2014) ที่พบว่าความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้

นอกจากนี้ อาจเกี่ยวข้องกับ การได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ซึ่งทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปลายประสาทอักเสบ อาการเจ็บและร้อนบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียนเหม็นเบื่ออาหาร มีแผลในช่องปาก การรับรสเปลี่ยนแปลง และมีเลือดขาวต่ำ (Nusrat et al., 2013; Thierry et al., 2009; พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภัคติวงศ์, 2559) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ที่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 โดยเฉพาะอย่าง Oxalipatin ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Cindy et al., 2013) ยิ่งไปกว่านั้น หากได้รับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องและยาวนาน จึงมีการสะสมของฤทธิ์ยาเคมีบำบัดในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย (Nusrat et al., 2013) โดยอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ เมื่อพิจารณาด้านอายุและเพศของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการนอนหลับกับอายุและเพศแล้ว ผู้วิจัยไม่พบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพการนอนหลับกับอายุและเพศของกลุ่มตัวอย่าง (ดังภาคผนวก ฉ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palesh et al. (2010) และ Mellar et al. (2013) ที่พบว่าอายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีปัญหาในมิติระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ การรบกวนการนอนหลับ และการใช้ยานอนหลับ กล่าวคือ ในมิติระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาโดยเฉลี่ยตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ประมาณ 30 – 60 นาที ร้อยละ 37.5 ซึ่งเวลาปกติคือประมาณ 15 – 30 นาที หากมากกว่า 30 นาที แสดงให้เห็นว่าเข้าสู่การนอนหลับยากกว่าปกติ มิติด้านการรบกวนการนอนหลับพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ตื่นบ่อยครั้งในตอนกลางคืน และพบว่าสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างตื่นบ่อยครั้งคือ ตื่นเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น โดยพบว่าการตื่นเข้าห้องน้ำเป็นปัญหา 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 40.6 และพบว่าด้วยสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าวก่อนเข้านอน กลุ่มตัวอย่างมักจะดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอน จึงทำให้ตื่นปัสสาวะในตอนกลางคืนได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่กำลังอยู่ในวัย



ทำงานมีอาการนอนฝืนร้ายเนื่องจาก ในวัยนี้เป็นวัยที่มีเรื่องครุ่นคิดเกี่ยวกับครอบครัว และหน้าที่ การงานต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่าง ๆ การฝืนร้ายเป็นการสะท้อนอารมณ์ และ ความวิตกกังวลของตัวบุคคลส่วนมิติด้านการใช้ยานอนหลับ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ ยานอนหลับมากถึงร้อยละ 78.1 โดยพบว่า ความถี่ในการใช้ยานอนหลับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้ยานอนหลับ ประมาณ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 45.3 ซึ่งยานอนหลับที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะเป็นยา Home med หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จแล้ว เพื่อนำกลับไปรับประทานที่บ้าน แพทย์จะแนะนำให้ ผู้ป่วยสามารถทานได้เมื่อรู้สึกว่ามันไม่หลับ จากการศึกษาพบด้วยกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ให้ข้อมูลว่า หากไม่ได้รับประทานยานอนหลับก็จะนอนไม่หลับทั้งคืน แต่ถ้าทานแล้วจะรู้สึกผ่อนคลายและนอนหลับ สบายตลอดทั้งคืน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงต้องรับประทานยานอนหลับเมื่อรู้สึกว่ามันนอน ไม่หลับ จากปัญหาดังกล่าวล้วนส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ พักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย อันจะส่งผลต่อการรักษา การกระจาย ของโรค และคุณภาพชีวิตต่อไป

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด คืออะไรบ้าง และเป็นอย่างไร

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับประกอบด้วย 1) ปัจจัยกระตุ้น แบ่งออกเป็น ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1.1) ด้านร่างกาย 1.2) ด้านสภาวะอารมณ์ 1.3) ด้านเหตุการณ์ ในชีวิต และ 1.4) ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ปัจจัยคงอยู่ คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

1) ปัจจัยกระตุ้น

1.1) ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.4 ระบุว่าอาการปวดขา ส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด โดยมีระดับ การรบกวนการนอนหลับอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mellar et al. (2013) ที่พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย โดย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ก็เป็นผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคในระยะแพร่กระจาย กล่าวคือ อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานไม่สุขสบาย ซึ่งอาการปวดขาในผู้ป่วย มะเร็งอาจมีสาเหตุมาจาก 2 สาเหตุ คือ อาการปวดขาเดิมที่เคยเป็นมาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัย ผู้สูงอายุ จากการเสื่อมถอยของร่างกาย และอาการปวดจากก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะที่อยู่ข้างเคียง และเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย อีกทั้งการได้รับยาเคมีบำบัดมักทำลายเส้นประสาท เช่น ยา Oxaliplatin จะมีพิษทำลายเส้นประสาททำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อขาอย่างรุนแรงได้ (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และ น้ำอ้อย รักดีวงศ์, 2559) ซึ่งจากความไม่สุขสบายดังกล่าวย่อมส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับแล้วนั้นพบว่า อาการปวดท้อ งรบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะความรุนแรงของ โรคในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่มีการลุกลามผ่านทุกชั้นของผนังลำไส้ใหญ่ ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง



ใกล้เคียงแล้ว จึงทำให้อุจจาระผ่านบริเวณลำไส้ได้ลำบาก หรือผ่านไปไม่ได้ ทำให้เกิดการอุดตันบริเวณลำไส้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก (จักรพันธ์ เอื้อนเรศษย์, 2554) จึงอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่างได้

1.2) ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกายจากอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเหน็บชาตามปลายมือปลายเท้ารบกวนการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 53.1 และรองลงมา คือ อาการเหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรโฟล์ฟอกซ์ ของปานศิรินทร์ ติตตะ และพิมพ์พนิต สมศรี (2557) โดยพบว่าอาการชาตามปลายมือปลายเท้า (Peripheral neuropathy) เป็นอาการที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ซึ่งเป็นความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือและเท้า มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าจะรู้สึกเจ็บเหมือนถูกแทงด้วยของแหลม เนื่องจากยาเคมีบำบัดในสูตร FOLFOX4 จะประกอบด้วย 5-FU และ Oxaliplatin ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีผลทำลายต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ชาหรือสูญเสียการรับความรู้สึกบริเวณปลายมือปลายเท้า หรืออาจมีการปวดร่วมด้วย จะเกิดขึ้นได้ในระหว่างให้ยาหรือภายหลังให้ยา ซึ่งอาการจะรุนแรงขึ้น ถ้าผู้ป่วยสัมผัสกับความเย็น และการศึกษาของ Cindy et al. (2013) ที่พบว่าอาการชาตามปลายมือปลายเท้ามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา Oxaliplatin ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0004$) และการศึกษาของ ชูติมา ฉันทมิตรโสภาส และคณะ (2555) พบว่า อาการชาปลายมือปลายเท้า ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้อาการเหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง ก็ยังเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งอาการเหนื่อยล้าจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายในระหว่างวัน และทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยมีความแปรปรวน จนไปรบกวนการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ เทศวิริช (2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 13.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .138, p < .01$) เมื่อพิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับก็พบว่า ทุกอาการอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับมากที่สุด คือ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า ซึ่งอาจเกิดจากการสะสมของยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 ในร่างกาย โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาครบทุก ๆ ของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cindy et al. (2013) พบว่าอาการเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยพบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงขึ้น จะส่งผลทำให้ปัญหาการนอนหลับเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของการรบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด



1.3) ปัจจัยกระตุ้นด้านสภาวะอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ความรู้สึกกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 18 รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ มีกังวลใจ ในเรื่องความเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ใหญ่และทวารหนัก nderรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของ พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2559) ที่พบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งรังไข่ใหญ่ คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 – 4 มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดถึงจะมียาเคมีบำบัดหลายสูตรที่ใช้ในการรักษามะเร็งรังไข่ใหญ่ แต่ก็แคยื้ออายุให้อยู่ยาวนานขึ้น โดยจากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความกลัวต่อผลการรักษาในอนาคต กลัวความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก มีความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับได้นอกจากนั้น การศึกษาของ Hong et al. (2014) ก็พบว่าความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ได้แก่ ความทุกข์ใจ ความกดดันด้านจิตใจ และความวิตกกังวล ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเช่นกัน เมื่อพิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับก็พบว่าความเป็นห่วงครอบครัวบุตรหลาน และการกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำ รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อายุเฉลี่ย 57.14 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีครอบครัวบุตรหลานที่ต้องรับผิดชอบดูแล ในสภาวะเจ็บป่วยจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ กังวลในเรื่องการดำรงชีวิต และเป็นห่วงครอบครัวและบุตรหลาน เป็นต้น

1.4) ปัจจัยกระตุ้นด้านเหตุการณ์ในชีวิต จากการศึกษาพบว่า การที่มีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 และมีรายได้โดยเฉลี่ย น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ซึ่งจากการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้านในชีวิตประจำวัน การที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้ทำให้รายได้ลดลงจากเดิมที่เคยได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอกับการดำเนินชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉลี่ยคือ เดือนละ 2 ครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติวัฒน์ ชันติ (2559) พบว่าปัญหาการเงินที่มีรายได้น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้น อันสืบเนื่องมาจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางไปรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกระทบต่อคนในครอบครัวต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งปัญหาดังกล่าวล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้น จากการศึกษายังพบว่าการหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส แม้จะพบเพียงร้อยละ 6.3 แต่พบว่า ระดับรบกวนการนอนหลับอยู่ที่ระดับมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า ในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในภาวะพึ่งพา มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่ การปลอบใจ ความเอื้ออาทร



ไม่ทอดทิ้ง และกำลังใจจากคู่สมรสของตน ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ มีความสุข เป็นความต้องการที่สำคัญในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างเหมาะสม (สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) ซึ่งจากการศึกษาของ ทับทิม เปาอินทร์ (2553) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อเกิดการเจ็บป่วย คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ให้การดูแลและช่วยเหลือ ช่วยให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า บุคคลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด คือ คู่สมรส

1.5) ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณหมิที่ร้อนเกินไป รบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 โดยพบว่าอุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียสจะทำให้เกิดความไม่สบาย และรบกวนการนอนหลับได้ จากสภาพอากาศของประเทศไทยที่มีอากาศร้อนและอบอ้าวส่งผลให้รบกวนต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้ (Morton, 1993) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีเซลล์มะเร็งในร่างกาย จึงทำให้เกิดขบวนการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น ทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นกว่าปกติ (สุดารัตน์ ชัยอาจ และคณะ., 2550) สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเศรษฐฐานะยากจน ไม่สามารถซื้อเครื่องปรับอากาศไว้ใช้ในบ้านได้ ต้องเผชิญกับสภาพอากาศที่ร้อน โดยเฉพาะหน้าร้อน จึงรู้สึกทรมาน เหงื่อท่วม เหนื่อยล้าตลอดเวลา กว่าจะนอนหลับได้ต้องใช้เวลานาน ต้องตื่นกลางดึกเพื่อดื่มน้ำดับความกระหายและระบายความร้อน แต่เมื่อพิจารณาจากระดับการรบกวนการนอนหลับพบว่าอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะมีความเคยชินกับสภาพอากาศที่ร้อนอยู่แล้วจึงมีการปรับตัวและหาวิธีการคลายร้อนด้วยตนเอง ซึ่งได้แก่ การใช้ผ้าชุบน้ำมาประคบตามตัว การใช้พัดลมพัดไล่กลิ่นน้ำแข็งให้ไอระเหยความเย็นออกมา และการเปิดหน้าต่างนอน เป็นต้น เมื่อพิจารณาที่ระดับการรบกวนการนอนหลับพบว่า อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย ซึ่งอธิบายได้จาก ผู้ป่วยอาจเคยชินกับสภาพอากาศประเทศไทยที่ร้อนอบอ้าวอยู่แล้ว และมีวิธีการจัดการกับอุณหภูมิที่ร้อนได้ จึงทำให้การรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย

2) ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ คือ การงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวัน พบถึงร้อยละ 57.8 โดยอธิบายได้จาก การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้ในช่วงระหว่างวันไม่มีภารกิจที่จะต้องทำ และจากวิถีชีวิตคนชนบทหลังรับประทานอาหารเช้าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมักงีบหลับระหว่างวัน อีกทั้งประกอบกับภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดแล้วกลับไปอยู่บ้านในช่วง 2 - 3 วันแรกผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยเพลียมาก ไม่สามารถทำงานได้เลย ต้องการการพักผ่อนโดยจะนอนในช่วงกลางวันมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากความรู้สึกง่วงนอนจากระยะเวลาการนอนหลับในช่วงกลางคืนไม่เพียงพอ



จึงเกิดอาการง่วงระหว่างวันได้ โดยจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่งีบหลับในตอนกลางวันจะตื่นบ่อยครั้ง และนอนหลับยากกว่าคนที่ไม่งีบหลับในตอนกลางวัน โดยเฉพาะหากงีบหลับมากเกินไป 50 นาที (Floyd, 1995) เนื่องจากการงีบหลับในตอนกลางวันจะทำให้นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและรบกวนความต่อเนื่องของการนอนหลับในช่วงกลางคืน เมื่อพิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับ พบว่าปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับตั้งแต่ต่ำสุด – ระดับปานกลาง ซึ่งการตีมน้ำมาก ๆ ก่อนนอนเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้ตีมน้ำมาก ๆ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นการชะล้างสารเคมีหรือยาเคมีบำบัดที่สะสมอยู่ในร่างกายตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืนบ่อยขึ้น จึงอาจส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างได้



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 และมาพบแพทย์เพื่อรับยาชุดต่อไป ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 และ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 3.1) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และ 3.2) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคงอยู่ที่รบกวนการนอนหลับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ผลการวิจัย พบว่า

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ถึงร้อยละ 79.7 ($\bar{x} = 10.05$, SD = 4.79)

5.1.2 ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

5.1.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

1) จากพยาธิสภาพของโรค คือ ปวดขา (ร้อยละ 34.4)

2) จากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด คือ อาการชาตามปลายมือปลายเท้า (ร้อยละ 53.1)

5.1.2.2 ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ คือ กลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 54.1)

5.1.2.3 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต คือ รายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย (ร้อยละ 28.1)

5.1.2.4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป (ร้อยละ 45.3)



5.1.3 ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับที่รบกวนการนอนหลับ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การงีบหลับในตอนกลางวัน/นอนกลางวัน (ร้อยละ 57.8) 2) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 23.4) 3) การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน (ร้อยละ 21.9) 4) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 20.3) และ 5) การดื่มชา/กาแฟ (ร้อยละ 17.2) ตามลำดับ

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านร่างกาย เช่น อาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงการหาแนวทางการจัดการกับอาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพมากขึ้น

5.2.2 ด้านการวิจัย

5.2.2.1 ควรมีการศึกษาในเชิงหาความสัมพันธ์ เกี่ยวกับปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำมาซึ่งการอธิบายถึงสาเหตุหรือปัญหาที่รบกวนการนอนหลับได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเจาะลึกถึงสาเหตุและความต้องการการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

5.2.2.3 ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการอาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้



เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

- จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์. (2554). Staging of Colorectal Cancer. ใน *ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับริชชิง.
- จันทนงค์ อินสุข. (2550). *ปัจจัยที่ทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินดารัตน์ ชัยอาจ. (2556). ปัจจัยรบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. *พยาบาลสาร*, 40(1), 105-114.
- ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, พิชญภา พิษะยะ, ลาวัลย์ รักษาเนช และอาภรณ์ นามดี. (2555). ประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็ง จังหวัดชลบุรี, *วารสารโรคมะเร็ง*. 32(2), 45-60.
- ชูหังส์ ดีเสมอ และแสงทอง ชีระทองคำ. (2553). คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง. *Rama Nursing Journal*, 16(1), 27-34.
- ฐิติวัฒน์ ชันติ. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝาย อำเภอป่าตอง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 14(2), 45-54.
- ตะวันชัย จิระประมุข และวรัญญู ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(3), 123-132.
- ทับทิม เปาอินทร์, เยาวรัตน์ รุ่งว่าง, และเรวัต เตียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 28-37.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สามัญชินเนสอาร์แอนด์ดี.
- นงลักษณ์ อนันตอาจ. (2550). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ วรวุฒิ. (2554). Principle of Chemotherapy. ใน *ปริญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับริชชิง.



- นันทวรรณ พลสุวรรณ. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุสรุ ประเสริฐศรี, วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, ยศพล เหลืองโสมนภา และชลียา วามะลุน. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 1-13.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2554). Overview in Colorectal Cancer. ใน *ปริญญา ทวีชัยการ (บรรณาธิการ), ตำรามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปรารถนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสาร*, 40(3), 62-74.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารสังคมศาสตร์*, 5(2), 92-101.
- วันเพ็ญ เทศวิริช. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลมหาสารคาม. (2559). สถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2557-2559. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). *แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- . (2557). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บีทีเอส เพรส.
- . (2558). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *คู่มือแนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอล ปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.



- สุดารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, พิกุล บุญช่วง และวิจิตร ศรีสุพรรณ. (2550). คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 22(4), 50-63.
- สุดารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 20(2), 1-12.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรรัตน์ นรสนธิ. (2550). *อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อินทิรา ปากันทะ. (2550). ปัญหาการนอนหลับและวิธีการแก้ไข. *วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(2), 31-38.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuk, N., Shimizu, K., Inagaki, M., Fujimori, M., Shima, Y., ... Uchitomi², Y. (2007). Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(10), 888-894.
- American Cancer Society. (2017a). *Cancer Facts & Figures 2017*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2017.
- . (2017b). *Signs-and-symptoms*. [Online]. Available From: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html>. [accessed March 2, 2017].
- Ancoli-Israel, S. (2015). Sleep Disturbances in Cancer: A Review. *Sleep Med Res*, 6(2), 45-49.
- Andreas, A. A. (2015). Updates on Oxaliplatin-Induce Peripheral Neurotoxicity. *Toxics*, 3, 187-197.
- Anna, R. G., Jose, P., Cristina, F., Sergi, M., Romon, M., & Maria, A. S. (2014). Insomnia among patient With advance disease during admission in Palliative Care Unit: a prospective observation study on its frequency and association with psychological, physical and environmental factor. *BMC Palliative care*.



- Anderson, K. O., Getto, C. J., Mendoza, T. R., Wang, X. S., & Reyes-Gibby, C. C. (2003). Fatigue and sleep disturbance in patients with cancer, patients with clinical depression, and community-dwelling adult. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 307-318.
- Berger, A. M., Parker, K. P., Young-McCaughan, S., Mallory, G. A., Barsevick, A. M., Beck, S. L., et al. (2005). Sleep/wake disturbances in people with cancer and their caregivers: State of the science. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), E98-E126.
- Berger, A. M., Gerber, L. H., & Mayer, D. K. (2012). Cancer-Related Fatigue. *Cancer* 118(S8), 2261-2269.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T.H., Berman, S. R., Kupfer D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Buysse, D. J., Barzansky, B., Dinges, D., Hogan, E., Hunt, E., & Owens, J. (2003). Sleep, fatigue, and medical training: setting an agenda for optimal learning and patient care. *Sleep* Mar, 26(2), 218-250.
- Carkadon, M. A., & Dement, W. C. (2011). Monitoring and staging human sleep. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5, 16-26.
- Chokroverty, S. (1999). Sleep disturbances in other medical disorders. In S. Chokroverty (Ed.), *Sleep disorders medicine: Basic science, technical, considerations, and clinical aspects*, (pp. 587-617).
- Cindy T., Kristine A., Donovan., Mary A., M., Shibata D., Yating Y. (2013). Oxaliplatin-induced peripheral neuropathy's effects on health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *Springer*, 21, 3307-3313.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brudage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science Medicine*, 54(9), 1309-1321.
- Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bogel, S. M. (2010). The influence Of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189.
- Floyd, J. A. (1995). Another look at napping in older adults. *Geriatrics Nursing*, 16(3), 136-138.



- Galiano, C., Arroyo, M., Ariza, G., Fernández, L., Fernández, F., & Cantarero, V. (2017). Factors that Explain the Cancer-Related Insomnia, *The Breast Journal*, 10, 1-8.
- Guen, Y. L., Gagnadoux, J. L., J., Jeanfaivre, T., Meslier, N., Racineux, J., et al. (2007). Sleep disturbances and impaired daytime functioning in outpatients with newly diagnosed lung cancer. *Lung Cancer*, 58(1), 139-143.
- Heras, P., Hatzopoulos, A., Kritikos, K., & Karagiannis, S. (2009). Level of fatigue in Colorectal cancer patients (ccp) receiving adjuvant chemotherapy. *American Society of Clinical Oncology*, 27, 15S.
- Hong, J. S., Tian, J., & Wu, L. H. (2014). The influence of chemotherapy-induced neurotoxicity on psychological distress and sleep disturbance in cancer patients. *Current Oncology*, 21(4), 174-180.
- Hsiao, H. K., Ming, J. C., Wen, C. L., & Shiow, L. H. (2006). Quality of Sleep and Related Factors During Chemotherapy in Patients with Stage I/II Breast Cancer, *J. Formos Med Assoc*, 105(1), 64-69.
- International Agency for Research on Cancer. (2012). Cancer incidence Mortality and prevalence worldwide in 2012. [Online]. Available From: <http://www.iarc.fr/en/mediacentre/iarcnews/2010/>. [accessed November 2, 2016].
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). (2016). [Online]. Available From: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/C19>. [accessed October 4, 2016].
- Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Cayir, K., Tekin, S. B., & Kantarci, R. (2010). Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Denment, W. C. (2015). *Principle and Practice of Sleep Medicine*. E-Book. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Health science.
- Lei, Z., Qiongjing, Y., Qiuli, W., Sabrina, K., Xiaojing, L., & Changli, W. (2009). Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *J Clin Nurs*, 18(17), 2521-2529.



- Linh, A., Carolyn, E. B., Kim, C., Harry, O., Stephen, S. (2013). Predicting Acute and Persistent Neuropathy Associated with Oxaliplatin. *Am J Clin Oncol*, 36(4), 331-337.
- Lui, L., Rissling, M., Natarajan, L., Fiorentino, L., Mills, P. J., Dimsdale, J. E., Ancoli-Israel, S. (2012). The longitudinal relationship between fatigue and sleep in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Sleep*, 35, 237–245.
- Mathew George, Alby Elias, Mohsen Shafiei. (2015). Insomnia in Cancer – Associations and Implications, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, 6711-6714.
- Zhang, M. F., Zheng, M. C., Liu, W. Y., Wen, Y. S., Wu, X. D., & Liu, Q. W. (2015). The influence of demographics, psychological factors and self-efficacy on symptom distress in colorectal cancer patients undergoing post-surgical adjuvant chemotherapy, *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 89–96.
- Mellar, P. D., Dilara, K., Declan, W., Ruth, L., & Alexandra, P. (2013). Insomnia in Patients with Advance Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(4), 365-373.
- Meyer, J., & Balducci, L. (2003). Chemotherapy in the older adult. In J. Overcash & L. Balducci (Eds.), *The Older Cancer Patients*, (p. 144-167). n.p.: n.p.
- Morton, P. G. (1993). *Health Assessment in Nursing*. St Loius; Spring House.
- Mustian, K. M., Morrow, G. R., Carroll, J. K., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Williams, G. C. (2007). Integrative nonpharmacologic behavior interventions for The management of cancer related fatigue. *The Oncologist*, 12(1), 52-67.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Gennatas, K., Smyrniotis, V., & Vassiliou, L.(2007). Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 527-533.
- Narayanan, V., & Koshy, C. (2009). Fatigue in cancer: A review of literature. *Indian Journal of Palliative Care*. [Online]. Available From: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp> [accessed June 18, 2010].
- National Comprehensive Cancer Network. (2009). *Clinical Practice Guideline in Oncology*, Colon Cancer.



- Nusrat Bano., Rahila Najam., & Ahmed Mateen. (2013). Neurological Adverse Effects in Patients of Advanced Colorectal Carcinoma Treated with Different Schedules of FOLFOX. *Chemotherapy Research and Practice*, Pakistan: Hindawi Publishing Corporation.
- O'Donnell, J. F. (2004). Insomian in cancer Patients. *Clinical Cornerstone*, 6(Supplement 1D), S6-S14.
- Ohayon, M. H., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 745-755.
- Palesh, O. G., Roscoe, J. A., Mustian, K. M., Roth, T., Savard, J., Ancoli-Israel, S., Heckler, C., ... Morrow, G. R. (2010). Prevalence Demographics, and Psychological Associations of Sleep Disruption in Patients With Cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *Journal of Clinical Oncology*, 28(2), 292-298.
- Phillips KM., Jim HS., Donovan KA., Pinder-Schenck MC., Jacobsen PB. (2012). Characteristics and correlates of sleep disturbances in cancer patients, *Support Care Cancer*, 20(2), 357-365.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). The content validity index. *Research in Nursing & Health*, 29, 489-497.
- Ryan, J. L., Carroll, J. K., Ryan, E. P., Mustian, K. M., Fiscella, K., & Morrow, G. R. (2007). Mechanism of cancer-related fatigue. *The Oncologist*, 12(1), 22-34.
- Savard, J., & Morin, M. G. (2001). Insomnia in context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal Clinical Oncology*, 19(3), 895-908.
- Sheely LC. (1996). Sleep disturbances in hospitalized patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(1), 109-111.
- Spielman, A. J. (1986). Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*, 6, 11-25.
- Spielman, A. J., Yang, C., & Glowinsky, P.B. (2000). Assessment technique for insomnia. In M. H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principle and Practice of Sleep Medicine*, 3, 1239-1250.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J.A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep Characteristic in healthy. *Research in Nursing and Health*, 10(3), 155-163.



- Thierry, A., Corrado, B., Matilde, N., Josep, T., Tamas, H., Clare, T., et al. (2009). Improved Overall Survival With Oxaliplatin, Fluorouracil, and Leucovorin As Adjuvant Treatment in Stage II or III Colon Cancer in the MOSAIC Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 27(19), 3109-3116.
- Vena, C., Parker, K., Cunningham, M., Clark, J., & McMillan, S. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: An overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 735-746.



ภาคผนวก

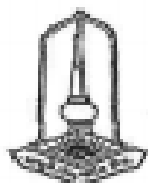


ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ที่ มสจ-มสจ-๒๐/๐๓๓๐.๑๑-๒๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยระยะเริ่มไข้หวัดใหญ่และ
พวกรพนักกายภาพซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้วิจัย : นางสาววิจิตรา มหาวิวัฒน์
นิสิตศึกษาดูแลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แล้ว

ไว้ ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

นางกัญญา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา จุฑารัตนกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
เลขที่ ๒๐๐-๐๑ ถนนสีชมพูศรีนครินทร์ ตำบลเมือง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม ๔๔๑๓๐
โทร. ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๗ ต่อ ๒๓๒๕ โทรสาร ๐-๔๓๗๕-๔๓๕๗



ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย



คำชี้แจงและภารกิจที่พึงปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ คิฉฉิน นางสาววิชาชา มหาสิริมงคล เป็นนิสิตศึกษาศาสนา ภาควิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด" การนอนหลับที่ถูกรบกวนหรือเป็นความผิดปกติพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่มีการเจ็บป่วย การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด มักจะมีปัญหาด้านการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก ใช้เวลานานกว่าจะนอนหลับ ตื่นนอนตอนกลางคืนบ่อยครั้ง และรู้สึกว่าตนเองนอนไม่เพียงพอ จากปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ส่งผลต่อแผนการรักษาและการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถรับยาได้ครบตามรอบ ต้องเลื่อนการให้ยาออกไป ทำให้การดำเนินชีวิตมีความยุ่งวุ่นวายขึ้น โดยปัญหาการนอนหลับที่นอนหลับไม่เพียงพอมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งอาจเกิดสาเหตุและปัจจัยบางประการที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ รวมทั้งค้นหาถึงสาเหตุและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป คิฉฉินจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ซึ่งคิฉฉินจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ในระหว่างที่มีการสัมภาษณ์หากท่านผู้ใดไม่สะดวกหรือมีอาการผิดปกติใดๆ ท่านสามารถแจ้งให้ได้รับทราบเพื่อให้ความช่วยเหลือท่านในทันที

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถ ตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อตัวท่านและครอบครัวของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกผู้วิจัยโดยตรงหรืออาจจะแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง หากมีข้อสงสัยท่านสามารถสอบถามคิฉฉินได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 090-0241584 คิฉฉินขอขอบคุณที่ท่านทำได้เสียสละเวลาดูแลอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ
วิชาชา มหาสิริมงคล



ภาคผนวก ค
เอกสารยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย



แบบบันทึกของของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้รับฟังคำอธิบายและ
ได้รับเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยเรื่อง "คุณลักษณะอันชอบธรรมและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยามคีโมบำบัด" โดยได้รับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์
ขั้นตอน และวิธีการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ สิทธิที่มิในระหว่างการวิจัยตลอดจนได้ศึกษาคำขอสงวน
ต่าง ๆ อย่างเพียงพอแล้ว

ข้าพเจ้าสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและ
การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยามคีโมบำบัด โดยผู้วิจัยชี้แจงแล้วว่า
จะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยเท่านั้น ไม่ได้ระบุว่าเป็น
ข้อมูลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านใบยินยอมนี้ และเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมของผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ไว้

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวรัชชยา มหาสีมทอง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถามการวิจัย

เลขที่.....

เรื่อง คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดคำตอบที่ได้จะถูกเก็บเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น จะไม่มีผลเสียหายหรือผลกระทบใด ๆ สำหรับท่านทั้งสิ้น โปรดตอบคำถามให้ครบทุกคำถามตามความเป็นจริง

โดยลักษณะคำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูล 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดประกอบด้วยข้อมูล 2ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ

ชุดที่ 2แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการ

นอนหลับ



ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด หรือเติมค่าลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

- 1.1 เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
- 1.2 อายุปี
- 1.3 สถานภาพสมรส
- () 1. โสด () 2. คู่
- () 3. แยกกันอยู่ () 4. หย่าร้าง
- () 5. หม้าย
- 1.4 ศาสนา
- () 1. ศาสนาพุทธ () 2. ศาสนาคริสต์
- () 3. ศาสนาอิสลาม () 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 1.5 ระดับการศึกษา
- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
- () 3. มัธยมศึกษา () 4. ปวช/ปวส.
- () 5. ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา () 6. ปริญญาตรี
- () 7. ปริญญาโท () 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 1.6 อาชีพ
- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. รับจ้าง
- () 3. เกษตรกรรม () 4. ค้าขาย
- () 5. ธุรกิจส่วนตัว () 6. รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- () 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 1.7 รายได้ของครอบครัว (บาท / เดือน)
- () 1. ไม่มีรายได้ () 2. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท
- () 3. 5,001 – 10,000 บาท () 4. 10,001 – 15,000 บาท
- () 5. 15,001 -20,000 บาท () 6. 20,001 – 25,000 บาท
- () มากกว่า 25,001 บาท
- 1.8 ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว
- () 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
- () 3. เพียงพอและเหลือเก็บ



1.9 สิทธิคำรักษาพยาบาล

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า | <input type="checkbox"/> 2. เบิกได้ |
| <input type="checkbox"/> 3. จ่ายตรง | <input type="checkbox"/> 4. ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> 5. จ่ายเอง | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ |

1.10 ลักษณะการอยู่อาศัย

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อยู่เพียงลำพัง | <input type="checkbox"/> 2. อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง |
| <input type="checkbox"/> 3. อยู่กับบุตร หรือญาติ | <input type="checkbox"/> 4. อยู่กับคู่สมรสและบุตร |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ | |

1.11 บุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส |
| <input type="checkbox"/> 3. บุตร | <input type="checkbox"/> 4. ญาติ |
| <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ | |



2.7 การประเมินสภาพผู้ป่วย ECOG Score (Performance Status Eastern Cooperative Oncology Group)

1. () ECOG score = 0 ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำงานหนักได้
2. () ECOG score = 1 ทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำงานได้แต่หนักมากมีอาการนิดหน่อย
3. () ECOG score = 2 มีอาการเหนื่อย ทำกิจวัตรประจำวันยังได้ แต่ต้องมีการพักระหว่างวัน แต่น้อยกว่าร้อยละ 50
4. () ECOG score = 3 มีอาการเหนื่อยมากขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ไม่ทุกอย่าง ต้องพักระหว่างวันมากกว่าร้อยละ 50
5. () ECOG score = 4 มีอาการมาก ไม่สามารถทำกิจวัตรได้และต้องนอนพักตลอดเวลา

2.8 ค่า Body mass index (BMI).....

2.9 ค่า Absolute neutrophil count (ANC)

2.10 ค่า Hct.....



ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (/) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างแต่ละข้อที่ตรงกับการนอนหลับ ส่วนใหญ่ของท่านในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (กรุณาตอบทุกข้อ)

1. ท่านมักเข้านอนเวลาประมาณ.....น.
2. ท่านมักจะนอนหลับหลังจากเข้านอนแล้วประมาณ.....นาที่
3. ท่านลุกจากที่นอนตอนเช้าเวลาประมาณ.....น.
4. ปกติท่านนอนหลับได้คืนละ.....ชั่วโมง (จำนวนชั่วโมงอาจจะแตกต่างจากจำนวนชั่วโมงตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)

| 5. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับเนื่องจากสาเหตุเหล่านี้บ่อยเพียงใด | ไม่เลย (0) | < 1 ครั้ง / สัปดาห์ (1) | 1-2 ครั้ง / สัปดาห์ (2) | ≥ 3 ครั้ง / สัปดาห์ (3) |
|---|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 5.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้ว นานกว่า 30 นาที | | | | |
| 5.2 ตื่นกลางดึกหรือตื่นเชากว่าปกติ | | | | |
| 5.3 ตื่นเข้าห้องน้ำ | | | | |
| 5.4 หายใจขัด | | | | |
| 5.5 ไอ | | | | |
| 5.6 รู้สึกหนาวเกินไป | | | | |
| 5.7 รู้สึกร้อนเกินไป | | | | |
| 5.8 ฝันร้าย | | | | |
| 5.9 เจ็บหรือปวดตามตัว | | | | |
| 5.10 สาเหตุอื่น ๆ ถ้ามีระบุ..... | | | | |
| 6. ท่านใช้ยานอนหลับ (จะโดยแพทย์หรือซื้อเอง) เพื่อใช้ในการนอนหลับบ่อยครั้งเพียงใด | | | | |
| 7. ท่านรู้สึกง่วงนอนหรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น กินอาหาร ทำงานบ้าน นั่งคุยกับเพื่อน เป็นต้น บ่อยเพียงใด | | | | |
| | ไม่เป็น ปัญหาเลย | เป็นปัญหา บ้างเล็กน้อย | เป็นปัญหา พอสมควร | เป็นปัญหา มาก |
| 8. ท่านรู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีหรือไม่อย่างไร | | | | |
| | ดีมาก | ดี | ไม่ค่อยดี | ไม่ดีเลย |
| 9. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร | | | | |



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งกายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้ แต่ละข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ เหตุการณ์ในชีวิต และสิ่งแวดล้อม ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ามีอาการและเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นหรือไม่ ถ้ามีให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่มี และส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีการรบกวนให้ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่รบกวน และอาการและเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อการรบกวนการนอนหลับมากน้อยเพียงใด ให้ผู้สอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามความรู้สึกของตนเองที่มีต่อความความนั้น ๆ

| | | |
|-----------------|---------|--|
| รบกวนมากที่สุด | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับของท่านมากที่สุด (5 คะแนน) |
| รบกวนมาก | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับของท่านมาก (4 คะแนน) |
| รบกวนปานกลาง | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับของท่านปานกลาง (3 คะแนน) |
| รบกวนน้อย | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับของท่านน้อย (2 คะแนน) |
| รบกวนน้อยที่สุด | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความรู้สึกเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับของท่านน้อยที่สุด (1 คะแนน) |

| ข้อความ | การเกิดอาการ | | การรบกวนการนอนหลับ | | ระดับการรบกวน | | | | |
|-----------------------------------|--------------|-------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------|-----------|-----------------|
| | มี | ไม่มี | รบกวน | ไม่รบกวน | รบกวนมากที่สุด | รบกวนมาก | รบกวนปานกลาง | รบกวนน้อย | รบกวนน้อยที่สุด |
| 1. ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย | | | | | | | | | |
| <u>1.1 จากพยาธิสภาพของโรค</u> | | | | | | | | | |
| 1.1.1 ปวดท้อง/เจ็บท้อง | | | | | | | | | |
| 1.1.2 ปวดขา | | | | | | | | | |
| 1.1.3 ท้องอืดแน่นท้อง | | | | | | | | | |
| 1.1.4 ท้องผูก | | | | | | | | | |
| 1.1.5 น้ำหนักลด | | | | | | | | | |



| ข้อความ | การเกิดอาการ | | การรบกวนการนอนหลับ | | ระดับการรบกวน | | | | |
|--|--------------|-------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------|-----------|-----------------|
| | มี | ไม่มี | รบกวน | ไม่รบกวน | รบกวนมากที่สุด | รบกวนมาก | รบกวนปานกลาง | รบกวนน้อย | รบกวนน้อยที่สุด |
| 1.1.6 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 1. ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย | | | | | | | | | |
| 1.2 จากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด | | | | | | | | | |
| 1.2.1 เหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง | | | | | | | | | |
| 1.2.2 วิงเวียนศีรษะ/หน้ามืด | | | | | | | | | |
| 1.2.3 คลื่นไส้อาเจียน | | | | | | | | | |
| 1.2.4 การรับรสเปลี่ยนแปลง/ขมปาก | | | | | | | | | |
| 1.2.5 เจ็บปาก/มีแผลในช่องปาก | | | | | | | | | |
| 1.2.6 ปากแห้ง/คอแห้ง/น้ำลายแห้ง | | | | | | | | | |
| 1.2.7 ชาลิ้น/ชาปาก | | | | | | | | | |
| 1.2.8 ถ่ายเหลว/ท้องเสีย | | | | | | | | | |
| 1.2.9 ใบหน้าคล้ำ/เล็บมือเล็บเท้าดำ | | | | | | | | | |
| 1.2.10 เห็นขาคตามปลายมือปลายเท้า | | | | | | | | | |
| 1.2.11 เจ็บและร้อนบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด | | | | | | | | | |
| 1.2.12 เบื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง | | | | | | | | | |
| 1.2.13 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 2. สถานะอารมณ์ | | | | | | | | | |
| 2.1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแผนการรักษาในอนาคต | | | | | | | | | |
| 2.2 กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว | | | | | | | | | |
| 2.3 กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล | | | | | | | | | |
| 2.4 กังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงานหรือความรับผิดชอบในครอบครัว | | | | | | | | | |
| 2.5 เป็นห่วง ครอบครัว บุตรหลาน | | | | | | | | | |



| ข้อความ | การเกิดอาการ | | การรบกวนการนอนหลับ | | ระดับการรบกวน | | | | |
|--|--------------|-------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------|-----------|-----------------|
| | มี | ไม่มี | รบกวน | ไม่รบกวน | รบกวนมากที่สุด | รบกวนมาก | รบกวนปานกลาง | รบกวนน้อย | รบกวนน้อยที่สุด |
| 2.6 กลัวผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด | | | | | | | | | |
| 2.7 กลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับเป็นซ้ำ | | | | | | | | | |
| 2.8 กังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป | | | | | | | | | |
| 2.9 หงุดหงิด/โกรธง่าย | | | | | | | | | |
| 2.10 เบื่อหน่าย/ไม่มีกำลังใจ | | | | | | | | | |
| 2.11 รู้สึกท้อแท้หมดหวัง | | | | | | | | | |
| 2.12 รู้สึกอยากแยกตัวอยู่คนเดียว | | | | | | | | | |
| 2.13 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 3. เหตุการณ์ในชีวิต | | | | | | | | | |
| 3.1 เหตุการณ์ทางลบ | | | | | | | | | |
| 3.1.1 มีการหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส | | | | | | | | | |
| 3.1.2 ถูกพักงาน | | | | | | | | | |
| 3.1.3 ต้องลาออกจากงาน | | | | | | | | | |
| 3.1.4 ไม่ได้เลื่อนขั้นตำแหน่งหรือขึ้นเงินเดือน | | | | | | | | | |
| 3.1.5 รายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย | | | | | | | | | |
| 3.1.6 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | | | | | | | | |
| 3.1.7 สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือญาติสนิทในครอบครัว | | | | | | | | | |
| 3.1.8 การย้ายที่อยู่อาศัย | | | | | | | | | |
| 3.1.9 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 3. เหตุการณ์ในชีวิต | | | | | | | | | |
| 3.2 เหตุการณ์ทางบวก | | | | | | | | | |
| 3.2.1 ถูกขอแต่งงาน | | | | | | | | | |
| 3.2.2 ได้เลื่อนตำแหน่งหรือเงินเดือนเพิ่มขึ้น | | | | | | | | | |
| 3.2.3 มีรายได้เพิ่มขึ้นจากการทำงานเสริมหรือจากการเลี้ยงชีพ | | | | | | | | | |



| ข้อความ | การเกิดอาการ | | การรบกวนการนอนหลับ | | ระดับการรบกวน | | | | |
|--|--------------|-------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------|-----------|-----------------|
| | มี | ไม่มี | รบกวน | ไม่รบกวน | รบกวนมากที่สุด | รบกวนมาก | รบกวนปานกลาง | รบกวนน้อย | รบกวนน้อยที่สุด |
| 3.2.4 ได้รับมรดก/สังหาริมทรัพย์/อสังหาริมทรัพย์ | | | | | | | | | |
| 3.2.5 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 4. สิ่งแวดล้อม | | | | | | | | | |
| 4.1 อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป | | | | | | | | | |
| 4.2 อุณหภูมิที่เย็นเกินไป | | | | | | | | | |
| 4.3 แสงสว่างในบ้านเรื้อรังหรือตามท้องถนน | | | | | | | | | |
| 4.4 ลักษณะที่นอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไป | | | | | | | | | |
| 4.5 พฤติกรรมการรบกวนการนอนหลับจากบุคคลที่นอนร่วมห้อง เช่น นอนกรน นอนกัดฟัน นอนดิ้น และนอนละเมอ เป็นต้น | | | | | | | | | |
| 4.6 เสียงดังรบกวนจากเพื่อนบ้านหรือภายนอกบ้าน | | | | | | | | | |
| 4.7 อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |



ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมของท่าน ให้ท่านตอบคำถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ถ้ามีรบกวนต่อการนอนหลับของท่านอย่างไร

| ข้อความ | พฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับ | | ระดับการรบกวนการนอนหลับ | | | | |
|---|----------------------------|----|-------------------------|-----------|--------------|----------|----------------|
| | ไม่มี | มี | รบกวนน้อยที่สุด | รบกวนน้อย | รบกวนปานกลาง | รบกวนมาก | รบกวนมากที่สุด |
| 1. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ | | | | | | | |
| 2. การดื่มชาหรือกาแฟ | | | | | | | |
| 3. การดื่มน้ำอัดลม | | | | | | | |
| 4. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง | | | | | | | |
| 5. การสูบบุหรี่ | | | | | | | |
| 6. การงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวัน | | | | | | | |
| 7. การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน | | | | | | | |
| 8. การดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุในห้องนอน | | | | | | | |
| 9. การเปิดมือถือและ line ไว้ในระหว่างนอนหลับ | | | | | | | |
| 10. อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | |

ขอขอบคุณท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก จ
หนังสือขอความอนุเคราะห์





ที่ ศร. 0530.11/ 441

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
สำนักงานอธิการบดี สำนักงานอธิการบดี
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑) พฤษภาคม 2560

เรื่อง ขออนุญาตให้เครื่องวัดในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผศ.นพ.ศุภวัฒน์ จิตประมุขศิริรักษ์

ด้วยนางสาววิรัชชา มหาสีโนเขต นิสิตศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่วัยทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพการนอน
หลับและปัจจัยที่บ่งชี้การนอนหลับในผู้ใหญ่วัยทองที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองที่ไม่ใช่โรงพยาบาล" โดยมี
อาจารย์ ดร.นพ.ศุภวัฒน์ จิตประมุขศิริรักษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฎา วัฒนศิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีการ
ประสงค์จะขออนุญาตให้เครื่องวัดการนอนหลับแบบพกพา (PSQI) ซึ่งถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยท่าน
และคณะ พ.ศ. 2540 จาก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของท่าน เพื่อนำไป
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เป็นไปเพื่อความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขออนุญาตให้นางสาววิรัชชา มหาสีโนเขต ใช้เครื่องวัดดังกล่าว เพื่อประกอบ
การทำวิทยานิพนธ์นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามหวังเป็นอย่างยิ่งว่า
คงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ. จิตประมุขศิริ
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต วิทยาการการนอน
คณะพยาบาลศาสตร์

22 มิ 60
สำนักงานอธิการบดี
โทรศัพท์ โทรสาร 043-750357



ที่ ศธ. 0530.11/11.41

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม

๒ มิถุนายน 2560

เรื่อง ขอบขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วยนางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ดร. นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นายแพทย์เฉลิมพล บุญพรหมธีรกุล นายแพทย์ชำนาญการ สังกัดกลุ่มงานศัลยกรรม และนางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและเคมีบำบัด ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัด ของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ต่อไปรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่ง ว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวัตติ)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 0-4375-4356-7





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329
 ที่ ศธ 0530.11/1110 วันที่ 7 มิถุนายน 2560
 เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาริยา สอนบุญ

ด้วย นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์.ดร. นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวัตติ)
 รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต รักษาราชการแทน
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329

ที่ ศธ 0530.11/1139 วันที่ 7 มิถุนายน 2560

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.อาภรณ์ คำก้อน

ด้วย นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์.ดร. นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาวะดี)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต ศึกษาราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2329

ที่ ศธ 0530.11/11๖๘ วันที่ 7 มิถุนายน 2560

เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาอะดี

ด้วย นางสาวรัชชชา มหาสิริมงคล นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์.ดร. นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาอะดี)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต รักษาการแทน

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์





ที่ ศธ 0530.11/2117

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๕ กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วย นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล รหัส 55010489007 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมีอาจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน และผศ.ดร.อภิญา วงศ์พิริโยธา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับยาเคมีบำบัดสูตร Folfox4 ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล เข้าเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน กันยายน ถึง ตุลาคม 2560 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาอะติ)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357





ที่ ศธ 0530.11/21A8

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

25 กันยายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ด้วยนางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล รหัส 55010489007 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ อยู่ในระหว่างทดลองใช้เครื่องมือเพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด” ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จำเป็นต้องใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล ทดลองใช้เครื่องมือ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 25 กันยายน ถึงวันที่ 5 ตุลาคม 2560

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาหวะติ)
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิต รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล



ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับตามอายุ

| อายุ | คะแนนคุณภาพการนอนหลับ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------|--------------------------------------|-------|--------|
| ผู้ใหญ่ | 0 - 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี) | 4 | 11.8 |
| | 6 - 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) | 30 | 88.2 |
| ผู้สูงอายุ | 0 - 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี) | 9 | 30 |
| | 6 - 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) | 21 | 70 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 3.274 ^a | 1 | .070 | | |
| Continuity Correction ^b | 2.344 | 1 | .124 | | |
| Likelihood Ratio | 3.320 | 1 | .068 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .118 | .067 |
| Linear-by-Linear Association | 3.223 | 1 | .073 | | |
| N of Valid Cases | 64 | | | | |



ตารางเปรียบเทียบคุณภาพการนอนหลับตามเพศ

| เพศ | คะแนนคุณภาพการนอนหลับ | จำนวน | ร้อยละ |
|------|--------------------------------------|-------|--------|
| ชาย | 0 - 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี) | 9 | 25.7 |
| | 6 - 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) | 26 | 74.3 |
| หญิง | 0 - 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี) | 4 | 13.8 |
| | 6 - 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี) | 25 | 86.2 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 1.392 ^a | 1 | .238 | | |
| Continuity Correction ^b | .793 | 1 | .385 | | |
| Likelihood Ratio | 1.430 | 1 | .232 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .361 | .194 |
| Linear-by-Linear Association | 1.371 | 1 | .242 | | |
| N of Valid Cases | 64 | | | | |



ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

| | |
|---------------------------|--|
| ชื่อ นามสกุล | นางสาวรัชชยา มหาสิริมงคล |
| วัน เดือน ปีเกิด | วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2530 |
| จังหวัด และประเทศที่เกิด | จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2543 มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พ.ศ. 2553 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2560 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม บ้านเลขที่ 168 ถนนผดุงวิทย์ ซอยผดุงวิทย์ 5 ตำบลตลาด อำเภอเมืองมหาสารคาม มหาสารคาม 44000 |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | บ้านเลขที่ 81 หมู่ 2 บ้านหนองบัวน้อย ตำบลดงควน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม 44180 |

