

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง*

ชูหังษ์ ดีเสมอ** พย.ม.

แสงทอง วีระทองคำ*** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ: บทความนี้กล่าวถึงคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับความหมายและระดับของการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ความผิดปกติของการนอนหลับ ผลกระทบของการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และแนวทางการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาในผู้ที่เป็นมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การนอนหลับเป็นกระบวนการของสมองที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกกลตลง ทำให้เกิดการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตารวดเร็ว และการนอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตารวดเร็ว หากบุคคลมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยสนับสนุนให้การนอนไม่หลับคงอยู่ จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต ดังนั้น การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยการลดปัจจัยกระตุ้นการนอนไม่หลับ และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญ แนวทางการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ส่งผลให้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ที่เป็นมะเร็ง

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ ผู้ที่เป็นมะเร็ง การส่งเสริมการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: rasde@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: rastj@mahidol.ac.th

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

บทนำ

การนอนหลับช่วยให้ร่างกายและสมองมีการฟื้นฟูสภาพ และสะสมพลังงานสำหรับนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (Berger & Phillips, 1995) บุคคลจึงต้องนอนหลับ และการนอนหลับต้องมีคุณภาพ และปริมาณพอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ เช่นเดียวกับผู้ที่เป็นมะเร็ง “คุณภาพการนอนหลับ” เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งต้องฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการเผชิญกับโรคมะเร็ง ที่อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาด ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อการดำเนินของโรค และการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและฮอร์โมน ซึ่งทำให้เกิดความไม่สบายจากอาการแทรกซ้อน และการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ในทำนองเดียวกันการรักษาด้วยการฉายรังสีอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับไซโตคีน (cytokine) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นการสังเคราะห์และหลั่งสารคอร์ติโคโทรฟิก (corticotrophic) จากต่อมใต้สมอง ส่งผลต่อวงจรควบคุมการหลับ - ตื่น (Belka, Budach, Kortmann, & Bamberg, 2001) นอกจากนี้ การได้รับยาในกลุ่มยาบรรเทาปวด (analgesics) ยาลดอาการซึมเศร้า (antidepressants) ยาบรรเทาอาการอาเจียน (antiemetics) ยาลดความวิตกกังวล (anxiolytics) ยาสเตียรอยด์ (steroids) และยานอนหลับหรือยาระงับประสาท (hypnotics) ล้วนส่งผลทำให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ (Vena, Parker, Cunningham, Clark, & McMillan, 2004) โดยปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง พบร้อยละ 30-50 (Mercadante, Girelli, & Casuccio, 2004; Paltiel & Randi, 2008) อาจเกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งประมาณ 6 เดือน และคงอยู่ถึง 18 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (Davidson, MacLean, Brundage, & Schulze, 2002; Paltiel & Randi, 2008)

หากการนอนหลับของผู้ที่เป็นมะเร็งไม่มีคุณภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุก (Ancoli-Israel, Moore, & Jones, 2001; Beck, Schwartz, Towsley, Dudley, & Barsevick, 2004; Davidson et al., 2002) การส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็ง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายเกี่ยวกับความหมายและระดับของการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง ผลกระทบของการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และแนวทางการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาในผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นมะเร็ง

ความหมายของการนอนหลับและระดับของการนอนหลับ

การนอนหลับ หมายถึง กระบวนการของสมองที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกลดลง ถูกควบคุมโดยกลไกทางชีววิทยาของระบบประสาท ทำให้บุคคลฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย (Datta & MacLean, 2007; Hirshkowitz, 2004; Landis, 2002; Markov & Goldman, 2006) เนื่องจากการนอนทำให้มนุษย์ใช้พลังงานน้อยลงและสะสมพลังกลับคืนมา (conservation of energy theory) และทำให้ร่างกายเกิดการซ่อมสร้างตนเอง (restoration theory) (Berger & Phillips, 1995)

ทั้งนี้การนอนหลับมี 2 ระดับ (Landis, 2002) คือ การนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตารวดเร็ว (non-rapid eye movement: NREM sleep) และการนอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตารวดเร็ว (rapid

eye movement: REM sleep) ในระยะ NREM sleep สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นระยะการหลับที่ตื้นที่สุด หากถูกปลุก จะตื่นง่าย ระยะที่ 2 เป็นระยะการหลับที่ลึกกว่าระดับแรก ปลุกตื่นยากมากขึ้น ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นระยะการหลับที่ลึกมากขึ้น บางครั้งเรียก slow wave sleep (SWS) ในระยะนี้จะพบ คลื่นสมองแบบ delta wave ที่มีความถี่ช้า (0.5-2 Hz) และกล่อมเนื้อค่อยๆ ลดความตึงตัวตั้งแต่การหลับระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 4 และเข้าสู่ REM sleep ซึ่งเป็นระยะที่หลับลึกที่สุด ส่งผลให้กล้ามเนื้อต่างๆ คลายตัว ยกเว้นกล้ามเนื้อตาและกล้ามเนื้อกระบังลม ตามีการลอกไปมาอย่างรวดเร็ว (Markov & Goldman, 2006; Vena et al., 2004) คลื่นสมองที่พบในระยะนี้จะมีลักษณะ saw-tooth theta wave ทั้งนี้วงจรการหลับใช้เวลาแต่ละรอบประมาณ 90-120 นาที โดยเริ่มจาก NREM ระยะที่ 1 ไปจนถึง NREM ระยะที่ 4 และวนกลับมา NREM ระยะที่ 3 และ NREM ระยะที่ 2 จึงเข้าสู่ REM sleep ซึ่งในแต่ละคืนจะมีระยะ REM sleep ประมาณ 4-5 ครั้ง (Carskadon & Dement, 2005; Markov & Goldman, 2006; Roth, 2004)

คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนของบุคคล ประกอบด้วย การนอนหลับในเชิงปริมาณ (quantitative aspect of sleep) และการนอนหลับเชิงคุณภาพ (qualitative aspect of sleep) การนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาการนอนหลับ (sleep duration) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (sleep latency) และจำนวนครั้งที่ถูกรบกวนการนอนหลับ (number of arousals) ส่วนการนอนหลับในเชิงคุณภาพ ได้แก่ “ความลึก” หรือ “รู้สึกได้รับการพักผ่อนที่ดี” (Buysse, Reynolds, Monk,

Berman, & Kupfer, 1989) โดยการประเมินคุณภาพการนอนหลับสามารถทำได้ 2 วิธี (Clark, Cunningham, McMillan, Vena, & Parker, 2004; Vena et al., 2004) ได้แก่

1. การใช้เครื่องมือวัดการนอนหลับ (objective sleep measurement) อาทิ เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography: PSG) และเครื่องสวมข้อมือ (wrist actigraph) เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟีจะช่วยจำแนกระยะตื่นและระยะหลับโดยวัดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง (electroencephalography: EEG) การกลอกของลูกตา (electro-oculogram: EOG) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (electromyogram: EMG) เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินการนอนหลับของบุคคลวัยต่างๆ อย่างไรก็ตาม คลื่นสัญญาณที่บันทึกอาจถูกรบกวนได้จากแหล่งกระแสไฟฟ้าภายในบ้าน และผู้ใช้อาจต้องผ่านการฝึกอบรมทักษะการใช้อุปกรณ์ การอ่านและวิเคราะห์ผล ดังนั้น เครื่องโพลีซอมโนกราฟฟีจึงไม่เหมาะสำหรับการใช้เพื่อประเมินคุณภาพการนอนของผู้ที่เป็นมะเร็งที่บ้าน (Landis, 2002) ส่วนเครื่องสวมข้อมือเป็นอุปกรณ์ที่มีลักษณะคล้ายนาฬิกาข้อมือ มีความตรงในการวัดระยะตื่น และระยะเวลาการนอนหลับ แยกระยะนอนหลับและตื่นเต็มที่ได้ดีเช่นเดียวกับการวัดด้วยเครื่องโพลีซอมโนกราฟฟี (Webster, Kripke, Messin, Mullaney, & Wyborne, 1982 as cited in Landis, 2002, p. 591) และเครื่องมือมีความเที่ยงสำหรับการประเมินปัญหาการนอนไม่หลับสูง (Kushida et al., 2001)

2. การประเมินการนอนหลับจากคำบอกเล่าของผู้ที่เป็นมะเร็ง (subjective sleep report) ได้แก่ การบันทึกการนอนประจำวัน (sleep diaries) แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของมอริน (Insomnia Severity Index: ISI) (Morin, 1993 as cited in Savard, Simard, Ivers, & Morin 2005, p. 431)

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

แบบสัมภาษณ์การนอนไม่หลับของมอริน (Insomnia Interview Schedule: IIS) (Morin, 1993 as cited in Savard et al., 2005, p. 431) แบบประเมินค่าโดยการเปรียบเทียบจากสายตา (visual analogue scales) และแบบประเมินการนอนหลับพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ซึ่งการเลือกใช้แต่ละแบบประเมินต้องเลือกให้เหมาะสมกับผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ละราย ทั้งนี้แบบประเมินการนอนหลับพิทสเบิร์กเป็นแบบที่ได้รับการทดสอบค่าความสอดคล้อง และความตรงตามโครงสร้างในผู้ที่เป็นมะเร็งกลุ่มต่างๆ (Beck et al., 2004; Backhaus, Junghanns, Brooks, Riemann, & Hohagen, 2002; Shochat, Tzischinsky, Oksenberg, & Peled, 2007) และถูกนำไปใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่เป็นมะเร็งในงานวิจัยหลายเรื่อง (Chen, Yu, & Yang, 2008; Guen et al., 2007; Mystakidou et al., 2007)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งมีหลายประการ (Savard & Morin, 2001) ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง จุดอ่อนหรือความไวต่อการเกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการนอนไม่หลับของบุคคลหรือครอบครัว ภาวะทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล โดยพบการนอนไม่หลับในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบอุบัติการณ์ของการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Davidson et al., 2002; Leger, 2008; Savard & Morin, 2001)

2. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หมายถึง สิ่งเสริมแรงหรือผลักดันให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ ได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียด

ที่คุกคามต่อชีวิต การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษา (Davidson et al., 2002; Graci, 2005; Lee, Cho, Miaskowski, & Dodd, 2004) การได้รับยาเคมีบำบัด การฉายรังสี ความปวดจากก้อนมะเร็ง สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การมีแสงสว่างและเสียงดังรบกวนขณะนอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน แอลกอฮอล์ (Kaplow, 2005) และการทำกิจกรรมที่ลดลงของผู้ที่เป็นมะเร็ง (Price et al., 2009)

3. ปัจจัยที่สนับสนุนให้ปัญหาการนอนไม่หลับคงอยู่ (perpetuating factor) หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องให้ปัญหาการนอนไม่หลับคงอยู่เป็นระยะเวลานานขึ้น ได้แก่ การไม่ยอมรับต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษา อาการอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้อาเจียน (Savard & Morin, 2001) อาการอ่อนล้าเนื่องจากภาวะของโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้หลับในช่วงกลางวัน นอนไม่หลับในช่วงกลางคืน (O'Donnell, 2004)

4. ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับยาชนิดอื่น ๆ ด้วย เช่น การรับประทานยาลดน้ำหนักรักษาโรคหัวใจ ยาควบคุมความดันโลหิต ยาขยายหลอดลม ยาบรรเทาอาการแพ้ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยารักษาไทรอยด์ ยารักษาอาการทางจิต เช่น ยาด้านอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล (Graci, 2005)

ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็งอาจมีมากกว่าหนึ่งชนิด (Clark et al., 2004; Davidson et al., 2002; Savard & Morin, 2001) ได้แก่

1. จำนวนชั่วโมงการนอนที่เพิ่มขึ้นในช่วงกลางคืน และการงีบหลับมากขึ้นในช่วงกลางวัน

2. การลดลงของประสิทธิภาพการนอน (decreased sleep efficiency) คือ สามารถหลับได้จริงน้อยเมื่อเทียบ

กับเวลาที่นอนทั้งหมด โดยคำนวณจากชั่วโมงในการหลับ จริจรด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง คุณด้วย 100 หากผลที่คำนวณได้ มากกว่าร้อยละ 85 หมายถึง ประสิทธิภาพของการนอนหลับดีมาก ร้อยละ 75-84 หมายถึง ประสิทธิภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 65-74 หมายถึง ประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ค่อยดี และ น้อยกว่าร้อยละ 65 หมายถึง ประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ดี

หากมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง แสดงถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คือ นอนหลับไม่ลึก หรือตื่นขึ้นด้วยความรู้สึกว้าหลังไม่เพียงพอ ทำให้พบความผิดปกติ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (increased/decreased sleep latency) การหลับยาก (difficulty going to sleep) หลับ ๆ ตื่น ๆ (frequent awakenings) ตื่นเพราะฝันร้าย (increased nightmare awakenings) นอนหลับยากหลังจากถูกปลุกให้ตื่น (difficulty getting back to sleep) และนอนหลับได้น้อย เพราะตื่นเร็วกว่าปกติ (waking too early) (Clark et al., 2004; Davidson et al., 2002; Savard & Morin, 2001)

ผลของกระแทบของการนอนหลับที่คุณภาพไม่ดี ในผู้ที่เป้นมะเร็ง

การนอนหลับที่คุณภาพไม่ดีในผู้ที่เป้นมะเร็งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้ที่เป็นมะเร็งที่เผชิญกับการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพมักเกิดอาการอ่อนล้า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Bodurka-Bervers et al., 2000) สมาธิไม่ดี มีปัญหาด้านความจำ (Davidson et al., 2002; Leger, Scheuermaier, Philip, Paillard, & Guilleminault, 2001) จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cells (NK) ต่ำ และมีความสามารถในการ

การต่อต้านกับเซลล์มะเร็งลดลง (Sephton, Sapolsky, Kraemer, & Spiegel, 2000) ผู้ที่เป็นมะเร็งที่เผชิญกับปัญหาการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ จึงมีแนวโน้มที่จะใช้ยานอนหลับเพิ่มขึ้น (Owen, Parker, & McGuire, 1999 as cited in Kaplow, 2005, p. 226) และมีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตสูงขึ้น (Savard & Morin, 2001)

2. ด้านจิตใจ ผู้ที่เผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับ มักมีความเครียดเพิ่มขึ้น (O'Donnell, 2004) อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล ซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญกับความเครียดลดลง (Ancoli-Israel et al., 2001; Davidson et al., 2002; Lee et al., 2004; Vgontzas & Chrousos, 2002)

3. ด้านคุณภาพชีวิต ผู้ที่เป็นมะเร็งซึ่งเผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (O'Donnell, 2004) จากรายงานการศึกษาของ กุนและคณะ ในผู้ที่เป้นมะเร็งปอดรายใหม่เปรียบเทียบกับผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ที่มีอายุใกล้เคียงกันและเพศเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งปอดรายใหม่มีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำกว่า ใช้เวลานอนหลับในช่วงกลางวันมากกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Guen et al., 2007)

การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพในผู้ที่เป้นมะเร็งมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักและหาวิธีการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาแก่ผู้ที่เป็นมะเร็ง

แนวทางการส่งเสริมการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา

การส่งเสริมการนอนหลับในผู้ที่เป้นมะเร็ง ที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ ประกอบด้วย การรักษา

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ด้วยยา และการไม่ใช้ยา การส่งเสริมการนอนหลับโดยการ
ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine และ non-benzodiazepine
ซึ่งเป็นยาที่นิยมใช้เพื่อบรรเทาปัญหาการนอนไม่หลับ
และช่วยเพิ่มระยะเวลาของการนอนหลับเท่านั้น (Savard
& Morin, 2001) แต่ยังมีผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิด
อาการง่วงนอนในเวลากลางวัน จึงส่งผลกระทบต่อ
ทำกิจกรรมในเวลากลางวันของผู้ที่เป็นมะเร็ง (Page,
Berger, & Johnson, 2006; Turkoski, 2006) ผู้ที่
เป็นมะเร็งจึงควรได้รับการส่งเสริมการนอนหลับโดย
การไม่ใช้ยา ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงาน
วิจัยพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive
behavior therapy: CBT) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอน
ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับที่มีคุณภาพ (Harsora
& Kessmann, 2009; Kaplow, 2005; Morgenthaler
et al., 2006; Morin et al., 2006; Savard, Simard,
Ivers, & Morin, 2005; Wang, Wang, & Tsai, 2005)
เพิ่มประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย
(sleep efficacy) ลดระยะเวลาของการเข้าสู่ภาวะหลับ
(sleep onset latency) (Perlis, Smith, Caciagli, Nowakowski,
& Orff, 2003) ลดจำนวนครั้งของการตื่นระหว่างการ
นอนหลับ (wake after sleep onset) ลดปริมาณการใช้
ยานอนหลับ (Wang et al., 2005) คุณภาพของการ
นอนหลับดีขึ้นภายใน 6 สัปดาห์ และส่งผลนานถึง 6
เดือน (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, &
Quillian, 2001; Espie et al., 2008; Leopando,
Cruz, Limoso, Marcos, & Alba, 2003) ซึ่ง
American Academy of Sleep Medicine (AASM) ได้
กำหนดให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็น
มาตรฐานการดูแลผู้ที่มีปัญหาการนอนไม่หลับโดยไม่
ใช้ยา (Morgenthaler et al., 2006)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกี่ยวกับการ
การนอนที่ถูกต้อง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2548; Harsora
& Kessmann, 2009; Morin et al., 2006; Wang et al.,
2005) ประกอบด้วย

1. การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy)
มาจากความเชื่อที่ว่า พฤติกรรมที่ผิดปกติของบุคคล
เป็นผลมาจากความเชื่อและความคิดที่ไม่ถูกต้อง จึง
นำไปสู่การบิดเบือนการรับรู้ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญ
ของการรักษาโดยวิธีนี้ คือ การเปลี่ยนความเชื่อ หรือ
ทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง และปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการ
นอนหลับ บางครั้งจึงเรียกรวมกันว่า cognitive behavior
therapy (มาโนช หล่อตระกูล, 2548; Espie, 2007)
ดังนั้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ (arousal or stressor)
ที่ก่อให้เกิดความเครียด (stress) ส่งผลให้นอนไม่หลับ
ทำให้บุคคลพยายามบังคับตนเองให้นอนหลับอย่างรวดเร็ว
เมื่อเข้านอน เกิดความวิตกกังวลกับจำนวนชั่วโมงของ
การนอนในช่วงกลางคืน และผลกระทบของการนอนไม่หลับ
ต่อการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวัน ส่งผลให้เกิดอาการ
ซึมเศร้า ความรู้สึกขัดแย้ง นอนหลับมากผิดปกติ ทำให้
เกิดความแปรปรวนของวงจรการนอนหลับ (Espie,
Broomfield, MacMahon, Macphee, & Taylor, 2006;
Harvey, 2002; Kamel & Gammack, 2006; Lundh
& Broman, 2000)

ผู้บำบัดมีหน้าที่ช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งในการค้นหา
สาเหตุของการนอนไม่หลับ โดยการสะท้อนความคิด
ความรู้สึก และความวิตกกังวล ผ่านการพูดหรือการเขียน
และแนะนำให้ผู้ที่เป็มะเร็งควบคุมความคิดเกี่ยวกับการ
นอน ปรับเปลี่ยนความคิดทางลบให้เป็นความคิด
เชิงบวก เพื่อลดความเครียด และสามารถปรับตัวกับ
การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง รวมทั้งการควบคุมผลกระทบ
ของการนอนไม่หลับ พร้อมทั้งแนะนำวิธีการที่เหมาะสม
ในการส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ (Baglioni,
Spiegelhalder, Lombardo, & Riemann, in press;
Becker, 2005; Harvey, 2002; Morin, Colecchi, Stone,
Sood, & Brink, 1999) ทั้งนี้การบำบัดทางความคิด
ถูกนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็น
มะเร็งกลุ่มต่างๆ (Cohen & Fried, 2007; Davidson,

Waisberg, Brundage, & Maclean, 2001; Dirksen & Epstein, 2008; Espie et al., 2008) โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 6-10 สัปดาห์ และใช้เวลาประมาณ 30- 60 นาที /ครั้ง (Wang et al., 2005) แต่สำหรับผู้ที่ปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรัง อาจจำเป็นต้องใช้การบำบัดด้านความคิดร่วมกับการใช้ยา เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ (Leopando et al., 2003)

2. การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control therapy) เป็นการฝึกผู้ที่เป็นมะเร็งและนอนไม่หลับให้สร้างความเชื่อมโยงของการนอนหลับเข้ากับสภาพแวดล้อม โดยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเวลานอนกับเตียงนอน และห้องนอน ฝึกให้เข้านอนและตื่นตามตารางเวลา โดยเข้านอนเมื่อถึงเวลานั้น หากไม่สามารถหลับได้ หลังจากเข้านอนไปแล้ว 15-20 นาที ให้ลุกจากเตียง เดินไปห้องอื่น ใช้เตียงและห้องนอนเพื่อการนอนเท่านั้น ตื่นนอนในเวลาเดียวกันทุกวัน โดยไม่คำนึงถึงปริมาณการนอนในคืนที่ผ่านมา และหลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน (Berger & Mitchell, 2008; Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003; Yang, Spielman, & Glovinsky, 2006)

3. การจำกัดเวลานอนบนเตียง (sleep restriction) เป็นการจำกัดเวลาที่อยู่บนเตียง เพื่อให้การนอนมีประสิทธิภาพสูงสุด (sleep efficiency) (Harvey & Tang, 2003) กล่าวคือสามารถนอนหลับประมาณร้อยละ 85-90 ของจำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง เช่น ถ้าผู้ที่เป็นมะเร็งบอกว่าสามารถนอนหลับ 6 ชั่วโมง จากจำนวนชั่วโมงที่อยู่บนเตียง 8 ชั่วโมง เวลาที่ควรนอนบนเตียงจะเท่ากับ 6 ชั่วโมง ดังนั้น ในระยะแรกควรลดเวลาที่อยู่บนเตียงลงประมาณ 15 นาทีต่อสัปดาห์ และคำนวณประสิทธิภาพการนอน เมื่อปรับประสิทธิภาพการนอนได้คงที่ในระดับร้อยละ 85-90 จะได้จำนวนเวลานอนบนเตียงเหมาะสม (Harsora & Kessmann,

2009; Yang et al., 2006) ซึ่งไม่ควรน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน เพื่อป้องกันอาการง่วงนอนในเวลากลางวัน

4. การบำบัดโดยการผ่อนคลาย (relaxation therapy) เป็นวิธีการหนึ่งของการบำบัดแบบผสมผสาน ร่างกายและจิตใจ (mind-body therapy) เพื่อลดแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ ยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ยับยั้งการหลั่ง norepinephrine (Stefano, Fricchione, Slingsby, & Benson, 2001) ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งรู้สึกผ่อนคลาย และลดความตึงเครียด รวมทั้งเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ การบำบัดโดยการผ่อนคลายสามารถปฏิบัติโดยใช้เทคนิคต่างๆ อาทิ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Rabin, Pinto, Dunsiger, Nash, & Trask, 2009) การฝึกสมาธิ (Biegler, Chaoul, & Cohen, 2009) ดนตรีบำบัด (Bozcuk et al., 2006) โยคะ (Carson, Carson, Poster, Keefe, & Seewaldt, 2009) เป็นต้น ซึ่งช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา (Berger et al., 2002; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003; Wright, Courtney, & Crowther, 2002) นอกจากนี้ พบว่ามีการนำการบำบัดโดยการผ่อนคลายมาใช้ร่วมกับการแพทย์ทางเลือกวิธีอื่น เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง (Savard et al., 2005; Simeit, Deck, & Conta-Marx, 2004)

5. การตั้งใจทำในสิ่งที่ตรงกันข้าม (paradoxical intention) โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งปฏิบัติในสิ่งที่ตรงข้ามกับสิ่งที่ต้องการ เช่น ให้ตั้งใจตื่นแทนการหลับ เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งที่เผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับ มักมีความวิตกกังวลว่า ตนเองจะนอนไม่หลับ และพยายามอย่างมากที่จะหลับ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกลับตรงข้ามความกับการต้องการของผู้ที่เป็นมะเร็ง ดังนั้นจึงควรแนะนำผู้ที่เป็นมะเร็งให้พยายามตื่นนานที่สุดจะช่วยทำให้

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

ความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งหลับง่าย (ชวนชม บำรุงเสนา, การ์ตูนี แวอาแซ, จิตลัดดา ไชยมงคล, และจรรจุจิต ไกรวัฒนพงศ์, 2548; Harsora & Kessmann, 2009)

6. การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยที่ดี (sleep hygiene education) เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ (Becker, 2005; Berger & Mitchell, 2008; Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003; Yang et al., 2006) ได้แก่

6.1. การเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาทุกวัน รวมถึงวันหยุดสุดสัปดาห์ หลีกเลี่ยงการนอนหลับในช่วงกลางวัน (Becker, 2005; Berger & Mitchell, 2008; Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003; Yang et al., 2006) โดยเฉพาะหลังช่วงเวลา 15.00-16.00 น. หากง่วงมากอาจนอนหลับในช่วงกลางวัน แต่ไม่ควรเกิน 30-40 นาที (สรุชัย เกื้อศิริกุล, 2548)

6.2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนเข้านอน 2 ชั่วโมง (Harsora & Kessmann, 2009; Yang et al., 2006)

6.3. ก่อนเข้านอน 30 นาที ควรให้ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลาย เช่น การอาบน้ำอุ่น การทำสมาธิ เป็นต้น (Becker, 2005; Berger & Mitchell, 2008; Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003; Yang et al., 2006)

6.4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็น เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายใช้พลังงาน ช่วยให้หลับง่ายขึ้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน (Becker, 2005; Berger & Mitchell, 2008)

6.5. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ (Becker, 2005; Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003) อย่างน้อย 4 ชั่วโมงก่อนเข้านอน (Berger & Mitchell, 2008)

6.6. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (Harsora & Kessmann, 2009; Harvey & Tang, 2003; Yang et al., 2006) ในช่วงเวลา 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน เนื่องจากนิโคตินมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Becker, 2005)

6.7. ดื่มน้ำเพียงเล็กน้อย หลังมื้ออาหารเย็น เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะในช่วงกลางคืน (Harsora & Kessmann, 2009)

6.8. จัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้เงียบสงบ มีด (Berger & Mitchell, 2008) หากต้องตื่นเข้าห้องน้ำในช่วงกลางคืนควรใช้แสงไฟที่ไม่สว่างมากนัก อุณหภูมิภายในห้องไม่ควรเย็นจัดหรือร้อนเกินไป (Becker, 2005; Harsora & Kessmann, 2009)

6.9. ไม่จ้องมองนาฬิกาหรือดูนาฬิกา เพื่อเช็คเวลาในขณะที่นอนไม่หลับ เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นทำให้หลับยากขึ้น (Becker, 2005)

สรุป

การนอนหลับเป็นกระบวนการของสมองที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกลดลง เพื่อให้ร่างกายสะสมพลังงานกลับคืนและซ่อมสร้างตนเอง หากบุคคลมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยนำปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยสนับสนุนให้การนอนไม่หลับคงอยู่ จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยไม่ใช้ยาของผู้ที่เป็นมะเร็ง จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญไม่น้อยกว่าการใช้ยานอนหลับ ซึ่งสามารถกระทำโดยการลดปัจจัยกระตุ้นการนอนไม่หลับ และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วย และมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี ส่งผลให้ผู้ที่เป็นมะเร็งสามารถทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ส่งเสริมการฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- ชวนชม บำรุงเสนา, การ์ตูนี เวอาแซ, จิตลัดดา ไชยมงคล, และ จรุงจิต ไกรวัฒนพงศ์. (2548). การรักษากาการนอนไม่หลับโดยไม่ใช้ยา. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ (บก.), *การวินิจฉัยและการรักษาปัญหาการนอนหลับ* (หน้า 101). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2548). ปัญหาการนอนหลับ. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บก.), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- Ancoli-Israel, S., Moore, P. J., & Jones, V. (2001). The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: A review. *European Journal of Cancer Care*, 10(4), 245-255.
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, F. (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 737-740.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2009, in press). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*. doi: 10.1016/j.smr.2009.10.007.
- Beck, S. L., Schwartz, A. L., Towsley, G., Dudley, W., & Barsevick, A. (2004). Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(2), 140-148.
- Becker, P. M. (2005). Pharmacologic and nonpharmacologic treatments of insomnia. *Neurologic Clinics*, 23(4), 1149-1163.
- Belka, C., Budach, W., Kortmann, R. D., & Bamberg, M. (2001). Radiation induced CNS toxicity—molecular mechanisms. *British Journal of Cancer*, 85(9), 1233-1239.
- Berger, A. M., & Mitchell, S. A. (2008). Modifying cancer-related fatigue by optimizing sleep quality. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 6(1), 3-13.
- Berger, A. M., VonEssen, S., Kuhn, B. R., Piper, B. F., Farr, L., Agrawal, S., et al. (2002). Feasibility of a sleep intervention during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1431-1441.
- Berger, R. J., & Phillips, N. H. (1995). Energy conservation and sleep. *Behavioural Brain Research*, 69(1-2), 65-73.
- Biegler, K. A., Chaoul, M. A., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncologica*, 48(1), 18-26.
- Bodurka-Beyers, D., Engquist-Basen, K., Carmack, C. L., Fitzgerald, M. A., Wolf, J. K., Moor, C., et al. (2000). Depression, anxiety, and quality of life patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 78(3), 302-308.
- Bozcuk, H., Artac, M., Kara, A., Ozdogan, M., Sualp, Y., Topcu, Z., et al. (2006). Dose music exposure during chemotherapy improve quality of life in early breast cancer patients? A pilot study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal for Experimental and Clinical Research*, 12(5), CR200-CR205.
- 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.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2005). Normal human sleep: An overview. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4th ed., pp. 13-23). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Poster, L. S., Keefe, F. J., & Seewaldt, V. L. (2009). Yoga of awareness program for menopausal symptoms in breast cancer survivors: Results from a randomized trial. *Support Care in Cancer*, 17(10), 1301-1309.
- Chen, M. L., Yu, C. T., & Yang, C. H. (2008). Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. *Lung Cancer*, 62(3), 391-400.
- Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., & Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: Evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 747-768.

คุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง

- Cohen, M., & Fried, G. (2007). Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Research on social work practice, 17*(3), 313-323.
- Datta, S., & MacLean, R. R. (2007). Neurobiological mechanisms for the regulation of mammalian sleep-wake behavior: Reinterpretation of historical evidence and inclusion of contemporary cellular and molecular evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 31*(5), 775-824.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine, 54*(9), 1309-1321.
- Davidson, J. R., Waisberg, J. L., Brundage, M. D., & Maclean, A. W. (2001). Nonpharmacologic group treatment of insomnia: A preliminary study with cancer survivors. *Psychooncology, 10*(5), 389-397.
- Dirksen, S. R., & Epstein, D. R. (2008). Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 61*(6), 664-675.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized controlled trial. *American Medical Association, 285*(14), 1856-1864.
- Espie, C. A., Fleming, L., Cassidy, J., Samuel, L., Taylor, L. M., White, C. A., et al. (2008). Randomized controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of clinical oncology, 26*(28), 4651-4658.
- Espie, C. A. (2007). Understanding insomnia through cognitive modeling. *Sleep Medicine, 8*(Suppl 4), S3-S8.
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M. A., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: A theoretical review. *Sleep Medicine Reviews, 10*(4), 215-245.
- Graci, G. (2005). Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *Journal of Supportive Oncology, 3*(5), 349-359.
- Guen, Y. L., Gagnadoux, F., Hureaux, J., Jeanfaivre, T., Meslier, N., Racineux, J. L., et al. (2007). Sleep disturbances and impaired daytime functioning in outpatients with newly diagnosed lung cancer. *Lung Cancer, 58*(1), 139-143.
- Harsora, P., & Kessmann, J. (2009). Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *American Family Physician, 79*(2), 125-130.
- Harvey, A. G., & Tang, N. K. Y. (2003). Cognitive behaviour therapy for primary insomnia: Can we rest yet? *Sleep Medicine Reviews, 7*(3), 237-262.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 40*(8), 869-893.
- Hirshkowitz, M. (2004). Normal human sleep: An overview. *The Medical Clinics of North America, 88*(3), 551-565.
- Kamel, N., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the elderly: Cause, approach, and treatment. *The American Journal of Medicine, 119*(6), 463-469.
- Kaplow, R. (2005). Sleep deprivation and psychosocial impact in acute ill cancer patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 17*(3), 225-237.
- Kushida, C. A., Chang, A., Gadlky, C., Guilleminault, C., Carrillo, O., & Dement, W. C. (2001). Comparison of actigraphic, polysomnographic, and subjective assessment of sleep parameters in sleep-disordered patients. *Sleep Medicine 2*(5), 389-396.
- Landis, C. A. (2002). Sleep and methods of assessment. *The Nursing Clinics of North America, 37*(4), 583-597.
- Lee, K., Cho, M., Miaskowski, C., & Dodd, M. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews, 8*(3), 199-212.
- Leger, D. (2008). Sleep and quality of life in insomnia. In J. C. Verster, S. R. Pandi-Perumal & D. L. Streiner (Eds.), *Sleep and quality of life in clinical medicine* (pp. 47-51). New Jersey: Totowa.
- Leger, D., Scheuermaier, K., Philip, P., Paillard, M., & Guilleminault, C. (2001). SF-36: Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic Medicine, 63*(1), 49-55.

- Leopando, Z. E., Cruz, A. D., Limoso, D. D. V., Marcos, J.A., & Alba, M. E. (2003). Clinical practice guidelines on the diagnosis and management of insomnia in family practice: Part 2. *Asia Pacific Family Medicine*, 2(1), 45-50.
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 299-310.
- Markov, D., & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: Neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatric Clinics of North American*, 29(4), 841-853.
- Mercadante, S., Girelli, D., & Casuccio, A. (2004). Sleep disorders in advanced cancer patients: Prevalence and factors associated. *Support Care in Cancer*, 12(5), 355-359.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., et al. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update an American academy of sleep medicine report. *Sleep*, 29(11), 1415-1419.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398-1414.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *American Medical Association*, 281(11), 991-999.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., et al. (2007). Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(5), 527-533.
- O'Donnell, J. F. (2004). Insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone*, 6(Suppl 1D), S6-S14.
- Page, M. S., Berger, A. M., & Johnson, L. B. (2006). Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(6), 753-767.
- Paltiel, O., & Randi, G. (2008). Sleep and quality of life in cancer patients. In C. J. Verster, S. R. Pandi-Perumal, & D. L. Streiner (Eds.), *Sleep and quality of life in clinical medicine* (pp.469-481). New York: Springer.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., Cacialli, D. O., Nowakowski, S., & Orff, H. (2003). On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia commentary and implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 51-59.
- Price, M. A., Zachariae, R., Butow, P. N., Defazio, A., Chauhan, D., Espie, C. A., et al. (2009). Prevalence and predictors of insomnia in women with invasive ovarian cancer: Anxiety a major factor. *European Journal of Cancer*, 45(18), 3262-3270.
- Rabin, C., Pinto, B., Dunsiger, S., Nash, J., & Trask, P. (2009). Exercise and relaxation intervention for breast cancer survivors: Feasibility, acceptability, and effects. *Psycho-oncology*, 18(3), 258-266.
- Roth, T. (2004). Characteristics and determinants of normal sleep. *The Journal of clinical Psychiatry*, 65(suppl 16), 8-11.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 895-908.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, Part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.
- Sephton, S. E., Sapolsky, R. M., Kraemer, H. C., & Spiegel, D. (2000). Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(12), 994-1000.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 85-91.

คุณภาพการนอนหลับในผู้ที่เป็นมะเร็ง

- Shochat, T., Tzischinsky, O., Oksenberg, A., & Peled, R. (2007). Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew translation (PSQI-H) in a sleep clinic sample. *Israel Medical Association Journal*, 9(12), 853-856.
- Simeit, R., Deck, R., & Conta-Marx, B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Supportive Care in Cancer*, 12(3), 176-183.
- Stefano, G. B., Fricchione, G. L., Slingsby, B. T., & Benson, H. (2001). The placebo effect and relaxation response: Neural processes and their coupling to constitutive nitric oxide. *Brain Research Reviews*, 35(1), 1-19.
- Turkoski, B. B. (2006). Managing insomnia. *Orthopaedic Nursing*, 25(5), 339-345.
- Vgontzas, A. N., & Chrousos, G. P. (2002). Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and cytokines: Multiple interactions and disturbances in sleep disorders. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America*, 31(1), 15-36.
- 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.
- Wang, M. Y., Wang, S. Y., & Tsai, P. S. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 553-564.
- Wright, S., Courtney, U., & Crowther, D. (2002). A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 11(2), 122-130.
- Yang, C. M., Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (2006). Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(4), 895-919.

Quality of Sleep in Persons with Cancer*

*Suhong Deesamer** M.N.S.*

*Sangthong Terathongkum*** Ph.D. (Nursing)*

Abstract: This article aims to describe the definition and level of sleep, quality of sleep, causes and factors related to quality of sleep, sleep disorders and their consequences, and promotion of quality of sleep using non-pharmacologic management in persons with cancer. According to a literature review, sleep is a decrease in a neurologically responsive process to internal and external environment, resulting in a non-rapid eye movement (NREM sleep) and a rapid eye movement (REM sleep). A person who has poor quality of sleep related to predisposing, precipitating, and perpetuating factors will be affected in their body, mind, and quality of life. The literature review demonstrates that non-pharmacologic management by reducing those factors and using cognitive behavior therapy play important roles to promote rehabilitation, activity of daily living, and quality of life of persons with cancer.

Keywords: Quality of sleep, Persons with cancer, Non-pharmacologic management

*Part of thesis, Master Degree of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

**Graduate Student in Master Degree of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rasde@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rastj@mahidol.ac.th