

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด



นางสาวภัทรา พิมสาร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRAIN
TUMOR AFTER BRAIN SURGERY

Miss Patthra Pimsarn



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|---|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด |
| โดย | นางสาวภัทรา พิมสาร |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สິนเดชารักษ์)

ภัทรา พิมสาร : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRAIN TUMOR AFTER BRAIN SURGERY) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์
 หลัก: ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 209 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 110 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ซึ่งมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาท โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ของ อำนวยพร อาษานอก (2549) แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1984) และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 ฉบับภาษาไทย (Silpakit et al., 2006) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .74, .64, .91 และ .90 ตามลำดับ และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย = 77.08) อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิง (ค่าเฉลี่ย = 68.88)
2. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 51

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5677195436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / COPING / SYMPTOMS CLUSTER / COGNITIVE FUNCTION / PHYSICAL FUNCTION / BRAIN TUMOR

PATTHRA PIMSARN: PREDICTING FACTORS OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRAIN TUMOR AFTER BRAIN SURGERY. ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 209 pp.

This descriptive research was to investigate predicting factors of health-related quality of Life in patients with brain tumor after brain surgery, including functional status, cognitive status, symptom cluster and coping. The subjects consisted of 110 patient with brain tumor after brain surgery less than 6 months by Multi-stage sampling and who followed up at the outpatient department of Prasat Neurological Institute, Rajavithi Hospital and Police Hospital. The research instruments included the demographic data and the illness data form, MMSE-Thai version (2002), symptom cluster questionnaire (Arsanok, 2006), coping questionnaire (Jalowiec, 1984) and Thai version of EORCT C-30 (Silpakit et al., 2006). Content validity was examined by five experts. Instrument was tested by using reliability Cronbach's Alpha Coefficient obtained at .74, .64, 0.91 and .90 respectively. In addition, Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky et al., 1948) were reviewed by panel of experts for content validity. Statistical technique utilized in data analysts were frequency, mean, standard deviation, Pearson's product moment coefficient and stepwise multiple regression.

The major finding were as follows:

1. The mean of health-related quality of life in brain tumor patients after brain surgery (Mean = 77.08) was higher than the reference mean. (Mean = 68.88)
2. Functional status, Symptom cluster and Emotion-focused coping were variables that statistically significant predicted health-related quality of life in brain tumor patients after brain surgery at the level of .05. The predicted power was 51%

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาคอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี ด้วยความรัก ความเมตตา ความห่วงใย และเป็นกำลังใจอย่างดีตลอดมา รวมทั้งเป็นต้นแบบที่ดีในการศึกษาและการดำเนินชีวิต คอยประคับประคองและผลักดันให้ผู้วิจัยมีความพยายาม ความอดทนมุมานะฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆจนประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีตลอดมา

ขอกราบขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และอบรมด้วยความรัก ความอบอุ่น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้ดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น และขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในทุกๆ ด้าน

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรของสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและดำเนินความสะดวกในทุก ๆ ด้านในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ที่ขาดไม่ได้ที่ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงคือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่คอยปลุกฝังให้ผู้วิจัยรักการศึกษา มีความขยันหมั่นเพียร มีความอดทน ให้การสนับสนุนทุกด้าน คอยให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจที่สำคัญแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องและเป็นอีกแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จ

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ๗ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย | 7 |
| ปัญหาการวิจัย | 7 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 10 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 10 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 12 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 13 |
| โรคเนื้องอกในสมอง..... | 14 |
| แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | 32 |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด..... | 43 |
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 43 |
| การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด..... | 50 |
| กลุ่มอาการไม่สุขสบาย..... | 61 |
| การเผชิญความเครียด..... | 69 |

| | |
|---|-----|
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 77 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 82 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 83 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 83 |
| เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย | 85 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 96 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง | 98 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 98 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 100 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 124 |
| สรุปผลการวิจัย | 124 |
| อภิปรายผลการวิจัย | 128 |
| ข้อเสนอแนะ | 136 |
| รายการอ้างอิง | 137 |
| ภาคผนวก..... | 151 |
| ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ | 152 |
| ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือ และเก็บข้อมูลการวิจัย | 154 |
| ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง | 168 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย | 179 |
| ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม | 197 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 209 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|--|
| 1 | ชนิดของเนื้องอกสมองที่พบบ่อย อาการแสดง การรักษา และการพยากรณ์ 17 |
| 2 | แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพ 93 |
| 3 | แสดงเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 94 |
| 4 | ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 96 |
| 5 | จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว และศาสนา 101 |
| 6 | จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตาม ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย รายได้ผู้ป่วยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของ รายได้อีกกับค่าใช้จ่าย และสิทธิการรักษา 103 |
| 7 | จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และการวินิจฉัยโรคร่วม 105 |
| 8 | จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด จำนวนครั้งของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด ระยะ เวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค) และระยะเวลาหลังได้รับการผ่าตัด 107 |
| 9 | จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 109 |
| 10 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอก สมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด 109 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|--|
| 11 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามกลุ่มอาการไม่สุขสบาย..... 110 |
| 12 | ค่าเฉลี่ยรายด้าน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามวิธีการเผชิญ ความเครียดแบ่งตามรายด้าน..... 111 |
| 13 | ค่าเฉลี่ยรายด้าน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรค เนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 111 |
| 14 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่ สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การ พยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด 112 |
| 15 | ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนน มาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอย พหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise)..... 113 |
| 16 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่ สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การ พยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอก สมองหลังผ่าตัด..... 114 |
| 17 | ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนน มาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอย พหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำ หน้าที่ด้าน ร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือก ตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) 115 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|---|
| 18 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด..... 116 |
| 19 | ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) 116 |
| 20 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด..... 117 |
| 21 | ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) 118 |
| 22 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านความรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด..... 119 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | หน้า | |
|----------|---|-----|
| 23 | <p>ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise).....</p> | 120 |
| 24 | <p>ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด.....</p> | 121 |
| 25 | <p>ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise)</p> | 122 |
| 26 | <p>แสดงการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....</p> | 198 |
| 27 | <p>แสดงสถิติทดสอบ Kolmogorow-Smimov.....</p> | 200 |
| 28 | <p>ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) แบ่งตามรายด้าน</p> | 203 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 29 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด (รายชื่อ)..... | 206 |
| 30 | ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (รายชื่อ)..... | 208 |



สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|--|------|
| 1 | Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model (1995) | 36 |
| 2 | กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล | 201 |
| 3 | กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน | 202 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในปัจจุบัน พบว่าโรคเนื้องอกสมองในวัยผู้ใหญ่สามารถพบได้ถึง 6 ใน 8 ของโรคมะเร็งทั้งหมด นอกจากนี้ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Kaye & Laws Jr, 2012) ในปีพ.ศ. 2558 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคาดการณ์จะมีผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ รายใหม่ ประมาณ 78,000 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง จำนวน 25,000 ราย และชนิดไม่ร้ายแรง จำนวน 53,000 ราย และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากเนื้องอกสมองในปีนี้ ประมาณ 17,000 ราย (American Brain Tumor Association, 2015) จากสถิติของสถาบันประสาทวิทยาพบว่ามีผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2557 และ 2558 จำนวน 4,553 และ 4,765 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2557 มีผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง จำนวน 312 ราย ในปี 2558 จำนวน 373 ราย (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้เห็นได้ว่าโรคเนื้องอกสมองกำลังเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ไม่อาจละความสำคัญไปได้ เนื่องจากสมองเป็นอวัยวะสำคัญที่คอยควบคุมการทำงานระบบต่างๆของร่างกาย เมื่อเกิดเนื้องอกสมองอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพต่างๆ ตามมา และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าของแนวทางการรักษาโรคเนื้องอกสมองมากขึ้น โดยการผ่าตัดเป็นวิธีหลักของการรักษาเนื้องอกในสมองส่วนใหญ่ ซึ่งแพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเนื้องอกโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก (ศรัณย์ นันทอรีย์, 2552) แม้ว่าการผ่าตัดจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มาก แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีปัญหาสุขภาพและความผิดปกติทางระบบประสาทตามมาเช่นกัน ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอาจเกิดพยาธิสภาพจากตัวเนื้องอกสมองหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ อาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่ง ขนาด การบวมรอบก้อน การอุดตันของทางเดินน้ำในสมอง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามตำแหน่งของเนื้องอกในสมอง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงในฝั่งตรงข้ามกับรอยโรค การมีปัญหาในการพูด การฟัง และการมองเห็น เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆมักจะพบในช่วง 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Hannegan, 1989) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นนั้นยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อรุณ บุดิพันดา, 2553) จากผลของโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในด้านบวกและ

ภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีบทบาทมากขึ้นในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองด้านลบ การประเมินคุณ (Dirven, Reijneveld, & Taphoorn, 2014)

เป้าหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การมีอายุที่ยืนยาว และการมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ดี (พรธนิภา ศักดิ์ทอง, 2554) ได้มีผู้นิยามความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ต่างๆ กันออกไป โดย Zhan (1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related Quality of life) จึงมีความจำเป็นมากขึ้นและได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้กล่าวถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค การรักษาที่มีต่อชีวิตประจำวัน หมายรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และเป็นการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วย (Wilson & Cleary, 1995)

Aaronson (1988) ได้อธิบายถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่

1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Function) ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองนั้นมักมีความรู้สึกเป็นทุกข์ เนื่องจากต้องรับรู้ถึงพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายตนเองผิดปกติไป จึงอาจเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตได้ (อำนาจพร อาษานอก, 2549)

2) การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role function) เนื่องจากความผิดปกติและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม เช่น ความบกพร่องของการพูด การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย และสติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา และส่งผลให้มีปัญหาต่อการปรับตัวต่อการมีบทบาทใหม่ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

3) การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive function) ผู้ป่วยอาจมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ไม่มั่นคง ขาดสมาธิ ความฉลาดความจำเปลี่ยนแปลงไป มีความบกพร่องในการวางแผนและการแก้ปัญหา (Mukand, Blackinton, Crincoli, Lee, & Santos, 2001) การรับรู้และการรู้คิดบกพร่องที่เกิดขึ้นจะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย

4) การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional function) อาการซึมเศร้า กลัว หรือวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจเป็นผลเนื่องมาจากการขาดการติดต่อทางสังคม ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นเรื้อรัง ความลำบากในการมีกิจกรรมทางเพศ การสื่อสาร หรือความผิดปกติต่างๆอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองนั้นต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมได้ ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามมา (Mainio et al., 2003)

5) การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม มีการสลับบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว โดยอาจเป็นบทบาทที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสำคัญทางสังคมลดลง ขณะเดียวกันครอบครัวและสังคมก็ยอมรับผู้ป่วยน้อยลงด้วยเช่นกัน รวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะออกไปทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่นลดลงด้วย จึงอาจมีผลต่อภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ (Fox & Lantz, 1998)

นอกจากนี้ Osoba D. (1996) ยังได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองยังมีองค์ประกอบเฉพาะ ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต จากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการรักษาและสภาวะสุขภาพของตนได้ (Mainio et al., 2003) รวมทั้งผู้ป่วยยังอาจเกิดความผิดปกติในการมองเห็นกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ ความบกพร่องในการสื่อสาร และอาการเฉพาะ ได้แก่ ปวดศีรษะ ชัก ง่วงซึม ผิวแห้งคัน ผม ร่วง ขาอ่อนแรง และควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ทั้งสิ้น

ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดนั้นจะต้องเผชิญกับสภาวะต่างๆภายหลังการเกิดโรคและได้รับการรักษาที่สามารถส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ อาทิเช่นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาอื่น ๆ เช่น การฉายแสงและเคมีบำบัด เป็นต้น ผู้ป่วยดังกล่าวมักมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ (จเร ผลประเสริฐ, 2528; ศรีณย์ นันทอารี, 2552) เนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดอาจช่วยให้การบวมของสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะ และการชอกช้ำของเนื้อสมองลดลง แต่ความบกพร่องของระบบประสาทอาจยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเสียไป (Buckner et al., 2007; Hickey, 2003) ทั้งนี้อาการที่หลงเหลืออยู่จะมีพยาธิสภาพตามตำแหน่งของสมองที่เกิดรอยโรค เช่น ความบกพร่องทางด้านเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติในการพูดการสื่อสาร การได้ยิน เป็นต้น (เตือนใจ เห่งจิ้น, 2542) อาการเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง ซึ่งการทำหน้าที่ด้านร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (อำนาจพร อาษานอก, 2549)

รวมทั้งผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น เกิดความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า กลัวอาการของโรคเลวลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Mainio et al., 2003; เตือนใจ เห่งจิ้น, 2542; ทศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อำนาจพร อาษานอก, 2549) อีกทั้งยังสามารถพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้มาก (ดรณวรรณ จันทร์แก้ว, 2554) ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีผลให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ในการดูแลตนเองลดลง ทำให้อาการทางด้านร่างกายแย่ลงไปด้วย เมื่อการทำหน้าที่

ด้านร่างกายถดถอยร่วมกับสภาวะจิตใจที่ถดถอย อาการเจ็บป่วยก็จะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด (Litofsky et al., 2004)

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นข้อมูลสำคัญทางคลินิกโดยเฉพาะในผู้ป่วยเนื้องอก (oncology) โดยเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงผลกระทบจากการบำบัดต่อความตั้งใจของผู้ป่วยในการรับการรักษา (Cella, Chang, Lai, & Webster, 2002) รวมทั้งยังอธิบายผลกระทบจากโรคและการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปประเมินผลแผนการดูแลรักษาพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ (King et al., 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด ทั้งหมด 3 งานวิจัย โดยในปีพ.ศ. 2547 ทศนีย์ อินทรสมใจ ได้ศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรักษาร่วมหลังการผ่าตัด และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ อำนวยพร อาษานอก (2549) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคนื้องอกสมอง โดยปัจจัยคัดสรรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านารรู้คิด และการสนับสนุนทางสังคม และในปี พ.ศ. 2554 อัญชญา พุทธสีมา ได้ทำการศึกษานโยบายการดำเนินงานคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองปฐมภูมิ ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนของสังคม

จากการวิเคราะห์ทั้ง 3 การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของทั้ง 3 งานวิจัยข้างต้นมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 77.80, 56.20 และ 53.73 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือนผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพและอาการในด้านต่างๆเพียงเล็กน้อยหรือคงที่ (Hannegan, 1989) เนื่องจากร่างกายมีการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยมากขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยอาจมีความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ (อำนวยพร อาษานอก, 2549) สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะร่างกายของตน อีกทั้งครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของผู้ป่วยได้มากขึ้น Mahon และ Elger (1989) ได้กล่าวว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ ในช่วง 6 เดือนแรกหลังการผ่าตัด เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สภาพร่างกายยังไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับ Jennett และ Bond (1975) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดสมองอาจมีอาการและอาการแสดงที่หลงเหลือจากการที่เซลล์สมองถูกทำลายตามตำแหน่งของสมองที่ได้รับการผ่าตัด หรือจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องหลงเหลืออยู่ โดยสามารถทำนายถึงผลลัพธ์เมื่อครบ 6 เดือนภายหลังผ่าตัด และอาจเป็นช่วงเวลาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

มากที่สุด ดังนั้นผลจากงานวิจัยของทั้ง 3 งานวิจัยข้างต้นจึงอาจไม่สามารถอธิบายผลของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองภายในช่วง 6 เดือนแรกได้

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น แนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 6 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยทางชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and Physiological Factor) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด และรอยโรค

2) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกายจิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิมของบุคคล อาทิเช่น กลุ่มอาการไม่สุขสบาย

3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการทำหน้าที่ด้านสังคม เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) เป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และการเผชิญความเครียดของบุคคล เป็นต้น

6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Ferrans et al. 2005)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องจากกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกปัจจัยต่างๆนั้น คือ ต้องเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) และมีรายงานการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่าปัจจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการวัดปัจจัยดังกล่าว อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้องในการวัดปัจจัย รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันเองน้อยที่สุด และยังต้องเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อีกด้วย

จากข้อกำหนดข้างต้นทำให้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดออก ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจาก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นปัจจัยที่ต้องใช้ตัววัดทางเคมี หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ ผู้วิจัยจึงคัดออกเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด รอยโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือหน้าที่ของพยาบาลในการดำเนินการจัดการ ส่วนการทำหน้าที่ด้านสังคม ผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความซ้ำซ้อนกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ แต่เนื่องจากมีหลายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ศึกษาในปัจจัยนี้

นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (อำนาจพร อาชานอก, 2549) และงานวิจัยของ O'Dell และคณะ (1998) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้ และสำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความซ้ำซ้อนกับ ปัจจัยด้านอาการ และการทำหน้าที่ ผู้วิจัยจึงคัดปัจจัยด้านนี้ออกจากการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Barr, 2003) และความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (สิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2546) ที่สามารถส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Mainio et al., 2005) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญการศึกษาถึงวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากหากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related Quality of life) ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สภาพร่างกายยังไม่สามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่ และอาจเป็นช่วงเวลาที่สามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับปัจจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เป็นปัจจัยที่ผ่านตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด ดังนั้นผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำไปสู่การให้การบำบัดและการพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สบาย และ การเผชิญความเครียด

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สบาย และ การเผชิญความเครียด สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้หรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดตามแนวคิด Health-Related Quality of Life Conceptual Model ของ Wilson and Cleary (1995) ซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and Physiological Factor) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (functioning) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual Characteristic) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Characteristic)

โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกปัจจัยต่าง ๆ นั้นว่าต้องเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิด ของ Wilson และ Cleary (1995) และมีรายงานการศึกษาวิจัยที่สนับสนุนว่าปัจจัยนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งมีการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการวัดปัจจัยดังกล่าว และยังคงต้องเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อีกด้วย ได้แก่

1. **ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning)** เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย เนื่องจากหลังผ่าตัดจะทำให้อาการบวมของสมอง ความดันในกะโหลกศีรษะ และเกิดการชอกช้ำของเนื้อสมองลดลง แต่ความบกพร่องทางระบบประสาทยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาตของแขนขา อัมพาตครึ่งล่าง หรือ อัมพาตครึ่งซีก มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำ การสื่อสาร ตลอดจนความ สัมพันธ์ทางสังคม ความสามารถในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเสียไป ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (อำนวยการ อาชานอก, 2549) การที่สมองสูญเสียหน้าที่การทำงานทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Buckner, et al., 2007) และระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ จากงานวิจัยของ อำนวยการ อาชานอก (2549) พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Osoba และคณะ (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีปัญหาบกพร่องในการสื่อสาร มีภาวะสับสน หรือบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความบกพร่อง

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นกระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียน การจินตนาการ การวางแผน การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และการแก้ปัญหา (วีรวรรณ รัตนจันทา, 2556) ซึ่งการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง อาจเกิดเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Taphoorn & Klein, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง โดยเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวกับสติปัญญา หรือมีความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ (อำนวยการ ชื่นสกุล, 2542) ซึ่งสมองแต่ละส่วนเมื่อเกิดพยาธิสภาพอาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แตกต่างกัน เช่น หากมีพยาธิสภาพที่ทำลาย Frontal lobe จะทำให้พฤติกรรม บุคลิกภาพ และสติปัญญาเปลี่ยน (สมนึก นิลบุหงา, 2555) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การมีเหตุผลผิดปกติไป ขาดสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่างๆ ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ (อำนวยการ ชื่นสกุล, 2542 cited in อำนวยการ อาชานอก, 2549) นอกจากตัวเนื้องอกที่ส่งผลต่อสมองแล้ว การรักษาด้วยการผ่าตัดสมองยังส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรับรู้ และการรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจึงลดลงด้วย (Giovagnoli, 1999) โดย Klein และคณะ (2003) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจะมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (อำนวยการ อาชานอก, 2549)

2. ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย ใจ และความรู้สึกที่ผิดปกติไปจากเดิมของบุคคล ได้แก่ กลุ่มอาการไม่สุขสบาย

กลุ่มอาการไม่สุขสบาย เป็นอาการที่ปรากฏขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่า 3 อาการเกิดขึ้นพร้อมๆกัน ภายหลังจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดสมองโดยแต่ละอาการมีความเกี่ยวข้องกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน กลุ่มอาการไม่สุขสบายนี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและทำนายอาการของผู้ป่วยได้ (Dodd, Miaskowski, & Lee, 2004) เมื่อเกิดมีเนื้องอกในสมองของผู้ป่วยจะทำให้สมองส่วนนั้นและส่วนใกล้เคียงเกิดการสูญเสียหน้าที่ก่อให้เกิดสมองบวม ทางเดินน้ำไขสันหลังอุด

ต้น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (อัญชญา พุทธสิมมา, 2554) แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถช่วยลดอาการต่างๆลงได้ แต่ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดอาจทำให้ยังคงมีอาการทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ ซึ่งผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น อาการเหนื่อยล้า อาการปวดศีรษะ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาการนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก อาการสูญเสียการได้ยิน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร ภาษา อาการคลื่นไส้-อาเจียน และอาการชัก (อำนวยการพร อาชานอก, 2549)

Lovely, Miaskowski และ Dodd (1999) ได้ศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการและความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด Glioblastoma multiformae สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่พบว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบายยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเกี่ยวกับการมองเห็น (อำนวยการพร อาชานอก, 2549; อรรช บุติพินดา, 2553) นอกจากนี้ Gustafsson และคณะ (2006) ยังศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคือ อาการนอนไม่หลับ และปวดศีรษะ รวมทั้งยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้ (Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2006; Pelletier, Verhoef, Khatri, & Hagen, 2002)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด จากการที่เนื้องอกสมองและการรักษาด้วยการผ่าตัดส่งผลกระทบที่ซับซ้อนมีผลคุกคามต่อผู้ป่วย นอกจากจะมีผลทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกายทำงานผิดปกติและการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปแล้ว ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจที่มีผลต่อเนื่องต่อสภาพอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ความผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสะสมความเครียด ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง ความผิดปกติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสมอง อาการของโรคและผลของการรักษาที่ไม่สามารถคาดเดาได้ (Barr, 2003) โดยความเจ็บป่วยมักก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง ยิ่งถ้าความเจ็บป่วยนั้นมีความร้ายแรงคุกคามต่อชีวิต หรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ปฏิกริยาทั้งหลายที่เกิดขึ้นก็ย่อมทวีความรุนแรงตามไปด้วย จนทำให้เกิดการเสียสมดุลของจิตใจ และการเป็นวิกฤติของชีวิตได้ (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2554) รวมทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

(สิริกาญจน์ ท่อแก้ว, 2546) ที่สามารถส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Mainio et al., 2005) ถ้าบุคคลใดมีการเผชิญความเครียดได้ไม่เหมาะสม ก็ยิ่งส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความตึงเครียดมากขึ้น หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ย่อมทำให้บุคคลสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สิ้นหวัง และนำไปสู่ความล้มเหลวในการดำเนินชีวิต (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2551) โดย Gustafsson และคณะ (2006) ได้ศึกษาพบว่า วิธีในการเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ดังนั้นวิธีการเผชิญความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ อายุระหว่าง 18-59 ปี และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และความผาสุกของตนเอง ผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม

ประเมินโดยแบบวัด EORTC QLQ-C30 (Aronson, 1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย Silpakit และคณะ (2006) จำนวน 15 ข้อ

2. การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ประเมินโดยแบบประเมิน Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky & Burchenal, 1949) ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย อำนวยพร อาชานอก (2549)

3. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียน

ประเมินโดย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ

4. อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง อาการที่ปรากฏขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่า 3 อาการเกิดขึ้นพร้อมๆกันภายหลังจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดสมอง โดยแต่ละอาการมีความเกี่ยวข้องกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้ ประกอบด้วยอาการ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการบกร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงออก

ประเมินโดยแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ของ อำนวยพร อาชานอก (2549) จำนวน 10 ข้อ

5. การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิด และการกระทำเมื่อพบกับความเครียด เพื่อบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหา

ประเมินโดยแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale) ซึ่งพัฒนาโดย Jalowiec, Murphy and Power (1984) แปลและปรับปรุงโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) จำนวน 36 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรวมถึง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่นำมาศึกษา ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด อาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล นักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ ให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัด เพื่อพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และนำผลการวิจัยที่ได้พัฒนาไปสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการ พยาบาลเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคเนื้องอกในสมอง
 - 1.1 สาเหตุของโรคเนื้องอกในสมอง
 - 1.2 การแบ่งประเภทของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.3 โรคเนื้องอกสมองที่พบบ่อย
 - 1.4 พยาธิสภาพของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.5 อาการและอาการแสดงของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.6 แนวทางการรักษาของโรคเนื้องอกสมอง
 - 1.7 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.1 คุณภาพชีวิต
 - 2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.3 ความเหมือนและความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.5 เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.6 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
 - 3.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย
 - 3.2 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
 - 3.3 กลุ่มอาการไม่สุขสบาย
 - 3.4 การเผชิญความเครียด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคเนื้องอกในสมอง

1.1 สาเหตุของโรคเนื้องอกในสมอง

การเกิดเนื้องอกสมองนั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมอง โดยส่วนใหญ่อาจเกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อที่ประกอบขึ้นเป็นสมอง (Primary brain tumor) ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งเนื้องอกชนิดร้ายและไม่ร้าย และส่วนน้อยเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายมาจากส่วนอื่น (Metastatic brain tumor) สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมอง (Bernstein & Berger, 2008; เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ได้แก่

1.1.1 การเจริญเติบโตผิดปกติของ embryonal cells ซึ่งตามปกติจะเจริญเป็นส่วนต่างๆ ของสมอง แต่มีเซลล์บางชนิดที่หลงเหลือค้างอยู่ และกลับเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกในระยะต่อมา มักพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่

1.1.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม มีเนื้องอกที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ 3 ชนิดที่จัดอยู่ในกลุ่ม phakomatoses ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติที่มีอาการทางผิวหนัง, ตา, ระบบประสาท และถ่ายทอดพันธุกรรม ได้แก่ 1) Von Recklinghausen's neurofibromatosis หรือโรคเท้าแสนปม ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น 2) Tuberous sclerosis เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอย่างหนึ่งที่มีความผิดปกติทั้งในสมองและส่วนอื่นๆ ของร่างกาย รวมทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยชักและปัญญาอ่อน และ 3) von Hippel-Lindau disease เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมในลักษณะ autosomal dominant สำหรับเนื้องอกในสมองที่พบบ่อยได้แก่ cerebellar hemangioblastoma ซึ่งอาจเป็นแห่งเดียวหรือหลายแห่งก็ได้

1.1.3 การบาดเจ็บของสมอง พบว่ามีเนื้องอกชนิด Glioma และ Meningioma ในผู้ป่วยที่มีประวัติเนื้องอกในสมอง แต่ยังไม่มีการยืนยันแน่ชัดว่า การบาดเจ็บของสมองเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดเนื้องอกสมอง

1.1.4 การฉายรังสี (radiation) ที่ CNS สามารถทำให้เกิด brain necrosis ตรงตำแหน่งที่มีการฉายรังสีในระยะเวลาต่อมา ระยะเวลาที่จะเกิดมีเนื้องอกหลังการฉายรังสีจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของรังสีที่ให้ ยิ่งมีขนาดสูงระยะเวลาของการเกิดมีเนื้องอกจะสั้นลง

1.1.5 Immunological disorders พบว่า immunosuppression มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเนื้องอกภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (transplantation) ดังจะเห็นได้ในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและมี complete immuno-suppression บางรายเกิดมีเนื้องอกสมองซึ่งส่วนมากเป็น lymphoma และ sarcoma

1.1.6 ไวรัส ในสัตว์ทดลองสามารถทำให้เกิดเนื้องอกสมองได้ แต่ในคนยังไม่ทราบแน่นอน

1.1.7 สารเคมี ในปัจจุบันยังไม่ทราบได้ว่าสารเคมีใดเป็นต้นเหตุให้เกิดเนื้องอกสมองในคน แต่พบว่ามีสารเคมีหลายอย่าง เช่น ethyl และ methylnitrosourea สามารถทำให้เกิดเนื้องอกของระบบประสาทได้ในสัตว์ทดลอง

1.2 การแบ่งประเภทของเนื้องอกสมอง

ประเภทของเนื้องอกสมองสามารถแบ่งได้หลายแบบ เช่น ตามตำแหน่งที่เกิด ชนิดของเซลล์ที่ผิดปกติ แต่หากแบ่งตามลักษณะของเนื้องอกที่เกิดที่เนื้อสมองหรือกระจายมาจากอวัยวะอื่น สามารถแบ่งได้ดังนี้(สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

1. เนื้องอกปฐมภูมิ (Primary brain tumor) คือ เนื้องอกที่เกิดมาจากเซลล์เนื้อเยื่อสมองเอง พบได้ประมาณ 50% ของเนื้องอกสมองทั้งหมด และพบได้ประมาณ 15-20 รายต่อประชากร 100,000 คน ในแต่ละปี

2. เนื้องอกทุติยภูมิ (Secondary or Metastatic brain tumor) คือ การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาจากอวัยวะอื่น เช่น มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลางออกเป็น 7 กลุ่มตามเนื้อเยื่อต้นกำเนิด ดังนี้ (Louis DN, 2007)

1. เนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อที่สมอง (Tumors of neuroepithelial tissue) เช่น Astrocytoma, Glioblastoma

2. เนื้องอกของประสาทสมองและประสาทสันหลัง (Tumors of cranial and paraspinal nerves) เช่น Acoustic schwannoma, Neurofibroma

3. เนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง (Tumors of the meninges) เช่น Meningoma

4. เนื้องอกที่เกิดจากความผิดปกติของเลือด (Tumors of the Haematopoietic system) เช่น Malignant Lymphoma, Plasmocytoma

5. เนื้องอกของเซลล์สืบพันธุ์ต้นกำเนิด (Germ cell tumors) เช่น Germinoma, Teratoma, Pineal gland tumor

6. เนื้องอกบริเวณกระดูก Sella (Tumors of the sella region) เช่น Craniopharyngioma

7. เนื้องอกที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง (Metastasis tumors) เช่น การกระจายของมะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

เนื้องอกแต่ละชนิดจะมีลักษณะเฉพาะตัว และความร้ายแรงของเนื้องอกที่มีผลต่อการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค รวมถึงการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงได้มีการจัดระดับความร้ายแรงของเนื้องอกสมองออกเป็น 4 ระยะ (Edge & Compton, 2010) ดังนี้

1. ระยะที่ 1 (WHO grade I) หมายถึง ก้อนเนื้องอกมีการเจริญเติบโตช้า มีการแบ่งตัวน้อยมาก มีขอบเขตชัดเจน รูปร่างของเซลล์จะคล้ายเซลล์ปกติและมีโอกาสน้อยมากที่จะลุกลามไปยังเนื้อเยื่อปกติข้างเคียง สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด
2. ระยะที่ 2 (WHO grade II) หมายถึง ก้อนเนื้องอกที่โตช้า มีขอบเขตไม่ชัดเจน สามารถแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงได้ เมื่อผ่าตัดเอาเนื้องอกออก สามารถกลับเป็นซ้ได้ บางชนิดอาจกลายเป็นเนื้องอกที่ระดับสูงชันกว่าเดิมได้
3. ระยะที่ 3 (WHO grade III) หมายถึง เนื้องอกมีอัตราการเจริญเติบโตที่เร็วขึ้น รูปร่างแตกต่างจากเนื้อเยื่อปกติ สามารถแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อข้างเคียง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ จึงต้องรักษาด้วยการให้รังสีรักษา และ/หรือให้ยาเคมีบำบัด
4. ระยะที่ 4 (WHO grade IV) หมายถึง เนื้องอกที่มีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว รูปร่างเซลล์จะแตกต่างจากเซลล์ปกติอย่างชัดเจน พบหย่อมเนื้อตาย เซลล์สามารถลุกลามไปเนื้อเยื่อโดยรอบอย่างกว้างขวางและแพร่กระจายไปนอกระบบประสาทส่วนกลาง ในระยะนี้เป็นการยากที่จะรักษาให้หายขาดได้

1.3 เนื้องอกสมองที่พบบ่อย

ตารางที่ 1 ชนิดของเนื้องอกสมองที่พบบ่อย อาการแสดง การรักษา และการพยากรณ์

(สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

| ชนิดของเนื้องอก | คำอธิบาย | อาการ อาการแสดง | การรักษา และการพยากรณ์โรค |
|---|--|--|---|
| Anaplastic astrocytoma (grade III) | การขยายตัวของเนื้องอกเป็นแบบแทรกซึม ไม่มีขอบเขตชัดเจน พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี | มีอาการผิดปกติตามตำแหน่งของเนื้องอก ถ้าเป็นบริเวณ suprainfratentorium จะพบอาการชักร่วมด้วย | การผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัด (ถ้าเป็นเนื้องอกสมองเกรด 1 จะไม่ฉายแสงและให้เคมีบำบัด) การพยากรณ์โรค อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย ประมาณ 5-6 ปี หากเป็นเกรด 3 อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 15-28 เดือน |
| Glioblastoma Multiforme (GBM) /astrocytoma grade IV | มะเร็งชนิดร้ายแรง มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีทั้งเซลล์ผิดปกติ เนื้อตายและเลือดออกในบริเวณเนื้อร้าย พบมากในเพศชาย อายุ 40-60 ปี | ความจำเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หูตึง การมองเห็นผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง | การผ่าตัด การฉายแสงและให้เคมีบำบัด อัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย 14-16 เดือน |
| Ependymoma | เกิดบริเวณเยื่อหุ้มสมอง มีขอบเขตชัดเจนและเจริญเติบโตช้าพบในเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงอายุ 30 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย | ความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างรวดเร็ว อาการและอาการแสดงขึ้นกับตำแหน่งของเนื้องอก | การผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัด ในกรณี obstructive hydrocephalus รักษาโดยการใส่ shunt |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ชนิดของเนื้องอก | คำอธิบาย | อาการ อาการแสดง | การรักษา และการพยากรณ์โรค |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Oligodendroglioma | ประมาณ 50% ของผู้ป่วยภาพถ่ายรังสีจะพบลักษณะคล้ายหินปูนเกาะ พบในคนอายุ 20-40 ปี | ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกสมองมากกว่า 50% พบอาการชัก | การผ่าตัด การฉายแสง การให้เคมีบำบัด อัตราการรอดชีวิต 5-10 ปี ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค |
| Pituitary tumor/pituitary adenoma | ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติอาจหลั่งมากหรือน้อยไป | มีความผิดปกติของการมองเห็น และมีความผิดปกติจากการหลั่งฮอร์โมนหลายตัว | ผ่าตัด ฉายแสง ร่วมกับการให้ฮอร์โมนทดแทนในรายที่ขาดฮอร์โมน |
| Craniopharyngioma | ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ sella turcica | 1. มีอาการขาดฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า โดยระดับฮอร์โมน Growth Hormone, TSH, ACTH, FSH/LH จะต่ำกว่าปกติ 2. หากเนื้องอกมีก้อนโตจะกดต่อมใต้สมองส่วนหลัง ทำให้มีเบาจืด 3. การมองเห็นและลานสายตาแคบลง ไม่สามารถมองภาพที่อยู่ด้านข้างได้ บางรายอาจสูญเสียการมองเห็นจากประสาทตาถูกก้อนเนื้องอกกดทับ | ถ้าผ่าตัดออกหมดร่วมกับฉายแสง สามารถรักษาให้หายขาดได้ประมาณ 80% และมีโอกาสเป็นซ้ำ ถ้าไม่สามารถเอาออกหมดได้ |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ชนิดของเนื้องอก | คำอธิบาย | อาการ อาการแสดง | การรักษา และการพยากรณ์โรค |
|--|--|--|--|
| Acoustic schwannomas/ neurinoma neurilemmoma | มีขอบเขตชัดเจนมีการเติบโตช้า อาจเป็นข้างเดียวหรือ 2 ข้าง มีผลกระทบต่อประสาทสมองคู่ที่ 8, 7, 5 ทำให้มีปัญหาการได้ยินและการเคลื่อนไหวของใบหน้า | เวียนศีรษะ (vertigo) ในระยะแรกจะได้ยินเสียงผิดปกติในหู (tinnitus) พร้อมกับการได้ยินลดลงจนหูหนวก เดินเซ (ataxia) ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง | สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าก้อนขนาดเล็กและสามารถตัดออกหมด แต่ถ้าตัดออกไม่หมดอาจกลับเป็นซ้ำ และอาจสูญเสียการได้ยินอย่างถาวร อาจมีมุมปากตก เสียการรับความรู้สึกของใบหน้าและไม่มี corneal reflex |
| Meningioma | เป็นเนื้องอกที่อยู่นอกสมองเกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง มีโอกาสเป็นซ้ำได้ กลายเป็นมะเร็งได้ | ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกสมอง | รักษาให้หายขาดได้ถ้าสามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมด สำหรับรายที่ผ่าตัดออกบางส่วนอาจรักษา ร่วมกับการฉายแสง |

1.4 พยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง

พยาธิสภาพของเนื้องอกสมองสามารถอธิบายได้ 2 แนวทาง คือ การเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลและผลกระทบจากเนื้องอก (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

1.4.1 การเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุล

เนื้องอกสมองเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทซึ่งมีขบวนการที่ซับซ้อนทำให้มีการกลายพันธุ์ความผิดปกติระดับโมเลกุลนี้อาจเกิดจากเซลล์มีการหยุดการเจริญเติบโต (tumor suppressor genes) หรือเกิดจากเซลล์มีการสร้างมากผิดปกติทำให้เกิดมะเร็ง (proto-oncogenes)

1.4.2 ผลกระทบจากเนื้องอก

การเปลี่ยนแปลงของสมองเนื่องจากเนื้องอกสมองนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการที่ภายในกะโหลกศีรษะนั้นมีความจุที่จำกัด ประมาณ 1,700 ml. ประกอบไปด้วย สมอง น้ำหล่อสมองไขสันหลัง (cerebrospinal fluid, CSF) และเลือด โดยปกติสมองมีน้ำหนักประมาณ 1,400 กรัม ปริมาตร 1,300-1,500 มิลลิลิตร น้ำหล่อสมองไขสันหลังประมาณ 75 มิลลิลิตร และเลือดไปเลี้ยงสมองมีปริมาตร 75 มิลลิลิตร (ไอยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล, 2558) รวมทั้งยังมีน้ำเป็นส่วนประกอบร้อยละ 78 จึงทำให้สมองอ่อนนุ่มและยืดหยุ่นไม่ได้ ดังนั้นเมื่อเกิดพยาธิสภาพหรือสิ่งกีดขวางพื้นที่ในกะโหลกศีรษะ เช่น เนื้องอกสมอง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองจากกลไกการปรับตัวของกะโหลกศีรษะ เพื่อรักษาสมดุลและความดันกะโหลกศีรษะให้อยู่ในระดับปกติ (สุจินดา ริมศรีทอง, 2551)

เนื้องอกจะมีผลกระทบต่อสมองโดยตรงคือ ทำลายเนื้อสมอง กดเบียดเนื้อสมอง กดทับประสาทสมอง เกิดภาวะสมองบวมและภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเนื้องอกกินพื้นที่ในกะโหลกศีรษะ และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองจากการอุดตันของทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลังหรือมีการสร้างน้ำในโพรงสมองมากเกินไปเกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain Herniation) เนื้องอกสมองอาจกดทับหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท หากไม่รักษาจะเสียชีวิตในที่สุด อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดของก้อนและการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากเป็นเนื้องอกชนิดที่เจริญเติบโตช้าอาจใช้เวลานานในการเกิดอาการของความดันในกะโหลกศีรษะสูง นอกจากนี้เนื้องอกบางชนิดสร้างฮอร์โมนมากกว่าปกติ เช่น เนื้องอกต่อมใต้สมอง ทำให้เกิดอาการแสดงความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ และเนื้องอกที่ผิวสมองอาจกระตุ้นให้เกิดการชัก เป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาได้ดังนี้

สมองบวม (brain edema)

สมองบวม (brain edema) คือ การเพิ่มขึ้นของปริมาตรสมองที่เกิดจากความผิดปกติในการสะสมของเหลวในเนื้อสมองซึ่งอาจเกิดเฉพาะที่ในบางส่วนของสมอง หรือเกิดทั่วในบริเวณเนื้อสมองทั้งหมดก็ได้ โดยของเหลวนี้นี้ไม่รวมถึงปริมาณของเลือดที่เพิ่มจากการขยายตัวของหลอดเลือด (ไอยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล, 2558) จากความผิดปกติของการไหลเวียนของหลอดเลือดดำในโรคเนื้องอก

สมอง ภาวะสมองบวมจะเกิดรอบๆ ก้อนเนื้องอก ซึ่งเป็นผลเกิดจากการที่ก้อนเนื้องอกกดเบียดหลอดเลือด ทำให้เลือดแดงไหลช้าและเลือดดำถูกอุดตัน เกิดภาวะเนื้อสมองขาดออกซิเจนโดยรอบ และตัวกั้นกลางระหว่างเลือดและสมองเสียไป เกิดการรั่วของพลาสมาโปรตีนและของเหลวออกมาอยู่ใน extracellular space (ECS) นอกจากนั้นการเกิดสมองบวมยังขึ้นอยู่กับ ธรรมชาติ ชนิด ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอกอีกด้วย ซึ่งเนื้องอกแต่ละชนิดจะทำให้มีภาวะเป็นพิษ (toxic) ต่อสมองต่างกัน จึงเกิดสมองบวมมากน้อยไม่เหมือนกัน ซึ่งเนื้องอกสมองที่มีการเจริญเติบโตรวดเร็วจะมีการบวมของสมองได้มาก (วิสิทธิ์ อวิรุทธ์นันท์, 2543)

โดยทั่วไปแล้ว ขนาดของเนื้องอกสมองเพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูงมาก แต่หากเนื้องอกนั้นไม่ทำให้มีการอุดตันทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลัง ภาวะที่มีสมองบวมรอบๆ เนื้องอกนั้นจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสูญเสียหน้าที่ของสมองเฉพาะที่และอาการของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ยังมีสมองบวมเร็วมาก อาการของการสูญเสียหน้าที่ของสมองรวมถึงความรู้สึกตัวของผู้ป่วยจะแย่ลงไปอย่างรวดเร็ว

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure)

การมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้นั้นเกิดจาก (เจษฎา นิมนานินิตย์, 2537; ชาญวิทย์ ต้นดีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์, 2554)

1. เนื้องอกมีการขยายตัวร่วมกับสมองบวม ซึ่งสมองบวมเกิดจากกลไกสองอย่าง คือ primary toxic ของเนื้อร้ายที่มีต่อเนื้อสมอง และจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่มีก้อน
2. การไหลเวียนของเลือดในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ ก้อนเนื้องอกอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่เต็มเลือดดำคั่งจึงเป็นเหตุให้สมองบวม
3. การอุดตันของทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลัง (CSF obstruction) อาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในทางเดินของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะโพรงสมองคั่งน้ำจากการอุดกั้นของเส้นทางน้ำหล่อสมองไขสันหลัง (obstructive hydrocephalus) อาการของผู้ป่วยอาจเลวลงจนถึงขั้นหมดสติได้ในระยะเวลาอันสั้น การอุดตันทางเดินของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง อาจเกิดจากเนื้องอกขนาดเล็กที่อยู่ภายใน ventricular system หรือเนื้องอกอยู่นอก ventricular system แล้วโตไปเบียดทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลังในตำแหน่งที่แคบ นอกจากนี้เนื้องอกในตำแหน่งอื่นที่ห่างจาก ventricle อาจทำให้มีการอุดตันทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลังได้เช่นกัน โดยเป็นผลจากภาวะสมองเคลื่อน (brain displacement หรือ herniation) เมื่อมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ก็ยิ่งทำให้มีภาวะสมองเคลื่อนมากขึ้น ส่งผลให้การอุดตันทางเดินน้ำหล่อสมองไขสันหลังยิ่งมากขึ้น เป็นวงจรต่อเนื่องที่ทำให้อาการผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงแก่กรรมในที่สุด

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมานี้หากไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันท่วงทีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะจะสูงขึ้นตามเวลาที่ผ่านมา หากปล่อยให้มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญ 2 อย่างคือ มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมองลดลง และเกิดภาวะสมองเคลื่อนกด brain stem ทำให้หน้าที่ของ brain stem เสียไปผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมในที่สุด

ภาวะสมองเคลื่อน (Brain displacement or Brain herniation)

เป็นผลเนื่องจากสมองถูกก้อนเนื้ออกเบียดและความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนตัวของเนื้อสมองจากตำแหน่งที่มีความดันสูงกว่าไปสู่ตำแหน่งที่มีความดันต่ำกว่า เมื่อเนื้ออกขยายตัวใหญ่ขึ้น เนื้อสมองที่อยู่ใกล้ชิดโดยรอบจะถูกดันให้มีการเคลื่อนตัวเพื่อเนื้ออกจะได้มีการขยายตัวใหญ่ขึ้น โดยอาจมีอาการแสดงแบบกึ่งเฉียบพลัน (subacute) คือ ค่อยๆมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หรือแบบเฉียบพลัน (Hyperacute) อาการเลวลงอย่างรวดเร็วจากการที่สมองไม่สามารถปรับตัวได้ แต่เนื่องจากภายในช่องกะโหลกศีรษะแบ่งออกเป็น compartment ต่างๆ ด้วย falx cerebri และ tentorial cerebella จึงทำให้การเคลื่อนตัวของเนื้อสมองมีลักษณะต่างๆ กันขึ้นกับตำแหน่งเนื้ออก แต่ไม่ว่าเนื้ออกจะอยู่ที่ใดก็ตาม เมื่อมีขนาดใหญ่มากขึ้น จะทำให้เกิดความดันแผ่ไปยังส่วนอื่นๆ ของสมอง จนกลไกต่างๆ ที่ใช้ช่วยปรับระดับความดันถูกใช้หมดไป สมองจะถูกดันให้เคลื่อนตัว (shifting หรือ displacement) ไป compartments อื่นที่มีความดันต่ำกว่า จึงเกิดภาวะที่เรียกว่า cerebral herniation หรือ Brain herniation ซึ่งจะกดเบียด brain stem ทำให้ผู้ป่วยหมดสติและตายได้ เนื้ออกหรือก้อนที่ขยายตัวได้อื่นๆ ที่อยู่เหนือ supratentorial จะทำให้เกิด brain herniation ได้ 4 แห่ง (เจษฎา นิมนานิตย์, 2537; สมนึก นิลบุหงา, 2555) คือ

1. Cingulate herniation หรือ subfalcine herniation คือ ส่วนหนึ่งของสมอง Cerebrum ด้านใกล้กลางซึ่งเป็น Cingulate gyrus จะลอดผ่านใต้ Falx cerebri จากด้านที่มีความดันในกะโหลกสูงกว่าไปด้านตรงข้าม กดหลอดเลือดแดง Anterior cerebral artery ผู้ป่วยอาจมีอาการชาอ่อนแรงด้านตรงข้ามกับรอยโรค

2. Transtentorial herniation แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

Lateral transtentorial (Uncal) herniation คือ เมื่อความดันในช่อง Supratentorial เพิ่มขึ้นจะเกิดการเคลื่อนที่ของ Uncus ซึ่งเป็นส่วนของ Hippocampal gyrus เลื่อนลงไปกดบน Midbrain และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 จึงเกิดอาการ ซึมลง, รูม่านตาขยายโตด้านเดียวกับที่ถูกกด, แขนขาอ่อนแรงขาครึ่งซีกด้านตรงข้าม อาจมี Kernohan คืออาการอ่อนแรงครึ่งซีกจะอยู่ด้านเดียวกับพยาธิสภาพเนื่องจากรอยโรคอยู่ก่อนไปด้านหลังของสมองใหญ่กดเบียด Midbrain ไปด้านตรงข้ามทำให้ Cerebral peduncle ด้านตรงข้ามกดทับขอบ Tentorium

Central transtentorial herniation คือ สมอส่วน Diencephalon เคลื่อนตัวผ่าน Tentorial notch กดลงบน Midbrain เกิดอาการซีมลง, รูม่านตามีขนาดเล็กลง, มีท่าผิดปกติแบบเหยียดเกร็ง Decerebrate

3. Tonsillar herniation ความดันในช่อง Infratentorial เพิ่มขึ้น Tonsil ซึ่งเป็นส่วนของ Cerebellum จะเลื่อนผ่านรูที่ฐานกะโหลก Foramen magnum ไปกด Brain stem และ Medulla oblongata ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมหัวใจและการหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอัมพาตทั้งตัวหมดสติ หายใจหยุด หัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิตได้

4. Upward transtentorial herniation เป็นการเลื่อนของ anterior cerebellar vermis สมอส่วนบน และก้านสมองผ่านทางเปิดของ transtentorial ขึ้นไปสู่ส่วนเหนือ transtentorial ซึ่งมีความดันต่ำกว่า ทำให้กด aqueduct of Sylvius เกิด Hydrocephalus ชนิดอุดตันได้ ในขณะที่มี upward herniation หรือมีเนื้องอกขนาดใหญ่อยู่ในส่วน cerebellum ด้านหน้า อาจทำให้ midbrain ถูกกดมาก ผู้ป่วยจะมีอาการแขนและขาเหยียดเกร็ง หลังแอ่น มือกำ และข้อมือพับพร้อมกันนั้นผู้ป่วยมักหมดสติ เรียกว่า cerebellar fit

1.5 อาการและอาการแสดงของเนื้องอกในสมอง

โดยทั่วไปสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงที่สำคัญได้ 2 พวก คือ

1.5.1 อาการและอาการแสดงทั่วไป

เนื้องอกแต่ละชนิดอาจมีอาการและอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งนำมาก่อน เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นก็จะมีอาการอื่นๆร่วมด้วย หรืออาจมีครบหมดทุกอาการก็ได้ ขึ้นอยู่กับเนื้องอกชนิดนั้นๆ (เกษภา นิมมานนิตย์, 2537; ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์, 2554; สมนึก นิลบุหงา, 2555)

1.5.1.1 ความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะประกอบด้วย

1.5.1.1.1 ปวดศีรษะ ในระยะแรกจะปวดตื้อ อาจปวดตุบๆร่วมด้วย และมักเป็นตอนเช้าพอตอนสายหรือตอนสายอาการจะทุเลาลง อาการปวดศีรษะเป็นผลมาจากก้อนเนื้องอกไปดันหรือดึงรั้งเส้นเลือดใหญ่และสมองให้เคลื่อนไปจากเดิม จะมีอาการปวดที่ตำแหน่งเดิมตลอด ซึ่งอาจบอกถึงตำแหน่งที่อยู่ของเนื้องอก

1.5.1.1.2 อาเจียน ในระยะแรกจะเกิดขึ้นในตอนเช้าและเวลากินอาหาร ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีอาการคลื่นไส้นำมาก่อน หลังอาเจียนจะรู้สึกดีขึ้น ในระยะหลังของโรคเมื่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากจะอาเจียนตลอดทั้งวันได้

1.5.1.1.3 Papilloedema ถ้าเป็นมานานจะทำให้เกิดตามัวเป็นพักๆ (transient obscuration) ซึ่งเป็นอาการนำบอกว่า optic nerve เริ่มฝ่อแล้ว ถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่แก้ไขตาจะบอดได้ การเกิด Papilloedema ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระดับความดัน ระยะเวลา

และตำแหน่งของก้อน ผู้ป่วยที่มี Papilloedema แสดงว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะสูง แต่ผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงไม่จำเป็นต้องมี Papilloedema ทุกราย

1.5.1.2 อาการลมชัก อาการที่เป็น focal seizure จะแสดงถึงตำแหน่งของเนื้องอกที่ผิวของสมอง เนื้องอกพวก extraaxial เช่น meningioma จะมีอาการลมชักนำมาก่อนอาการอื่นๆ แต่เนื้องอกพวก intraaxial จะมีอาการ focal neurologic deficit หรือ papilloedema นำมาก่อนอาการลมชัก

1.5.1.3 ระบบประสาทเสียหายที่ทั่วๆไป (Diffuse neurologic deficit) การเสียหายที่ของระบบประสาททั่วๆไปอาจมีเพียงสติปัญญาและความสนใจเสื่อมจนถึงไม่รู้สติ ทั้งนี้เป็นผลของความดันสูงในโพรงกะโหลกและมี hydrocephalus ร่วมด้วย

1.5.1.4 ระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหายที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอก กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหายที่

1.5.2 อาการและอาการแสดงเฉพาะที่ของเนื้องอกสมอง

สมองของคนเราแบ่งออกเป็นส่วนต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่ที่แตกต่างกันออกไป เมื่อเกิดเนื้องอกขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง แต่อาการและอาการแสดงเหล่านั้นอาจแสดงออกมาไม่เด่นชัด เนื่องจากอาจมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุของผู้ป่วย ชนิดของเนื้องอก เป็นต้น ซึ่งยกตัวอย่างอาการและอาการแสดงเฉพาะที่ของเนื้องอกสมองตามตำแหน่งในสมองได้ดังนี้ (สมนึก นิลบุหงา, 2555)

1.5.2.1 Frontal lobe

Frontal lobe มีเนื้อที่ประมาณ 1 ใน 3 ของ Cerebral cortex ทั้งหมด ซึ่งพยาธิสภาพในบริเวณ Frontal lobe แบ่งออกเป็น

Irritative symptoms ผู้ป่วยจะมีอาการชักเกร็ง motor seizure ของร่างกายด้านตรงข้าม เนื่องจาก motor cortex ที่ Frontal lobe จะควบคุมร่างกายด้านตรงข้าม อวัยวะที่ชักขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ นอกจากนี้อาจพบอาการตาทั้ง 2 ข้างมองไปทางตรงข้ามกับพยาธิสภาพ เนื่องจากพยาธิสภาพที่ไปกระตุ้น Frontal eye field ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม conjugate eye movement ของตา ยังผลให้ตามองไปด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพ

Destructive symptoms ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงตามบริเวณที่สมองถูกทำลาย โดยหากมีการทำลายที่ motor area ผู้ป่วยจะอ่อนแรงของร่างกายด้านตรงข้าม เป็นชนิด upper motor neurons lesion อาจพบตาทั้ง 2 ข้าง จะมองไปด้านที่มีพยาธิสภาพ เรียกว่า ตามองฟุ้ง lesion หากบริเวณ Broca speech area ด้านซ้าย ถูกทำลาย พยาธิสภาพของบริเวณนี้มีผลทำให้เกิดอาการพูดไม่ได้ เรียกว่า motor aphasia แต่อ่านและฟังเข้าใจ และถ้ามีพยาธิสภาพที่ Broca speech area

ด้านขวา ผู้ป่วยจะพูดไม่คล่อง นอกจากนี้อาการ Primitive reflexes จะปรากฏขึ้นอีกครั้ง เช่น palmomental, glabellar, sucking และ ggraspind reflexes ซึ่งเป็น reflex ที่พบตอนแรกเกิดเท่านั้น และหากมีพยาธิสภาพที่ทำลาย Frontal lobe ทั้ง 2 ด้าน จะทำให้พฤติกรรม บุคลิกภาพ สติปัญญา เปลี่ยนแปลง เนื่องจากการควบคุมพฤติกรรม และ cognitive function จะถูกควบคุมจาก hemispheres ทั้ง 2 ด้าน รวมทั้งพยาธิสภาพบริเวณ Premotor area จะทำให้เกิด apraxia คือ ไม่สามารถเคลื่อนไหว เพื่อให้เกิดกิจกรรมตามที่ต้องการได้ ทั้งๆไม่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใดๆเลย และพยาธิสภาพบริเวณ Prefrontal area มีผลทำให้เกิดการสูญเสียความคิดสร้างสรรค์และการตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยจะกลายเป็น คนไม่ดูแลตัวเอง ไม่ชอบเข้าสังคมและหนีออกจากสังคม ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี (Nash, 1999)

1.5.2.2 Temporal lobe

Temporal lobe มี primary audio area นอกจากนี้ยังมีบทบาทเกี่ยวกับอารมณ์ พฤติกรรม และความจำ พยาธิสภาพในบริเวณ Temporal lobe แบ่งออกเป็น

Irritative symptoms ผู้ป่วยจะได้ยินเสียงผิดปกติ เช่น เสียงหึ่ง อาจมีอาการชัก ซึ่งเป็นได้ทั้งชนิด simple partial seizure (ไม่สูญเสียความรู้สึกตัว) หรือ complex partial seizure จะสูญเสียความรู้สึกตัว เนื่องจากการชักของ temporal lobe ด้านหนึ่งจะส่งสัญญาณไปถึง temporal lobe อีกด้านหนึ่งด้วย ส่งผลให้ความจำ และความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป ถ้ามีพยาธิสภาพไปกระตุ้น uncus ของ temporal lobe ผู้ป่วยจะได้กลิ่นผิดปกติหรือแปลกๆ ในกรณีที่มี hallucination ของกลิ่นนำมาก่อนแล้วมีอาการชักตามมาเรียกว่า uncinat fit

Destructive symptoms ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ หากมีการทำลาย Temporal lobe ด้านใดด้านหนึ่ง ผู้ป่วยจะได้ยินเสียง แต่อาจแปลความหมายของเสียงไม่ได้ หรือแปลผิดไป รวมทั้งมีอาการเปลี่ยนแปลง สูญเสียความจำ แต่ถ้าวัยเด็กเข้าไปในเนื้อสมอง ของ Temporal lobe จะมีผลกระทบต่ออารมณ์มองเห็นโดยเฉพาะ Meyer loop หรือ geniculocalcarine radiation ทำให้เกิด homonymous superior quadrantic anopsia นอกจากนี้การทำลายที่ left posterior temporal cortex ผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้ความจำที่เกิดจาก verbally base information ถ้าทำลายที่ right posterior temporal cortex ผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้ความจำที่เกิดจาก visually base information ส่วนพยาธิสภาพในส่วน of left posterior temporal cortex ผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้ความจำที่เกิดจาก verbally base information แต่ไม่มีอาการและไม่สามารถตรวจพบได้จัดเป็น silent area

1.5.2.3 Parietal lobe

มีเนื้อที่ 1 ใน 5 ของ Cerebral cortex ทั้งหมด เป็น somatosensory cortex, secondary somatosensory และ ศูนย์กลางภาษา ดังนั้นมีความสำคัญในการรับความรู้สึก ประสานงานด้านภาษา พยาธิสภาพในบริเวณนี้แบ่งออกเป็น

Irritative symptoms พยาธิสภาพที่กระตุ้นที่ Parietal lobe ผู้ป่วยจะมีอาการชักที่เรียกว่า sensory epilepsy โดยมีอาการผิดปกติ เช่น ชา เจ็บ รู้สึกมีอะไรไต่ตามร่างกายด้านตรงข้าม และถ้ามีพยาธิสภาพที่ชั้นลึกของ Parietal lobe จะเห็นแสงวูบวาบได้

Destructive symptoms มีอาการและอาการแสดง ดังนี้ 1) Left dominant hemisphere ในส่วนพยาธิสภาพที่ primary sensory area ผู้ป่วยจะมีอาการชา หรือไม่มีความรู้สึกของร่างกายด้านตรงข้าม แต่บริเวณ inferior parietal lobule (Brodmann 39, 40) ซึ่งเป็น association area จะสูญเสียศูนย์กลางของภาษาที่ซับซ้อนที่ต้องแปลความหมายทั้งหมด อ่าน เขียน นอกจากนี้พยาธิสภาพที่ Parietal lobe ของสมองด้านเด่น โดยเฉพาะ inferior parietal lobe ผู้ป่วยจะมีอาการ Gertmann' syndrome ได้แก่ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นนิ้วใดของมือ (Finger agnosia) ไม่สามารถคำนวณเลขได้ (Acalculia) ไม่สามารถแยกซ้ายและขวาได้ (Right-left confusion) ไม่สามารถเขียนได้ (Agraphia) และไม่สามารถอ่านได้ (Alexia) 2) Right nondominant hemisphere ผู้ป่วยอาจพบอาการปฏิเสธร่างกายด้านตรงข้าม (Contralateral neglect) สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกจากร่างกายด้านตรงข้าม (Contralateral sensation) ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าได้ทั้งๆ ที่กำลังของกล้ามเนื้อปกติดี (Dressing apraxia) สูญเสีย construction of apraxia หากให้ผู้ป่วยวาดรูป ผู้ป่วยจะวาดเฉพาะด้านขวาเท่านั้น จะไม่วาดด้านซ้าย และถ้ามีพยาธิสภาพที่ parietal lobe ด้านขวาผู้ป่วยจะบอกทิศทางไม่ได้ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยจะปฏิเสธร่างกายด้านตรงข้าม (asomatognosia) ปฏิเสธเสียงหรือสิ่งกระตุ้นที่มาจากด้านซ้าย และสูญเสียความรู้สึก อารมณ์ ความสนใจ

1.5.2.4 Occipital lobe มหาวิทยาลัย

Occipital lobe มี primary visual และ association cortices ถ้ามีพยาธิสภาพจะทำให้การมองเห็นผิดปกติ ได้หลายอย่างเช่น Homonymous hemianopsia ด้านตรงข้าม เกิดจากมีพยาธิสภาพข้างเดียวของ primary visual cortex ผู้ป่วยจะมีอาการมองไม่เห็นเพียงครึ่งซีกของแต่ละตาในด้านเดียวกันนอกจากนี้อาจมีอาการ Cortical blindness เป็นอาการตาบอดเนื่องจากเนื้องอกทำลาย Occipital lobe บริเวณ calcarine fissure ทั้งสองข้าง พบได้ในรายที่เป็น falx meningioma ขนาดใหญ่ที่ขยายไปทั้งสองข้างและกดลงบน calcarine fissure อาการ Cortical blindness จะมีลักษณะตาบอดสนิททั้งสองข้าง แต่ pupils ยังคงมีปฏิกิริยาต่อแสง การทำ convergance (กลอกตามองใกล้ๆวัตถุ) และการเคลื่อนไหวลูกตายังคงเป็นปกติอยู่ อาการชัก จะมาในรูปแบบเห็นภาพไม่เป็นรูปเป็นร่าง หรือมี visual hallucination ขึ้นมาทันที อาจมีการกลอกตาไปด้านตรงข้ามร่วมด้วย อาการจะต่างกับเนื้องอกบริเวณ Temporal lobe ซึ่งจะมีลักษณะเห็นเป็นรูปร่าง และอาการ Visual agnosia, Alexia, Agraphia จะพบในรายที่มีเนื้องอกของ Occipital lobe ขนาดใหญ่ ขยายไปสู่บริเวณ peristriate area (area 19) หรือบริเวณ parieto-temporal

lobes ใน dominant hemisphere จะทำให้เกิด alexia (word blindness) หรือ visual receptor aphasia ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจความหมายหรือความสำคัญของคำที่เขียน โดยที่การมองเห็นยังดีอยู่ และผู้ป่วยจะมีอาการ agraphia คือไม่สามารถแสดงความคิดออกมาด้วยการเขียนได้ ซึ่งอาการเหล่านี้ก็สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณ temporal และ parietal lobe ได้เหมือนกัน

1.6 แนวทางการรักษาโรคเนื้องอกสมอง

วิธีการในการรักษาโรคเนื้องอกสมองนั้นมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างเช่น ชนิดของเนื้องอก ตำแหน่ง ขนาดของเนื้องอก อายุ และความแข็งแรงของผู้ป่วย (Bautista, 2004) โดยการรักษาโรคเนื้องอกสมองสามารถแบ่งได้ 2 แบบ ดังนี้ (จเร ผลประเสริฐ, 2528; ศรีณย์ นันทอารี, 2552)

1.6.1 curative treatment วิธีการนี้เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกหมด ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคเนื้องอกสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกแบบ extraaxial เช่น meningioma, acoustic neuroma และเนื้องอก intraaxial บางชนิดเช่น cystic astrocytoma of cerebellum

1.6.2 palliative treatment ใช้ในเนื้องอกสมองแบบ intraaxial ที่ไม่สามารถจะตัดเอานื้องอกออกได้หมดเพราะอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญของสมอง ได้แก่

1.6.2.1 External decompression เป็นการผ่าตัด craniotomy โดยเปิดกะโหลกเป็นแผ่น (skull flap) แล้วเอาแผ่นกะโหลกออก เป็นเยื่อหุ้ม dura ออกเพื่อให้สมองที่บวมได้ขยายตัวออกมาและทำ biopsy ที่เนื้องอก การทำผ่าตัดแบบนี้มีอัตราการตายและทุพพลภาพสูง เพราะส่วนของเนื้อสมองที่ยื่นออกมาจะถูกกดรัดโดยขอบกะโหลกทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงและตาย วิธีการผ่าตัดแบบนี้จะทำเฉพาะในเนื้องอกที่อยู่ในส่วนลึกเท่านั้น เช่น thalamus กลีบสมอง parietal

1.6.2.2 Internal decompression เป็นการผ่าตัดแบบ external decompression ร่วมกับการตัดเนื้อสมองส่วนที่ไม่มีหน้าที่สำคัญ รวมทั้งบางส่วนของเนื้องอกออก เช่น ส่วนหน้าของกลีบสมอง frontal และ temporal และ occipital จุดประสงค์การทำผ่าตัดวิธีนี้เพื่อลดความดันในโพรงกะโหลก และมีที่ว่างพอสำหรับสมองและเนื้องอกที่บวมจากการรักษาด้วยการฉายแสงและหรือการรักษาด้วยยา ศัลยแพทย์นิยมใช้วิธีการผ่าตัดแบบนี้ เพราะอัตราการตายและอัตราทุพพลภาพจากการผ่าตัดน้อยมาก

1.6.2.3 CSF shunting เป็นการผ่าตัดต่อท่อให้น้ำหล่อสมองไขสันหลังจากโพรงสมองผ่านอ้อมทางเดินที่อุดตัน เพื่อลดความดันในโพรงกะโหลก การทำผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกโดยตรงมีอัตราการตายและทุพพลภาพสูง จึงนิยมผ่าตัด ventriculoperitoneal shunt หรือ ventriculo-atrial shunt แล้วตามด้วยการฉายแสง

1.6.2.4 Radiation therapy แสงที่ใช้รักษาเนื้องอกรวมถึงเนื้องอกสมองชนิดร้ายและไม่ร้ายนั้น คือ x-rays และ gamma rays จุดมุ่งหมายในการรักษาคือให้แสงไปทำลายเนื้องอก แต่เนื้อเยื่อที่ปกติต้องทนต่อแสงได้

1.6.2.5 Chemotherapy จากการศึกษาของ Wilson และคณะ พบว่าการใช้ chemotherapy ร่วมกับ radiotherapy จะเพิ่ม survival time ของผู้ป่วยออกไปอีก

1.6.2.6 Steroid therapy ช่วยลดการบวมของสมองที่อยู่รอบเนื้องอก ได้ ประโยชน์ในเนื้องอกสมองทุติยภูมิและเนื้องอกปฐมภูมิชนิดร้าย

การรักษาโรคเนื้องอกสมองด้วยการผ่าตัด

เนื้องอกที่เกิดขึ้นในสมองมีหลายชนิด ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของเนื้องอกแต่ละชนิดก็ไม่เหมือนกัน ทำให้การรักษาเนื้องอกแต่ละชนิดแตกต่างกันออกไป นอกจากนั้นตำแหน่งของเนื้องอกก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะต้องนำมาพิจารณาในการทำผ่าตัดรักษา ถึงแม้ว่าจะเป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาเหมือนกัน แต่เมื่อเกิดในตำแหน่งที่เป็นศูนย์กลางของสมอง ก็ย่อมต้องใช้วิธีการรักษาและวิธีการผ่าตัดต่างจากตำแหน่งอื่นออกไป (ศรัณย์ นันททวาริ, 2552)

สำหรับโรคเนื้องอกสมองทั้งประเภทเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumor) และร้ายแรง (Malignant tumor) วิธีการผ่าตัดมักใช้เป็นวิธีการหลัก แต่สำหรับเนื้องอกสมองบางชนิดที่ไม่สามารถตัดออกได้หมด หรือกลุ่มเนื้องอกบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว เช่น กลุ่มเนื้องอก Gliomas ซึ่งจะใช้วิธีการตัดชิ้นเนื้องอกมาตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และจึงใช้วิธีการรักษา ร่วมกับการฉายแสงและ/หรือการให้ยาเคมีบำบัด (Chandana, Movva, Arora, & Singh, 2008)

อย่างไรก็ตามหากเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งของสมองที่เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วไม่เสี่ยงต่อการสูญเสียของสมองมาก หรือสภาพของผู้ป่วยดีพอที่จะทำการผ่าตัด ควรหาทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกนั้นออกมาตรวจให้รู้ชนิดของเนื้องอก เพื่อประโยชน์ 3 อย่างคือ (จเร ผลประเสริฐ, 2528) 1) เป็นการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคตามอาการและลักษณะที่เห็นในภาพรังสี 2) เป็นการรวบรวมสถิติของเนื้องอกได้ถูกต้อง และ 3) ทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาถูกต้องตามเหตุผล เมื่อทราบว่าเนื้องอกเป็นชนิด radiosensitive และได้ผลดีจากการรักษาโดยทำให้เนื้องอกมีขนาดเล็กลงหรือหายไป

สำหรับวิธีการผ่าตัดสมองต่างๆ ไป (Smeltzer & Bare, 2004; เจษฎา นิมนานนิตย์, 2537) ได้แก่

Craniotomy และตัดเฉพาะเนื้องอก เป็นการตัดหรือดูดเนื้องอกออกโดยไม่ต้องทำ Lobectomy ความสำเร็จในการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถเอาเนื้องอกออกโดยไม่สูญเสียหน้าที่ของสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่แล้ว โดยทั่วไปแล้วการยืดอายุยืนยาวขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาเนื้องอกในสมองออกจะมีความสัมพันธ์กับความมากน้อยของการตัดเอาเนื้องอกออก การผ่าตัดด้วยวิธีการนี้อาจหลงเหลือเนื้องอกสมองอยู่บ้าง ซึ่งจะเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้อีกในเวลาต่อมา

Lobectomy เป็นการตัดเนื้องอกออกพร้อมกับการตัดเนื้อสมองที่ดีตามแนวทางจากขอบเนื้องอกออกไปด้วย โดยคาดว่าจะเป็นการตัดเอาเนื้องอกออกได้หมด วิธีนี้เหมาะแก่การผ่าตัดเนื้องอกชนิด gliomas ที่มีตำแหน่งอยู่ใน frontal, temporal, และ occipital poles ซึ่งสามารถตัดส่วนของสมองดังกล่าวออกมาได้ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่สำคัญของสมองในการดำรงชีวิตไป ซึ่งในบางตำแหน่งอาจทำให้มีการสูญเสียหน้าที่บ้างแต่ไม่ถึงกับพิการ

Biopsy เป็นการทำให้เอาเนื้องอกออกมาตรวจให้ทราบชนิด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการช่วยพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยต่อไป เช่น การใช้รังสีรักษา การทำ biopsy นั้นเหมาะสำหรับเนื้องอกที่อยู่ลึกและอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญ เช่น บริเวณ thalamus, basal ganglia, ใกล้ๆกับ 3rd ventricle การพยายามผ่าตัดเอาเนื้องอกทั้งก้อนออกจากบริเวณเหล่านี้ จะทำให้เกิดอันตรายและมีการสูญเสียหน้าที่เพิ่มขึ้น

1.7 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง (ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์, 2556)

1.7.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1.7.1.1 ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (Speech and language deficit) เนื่องจากขณะผ่าตัดมีการไหลเวียนของเลือดสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือนบริเวณสมอง ส่วนที่ควบคุมการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่นในคนที่ถนัดขวา จะเกิดความบกพร่องทางด้านคำพูดและสื่อสาร ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

1.7.1.1.1 พูดไม่ชัดแต่ถูกหลักภาษา (Dysarthria) ความผิดปกติเกิดขึ้นระบบประสาทที่มาควบคุมจนถึงอวัยวะที่ใช้ในการพูด ได้แก่ motor cortex, basal ganglia, corticobulbar tract, และ cerebellum รวมทั้งเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อในการพูด (CN V, VII, IX, X, XII)

1.7.1.1.2 พูดผิดหลักภาษา หรือฟังภาษาไม่เข้าใจ (Dysphasia) มีพยาธิสภาพบริเวณศูนย์ควบคุมภาษาของสมองด้านเด่น (dominant hemisphere) อธิบายได้ดังนี้

พยาธิสภาพที่ Broca speech area นอกจากผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ (motor aphasia) แล้วยังพูดไม่คล่อง พูดอ้อแอ้ เป็นคำๆ ไม่สามารถเรียงประโยคได้ ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทั้ง Broca speech area และรอบๆ ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดและเขียน (agraphia) ร่วมด้วย

พยาธิสภาพที่ Wernicke's area ไม่สามารถเข้าใจภาษา (sensory aphasia) ทั้งภาษาพูด อ่าน เขียน แต่พูดได้

พยาธิสภาพที่ใยประสาทเชื่อมระหว่าง Wernicke's area กับ Broca speech area คือ superior longitudinal กับ arcuate fibers จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดซ้ำๆได้ เรียกว่า conduction aphasia แต่ผู้ป่วยเข้าใจภาษา

พยาธิสภาพที่ supplement area (left prefrontal cortex) จะทำให้ผู้ป่วยพูดไม่คล่อง เรียกว่า transcortical motor aphasia แต่สามารถพูดเป็นคำๆ เช่น เรียกชื่อวัตถุ และอ่านหนังสือได้

พยาธิสภาพที่ left temporal, parietal และ occipital lobes ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียกชื่อวัตถุไม่สามารถอ่านหนังสือ ไม่เข้าใจภาษา เรียกว่า transcortical sensory aphasia แต่ผู้ป่วยสามารถพูดได้

พยาธิสภาพที่สมองด้านเด่น ทั้ง Broca, Wernicke cjt conduction areas จะสูญเสียภาษาทุกอย่างทั้ง motor และ sensory speech area เรียกว่า global aphasia

1.7.1.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้ และการรับรู้ความรู้สึกเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กลีบสมอง ส่วนบนซีกที่ไม่เด่นมักพบความบกพร่องในการรับรู้ หรือขาดความสนใจในความคิดปกติของร่างกายด้านที่เสียหายที่ และอาจพบร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพที่เปลือกสมอง เช่น ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส (astereogenesis) การสูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุดสองจุด (two-point discrimination) แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น (cerebral dominance) อาจเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย Gerstmann's syndrome ได้แก่ อ่านหนังสือไม่ได้ (alexia) เขียนไม่ได้ (agraphia) คำนวณไม่เป็น (acalulia) จำชื่อนิ้วแต่ละนิ้วไม่ได้ (finger agnosia) ไม่รู้จักซ้ายขวา (right-left disorientation) จึงทำให้มีปัญหาด้านการแต่งกาย ไม่สามารถสวมใส่กางเกงได้ ทั้งๆที่เคลื่อนไหวแขนขาได้ รวมถึงปัญหาการตัดสินใจ การคาดคะเนระยะทาง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.7.1.3 มีการสูญเสียสายตาในครึ่งข้างเดียวกันของตา ผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงด้านเดียวและมีความบกพร่องของสนามการมองเห็นอีกด้านหนึ่ง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนบนและส่วนขมับ รอยโรคที่หลงเหลือจากการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อ การมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมด้านซ้าย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจเกิดร่วมกับการมองเห็นภาพ (diplopia) ซึ่งอาจพบชั่วคราวได้ ภายหลังจากการผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ ประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 โดยจากการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกลอกไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ

1.7.1.4 ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาต ของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วน cerebellum จะทำให้เกิดความบกพร่องของการพูด กล้ามเนื้อ

บริเวณปากสันกระดูกจนทำให้พูดตะกุกตะกัก (dysarthria) และอาจพบมีการขวนเข็ในส่วนลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นร้ว (intention tremor) และอาจมีอาการตั้งตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว ถ้ามีรอยโรคกดทับแกนสมอง (สมนึก นิลบุหงา, 2555)

1.7.1.5 อาการชัก ใน Brain tumor ที่พบได้บ่อย คือ การมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่ง Supratentorial (Black & Wen, 2001) สาเหตุของอาการชกนั้นยังไม่แน่ชัด แต่อาจจะมีอิทธิพลจากสารสื่อประสาท (neurotransmitter)

1.7.1.6 กลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการและอาการแสดงของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema (choked disc) บุคลิกเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) ร่วมกับ ระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหายที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอกได้ กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหายที่ จากการรายงานการศึกษา ของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน (mean = 33.59) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin และคณะ (2001) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acoustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96 % และ สูญเสียการทรงตัว 78 % และพบว่า 20 % มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38 % พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการและ 13 % มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ

1.7.1.7 การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรง หรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย Hickey (1992) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมักจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นเช่น ความสะเพร่า มักง่าย (disorderliness) มักสงสัย (suspiciousness) ชอบทะเลาะวิวาท (argumentativeness) แยกตัว (isolativeness) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจะมีความผิดปกติทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีความบกพร่องในด้านความจำ การตัดสินใจและการสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพ อารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ หรืออาจถูกออกจากงาน จะเห็นได้ว่าจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาในหลายๆประเทศทั่วโลก ซึ่งเป้าหมายหลักของการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญคือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อชีวิตผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (พรรณนิภา ศักดิ์ทอง, 2554) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 คุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (1994) ได้ให้นิยามคำว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคล โดยประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล โดย Zhan (1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องต่างๆไป อึดทนโน้ทน ความรู้สึกมีความมั่งคั่งในตนเอง สุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ Orem (1985) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well-being) ที่เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Ferrans และ Powers (1992) ที่ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกถึงการมีความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้นเอง

2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Aaronson (1988) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ความพึงใจของบุคคลที่ครอบคลุมผ่านความสามารถในการดำรงบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาทด้านสังคม

Osoba (1992) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นมุมมอง ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการเป็นโรคและการรักษาโดยมีองค์ประกอบทั้งบวกและลบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม การรู้จัก ความเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย และอาการต่างๆของโรค

Ware และ Sherbourn (1992) ได้ให้คำจำกัดความของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับผลของโรคและการรักษาต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต บทบาทหน้าที่ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

Patrick และ Erickson(1993) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการค่าที่กำหนดในช่วงชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนจากความบกพร่อง ความสามารถด้านการทำหน้าที่ การรับรู้ และโอกาสทางสังคมที่มีอิทธิพลจากความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา

Lehman, Rachuba และPostrado (1995) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย ภาวะจิตใจ ร่างกาย บทบาทและหน้าที่ทางสังคม รวมถึงปฏิสัมพันธ์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจและความผาสุกที่เหมาะสม

Wilson และ Cleary (1995) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค การรักษาที่มีต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และเป็นการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วย

Schipper, Clinch และ Olweny(1996) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นการอธิบายผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโดยการรับรู้ของผู้ป่วย

Jones (1998) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ

Timothy and Peterson (2004) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจแทนด้วย ความรู้สึก ทัศนคติ หรือความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งปราศจากการรบกวนโดยภาวะของโรค หรือความพร่องจากภาวะสุขภาพ โดยที่คำว่าคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถใช้แทนกันได้

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาที่มีต่อภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิต และความผาสุกของตนเอง ผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และด้านสังคม

2.3 ความเหมือนและความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาหลายๆ ประเทศทั่วโลก เป็นเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพ และงานบริการพยาบาล รวมทั้งยังถือเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการรักษาพยาบาลอีกอย่างหนึ่งนอกเหนือไปจากอัตราการรอดชีวิต เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีหรือผู้ป่วยเรื้อรัง (Wilson and Cleary,1995) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหมายหลากหลายแตกต่างกันไปตามกาลเวลา (Leininger, 1994) สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปใน

กระบวนการของชีวิต การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลในแต่ละสถานที่ เวลา และมีความสัมพันธ์กับ จุดมุ่งหมาย การคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคนนั้นๆ ครอบคลุมถึง ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ ความสุข ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต (นิตยา ศรีสุข, 2551)

แนวคิดของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นมีความสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) และการแพทย์ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medicine) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของเขา (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค และยังสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ” (health) คือ การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรค นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรอดชีวิต (survival)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตจะเป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อปัจจัยในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในขณะนั้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในเรื่องภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ซึ่งในส่วนของ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น จะเป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Bungay, Boyer, Steinwald, & Ware, 1996) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยมิติทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่นสุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตใจ สุขภาพด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป เป็นต้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) จึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษา รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (Wenger, Mattson, Furberg, & Elinson, 1984; นิตยา ศรีสุข, 2551) ผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และนำไปสู่การให้การบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป (Wilson & Cleary, 1995)

2.4 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQOL) มีหลากหลายแนวคิด เป็นแนวคิดที่หลากหลาย มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไป มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มุ่งเน้นไปที่ผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่นิยมใช้ในงานวิจัย ได้แก่ Wilson & Cleary Model of HRQOL(1995) (Bakas et al., 2012) เป็นแนวคิดที่มีการผสมผสานกันระหว่างแง่มุมด้านชีววิทยากับด้านจิตวิทยาที่

เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีการใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย รวมทั้งยังแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วย การประเมิน ภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ซึ่งจากการศึกษาของ Sousa และ Kwok (2006) ได้ทดสอบโครงสร้างของ Wilson & Cleary Model of HRQOL พบว่าข้อมูลมีความพอดี (fit the data adequately) และมีความสัมพันธ์กันระหว่างโครงสร้างทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary (1995)

Wilson และ Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยเพิ่มความซับซ้อนระหว่างด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตวิทยา ที่แสดงความเชื่อมโยงของสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา (Biological and physiological) ที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ด้านอาการ (Symptom status) ด้านภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม (General health perceptions) มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of life) เพื่อให้การประเมินคุณภาพชีวิตมีความเหมาะสมกับการใช้งานทางคลินิก Wilson และ Cleary กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะอาการ ภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกเป็น การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และข้อมูลส่วนบุคคล ด้านพัฒนาการ และด้านจิตใจ ซึ่งได้กล่าวว่าข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ และการทำหน้าที่ทางชีววิทยามีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ส่วนด้านพัฒนาการ เป็นปัจจัยเฉพาะบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 1) กระบวนการรับรู้ไตร่ตรอง (Cognitive appraisal) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การรักษา หรือพฤติกรรม 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective response) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อารมณ์เศร้า หรืออารมณ์สนุกสนาน และ 3) แรงจูงใจ (Motivation) ซึ่งองค์ประกอบด้านจิตใจเป็นกลไกขับเคลื่อนภายในตัวบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Ferran et al., 2005)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ซึ่งสามารถจำแนกเป็น สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น ถิ่นที่พักอาศัย ที่ทำงาน ที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ (Ferran et al., 2005)

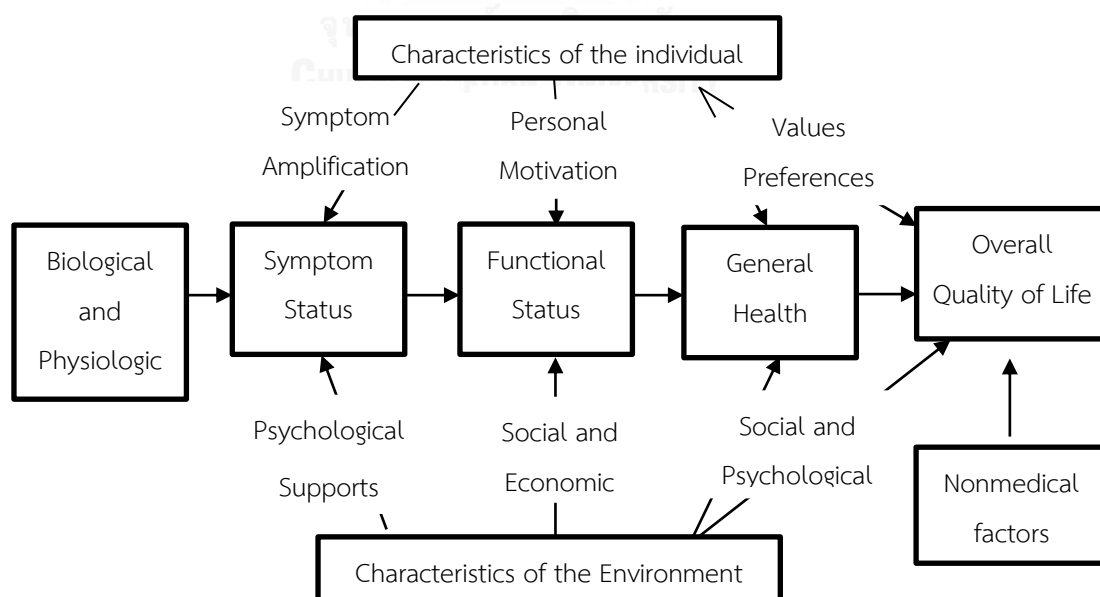
3. ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ค้ำจุนให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้ ครอบคลุมในระดับโมเลกุล ระดับเซลล์ หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงด้านชีววิทยามีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของภาวะสุขภาพคือ การทำหน้าที่ทางกาย อากาการ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

4. ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม ของบุคคล เช่น ความอ่อนล้า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า สามารถจำแนกเป็น ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) และด้านจิตสรีระ (Psychophysical)

5. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึงความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่

6. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อากาการ ความสามารถในการทำหน้าที่

ส่วนปัจจัยที่เป็น Nonmedical factors นั้น ในกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary(1995) นั้นไม่ได้กล่าวถึงไว้



ภาพที่ 1 Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model (1995)

จากปัจจัยข้างต้นจะพบว่า ทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง กล่าวคือตัวแปรบางตัว นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่งได้ เช่น ปัจจัยด้าน สรีรวิทยานอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่โดยผ่านทาง ปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือปัจจัยด้านสรีรวิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านอาการมี ผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด (นิตญา ฤทธิ์เพชร, 2554) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือได้รับ ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งผลกระทบต่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เป็น ปกตินั้น หากผู้ป่วยยังรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ภาวะของโรคแย่ลง ในทางกลับกันหาก ผู้ป่วยได้รับกำลังใจที่ดีจากสังคมรอบข้าง อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดี ขึ้น (สิริอร พัวศิริ, 2533) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีพยาธิสภาพของโรค มีการเปลี่ยนแปลงในระดับ เซลล์หรืออวัยวะ จนก่อเกิดอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อาการปวด เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงมากมาย แล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการ รักษา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ต่างๆ ของบุคคลนั้นๆ ให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ดังเดิม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ การเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และท้ายที่สุดย่อมส่งผลกระทบต่อความสุข ความพึงพอใจใน ชีวิตหรือคุณภาพชีวิต (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน มีครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคล (Ferrans and Powers, 1992) อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องลักษณะพิเศษ หรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละโรค หรือวิธีการรักษาที่แตกต่างกันซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพ โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต (สุ รินทร์ ธนศิลป์, 2552) ซึ่ง Aaronson (1988) ได้อธิบายองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่าน ความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Function) หมายถึง ความสามารถในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องออกแรง ความสามารถในการเดินไม่ว่าจะไกลหรือใกล้ การจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ที่เตียงหรือเก้าอี้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการ รับประทานอาหารแต่งตัว การอาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำ
2. การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role function) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ ต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ความสามารถในการการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันรวมถึง ความสามารถในการทำงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างต่าง ๆ

3. การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive function) หมายถึง ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูโทรทัศน์รวมถึงความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้โดยไม่มีปัญหา

4. การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ในชีวิตในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เช่นความรู้สึกดีใจ เศร้า ความรู้สึกกังวล อารมณ์หงุดหงิดและความรู้สึกซึมเศร้า

5. การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึง เป็นการทำหน้าที่ด้านสังคมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การได้รับผลกระทบจากการรักษาหรือสภาพร่างกายที่เป็นโรคต่อการทำหน้าที่ด้านชีวิตครอบครัว รวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะออกไปทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่น

2.5 เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โดยทั่วไปแล้วเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้หลากหลายประเภทและวิธีการวัด แต่นิยมใช้ในปัจจุบันได้แก่ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Genetic Instrument) และ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific Instrument) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ (พรหมทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

2.5.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Genetic Instrument)

2.5.1.1 Short Form Health Survey-36(SF-36) สร้างโดย Ware และคณะ (1992) มีคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ Physical functioning, role limitation due to physical problem, role limitation due to emotional problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning, health perception ถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และตัวเลือกตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ likert scale จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยที่คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical component scores) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component scores) โดยคิดเป็น norm-based score ในรูปค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน

2.5.1.2 Sickness Impact Profile (SIP) ของ Bergner และคณะ (1981) มีคำถาม 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมิติทางด้านร่างกาย มี 3 มิติย่อย ได้แก่ 1) ambulation 2) mobility 3) body care and movement ส่วนมิติทางด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ 1) social interaction 2) communication 3) alertness behavior 4) emotional behavior 5) sleep and rest 6) eating 7) home

management 8) recreation 9) employment การรายงานคะแนนมีทั้งคะแนน 12 มิติย่อยและคะแนน 2 มิติรวม ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามด้วย SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความเที่ยงและความตรงที่ดี (Coons, Rao, Keininger, & Hays, 2000) แต่ข้อเสียคือ แบบสอบถามยาวเกินไปทำให้เป็นภาระต่อผู้ตอบมาก

2.5.1.3 Nottingham health profile (NHP) พัฒนาโดย Hunt และคณะ (1980) มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมีคำตอบทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ physical functioning, vitality (Sleep and energy), pain, emotional functioning, social functioning ส่วนที่สองประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่อง job/work, home management, social life, home life, sex life, interests /hobbies, holiday เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่มีความเที่ยงและการตรวจที่เหมือนกับ SF-36 และ SIP

2.5.1.4 EuroQOL (EQ-5D) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนแรกเป็นคำถาม 5 ข้อ ของ EQ-5D ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพอยู่ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง (self care) การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Usual activities) ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย (Pain/discomfort) และความวิตกกังวลและซึมเศร้า (anxiety/depression) (Kind, 1996) แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก และส่วนที่สองเป็น VAS ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-100 โดยคะแนน 100 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้ และขอล่างคือ คะแนน 0 หมายถึงภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดเท่าที่ท่านสามารถนึกได้

2.5.1.5 Health Utilities Index(HUI) เป็นแบบสอบถามที่มีการใช้กันมาก คือ HUI2 และ HUI3 (Feeny et.al., 1995) ประกอบด้วย มิติทางสุขภาพทั้งหมด 7 มิติ คือ ความรู้สึก การเคลื่อนไหว อารมณ์ การใช้ความคิด การดูแลตนเอง ความเจ็บปวดและการสืบพันธุ์ แต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 4-5 ระดับ ตั้งแต่ระดับแย่มากจนถึงระดับปกติ สำหรับ HUI3 มีความคล้ายกับ HUI2 แต่มิติทางด้านสืบพันธุ์ถูกตัดออก มิติทางด้านความรู้สึกถูกขยายออกเป็น 3 มิติ คือ การมองเห็น การได้ยินและการพูด โดยสรุป HUI3 มีทั้งหมด 8 มิติ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การเดิน การใช้มือ อารมณ์ การใช้ความคิด และความเจ็บปวด โดยแต่ละมิติมีตัวเลือก 5-6 ระดับ

2.5.1.6 SF-6D ดัดแปลงมาจาก SF-5D โดยให้เหลือเพียง 6 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม การจำกัดบทบาทการทำงานที่ ความมีพลังกำลัง การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ และความเจ็บปวด โดยที่แต่ละมิติมี 4-5 ระดับ (Brazier et.al., 2002)

2.5.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะ (Specific Instrument)

2.5.2.1 Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain (FACT-Br) ของ Weitzner และคณะ (1995) ได้พัฒนาจากเครื่องมือ FACT-G เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนื้องอกสมอง ซึ่งใช้แนวคิดของ Cella และคณะ (1993) มีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ ประกอบด้วย 6 มิติ

ได้แก่ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 5. ด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านรักษา และ 6. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการที่เกี่ยวข้อง ในปี 2010 Weitzner และคณะ ได้มีการ ปรับข้อคำถามให้เหลือ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจาก ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน ไปจนถึง มีมากให้ 4 คะแนน

ในประเทศไทยได้แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ประกอบด้วยจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) 7 ข้อ 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) 2. ความพึงพอใจความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) 6 ข้อ 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) 7 ข้อ 5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Additional concerns) 21 ข้อ (โดยรวมมิติด้านความพึงพอใจด้านรักษากับมิติด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการที่เกี่ยวข้อง)

2.5.2.2 The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) ของ Aaronson (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย Silpakit และคณะ (2006) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่ 1)การประเมินบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านสังคม 2)การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่มคือ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการประกอบด้วยอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ คือ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก และถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสถานะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นจากตัวโรคและการรักษาด้วย จำนวน 13 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีลักษณะของข้อคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง มากที่สุด 3)การประเมินสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ เป็นมาตรส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงโดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่ง 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก ไปจนถึง 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม มีการแปลคะแนนของแต่ละข้อเป็น

100 คะแนน จึงมีค่าคะแนนรวม 0-100 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ดี และคะแนนที่น้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำ

แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและมีการแปลใช้มากกว่า 60 ภาษา (EORTC Quality of Life Group et al., 2007) รวมทั้งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว โดยได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method ซึ่งพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน (Silapakit et al., 2006)

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) ของ Aaronson (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silpakit และคณะ (2006) เนื่องจากเครื่องมือนี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือซึ่งมีการแปลใช้แล้วมากกว่า 60 ภาษา (Koller et al., 2007) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน

2.6 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น จะเป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Bungay KM et al., 1996) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง อาจมีอาการทั่วไปที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น อาการเหนื่อยล้า วิตกกังวล และซึมเศร้า ร่วมกับอาการที่สามารถพบได้ในเฉพาะผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง อาการชัก การเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการที่เกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งอาการทั่วไปและอาการเฉพาะดังกล่าวจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ (Friedman & Liao, 2014) รวมทั้งผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอาจเกิดพยาธิสภาพจากตัวเนื้องอกสมองหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่ง ขนาด การบวมรอบก้อน การอุดตันของทางเดินน้ำในสมอง แม้ว่าการผ่าตัดจะช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มาก แต่ผู้ป่วยมักมีปัญหาสุขภาพและความผิดปกติทางระบบประสาทตามมา (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อรชร บุติพันดา, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองในประเทศไทย ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 108 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตในทุกด้านอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ อำนวยพร อาษานอก (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ

อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 130 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจในความสุขด้านการรักษาอยู่ในระดับดีมาก ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี และอัญญา พุทธสิมมา (2554) ได้ทำการศึกษาอำนาจในการทำนายของการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ จำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 42.5 ระดับปานกลางร้อยละ 33.8 และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 18.8 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี

นอกจากนี้ Aaronson และคณะ (2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอาการเฉพาะในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low -grade glioma จำนวน 195 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง Low -grade glioma มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไป สอดคล้องกับ Gustafsson และคณะ (2006) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low-grade gliomas จำนวน 39 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 45 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ และงานวิจัยของ Tsay และคณะที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีระดับปานกลางในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการผ่าตัดแล้ว 1 เดือน รวมทั้งงานวิจัยของ Jakola และคณะ (2011) ยังศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกหลังการผ่าตัดมีความเสื่อมสภาพของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และ Osoba และคณะ (1997) พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่มีปัญหาบกพร่องในการสื่อสาร การเคลื่อนไหว หรือมีภาวะสับสนมีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความบกพร่อง และผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคจะมีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ น้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

โรคเนื้องอกสมอง จัดเป็นโรคที่มีความรุนแรง เพราะสมองเป็นอวัยวะที่สำคัญ มีหน้าที่ในการควบคุมอวัยวะต่างๆของร่างกาย เนื้องอกเหล่านี้จึงส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้สูง (ชลศณีย์ คล้ายทอง, 2556) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อาจเกิดพยาธิสภาพจากการที่เกิดการกดเบียดของหลอดเลือดในสมองของเนื้องอกทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดดำคั่ง เกิดการบวมของสมอง มีความดันในกะโหลกสูง ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน (Tucha, 2008) และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสมองผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการที่ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Huang, Wartella, & Kreutzer, 2001) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความพึงพอใจในความผาสุกของตนเองที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การรักษาที่มีต่อภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิต (Weitzner et และคณะ, 1995) สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดตามแนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ดังนี้

3.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย

3.1.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

Karnofsky และคณะ (1948) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Katz และ Stroud (1989) ได้ให้ความหมายการทำหน้าที่ด้านร่างกายไว้ว่า คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

Wilson และ Paul (1995) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านจิตใจ หรือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การเดินขึ้นบันได การออกไปซื้อของ หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญ เช่น บุคลิกและแรงจูงใจ เป็นต้น

Linderboom และคณะ (2003) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายคือ การปฏิบัติช่วยเหลือตนเองตามปกติในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้า การทำงานบ้าน เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากความผิดปกติของร่างกาย การสูญเสียอันเป็นผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้น จากความบกพร่องของระบบประสาท

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง ความสามารถในการทำงาน การทำกิจกรรมหรือกิจวัตรขั้นพื้นฐานโดยปกติได้อย่างอิสระของผู้ป่วย

3.1.2 พยาธิสภาพของเนื้องอกสมองที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Functional status) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอาจมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นตามตำแหน่งก้อนเนื้องอกในสมอง อาทิเช่น (สมนึก นิลบุหงา, 2555)

Frontal lobe ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมเกี่ยวกับระบบสั่งการ เช่น motor, premotor, motor speech areas และ frontal eye field ถ้ามีการทำลาย motor area ผู้ป่วยอาจมีอาการชักเกร็ง (motor seizure) ของร่างกายฝั่งตรงข้าม ซึ่งอาการชักจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของพยาธิสภาพ ถ้า Motor area ส่วนที่ไปสู่นิ้วและมือถูกกดก็จะมีอาการอ่อนแรงของร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรคในสมอง ถ้าเนื้องอกอยู่ใกล้บริเวณกลางของ Motor area ก็จะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขา ด้านตรงข้าม ถ้ามีเนื้องอกที่ falx บริเวณ paracentral lobule เช่น falx meningioma ก็อาจจะทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง บางรายอาจมีอาการถ่ายปัสสาวะไม่ออกร่วมด้วย ในกรณีมีพยาธิสภาพเฉพาะบริเวณ premotor area จะทำให้เกิด apraxia คือ ไม่สามารถเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดกิจกรรมตามต้องการได้ ทั้งที่ไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใดๆเลย หาก frontal eye field ถูกทำลายข้างเดียวมีผลทำให้เกิดการเขย่งตาข้างเดียวและอ่อนแรงของการเพ่งมอง (gaze) ด้านตรงข้าม หากมีการทำลายบริเวณ Broca speech area ด้านซ้าย ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดได้ (motor aphasia) แต่อ่านและฟังเข้าใจ และถ้ามีพยาธิสภาพที่ Broca speech area ด้านขวา ผู้ป่วยจะพูดไม่คล่อง ส่วนเนื้องอกที่อยู่บริเวณ orbital surface ที่พบได้บ่อยได้แก่ olfactory groove meningioma จะทำให้เกิดอาการจมูกไม่ได้กลิ่น (anosmia) อาการไม่ได้กลิ่นอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างขึ้นกับ ขนาดของเนื้องอกส่วน tremor เป็นอาการที่พบได้ในรายที่เนื้องอกของ frontal lobe ขนาดใหญ่และอยู่ลึก อาการสั่นนี้อาจเป็นข้างตรงข้ามหรือทั้งสองข้างก็ได้ ลักษณะการสั่น จะคล้ายกับ โรค Parkinson แต่จะไม่รุนแรง ลักษณะการสั่น จะเหมือนการปั้นเม็ดยา (pill rolling movement)

Parietal lobe มีความสำคัญในการรับรู้ความรู้สึก พยาธิสภาพบริเวณนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักที่เรียกว่า sensory epilepsy หรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่น เช่น ชาหรือไม่มีความรู้สึกด้านตรงข้าม เจ็บรู้สึกมีอะไรมาไต่ตามร่างกาย เห็นแสงวูบวาบได้ ซึ่ง parietal lobe จะนำความรู้สึกลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ ไปสัมพันธ์กับสัญญาณประสาทจากกลีบอื่น ๆ ของสมอง เพื่อรับรู้คุณสมบัติของสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นที่

บริเวณ Wernicke's area ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมภาษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองซีกซ้าย ส่วน parietal lobe ข้างขวาทำงานเกี่ยวกับการรับรู้ รูปร่าง ขนาด ตำแหน่ง และ ภาพของร่างกาย (body image) ของตนเอง ศิลปะต่าง ๆ ถ้าสมองส่วนนี้เสียผู้ป่วยจะไม่รับรู้ร่างกายซีกซ้ายและขาดทักษะในการแต่งตัว (Dressing apraxia) เกิด two point discrimination ผิดปกติ ผู้ป่วยไม่สามารถแยกการกระตุ้น 2 จุดในเวลาเดียวกันได้ แสดงถึง touch และ pressure เสีย การเสียนี้จะเป็นในซีกตรงข้ามกับซีกที่มีพยาธิสภาพ นอกจากนี้จะทำให้มี sensory inattention เสียคือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกถึงการกระตุ้นในซีกตรงข้ามกับพยาธิสภาพได้ เมื่อทำการกระตุ้นในตำแหน่งเดียวกันทั้งสองข้าง sensory epilepsy เป็นอาการคล้ายๆอาการชา ซ้ำๆคล้ายถูกไฟช็อต ถ้าอาการแพร่ไปสู่ motor area จะทำให้เกิดอาการชัก กระตุกร่วมด้วย ซึ่งอาการชักอาจจะเป็นแค่เฉพาะที่ หรือเป็นทั่วไปซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้

Pseudo-athetosis คือมีเนื้องอกหรือพยาธิสภาพอยู่ในบริเวณ postcentral gyrus จะทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายส่วนที่ผิดปกติมีลักษณะ hypotonia และลีบ ทำให้เกิด ataxia ทั้งในขณะอยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยอยู่นิ่งๆ อาจมีการเคลื่อนไหวของแขนขาขึ้นเรียกว่า pseudo-athetosis และจะมีอาการ sensory ataxia ร่วมด้วย เนื้องอกที่ทำลายบริเวณ postcentral gyrus จะทำให้มีการสูญเสีย sensory หรือ cortical sensation หลายอย่าง ได้แก่ Astereogenesis หรือ tactile agnosia เป็นการเสีย cortical sensation ที่พบได้บ่อยที่สุด การสูญเสียเป็นในซีกตรงข้ามกับข้างที่มีเนื้องอกผู้ป่วยจะไม่สามารถบอกชื่อของวัตถุที่เคยรู้จักและใช้บ่อยๆได้ด้วยการสัมผัส เช่น ให้ผู้ป่วยหลับตาแล้ววางลูกกุกุญแจไว้ในมือผู้ป่วยข้างที่มี tactile agnosia จะไม่สามารถบอกได้ว่าวัตถุนั้น คือ ลูกกุกุญแจ เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่รู้ถึงขนาด น้ำหนัก รูปร่าง และองค์ประกอบของวัตถุที่ใช้ทดสอบนั้น

นอกจากนี้เนื้องอกที่อยู่ใน parietal lobe ส่วนหลังและมีขนาดใหญ่ เข้าไปกดและทำลาย optic radiation ส่วนบน จะทำให้เกิด visual field defect คือลานสายตาเสีย Gerstmann's syndrome เป็นอาการที่มีเนื้องอกหรือพยาธิสภาพอื่นๆอยู่ที่ parietal lobe ส่วนหลัง บริเวณ angular gyrus ใน dominant hemisphere ผู้ป่วยจะมีอาการของ finger agnosia (ไม่สามารถบอกนิ้วได้) dysgraphic (เขียนไม่ได้) dyscalculia (คิดเลขไม่ได้) และ right-left disorientation (ไม่รู้ซ้าย-ขวา) ในจำนวนอาการเหล่านี้ finger agnosia เป็นอาการสำคัญที่สุด

Temporal lobe มี primary auditory area เมื่อมีพยาธิสภาพจะทำให้ได้ยินเสียงผิดปกติ อาจแปลความหมายของเสียงไม่ได้หรือผิดปกติไป temporal lobe แต่ละข้างรับสัญญาณประสาทการรับเสียงจากทั้งสองข้าง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพใน temporal lobe ข้างเดียวยังคงได้ยินแต่เสียงแต่อาจจะแปลความหมายของเสียงไม่ได้หรือได้ไม่ดี เช่น เนื้องอกที่เกิดขึ้นบริเวณส่วนหลังของ temporal lobe ซีก dominant hemisphere ในบริเวณใกล้หรือที่ Wernicke's center จะทำให้เกิด sensory dysphasia หรือ aphasia ผู้ป่วยจะไม่เข้าใจภาษาพูดและถ้าเนื้องอกอยู่บริเวณด้านหน้าใกล้กับ Broca's area จะทำให้เกิด motor dysphasia หรือถ้าเนื้องอกใหญ่มากก็จะมี

global aphasia พยาธิสภาพตรงกลางของ superior temporal gyrus ผู้ป่วยจะเกิด Phonemic (Auditory) Aphasia คือ ได้ยินเสียงแต่ไม่เข้าใจความหมายของคำพูด ถ้าเสียไปทางด้านหลังของ temporal lobe ใกล้กับ Inferior parietal lobule จะทำให้พูดชื่อไม่ได้ หรือเรียกชื่อได้ลำบาก (Dysnomia หรือ Norminal Aphasia)

พยาธิสภาพที่อยู่ลึกและห่างจากปลายหน้าของ temporal lobe อาจกดทำลาย Meyer's loop ทำให้เกิดความผิดปกติของลานสายตาเป็นแบบ Homonymous Superior Quadrantanopia ด้านตรงข้าม ซึ่งจะแตกต่างจาก homonymous hemianopia ใน occipital lobe คือ ตาหนึ่งจะเสียการมองเห็นแบบครึ่งซีก แต่อีกตาหนึ่งจะเสียเพียงเสี้ยวเดียวของการมองเห็น ส่วนใน occipital lobe มักจะเป็นแบบ complete homonymous hemianopia

อาการ hemiparesis เนื้องอกของ temporal lobe ที่มีขนาดใหญ่ และอยู่ใกล้กลางจะมีการเบียด corticospinal tract ที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหน้าซีกตรงข้าม ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหน้าซีกตรงข้าม หรือบางรายมีการกดเบียดถึง internal capsule ก็จะทำให้มี hemiparesis ซีกตรงข้ามได้ Trigeminal & oculomotor nerve palsy คือจะมีอาการชาหน้า และ corneal reflex เสียซีกเดียวกับเนื้องอก ในรายที่มีการกด oculomotor nerve ซึ่งอยู่ชิดกับ uncus ผู้ป่วยจะมีอาการหนังตาตก (ptosis) รูม่านตาขยายใหญ่และไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ซึ่งจะเป็นในข้างเดียวกับซีกที่มีเนื้องอก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการตาโปนเนื่องจากเนื้องอกมีการขยายตัวเข้าไปในกระบอกตา หรือทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดจากลูกตาไม่ดี และมีอาการ ataxia คือ จะมีอาการล้มหรือเซไปในด้านตรงข้ามกับข้างที่มีเนื้องอก เนื่องจากมีการทำลาย temporoponto-cerebellar pathway

นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดอาการชักเป็นอาการที่เกิดขึ้น เมื่อพยาธิสภาพอยู่ที่บริเวณส่วนใกล้กลางของ temporal lobe อาจมีอาการชักซึ่งเป็นไปได้ทั้งชนิดที่ไม่เสียความรู้สึกตัว (simple partial seizure) และชนิดที่สูญเสียความรู้สึกตัว (complex partial seizure) ผู้ป่วยจะมีอาการของ automatism โดยมีการเคลื่อนไหวแปลกๆ มีลักษณะครึ่งรู้สติ บางรายจะหยุดทำในสิ่งที่ตนกำลังทำอยู่ แล้วจ้องอยู่เฉย มีนงง แต่จะไม่มีอาการชักกระตุกหรือล้มลงหมดสติ เป็นต้น

Occipital lobe แต่ละข้างจะรับรู้ด้านตรงข้ามโดยอาศัยพลังงานแสง และนำเอาสัญญาณประสาทไปสัมพันธ์กับสัญญาณประสาทจาก temporal และ parietal lobes เพื่อให้เกิดเป็นความหมายขึ้น นอกจากนี้ยังส่งสัญญาณลงไปยังก้านสมอง โดยเฉพาะระดับ midbrain เพื่อควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (reflex) เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของตาให้สัมพันธ์กับภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ occipital lobe ผู้ป่วยมักพบมี homonymous hemianopia ด้านตรงข้าม

ผู้ป่วยจะมีอาการมองไม่เห็นเพียงครึ่งซีกของแต่ละตาในด้านเดียวกัน (contralateral homonymous hemianopia) เนื่องจากมีการทำลายที่ optic radiation หรือบริเวณ calcarine fissure อาการจะเป็นทั้ง แบบ complete หรือ incomplete homonymous hemianopia ขึ้น

อยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้องอก ถ้ามีการกดที่ส่วนบนหรือส่วนล่างของ calcarine fissure ก็จะทำให้เกิด homonymous inferior หรือ superior quadrantanopia ตามลำดับ ซึ่ง homonymous hemianopia นั้น เป็นอาการที่สำคัญของเนื้องอกบริเวณ Occipital lobe นอกจากนี้ยังมีอาการ cortical blindness เป็นอาการตาบอดเนื่องจากเนื้องอกทำลาย Occipital lobe ตรงบริเวณ calcarine fissure ทั้งสองข้าง พบในผู้ป่วยที่เป็น falx meningioma ขนาดใหญ่ ขยายไปทั้งสองข้างและกดลงบน calcarine fissure cortical blindness จะทำให้ผู้ป่วยตาบอดสนิททั้งสองข้าง แต่รูม่านตายังคงมีปฏิกิริยาต่อแสง, eye convergence และการเคลื่อนไหวลูกต่ายังคงเป็นปกติดีอยู่ นอกจากนี้จะทำให้เกิดอาการชัก ซึ่งจะต่างกับอาการชักบริเวณ temporal lobe คือ จะมีความรู้สึกว่ามีภาพที่ไม่เป็นรูปร่าง หรือมี visual hallucination ขึ้นมาทันที และมีการกลอกตาไปทางด้านตรงข้ามร่วมด้วย

ในรายที่เนื้องอกบริเวณ occipital lobe มีขนาดใหญ่ ขยายไปสู่บริเวณ peristriate area หรือบริเวณ parieto-temporal lobes ใน dominant hemisphere จะทำให้เกิด alexia หรือ visual receptive aphasia ผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจความหมายหรือความสำคัญของคำที่เขียน โดยที่การมองเห็นยังดีอยู่ และผู้ป่วยมักจะมีอาการ agraphia คือ ไม่สามารถแสดงความคิดออกมาด้วยการเขียนได้

Cerebellar ทำหน้าที่ในการควบคุมการทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ รวมทั้งการมองเห็น ผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณนี้อาจทำให้มีอาการกระะยะไม่ได้หรือผิดเป้าหมาย (Dysmetria) อาการสั่นเมื่อทำงาน (Intension tremor) ไม่สามารถรักษาตำแหน่งศีรษะและลำตัวได้ ทรงตัวไม่ได้ จะล้มไปทางด้านที่มีพยาธิสภาพ (Vermal syndrome)

Thalamus เป็นศูนย์รวมกระแสที่ผ่านเข้าออก และแยกกระแสประสาทไปยังสมองที่เกี่ยวข้องกับประสาทนั้น หรืออาจเรียกว่าเป็นสถานีถ่ายถอดกระแสประสาทเพื่อส่งไปยังจุดต่างๆ ในสมอง และยังทำหน้าที่ในการรับรู้ความเจ็บปวด ทำให้มีการสั่งการ และแสดงออกด้านพฤติกรรมด้านความเจ็บปวด เนื้องอกที่เกิดขึ้นบริเวณสมองส่วนนี้จะทำให้ผู้ป่วยมี Hemihypesthesia หรือ Hemianesthesia คือ มีอาการรู้สึก ชาในร่างกายซีกตรงข้ามกับเนื้องอก เป็นการสูญเสียความรู้สึกทุกชนิด เนื่องจากมีการทำลาย thalamic nuclei และ sensory fibers ทุกชนิดที่เข้ามาสู่ thalamus นอกจากนี้ยังมีอาการ Hemiplegia เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเนื้องอกของ thalamus และ basal ganglia และมักเกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะต้นของโรค เนื่องจากเนื้องอกไปทำลาย corticospinal tract ที่อยู่ใน internal capsule ค่อนข้างเร็วเพราะว่าอยู่ใกล้ชิดกัน ในผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกของ Thalamus จะพบ Mental symptoms คือ จะมีลักษณะง่วงนอน นอนมาก สมองตีบ ความจำเสื่อม

Basal ganglia สำหรับเนื้องอกที่ basal ganglia มัก จะมีอาการนำมาด้วย hemiplegia ก่อน และเป็นลักษณะ spastic hemiplegia ส่วนอาการ Homonymous hemianopia เกิดขึ้น เมื่อนื้องอกไปกด lateral geniculate body หรือ optic radiation นอกจากนี้ยังมีอาการ upward conjugate gaze palsy เนื่องจากเนื้องอกไปกดที่ด้านบนของ midbrain ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองขึ้นข้างบนได้ และมีอาการ ataxia แต่พบได้น้อยและพบในระยะหลังของโรค

Negative signs เป็นอาการที่ผู้ป่วยต้องการทำ action แต่ไม่สามารถทำ action นั้น เช่น การเคลื่อนไหวลำบาก (akinesia) การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia)

Positive signs เป็นการเคลื่อนไหวที่ผู้ป่วยไม่ต้องการให้เกิดขึ้น แต่ปรากฏขึ้นเช่น การเปลี่ยนแปลงความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่จะเป็น hypertonicity

ผู้ป่วยที่ระดับการรู้สึกตัวลดลง และมีการอ่อนแรงหรือมีพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ปัญหาของการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว และการรับรู้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว และทำกิจวัตรต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบกพร่องในการดูแลตนเอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลงของผู้ป่วย อาจส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้

3.1.3 เครื่องมือในการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ในการประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามที่กำหนดหรือไม่ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Active of Daily Living: ADL) ประกอบด้วยกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Basic Active of Daily Living) และกิจกรรมที่ปฏิบัติเชิงการดำรงชีวิต (Instrumental Active of Daily Living) เครื่องมือในการประเมินหน้าที่ด้านร่างกายมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.3.1 แบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1949) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงานความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

3.1.3.2 Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney (1958, cited in Mcdowell and Newell, 1996) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การลุกจากที่นอน

การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น มีคะแนนรวม 0-100 คะแนน

3.1.3.3 The Katz Index of ADL (Katz and Stroud, 1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

3.1.3.4 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537 อ้างถึงใน เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 Barthel ADL Index เป็นสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ ส่วนที่ 2 Chula ADL Index: CAI เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้นสร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินหรือแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

3.1.3.5 แบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของ Duke (The Duke Activity Status Index: DASI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมตามข้อคำถามแต่ละข้อว่า “ทำได้” หรือ “ทำไม่ได้” ซึ่งข้อคำถามจะมีความครอบคลุมในเรื่องของการทำกิจกรรม และภาระงานต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก

สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) แปลเป็นภาษาไทยโดย อำนวยพร อาษานอก (2549) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 รวมทั้งเคยใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำนวน 130 คน และในปี พ.ศ. 2554 ดร.ณวรรณ จันท์แก้วได้ใช้แบบประเมินนี้ศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำนวน 105 คน และตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

3.1.3 ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

ผู้ป่วยที่ระดับการรู้สึกตัวลดลง และมีการอ่อนแรงหรือมีพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ในผู้ป่วยที่รู้สึกดี ปัญหาของการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความคิด ความจำ การสื่อสารและการรับรู้ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการบกพร่องในการดูแลตนเอง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง อาจส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจึงรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนวยพร อาษานอก (2547) ที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกในสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Osoba และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงผลกระทบของความผิดปกติทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองประเภท malignance glioma จำนวน 105 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องในการสื่อสาร มีภาวะสับสน หรือบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความบกพร่อง และผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีการกลับเป็นซ้ำจะมีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ น้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่ แต่จากการศึกษาของ อัญชญา พุทธสิมมา (2554) ได้ศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายไม่มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปลุมนุมิ เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปลุมนุมิ ที่มีรอยโรคในส่วนเนื้อสมอง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีการทำหน้าที่ของร่างกายดี และทำให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีผลต่ออำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตได้

3.2 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

3.2.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เชาวน์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ เรียนรู้ ความจำ การทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาการใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในร่างกาย มีการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม หากบุคคลมีความบกพร่องด้านการรู้คิดย่อมส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้มีปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ

Hannegen (1989) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง สติปัญญาในการรับรู้ ความคิด ความจำ และการจำแนกข้อมูลต่าง ๆ การทำหน้าที่ของสมองด้านปัญญา เช่น การรับรู้วัน เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ความจำ ความตั้งใจ การประมวลผล ความคิดตรรกะ การมีเหตุผล และการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ

Hickey (2003) ให้ความหมายการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด คือ การทำหน้าที่รู้คิดของสมอง แบ่งออกเป็นส่วนๆ ได้ 9 ส่วนคือ ความสนใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) ทักษะความชำนาญ (Constructional skill) ความรู้สึกและการรับรู้การทำหน้าที่ (Sensory and Perception Function) การใช้ภาษา (Language) ความจำ (Memory) การทำหน้าที่เฉพาะ (Executive Function) การทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual Function) อารมณ์ ความคิด ความพอใจ และบุคลิกภาพ

Taphoorn และ Klein (2004) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง คือความผิดปกติของการทำหน้าที่ของสมองในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เช่น มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (Speech and language deficit) ผู้ป่วยจะมีความสามารถต่างๆ เสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมาธิ ความคิด ความจำการใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ อาจเกิดเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึงกระบวนการทำงานของสมองด้านปัญญาระดับสูงของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด และการเขียน

3.2.2 ลักษณะของความผิดปกติทางการรู้คิด

ความผิดปกติทางการรู้คิดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของสมอง ทำให้กลไกการทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จนมีลักษณะบางอย่างคล้ายคลึงกับอาการผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า มีลักษณะอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ (จารุวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2544)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แบ่งประเภทของความผิดปกติทางการรู้คิด ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-IV (APA, 1994) จำแนกออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ภาวะเพ้อ (delirium) คือ มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรู้คิด ความเข้าใจ และการแปรปรวนของสติสัมปชัญญะ ความสามารถและความสนใจการทำการสิ่งต่างๆ ลดลง ความจำบกพร่อง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลผิดพลาด การพูดผิดปกติ อาการเกิดในช่วงสั้นๆ เปลี่ยนแปลงขึ้นลงในระยะเวลาของวัน
2. ภาวะสมองเสื่อม (dementia) คือ มีการบกพร่องของการรู้คิดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นชัดเจน โดยเฉพาะความจำ มีอาการความจำบกพร่อง เสื่อมลง หรือจำไม่ได้ (amnesia) และมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ การใช้ภาษาผิดปกติ (Aphasia) การเคลื่อนไหวไม่ได้

อย่างที่ควรจะเป็น (Apraxia) บอกสิ่งที่รับรู้ไม่ได้ (Agnosia) ไม่สามารถคิดวางแผนหรือปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันการทำงานสาเหตุที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและการประกอบกิจกรรมทางสังคม ภาวะสมองเสื่อมจะเกิดต่อเนื่องค่อยเป็นค่อยไปและยากที่จะฟื้นฟูหาย

3. ภาวะความจำผิดปกติ (amnesic disorder) คือ มีความบกพร่องของความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว ความจำด้านการรู้คิด ประกอบด้วยการเรียนรู้และจดจำประสบการณ์ต่างๆในอดีต ซึ่งรวมถึงความจำเหตุการณ์ ภาษาและสัญลักษณ์ กับความรู้ทั่วไป ซึ่งจะมีส่วนต่อกระบวนการคิดและตัดสินใจในปัจจุบันหรือสติสัมปชัญญะ ซึ่งความจำประเภทนี้อาจแบ่งได้เป็น ความจำระยะสั้น (short-term memory, STM) และความจำระยะยาว (long-term memory, LTM) โดยความบกพร่องของความจำระยะสั้นมักเกิดจากรอยโรคที่ Hippocampus ทำให้ไม่สามารถจดจำสิ่งใหม่ๆได้ ผู้ป่วยจะเกิด anterograde amnesia คือไม่สามารถจำข้อมูลใหม่ได้นานกว่า 30 วินาที

จากรูวรรณ ต.สกุล และ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2544) กล่าวถึง ลักษณะอาการที่พบในผู้ที่มีความผิดปกติทางการรู้คิด ได้แก่ สติสัมปชัญญะแปรปรวน ความจำเสื่อม การรับรู้แปรปรวน ความคิดแปรปรวน อารมณ์แปรปรวน และพฤติกรรมแปรปรวน ดังนี้

1. สติสัมปชัญญะแปรปรวน (Disturbance of Consciousness) เป็นลักษณะสำคัญของภาวะเพื่ออาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นกับความรุนแรงของการถูกทำลายที่เนื้อสมองมีลักษณะดังนี้

1.1 ภาวะสับสน (Confusion State) เป็นภาวะงุนงง ฉงนสงสัย นึกไม่ออก จำไม่ได้ การรู้จักตนเองและความเป็นไปรอบตัวไม่แจ่มชัด บอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลผิดพลาด (disorientation)

1.2 สลึมสลือ (clouding of consciousness) ความรู้สึกตัวเลือนราง เชื่องซึม สายตาวางเปล่า ขาดความสนใจเหตุการณ์รอบตัว

1.3 สติสัมปชัญญะไม่คงที่ (fluctuation of consciousness) ความรู้สึกตัวไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาระหว่างวัน บางเวลารู้ตัว บางเวลาสับสน ตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกไม่เต็มที่

2. ความจำเสื่อม (disorder of memory) จำแนกได้เป็น การลืม และการสูญเสียความจำบางส่วน

2.1 การลืม (amnesia) แบ่งเป็น

2.1.1 การลืมช่วงหลังเกิดเหตุการณ์ (anterograde amnesia) คือการลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น (recent memory)

2.1.2 การลืมช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ หรือลืมเรื่องราวในอดีต (retrograde amnesia) ลักษณะความจำเสื่อมของผู้มีภาวะเพ้อและภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่พบว่า ระยะแรกจะจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดไม่ได้ก่อนต่อมาจะจำเหตุการณ์ในอดีตไม่ได้

2.2 การสูญเสียความจำบางส่วน มีอาการจำเรื่องราวบางช่วงไม่ได้ แต่จะต่อเติมเรื่องราวที่ขาดหายไปขึ้นมาเอง (confabulation) เมื่ออาการรุนแรงความจำในอดีตบางส่วนจะเสื่อมลงไปด้วย

2.3 การรับรู้แปรปรวน (disorder of perception) พบได้ทั้งผู้ที่มีอาการเพ้อและอาการสมองเสื่อม อาการที่พบได้แก่ ภาพหลอน (visual hallucination) หูแว่ว (auditory hallucination) การได้กลิ่นแปลกๆ (olfactory hallucination) การรับรู้รสแปลกๆ (gustatory hallucination) การรับสัมผัสแปลกๆทางผิวหนัง (tactile hallucination)

2.4 ความคิดแปรปรวน (disorder of thinking) เป็นความผิดปกติเกี่ยวกับการจัดระบบและกระแสนะคิด พบมากในผู้ที่มีภาวะเพ้อมากกว่าผู้มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ความคิดไม่ต่อเนื่องขาดความเชื่อมโยงในเรื่องราวและเหตุผล (loosening of association) ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) ความคิดซ้ำๆ (perseveration) ความคิดเชื่องช้า (retardation of thought) ความคิดหยุดชะงัก (blocking) ความคิดหลงผิด (delusion) ความคิดเชิงนามธรรม (concrete thinking) การไม่สามารถคิดเชิงนามธรรมได้ (abstract thinking)

2.5 อารมณ์แปรปรวน ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น (labile mood)

2.6 พฤติกรรมแปรปรวน แสดงออกโดยเฉพาะพฤติกรรมเคลื่อนไหวแตกต่างไปจากเดิม คือ มีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นหรือลดลง ดังนี้

2.6.1 พฤติกรรมเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง (agitation) กล้ามเนื้อสั่นกระตุก อาจมีอาการเคลื่อนไหวมากแบบคลั่งในผู้มีภาวะเพ้อ ส่วนผู้มีภาวะสมองเสื่อมอาจมีพฤติกรรมอยู่นิ่งไม่ได้ ไม่ยอมนอนกลางคืน มีพฤติกรรมซ้ำๆ

2.6.2 พฤติกรรมเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ มีปฏิกิริยาโต้ตอบน้อยลง เชื่องช้าหรือซึมเฉยจนถึงขั้นไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบแม้ว่าอวัยวะต่างๆ ยังเป็นปกติในผู้มีภาวะสมองเสื่อม

3.2.3 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Deficit) ที่เกิดจากเนื้องอกสมอง จะมีความสัมพันธ์กับอาการชักและการรักษา และจากความทุกข์ด้านจิตใจ ซึ่งส่วนมากจะมีปัจจัยร่วมกันทำให้การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเสียหายที่ (Cognitive dysfunction) โดยสามารถแบ่งสาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง ได้ดังนี้

3.2.3.1 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากเนื้องอกสมอง เนื้องอกมีการขยายตัวและแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง ทำให้สารสื่อประสาทสมอง (neurotransmitter) มีการเปลี่ยนแปลงทำให้ระบบเส้นใยประสาทมีการเสื่อมลงอย่างช้าๆ เป็นเหตุให้สมองถูกทำลายเป็นบริเวณกว้าง และเกิดความผิดปกติของการทำงานของเปลือกสมอง (Cortical dysfunction) อาจมีอาการแสดงในหลายรูปแบบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะแสดงในรูปแบบของความผิดปกติของความจำ ความเฉลียวฉลาด ความคิดอ่าน บุคลิกภาพ พฤติกรรม การเข้าสังคม อารมณ์ ความผิดปกติเหล่านี้มักจะเกิดรวมกันหลายๆอย่าง

3.2.3.2 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากการได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดทำให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพสมองและเส้นเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง (Scheid et al , 2006: 418-424; Albano, Comandante and Nolan, 2005: 135-139) รวมทั้งอาจเกิดจากการใช้ retractor ดึงรั้งสมองแรงๆ และการผ่าตัดทำให้เนื้อสมองซึบววม หลอดเลือดเล็กๆแตกได้ง่าย การที่สมองมีการบาดเจ็บทั้งตามตำแหน่งพยาธิสภาพและตามพยาธิสรีรวิทยาทำให้สมองส่วนนั้น ๆ เสียหน้าที่ไป สมองส่วนที่ถูกกดนี้ถ้าเสียในที่ต่าง ๆ อาการจะแตกต่างกันไป ซึ่งผลกระทบจากการผ่าตัด ทำให้เกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากการที่เนื้อเยื่อของสมองได้รับการทำลาย (อำนาจพร อาชานอก, 2549)

3.2.3.3 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากการได้รับรังสีรักษา เมื่อเนื้อเยื่อสมองได้รับการฉายรังสี ผลข้างเคียงของรังสีจะทำให้ พยาธิสภาพของ white-matter มีความผิดปกติ โครงสร้างของเส้นเลือดและ glial cell ที่ได้รับรังสีรักษาถูกทำลาย ทำให้เส้นเลือดมีการขยายตัว ผนังเส้นเลือดหนาขึ้น เยื่อหุ้มชั้นในของระบบไหลเวียนเลือดถูกทำลาย เป็นสาเหตุให้ white-matter เกิดเนื้อตาย พยาธิสภาพนี้เกิดขึ้นอย่างซับซ้อน มีผลต่อระบบเซลล์ประสาททำให้ Hippocampal dysfunction ซึ่งจะทำให้มีความจำเสื่อมในเรื่องปัจจุบัน (recent memory)

3.2.3.4 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากการได้รับประทุษยานยา **กันชัก** อาการชักในระยะหลังผ่าตัด โดยมากมักเกิดในกรณีที่ผ่าตัดบริเวณ motor หรือใกล้เคียงกับ motor area รายที่มีประวัติชักก่อนผ่าตัดโอกาสที่จะมีอาการชักหลังผ่าตัดจะมากขึ้น (เจษฎานิมนานนิตย์, 2537) ยาชักบางชนิดมีผลข้างเคียงทำให้การทำหน้าที่ ด้านการรู้คิดบกพร่องอย่างช้าๆ และมีผลทำให้ประสิทธิภาพความจำลดลง (Meador, 2002) เช่น phenytoin carbamazepine และ valproic จากการศึกษาของ Klein et al. (2003) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด low-grad glioma 156 คนที่ไม่มีอาการของกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก พบว่ามีความบกพร่องในการสื่อภาษา ความสามารถในการจำ การทำหน้าที่เฉพาะ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทุษยานยาชัก

3.2.3.5 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องจากการได้รับเคมีบำบัด

การได้รับเคมีมีผลข้างเคียงต่อการเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง พิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง จะเพิ่ม ขึ้นระหว่างให้ยาในกระแสเลือดโดยร่วมกับการซึมซาบของ blood-brain barrier โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาโดยเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นจึงทำให้มีการรั่วไหลของยา เคมีบำบัดสู่ระบบประสาทส่วนกลางมีผลข้างเคียงทำลายเซลล์สมองทำให้เกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้ คัดบกพร่องได้

3.2.4 พยาธิสภาพของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การบกพร่องตามพยาธิสภาพของสมอง

สมองแต่ละส่วนเมื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดหรือเกิดพยาธิสภาพอาจส่งผลกระทบต่อการทำ หน้าที่ด้านการรู้คิดที่แตกต่างกัน อาทิเช่น

Frontal lobe หากมีพยาธิสภาพที่ทำลาย Frontal lobe ทั้งสองด้านจะทำให้พฤติกรรม บุคลิกภาพสติปัญญาเปลี่ยน เนื่องจากการควบคุมพฤติกรรม และ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจะถูก ควบคุมจาก hemispheres ทั้งสองด้าน (สมนึก นิลบุหงา, 2555) เนื้องอกที่อยู่ในเนื้อ Frontal lobe เช่น gliomas, metastatic tumor จะทำให้มีอาการดังกล่าวได้เร็วและรุนแรงกว่าเนื้องอกชนิดที่อยู่ นอกสมอง เช่น meningioma เป็นต้น

สมองส่วน prefrontal มีหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา (higher intelligence function) ความจำ ความคิดพิจารณา เหตุผล การยับยั้งอารมณ์ จิตใจและบุคลิก พยาธิสภาพบริเวณนี้จะทำให้มี การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ ความคิดอ่าน (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ผู้ป่วยที่สมองบริเวณนี้ถูก ทำลายจะมีความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เรียกว่า prefrontal syndrome คือ อารมณ์เปลี่ยนแปลง (mood change) ความฉลาดเปลี่ยนไป (intellectual change) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การทำลาย prefrontal lobe ทำให้สูญเสียความสามารถในการวางแผนการ (planning) การทำพฤติกรรมให้ สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการใช้ความจำเพื่อเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ต่าง ๆ

Parietal lobe พยาธิสภาพที่ inferior parietal lobule บริเวณ Brodmann 39, 40 ผู้ป่วยจะสูญเสียศูนย์กลางของภาษาที่ซับซ้อนที่ต้องแปลความหมายทั้งพูด อ่าน เขียน หากเป็น บริเวณ angular และ supramarginal areas ผู้ป่วยจะมีอาการ Gerstmann's syndrome คือ ไม่ สามารถบอกได้ว่าเป็นนิ้วใดของมือ (Finger agnosia) ไม่สามารถคำนวณเลขได้ (Acalculia) ไม่ สามารถแยกซ้ายและขวาได้ (Right-left confusion) ไม่สามารถเขียนได้ (Agraphia) และไม่สามารถ อ่านได้ (Alexia) ในกรณีมีพยาธิสภาพที่ right nondominant hemisphere ผู้ป่วยจะปฏิเสธร่างกาย ด้านตรงข้าม (contralateral neglect) ไม่สามารถสวมเสื้อผ้าได้ทั้งๆ ที่กำลังของกล้ามเนื้อปกติ (Dressing apraxia) สูญเสีย construction of apraxia บอกให้วาดรูป ผู้ป่วยจะวาดเฉพาะด้านขวา เท่านั้นจะไม่วาดด้านซ้าย นอกจากนี้ยังพบว่า parietal lobe ด้านขวามีบทบาทในการรับรู้รูปร่าง

ขนาด ตำแหน่ง และภาพของร่างกายของตนเอง (Body scheme) ผู้ป่วยจะปฏิเสธร่างกายด้านตรงข้าม (asomatognosia) ปฏิเสธเสียงหรือสิ่งกระตุ้นมาจากด้านซ้าย และสูญเสียความรู้สึกอารมณ์ ความสนใจได้

Temporal lobe มีบทบาทเกี่ยวข้องกับอารมณ์ พฤติกรรม และความจำ ถ้ามีพยาธิสภาพที่ left posterior temporal cortex ผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้ ความจำที่เกิดจาก verbally base information หากมีพยาธิสภาพที่ right posterior temporal cortex ผู้ป่วยจะสูญเสียการเรียนรู้ ความจำที่เกิดจาก visually base information (สมนึก นิลบุหงา, 2555) การทำลายที่ bilateral temporal lobes รวมถึง audio area ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า Kluver-Bucy syndrome มีอาการดังนี้ ผู้ป่วยจะไม่แสดงออกทางอารมณ์ ทั้งความรู้สึกกลัว ก้าวร้าว ดีใจ เสียใจ มีความต้องการทางเพศ สูญ่ความคิดย้ำทำกับสิ่งกระตุ้น ทั้งทางตา ทางปาก และสัมผัส มองไม่เห็นเนื่องจากสภาพของจิตใจ (psychic blindness) (Young AP, 2008) ส่วนเนื้ออกที่อยู่ใกล้ส่วนกลางของ temporal lobe จะทำลาย hippocampus หรือเส้นทางติดต่อทำให้มีความจำเสื่อมในเรื่องปัจจุบัน (recent memory) เมื่อเป็นมากขึ้น อาจมีลักษณะเหมือนกับ dementia นอกจากนี้ยังมีอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นได้ทั้งการเห็นและการได้ยิน ประสาทหลอนทางการเห็นนั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเห็นภาพแต่จะไม่เป็นรูปร่าง เช่น เป็นแสงไฟแวบๆ ส่วนประสาทหลอนทางการได้ยินนั้น ผู้ป่วยจะบอกว่าได้ยินเสียงดังในหู เช่น เสียงดังคล้ายกระดิ่ง หรือเสียงนกหวีด เป็นต้น

Thalamus เมื่อมีการทำลายของ Thalamus และ subthalamus ผู้ป่วยจะมีอาการง่วงนอน นอนมาก สมอทีบ ความจำเสื่อม อาการเหล่านี้ อาจเป็นอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูงร่วมด้วยก็ได้ เนื่องจาก Thalamus อยู่ชิดกับ 3rd ventricle เนื้ออกบริเวณนี้จึงอาจทำให้เกิดการอุดตันของน้ำไขสันหลังได้ค่อนข้างเร็ว (เจษฎา นิมนานนิตย์, 2537)

Limbic system เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความจำ มีบทบาทเด่นในการควบคุมอารมณ์ ประสบการณ์ทางอารมณ์ซึ่งมีอิทธิพลต่อการวางแผนของพฤติกรรมที่จะเกิดตามมา และมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ซับซ้อน เช่น การเรียนรู้และการแสดงออกในสังคม ตรวจสอบสมดุลภายในร่างกาย และความต้องการของพื้นฐานของชีวิต

3.2.5 ประเภทของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง

3.2.5.1 การขาดสมาธิ (Attention Deficits) ซึ่งสมาธิเป็นกระบวนการพิเศษที่เลือกรับการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งและไม่สนใจสิ่งกระตุ้นอื่น เกิดจากการทำงานของสมองใหญ่ ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) โดยเฉพาะ association cortex ซึ่งอยู่ใกล้กับ primary sensory areas และมีหน้าที่ส่งทอดข้อมูลต่อไปเพื่อกระบวนการรับรู้ เป็นการกระตุ้นการรับรู้ต่อสิ่งเร้าภายนอกจากสิ่งแวดล้อม (Levis, 1995) เมื่อสมองกลีบหน้า (Frontal lobe) ได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกทำลายจะมีการทำลายส่วน Prefrontal Association Cortex เป็นบริเวณที่

อยู่หน้า premotor area (area 6) ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องการเรียนรู้คิด ดังนั้นหากมีการพยาธิสภาพที่สมองส่วนดังกล่าวผู้ป่วยจะสูญเสียความตั้งใจ ไม่มีสมาธิในการทำงาน หันเหตความสนใจได้ง่าย ไม่ใส่ใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และ Irritability แสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

3.2.5.2 ความจำบกพร่อง (Memory Impairment) ความจำคือการคงไว้ซึ่ง

ข้อมูลที่ได้รับเข้าไปในสมอง กระบวนการที่ทำให้เกิดความจำประกอบด้วย การลงทะเบียน (registration) การคงไว้ซึ่งข้อมูล (retention) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (retrieval) ในกระบวนการนี้ ต้องอาศัยสมรรถภาพพื้นฐานของสมองด้านสมาธิ ภาษา และการรับรู้ ความจำต้องอาศัยสมองหลายส่วน ประมวลผลผ่านระบบ limbic system สิ่งแรกที่จะมีการจดจำต้องมีการรับข้อมูล (Perceptions) ผ่านระบบต่างๆ การที่จะรับข้อมูลเหล่านี้เข้ามาจดจำจะต้องมีสติสัมปชัญญะที่ดี นั้นหมายความว่าระบบ reticular activating systems จะต้องทำงานปกติ เพื่อกระตุ้นให้มีสมาธิ ความตั้งใจที่จะรับสิ่งกระตุ้น ถ้าระบบ activating systems เสียจะทำให้ไม่สามารถจดจำสิ่งกระตุ้นใหม่ๆ ได้ เมื่อมีรับข้อมูลเข้ามาจะส่งไปที่ limbic system เป็นความจำระยะสั้น ความจำระยะชั่วคราวหรือวัน ความจำเหล่านี้ถูกเก็บสะสมไว้นานๆ ที่หลายส่วนของ cerebral cortices จะกลายเป็นความจำระยะยาว (สมนึก นิลบุหงา, 2555) การเกิดความจำอาศัยสมองส่วน Cerebral cortex หลายบริเวณ ต้องใช้สมองทั้งสองซีกบริเวณต่าง ๆ เช่น Frontal lobe บริเวณ motor cortex ที่เกี่ยวข้องกับ working memory จะมีการติดต่อกับ hippocampus, Amygdala และ บริเวณอื่น ๆ เช่น entorhinal, perirhinal และส่วน parahippocampal ของ medial temporal cortex โดยมีการนำสัญญาณจากประสาทสัมผัสไปสู่สมอง มีการเข้ารหัส (encode) ความจำต่าง ๆ โดยการสร้างทางเชื่อมระหว่างเซลล์ประสาทแต่ละเซลล์ เมื่อได้ระบบการเชื่อมต่อของความจำแต่ละความจำแล้วเก็บไว้เป็นหมวดหมู่ (endgram) และเก็บ endgram ไว้ตามกลีบสมองเมื่อมีการกระตุ้นที่เหมาะสมจะมีการไซรท์สเข้าสู่ความทรงจำนั้น ๆ (Bradshaw & Mattingley, 1995)

3.2.5.3 ความบกพร่องด้านการบริหารจัดการ (Dysexecutive functioning)

ความสามารถด้านการบริหารจัดการ (Executive functions) อาศัยสมรรถภาพสมองที่สำคัญหลายด้านร่วมกันและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างราบรื่น เนื่องจากในแต่ละวันอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น การแก้ปัญหาที่เหมาะสมต้องพลิกแพลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง องค์ประกอบพื้นฐานของการบริหารจัดการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การวางแผนจัดขั้นตอนการกระทำ การตรวจสอบผลของแต่ละขั้นตอน และการปรับเปลี่ยนการกระทำให้เหมาะสม ความบกพร่องที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การขาดความสนใจ ความไม่เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริง ปัญหาด้านอารมณ์ และความบกพร่องด้านการรับรู้ แปลความหมาย (Mapou, 1995) ซึ่งสมองส่วน Frontal lobe นอกจากมีบทบาทด้านภาษา การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแล้วยังมีบทบาท

สำคัญในการบริหารจัดการ ส่วนที่สำคัญคือ Prefrontal Association Cortex ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ orbitofrontal มีบทบาทสัมพันธ์กับการทำงานของระบบอวัยวะภายในและอารมณ์ และส่วน dorsolateral มีบทบาทเกี่ยวกับความฉลาด เช่น ความคิดรวบยอด การวางแผน การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา (ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์, 2556) พยาธิสภาพบริเวณ prefrontal lobe มีผลทำให้เกิดการสูญเสียความคิดสร้างสรรค์และการตัดสินใจที่ไม่ดี ผู้ป่วยจะกลายเป็นคนที่ไม่ดูแลตนเอง ไม่ชอบเข้าสังคมและหนีออกจากสังคม ไม่รู้จักผิดชอบชั่วดี (Nash JM, 1999)

3.2.5.4 ความผิดปกติด้านภาษาและการสื่อสาร (Language and Communication Deficits)

ภาษาเป็นสัญลักษณ์ที่ใช้ในการสื่อความหมายที่มีความซับซ้อนและมีพัฒนาการตลอดเวลาที่ใช้ทั้งในการคิดและสื่อสารระหว่างบุคคล เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียม สภากสังคมและประวัติศาสตร์ของแต่ละสถานที่ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีหลายรูปแบบ เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง การใช้คำพูด น้ำเสียง การเขียน และการวาดภาพหรือสัญลักษณ์อื่น ๆ โดยสมองซีกซ้ายเป็นสมองซีกเด่น (Dominant hemisphere) ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับภาษา (พูด อ่าน เขียน) ควบคุมทักษะที่เป็น motor skill ถ้ามีพยาธิสภาพที่ทำลายสมองซีกซ้ายจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการใช้ภาษา (aphasia) และทักษะ (apraxia) ต่างๆ(สมนึก นิลบุหงา, 2555) ส่วนสมองซีกขวาเป็นสมองซีกที่ไม่เด่น (Non-dominant hemisphere) มีหน้าที่หลักในการวิเคราะห์แบบแผนต่าง ๆ ทำความเข้าใจเรื่องรูปธรรมและความเป็นเหตุเป็นผล

ลักษณะความบกพร่องของภาษาขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิด ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองกลีบหน้า (Frontal lobe) บริเวณ Broca's area จะเกิด Motor (Expressive) Aphasia คือผู้ป่วยฟังและอ่านรู้เรื่องแต่พูดหรือแสดงออกมาไม่ได้ ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองกลีบขมับ (Temporal lobe) ของสมองซีกเด่น (Dominant hemisphere) ผู้ป่วยจะมี Wernicke's (Sensory) Aphasia คือ มีปัญหาในการรับรู้ภาษา Sensory aphasia หรือ dysphasia ผู้ป่วยจะมีอาการไม่เข้าใจภาษาพูด (dysphasia) ไม่เข้าใจภาษาเขียน (dysgraphia) และการแปลความหมาย รวมทั้งไม่เข้าใจด้านการอ่าน (dyslexia) และการคำนวณ (dyscalculia) ด้วย เมื่อเนื้ออกมีขนาดใหญ่การสูญเสียจะมากขึ้น ทำให้การพูด มีลักษณะที่เรียกว่า global dysphasia คือมีลักษณะการพูดที่ไม่มีสาระไม่สามารถเข้าใจได้ การติดต่อด้วยการพูดทำไม่ได้เลย แต่ถ้ามีความผิดปกติบริเวณสมองซีกไม่เด่น (Non-dominant hemisphere) จะมีปัญหาในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น

3.2.2 เครื่องมือในการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

การประเมินปัญหาด้านการรู้คิดเพื่อให้ทราบลักษณะและความรุนแรงของปัญหาและระดับความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการฟื้นฟูสภาพต่อไป สำหรับเครื่องมือในการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่

3.2.2.1 Mini-Mental State Examination (MMSE) ได้พัฒนาโดย Folstein และคณะ(1975) แบบทดสอบ MMSE เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความพร่องในการทำงานของสมอง เป็นการคัดกรองแบบสั้นๆ สามารถประเมินสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ด้านการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียนซึ่งเป็นหน้าที่หลักและสำคัญของส่วนสมองใหญ่ของเรา สามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้งสองซีก ใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของ Cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1) สภาพด้านจิตใจ คือ การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาร์ทและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการตอบสนอง 3) ความสามารถในการเรียนแบบ เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อยประมาณ 5-10 นาที ในประเทศไทยแบบประเมิน MMSE ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที

3.2.2.2 Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) ฉบับภาษาไทย (Cognistat thai version) แปลโดย สุวิทย์ เจริญศักดิ์จากต้นฉบับเดิมคือ The neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) พัฒนาโดย Kiernan, Mueller, Langston, and Van Dyke (1987)ฉบับปีค.ศ. 2010 ภายใต้ลิขสิทธิ์ของ Cognistat Joint Venture LTD. เป็นแบบทดสอบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจความหมาย ความจำ การคำนวณ และความคิดเป็นเหตุเป็นผล ในการประเมินเพื่อคัดกรองความบกพร่องด้านการรู้คิดนั้นใช้หลักการคือ เมื่อผู้ป่วยตอบถูกจะไม่มีประเมินต่อ หากผู้ป่วยตอบผิดจะมีการประเมินในลำดับต่อไป นำคะแนนการรู้คิดทั้ง 5 ด้านมาคิดคะแนนรวม คะแนนรวมต่ำ อาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิดที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ใช้เวลาในการประเมิน 10-20 นาที

3.2.2.3 Cognitive Capacity screening Examination (CCSE) พัฒนาโดย Jacobs, Bernard, Delgado, และ Strain (1977) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ บุคคล การให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำ ความตั้งใจ การนับตัวเลข 7 หลัก การพูดตาม การเข้าใจความหมายจากการรับรู้ และความจำระยะ

สั้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 5-10 นาที เป็นแบบวัดที่มีการวัดการรู้คิดในด้านต่างๆ คะแนนรวมต่ำกว่า 20 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง

3.2.2.4 แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test โดย Nasreddine และคณะ (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัฐอุไรโรจน์ (2007) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะการรู้คิดเสื่อมระยะแรกแบบสั้นโดยสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองในด้านต่างๆดังนี้ ความใส่ใจหรือความสนใจ(attention) ภาษา (language) ความจำ (Memory) การบริหารจัดการ (Executive Function) ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuo-constructional skill) การคิดคำนวณ (calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation) โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน แสดงถึงมีภาวะการรู้คิดเสื่อมระยะแรก

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท Mini Mental Stat Exam (MMSE) พัฒนาโดย Folstein และคณะ (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาศาสตร์ ที่มีความรู้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ มีค่าความจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และอำนาจพยากรณ์ (2549) ได้นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง จำนวน 130 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .67

3.2.7 ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

ผลจากการรักษาด้วยการผ่าตัดทำให้เนื้อสมองและเส้นเลือดสมองถูกทำลายหรือเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง (Scheid et al , 2006; Bauer and Fritz, 2004; Albano, Comandante and Nolan, 2005 cited in อำนวยพร อาชานอก, 2549) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง โดยเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา หรือมีความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ (อริศศิลป์ ชื่นกุล, 2542) เป็นการเรียนรู้และจดจำประสบการณ์ต่างๆในอดีต รวมถึงความจำเหตุการณ์ ภาษา และสัญลักษณ์ กับความรู้ทั่วไป ซึ่งจะมีส่วนต่อกระบวนการคิดและตัดสินใจในปัจจุบันหรือสติสัมปชัญญะ (ณัฐ พสุธารชาติ และคณะ, 2555) สมองแต่ละส่วนเมื่อเกิดพยาธิสภาพอาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แตกต่างกัน เช่น หากมีพยาธิสภาพที่ทำลาย Frontal lobe จะทำให้พฤติกรรม บุคลิกภาพ และสติปัญญาเปลี่ยน (สมนึก นิลบุหงา, 2555) ผู้ป่วยอาจมีปัญหากับการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การมีเหตุผลผิดปกติไป ขาดสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จาก

สถานการณ์จริง และไม่สามารถหลบหนีอันตรายต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับมือกับตนเองได้ (อริศิลป์ ชื่นกุล, 2542) Klein และคณะ (2003) ยังศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีอาการ ชักและต้องยากันชักจะมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดลดลงและมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาชานอก (2549) ที่พบว่าการทำงานด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.3 กลุ่มอาการไม่สุขสบาย

3.3.1 ความหมายของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย

Kath และคณะ (2003 cite in Dodd et al., 2004) กล่าวว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบาย (Symptom clusters) คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการ 3 อย่างหรือมากกว่าเกิดขึ้นพร้อมกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน กลุ่มอาการไม่สุขสบายนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาจส่งผลร่วมในการทำนายภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

Dodd, Miaskowski, และ Lee (2004) ทำการศึกษาในกลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามี 3 กลุ่มอาการ กลุ่มแรกประกอบด้วยอาการปวด อ่อนล้า และนอนไม่หลับ กลุ่มที่ 2 สัมพันธ์กับการได้รับรังสีรักษา คือมีอาการ คลื่นไส้-อาเจียน กลุ่มที่ 3 สัมพันธ์กับอารมณ์ คือ จะมีภาวะเศร้า โศก เสียใจ และซึมเศร้า

Lenz และคณะ (1997) กล่าวว่า อาการไม่สบายเป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ สามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการได้ชัดเจน อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน หากบุคคลมีจำนวนของอาการและ/หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่างๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นด้วย

ดังนั้น กลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด คือ อาการที่ปรากฏขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่า 3 อาการเกิดขึ้นพร้อมๆกันภายหลังผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดสมอง โดยแต่ละอาการมีความเกี่ยวข้องกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้

3.3.2 กลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

3.3.2.1 อาการปวดศีรษะ เป็นอาการสำคัญที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดและจะเป็นอยู่นานประมาณ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้น เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ไอ จาม (Jacer et al, 1996 cited in Black and Wen, 2001) หรืออาจเกิดจากสมองได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด หรือการผ่าตัดที่นำเนื้องอกออกบางส่วน ทำให้ยังมีส่วนของเนื้องอกไปกดเบียดเนื้อสมอง การไหลเวียนของเลือดในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติเป็นเหตุให้สมองบวม ส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะจากภาวะความดันในสมองสูงได้ และจากการที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทได้รับความชอกช้ำและถูกทำลาย มีการบวม ดึงรั้ง และหดตัวของกล้ามเนื้อที่ได้รับบาดเจ็บขนาดขณะผ่าตัด (Phipps et al, 1991) ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดความเจ็บปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า 60 % ของผู้ป่วยมีความเจ็บปวดหลังที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และ 2 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยจะมีระดับความเจ็บปวดที่ระดับปานกลางจนถึงมาก และพบได้มากในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด และจะมีเพียง 32 % ที่มีอาการเจ็บปวดในระยะนี้ (de Gray, L. C. & Matta, B. F.. 2005) และหลังวันที่ 2 ของการผ่าตัด 29.2% ของผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ และมีการใช้ยา กลุ่ม NSAIDS 75% (de Oliveira Ribeiro Mdo et al., 2013) รวมถึงการศึกษาของ Mordhorst และคณะ (2010) พบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด 87 % ของผู้ป่วยมีประสบการณ์ความเจ็บปวด ดังนั้นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจะมีประสบการณ์การเจ็บปวดแม้จะได้รับการจัดการความเจ็บปวดตามปกติก็ตาม

3.3.2.2 อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง เป็นเวลานานจะทำให้มีอาการตามัว หรือมัวเป็นพักๆ (Papilledema) ซึ่งเป็นอาการนำที่บอกว่า optic disc เริ่มฝ่อ อาจพบชั่วคราวได้ภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบ กระเทือนของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ ประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 โดยขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถลอกไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ การที่มีรอยโรคหรือมีพยาธิสภาพของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น ย่อมส่งผลต่อการมองเห็นของผู้ป่วยรายนั้นด้วย รอยโรคบริเวณ Temporal lobe ทำให้เกิดความผิดปกติของลานสายตาเป็นแบบ Homonymous Superior Quadrant anopia ซึ่งตาข้างหนึ่งจะเสียการมองเห็นแบบครึ่งซีก แต่อีกตาหนึ่งจะเสียเพียงเสี้ยวเดียวของการมองเห็น ส่วน Occipital lobe มีความสำคัญเกี่ยวกับการมองเห็น ผู้ป่วยจะมีอาการมองไม่เห็นเพียงครึ่งซีกของแต่ละตาในด้านเดียวกัน (contralateral homonymous hemianopia) ผู้ป่วยอาจมีอาการ cortical blindness เป็นอาการตาบอดเนื่องจากเนื้องอกทำลาย Occipital lobe ตรงบริเวณ calcarine fissure ทั้งสองข้าง พบในผู้ป่วยที่เป็น falx meningioma ขนาดใหญ่ขยายไปทั้งสองข้างและกดลงบน calcarine fissure cortical blindness จะทำให้ผู้ป่วยตาบอดสนิททั้งสองข้าง แต่รู้ม่านตายัง คงมีปฏิกิริยาต่อ แสง, eye

convergence และการเคลื่อนไหวลูกต่ายังคงเป็นปกติที่อยู่ (สมนึก นิลบุหงา, 2555) จากงานวิจัยของ อำนาจพร อาษานอก, (2549) พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกในสมองกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยพิจารณาจากข้อพบว่าอาการที่เกี่ยวกับการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง และอาการอื่นๆอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) และอรชร บุติพันดา (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด โดยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น

3.3.2.3 อาการชัก ลักษณะของอาการชักในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจะแตกต่างกันออกไปตามตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง เนื้องอก meningioma, astrocytoma และ oligodendroglioma เป็นสาเหตุสำคัญของ focal seizure (จเร ผลประเสริฐ, 2528) พยาธิสภาพบริเวณ Temporal lobe ผู้ป่วยอาจมีอาการชักที่เป็นได้ทั้งชนิดไม่เสียความรู้สึกตัว (simple partial seizure) และชนิดสูญเสียความรู้สึกตัว (complex partial seizure) ส่วนบริเวณ Occipital lobe เมื่อมีอาการชัก จะมีความรู้สึกว่ามีภาพที่ไม่เป็นรูปร่าง หรือมี visual hallucination ขึ้นมาทันที และมีการกลอกตาไปทางด้านตรงข้ามร่วมด้วย (สมนึก นิลบุหงา, 2555)

3.3.2.4 อาการคลื่นไส้-อาเจียน มักเกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ ที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมาก เนื่องจากมีการกระตุ้น emetic หรือ vomiting center ที่ก้านสมองทำให้มีการอาเจียนเพื่อลดปริมาตร หรืออีกในหนึ่งคือเพื่อให้ร่างกายมี dehydration (สมนึก นิลบุหงา, 2555) ลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting) ไม่สัมพันธ์กับอาหารหรืออาการคลื่นไส้ ผู้ใหญ่มักไม่ค่อยพบอาการอาเจียน ผู้ป่วยที่มาหาด้วยอาการอาเจียนและแพทย์สงสัยว่ามีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง ต้องรีบค้นหาสาเหตุและให้การรักษา เพราะการอาเจียนนั้นมักเกิดในระยะที่มีความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงมาก (อำนาจพร อาษานอก, 2547)

3.3.2.5 อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language deficit) เนื่องจากขณะผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อสมองได้ ซึ่งหากมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาซึ่งอยู่ใน dominant hemisphere โดยแบ่งออกเป็น Broca area และ Wernicke area หากมีพยาธิสภาพบริเวณ Broca area มีผลทำให้เกิด motor aphasia ซึ่งมีลักษณะที่ผู้ป่วยพูดไม่ได้หรือพูดไม่ค่อยได้ แต่เข้าใจสิ่งที่ได้ยิน เนื่องจาก Wernicke area ยังปกติอยู่ แต่หากมีพยาธิสภาพบริเวณ Wernicke area มีผลทำให้เกิด sensory aphasia ซึ่งผู้ป่วยพูดออกมาได้ชัดเจน แต่ไม่เข้าใจเสียงที่ได้ยิน ผู้ป่วยสามารถพูดได้เองอัตโนมัติ แต่บางคำพูดไม่มีความหมาย ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจภาษาได้ทุกรูปแบบทั้งภาษาที่เป็นคำพูดหรือท่าทาง (ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์, 2556)

3.3.2.6 อาการเหนื่อยล้า แม้ว่าการรักษาโรคเนื้องอกสมองได้พัฒนาไปมาก การพยากรณ์โรคก็ดีขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีชีวิตยืนยาวมาก แต่พบว่าผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษา คือความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มี

รายงานการศึกษาของ Lovely, Miaskowski and Dodd. (1999) พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ชนิด Glioblastoma multiformae และพบว่าอาการเหนื่อยล้า นั้นยังคงอยู่เป็นเดือนเป็นปี ภายหลังจากการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่การงาน บทบาททางสังคมและความผาสุกทางกายและทางใจของผู้ป่วย (อำนวยการ อาชานอก, 2547) ซึ่งงานวิจัยของ Taphoorn และคณะ (1992) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและฉายรังสี จำนวน 14 ราย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Taphoorn และคณะ (1994) ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจำนวน 60 ราย ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแต่ไม่ได้รับการฉายรังสีและกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

3.3.2.7 อาการสูญเสียการได้ยิน จากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นกับ auditory association area ทำให้เกิดอาการผิดปกติที่เรียกว่า auditory agnosia คือ ผู้ป่วยยังได้ยินเสียง แต่ไม่สามารถจำได้ว่าเป็นเสียงอะไร และไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเสียงได้ ถ้าเกี่ยวกับเสียงดนตรี เรียกว่า amusia ซึ่งมักจะเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา โดยพบว่าผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพบริเวณ Brain stem ในส่วนของ cerebellopontine angle ถ้าเนื้องอกกดบริเวณ Trigeminal nerve และ Facial nerve จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว และกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอ่อนแรง ริมฝีปากและหนังตาตกประมาณ 10-15% ในผู้ป่วย acoustic neuroma มักแสดงให้เห็นอาการดังกล่าวนี้ (Campbell,1991)

3.3.2.8 อาการนอนไม่หลับ ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองหลังได้รับการผ่าตัด ต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายหลายอย่าง เช่น อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงออก อาการสูญเสียการได้ยิน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการคลื่นไส้-อาเจียน และอาการชัก ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับของผู้ป่วยได้ เมื่อเกิดการรบกวนการนอนหลับติดต่อกันนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง จะเกิดอาการทางด้านอารมณ์ชัดเจนในลักษณะหงุดหงิด ก้าวร้าว สับสน ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หนังตาตก ขอบตาคล้ำ และหากยังไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานาน 40-64 ชั่วโมงติดต่อกัน จะกลายเป็นปัญหาทางจิต ประสาทหลอน สับสน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หูแว่ว ควบคุมการพูดไม่ได้ จะพบในคนที่มีการหลับติดต่อกันนานกว่า 60 ชั่วโมงจะเห็นว่าอาการนอนหลับไม่เพียงพอมีผลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรม (Closs, 1992) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา

ลดลง นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอยังมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ความต้องการการนอนหลับจะเพิ่มขึ้นในภาวะเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ร่างกายหายจากโรค และช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (สุวิมล โภคาลัย, 2546)

3.3.2.9 อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าคลุ้มคลั่ง หรือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์และทำนายผลที่จะเกิดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ หรือ อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีผลทำให้เกิดการเก็บกดทางอารมณ์ หรือ จากความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกตนเองเป็นภาระผู้อื่นสูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) รู้สึกกลัว (fear) (อำนวยการ อาษานอก, 2547)

จากการศึกษาของ Anna R Giovagnoli. (1999) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทเรื้อรังชนิดอื่นที่พบว่าจะมีเพียงสถานะความวิตกกังวลเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทย ดร.ณรรณ จันทร์แก้ว (2554) ได้ทำการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 49.50 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง แต่งานวิจัยของ Mainio และคณะ (2005) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย รวมทั้งงานวิจัยของ Taphoorn และคณะ (1992) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดและฉายรังสีกลุ่มตัวอย่าง 14 ราย มีจำนวน 3 รายที่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และความอดทนต่อความเครียดลดลง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความตึงเครียดและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแต่ไม่ได้รับการฉายรังสี และกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด นอกจากนี้ยังมีรายงานวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้ (Guy Pelletier et al., 2002: Mainio et al.,)

3.3.2.10 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการแสดงออก อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรงหรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย Hickey (1992) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมักจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพบางประการที่เกิดขึ้น เช่น ความสะเพร่ามีกง่าย (disorderliness) มักสงสัย (suspiciousness) ชอบทะเลาะวิวาท (argumentativeness) แยกตัว (isolativeveness) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น ถ้ามีรอยโรคที่สมองส่วนหน้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก (child-like behavior) ถือตนเองเป็นสำคัญ (self centeredness) ขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจมารยาทสังคม ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่ได้คิดไว้ล่วงหน้า (impulsiveness) เชื่องซึม (lethargy) ปราศจากความรู้สึกหรืออารมณ์ (apathy) ไม่รู้จักตนเอง (impaired sense of self identity)

3.3.3 เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย

ในการประเมินเพื่อค้นหากลุ่มอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยนั้น จะต้องประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านความรู้สึกของผู้ป่วย และการตรวจร่างกายและสังเกตอาการ รวมถึงการซักประวัติจากญาติผู้ดูแล สำหรับเครื่องมือในการประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ได้แก่

3.3.3.1 Edmonton Symptom Assessment Scale (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, and Macmillan, 1991 cited in Paice, 2004) เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้ และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่ผู้ป่วยเกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นโดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร ภาษา อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิด ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง โดยปลายเส้นตรง ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

3.3.3.2 แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (Cleeland, Mendoza, Wang, Chou, Harle, and Morrissey, 2000 cited in Paice, 2004) เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่ผู้ป่วยเกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่มีเลย 0 คะแนน ไปจนถึงมีมาก ให้ 4 คะแนน

3.3.3.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของ Holmes (1989)

ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เป็นความทุกข์ทรมานสำหรับตัวผู้ป่วยเอง โดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ ลักษณะข้อคำถามเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร แล้วให้ผู้ตอบกากบาทคำตอบบนเส้นตรงนั้น ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

3.3.3.4 แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory (Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, and Thaler, 2000 cited in Paice, 2004)

เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นโดยประเมินอาการ 13 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า หายใจสั้น ความอยากอาหารลดลง จ้วเจีย ปากแห้ง เสียใจ อาเจียน บวม ชา เสียงก้องวาน ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง โดยปลายเส้นตรงทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

3.3.3.5 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย แพลและดัดแปลงโดย โดย อำนวยพร อาษานอก (2549) จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale 10 อาการ แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory 28 อาการ และแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form 13 อาการ โดยเป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการสูญเสียการทรงตัว อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิด ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง โดยปลายเส้นตรง ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” คะแนน

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย แพลและดัดแปลงโดย โดย อำนวยพร อาษานอก (2549) ซึ่งประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดถึงอาการที่เกิดขึ้น 10 อาการ แบบประเมินชุดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 และหาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ .80

3.3.4 ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการไม่สุขสบายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

การที่ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 3 อาการ ที่เกิดขึ้นพร้อมกันและอาการเหล่านั้นต่างมีความสัมพันธ์กัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน กลุ่มอาการไม่สุขสบายนี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและทำนายอาการของผู้ป่วยได้ (Kath et al., 2003 cite in Dodd et al., 2004) จากงานวิจัยของอำนาจพร อาษานอก, 2549 พบว่ากลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ประกอบด้วยอาการดังนี้ อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น อาการเหนื่อยล้า อาการปวดศีรษะ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาการนอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก อาการสูญเสียการได้ยิน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา อาการคลื่นไส้-อาเจียน และ อาการชัก จากการศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 130 คน มีอาการเกี่ยวกับการมองเห็นในระดับปานกลาง และมีอาการอื่นๆในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา ของทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ เช่นเดียวกับกับงานของอรชร บุติพินดา (2554) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (60.2%) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็น (29.5%) นอกจากนี้ Lovely, Miaskowski and Dodd. (1999) ยังศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการและความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด Glioblastoma multiformae นอกจากนี้ Anna R Giovagnoli. (1999) ได้ศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทเรื้อรังชนิดอื่นที่พบว่าจะมีเพียงสถานะความวิตกกังวลเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.4 การเผชิญความเครียด

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลทางร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกต่อสิ่งเร้า เป็นผลจากการที่บุคคลประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมนั้นไม่เหมาะสม โดยจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่ถูกกดดัน คุกคาม บีบคั้น และเป็นอันตราย (Lazarus and Folkman, 1984) หากบุคคลมีการปรับตัวและมีความพึงพอใจ จะทำให้ตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ เป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ หรือเกิดความไม่พึงพอใจ จะเกิดเป็นความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2541) บุคคลจึงพยายามตอบสนองต่อความเครียดด้วยการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดตามลักษณะส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันออกไป

3.4.1 ความหมายของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่บุคคลพบเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดแล้วมีการปรับตัวให้ตนเองอยู่ในภาวะสมดุล ทั้งนี้แต่ละบุคคลมีการเผชิญความเครียดได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ ดังนี้

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีรูปแบบการจัดการที่เป็นกระบวนการแบบมีขั้นตอน ซึ่งบุคคลต้องใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ เป็นความพยายามของบุคคลที่จะปรับตัวทั้งทางด้านการกระทำและความคิด เมื่อประสบกับเหตุการณ์ความตึงเครียด ไม่ว่าผลของการกระทำหรือความคิดนั้นจะออกมาดีหรือไม่ก็ตาม ซึ่งบุคคลจะมีรูปแบบการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆกันไปในแต่ละสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ โดยจะแตกต่างกันไปตามเงื่อนไขที่หลากหลาย อาทิเช่น ระดับของปัญหา ความรุนแรงของสถานการณ์ วิกฤติ การศึกษา และวุฒิภาวะ ซึ่งการเผชิญความเครียด (coping) ตามความหมายดังกล่าวนี้ในคำภาษาอังกฤษ อาจมีการใช้คำหลายคำซึ่งมีความหมายเดียวกัน ได้แก่ coping, coping style หรือ coping pattern

Endler และ Parker (1990) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นการแสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิด และการกระทำ เพื่อบรรเทาความเครียดหรือคลี่คลายปัญหานั้น

สรุปได้ว่า การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง การจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งต้องใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ เป็นความพยายามที่จะปรับตัวทั้งทางด้านการกระทำและความคิด เมื่อประสบกับเหตุการณ์ความตึงเครียด ซึ่งจะมีรูปแบบการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆกันไปในแต่ละสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ

3.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

เมื่อบุคคลมีการเผชิญเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เราต้องปรับตัวต่อเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของร่างกาย แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด จึงสรุปได้ดังนี้

Lasarus and Folkman (1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีมากเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1. กระบวนการของการพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา
2. การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

กระบวนการเผชิญความเครียด (coping process)

กระบวนการเผชิญความเครียดของ Lasarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (event or stressor) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping)

1. เหตุการณ์ (event) สิ่งทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ
2. การประเมิน (appraisal) เป็นกระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหา โดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอย่างไรกับตนเอง ซึ่งประเมินได้ 3 ทาง คือ

2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือ การที่บุคคลนั้นประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่ได้เกิดผลดีผลเสียอะไรเลย

2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นส่งผลดีกับตน ทำให้ตนเกิดความสุข ความสนุก หรือความรัก

2.1.3 เกิดความเครียด (stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็นความเครียดนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ

2.1.3.1 เกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (harm or loss) คือ บุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือสังคม การสูญเสียบุคคลที่ตนรักหรือการสูญเสียความผูกพัน

2.1.3.2 การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

2.1.3.3 การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความรื่นเริง การถูกคุกคามหรือการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อมๆกัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกถูกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขในเหตุการณ์นั้นให้ได้

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้เคยกระทำมาแล้ว

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติมและ/หรือติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว

3. การเผชิญความเครียด (coping) ภายหลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลจะมีรูปแบบการจัดการทั้งด้านความคิด และการกระทำกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นแตกต่างกันไป สามารถแบ่งเป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lasarus and Folkman, 1984)

3.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลกำหนดปัญหา และหาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับการแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้บุคคลจะมีการพิจารณาถึงผลดีและผลเสียก่อนแล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในดำเนินการแก้ปัญหานั้นๆ

3.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ บุคคลจะใช้รูปแบบนี้มากเมื่อประเมินแล้วว่าตนเองไม่สามารถควบคุม หรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

3.2.1 รูปแบบการใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อให้อารมณ์ความตึงเครียดลดลง ซึ่งเป็นรูปแบบส่วนใหญ่ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเปรียบเทียบในแง่ดี (positive comparisons) และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (wresting positive value from negative event)

3.2.2 รูปแบบการใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อให้อารมณ์ความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความตึงเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อให้อารมณ์ความตึงเครียดนั้นลดลงหรือทำให้สถานการณ์ดีกว่าในภายหลัง ได้แก่ การดำหนิ หรือการกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตัวเอง

3.2.3 รูปแบบอื่น ซึ่งไม่ใช่กระบวนการทางความคิด แต่จะเป็นการกระทำที่ให้สัมปปัญหา ได้แก่ การดื่มเหล้า การทำสมาธิ การระบายความโกรธ เป็นต้น

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยอาจจะให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคนที่จะประเมินสถานการณ์นั้นๆ

ผลลัพธ์ของการปรับตัว

Lasarus และ Folkman (1984) มองผลของการประเมินการตัดสินใจ (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์การปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

1. การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม การที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น การหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลังเลไม่แน่ใจ และไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติจะบอกความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขวัญและกำลังใจ (morale) หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากกระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลการเผชิญความเครียดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาหมักจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตึงเครียด

3. ภาวะสุขภาพ (somatic health) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้าการเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาในการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพเช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณกล้ามเนื้อคอและหลัง เป็นต้น ในด้านจิตใจนั้น ได้แก่ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ฝันร้าย หงุดหงิดและโกรธง่าย เป็นต้น กระบวนการคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอน ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง การใช้

ภาษาพูดเปลี่ยนแปลง ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้สีกตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Breakwell, 1990; Murrey, 1975 อ้างใน อัมกร ประคองจิต, 2536)

3.4.3 เครื่องมือในการประเมินการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดเป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกหรือปรับใช้ เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลต่างมีวิธีการในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัยของบุคคล สำหรับเครื่องมือในการประเมินการเผชิญความเครียดนั้น มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือไว้มากมาย ได้แก่

3.4.3.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire:

WCO) พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) มีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ ประเมินการเผชิญความเครียด 2 แบบ 8 วิธี คือ 1) แบบมุ่งแก้ปัญหา ประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหาและการวางแผนแก้ปัญหา 2) แบบมุ่งปรับอารมณ์ ประกอบด้วย 6 วิธี ได้แก่ การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การถอยห่างปัญหา และการหลีกเลี่ยงปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้เลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง เคยใช้ประจำ คะแนนที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนนและคะแนนที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ระหว่าง 0-114 คะแนน

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์ (2539) นำมาใช้ศึกษาวิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 ในปี 2540 รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2540) ได้นำมาแปลและปรับปรุงอีกครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .80 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครายด้าน ดังนี้ ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเท่ากับ .72 และด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์เท่ากับ .82

3.4.3.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping

Scale) ซึ่ง Jalowiec, Murphy and Power (1984) สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Launier (1978) เพื่อวัดวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยในห้วงฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec, Murphy and Power พบว่า เครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec (อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อที่ตัดออกเนื่องจากไม่จัดอยู่ในการเผชิญความเครียดแบบใด

เครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา ก่อนปี ค.ศ.1979 โดยการเลือกข้อคำถามที่ส่วนใหญ่มีคนนำไปใช้มากและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับที่มีอยู่ในข้อคำถามเดิม หาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 56% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ข้อคำถามซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และไม่ได้อยู่ใน 2 ปัจจัยนี้ 5 ข้อ แสดงถึงการเผชิญความเครียดมีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus and Folkman ที่ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ Jalowiec, Murphy and Power (1984) ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปจำนวน 28 ราย วัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน โดยรวม .79 รายด้านการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา .85 และแบบมุ่งปรับอารมณ์ .86 หาค่าความคงที่ภายในกับผู้ป่วยล้างไตโดย Baldre, Murphy, Power and Swanson ในปี ค.ศ. 1882 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .86 และในปี ค.ศ. 1982 Murphy ตรวจสอบซ้ำในผู้ป่วยล้างไต 150 ราย ได้ค่า .85 และพบว่าค่าความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดโดยรวม เท่ากับ .83 ส่วนการเผชิญความเครียดโดยรวมกับแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ .86 และจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือข้างต้น Jalowiec, Murphy and Power (1984) พบว่าค่าความเที่ยงมาตรฐาน (Reliability standard) ที่ได้ไม่ต่ำกว่า .70

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน นิตยา สุทธยากร (2531) ได้นำเครื่องมือมาวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1980) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อมาแปลเป็นภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 ต่อมา สุรางค์ เปรื่องเดช (2533) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา สุทธยากร (2531) ที่ปรับปรุงแล้วเหลือข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุจำนวน 60 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาเท่ากับ .84 ต่อมา มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีก่อนบริเวณเต้านม ขณะมารอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .88 นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ดัดแปลงและนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบโลหิตและน้ำเหลือง ทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79 สุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำฉบับที่ปรับปรุงแล้วเหลือข้อความจำนวน 36 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 ปราณี มิ่งขวัญ (2542) แปลเป็นภาษาไทยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาโดยวิธี back-translation โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .86 ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมเท่ากับ .82, .71 และ .70 ตามลำดับ สายนาท พลไชโย (2543) นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 130 ราย หาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบวัดการเผชิญความเครียดโดยรวมเท่ากับ .76 และรุ่งนภา เตชะกิจโกศล (2552) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ

3.4.3.3 แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies

Questionnaire's) ของ Rosenstiel และ Keefe ในปีค.ศ.1983 ใช้ประเมินกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ป่วยปวดหลัง แบ่งเป็น กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทาง ปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรม เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Items intercorrelation) .71

3.4.3.4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionnaires : MCEQ) สร้างขึ้นปีค.ศ.1984 จากกรทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด 14 ข้อ ให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .68

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec ซึ่งพัฒนาโดย Jalowiec, Murphy และ Power (1984) แปลและปรับปรุงโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมทางภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีการปรับแก้ข้อคำถามให้มีความหมายหรือทำนองเดียวกับต้นฉบับมากที่สุด มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยดัดแปลงในส่วนของข้อคำถาม ให้เป็นข้อคำถามที่ง่ายต่อความเข้าใจมากขึ้นแต่ยังคงความหมายตรงกับต้นฉบับ และนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ราย วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอ ได้เท่ากับ .86 ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีพยาธิสภาพที่สมองเช่นเดียวกัน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจึงใกล้เคียงกัน ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

3.4.4 ความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

ความเจ็บป่วยไม่ว่ามากหรือน้อย ล้วนแต่กระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง มีการเปลี่ยนแปลงตามมามากมาย เช่น ต้องหยุดทำงานทำให้ต้องเสียรายได้ ต้องสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น ความเจ็บป่วยจึงมักทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความสิ้นหวัง ยิ่งหากความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิต หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นย่อมรุนแรงตามไปด้วย จนอาจทำให้เกิดการเสียสมดุลของจิตใจ กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2554) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (อำนาจพร อาชานอก, 2547)

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจรวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลเพื่อจัดการกับความเครียด ความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์เมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้วก็จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้จิตใจกลับสู่ภาวะสมดุลใหม่ วิธีการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัย แต่ในกรณีที่โรคหรือความเจ็บป่วยนั้นเป็นภาวะที่ร้ายแรง เรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ย่อมทำได้ด้วยความยากลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2554) Gustafsson และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low grade glioma พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีในการเผชิญกับความเครียดได้แก่ การ

แสวงหาความต้องการทางสังคม การควบคุมตนเอง และการหนีปัญหา ส่วนการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวด และการเผชิญกับปัญหาถูกนำมาใช้ในการเผชิญกับความเครียดน้อย และการยอมรับกับปัญหา เป็นสิ่งที่ถูกนำมาใช้น้อยที่สุด อายุ เพศ สถานภาพสมรสและระยะเวลาการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ทางด้านคุณภาพชีวิตพบว่า การเผชิญความเครียดโดยการหนีปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ การเผชิญกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางการเงินและบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2000) สำหรับปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรักษาร่วมหลังการผ่าตัด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวนทั้งสิ้น 108 คน โดยร้อยละ 51.9 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 เดือน-17 ปี ซึ่งร้อยละ 77.8 มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.9 เป็นเนื้องอกสมองชนิด Meningioma มีการรู้คิดระดับ 7 - 8 และร้อยละ 77.8 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่วนการรักษาร่วมหลังการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

อำนวยการ อาชานอก (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.20 มีระยะเวลาเจ็บป่วย 0-2 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.85 ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ร้อยละ 33.08 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองอยู่ในระดับดี เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ส่วนอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัชชุนา พุทธสิมมา (2554) ได้ทำการศึกษาอำนาจในการทำนายของการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2000) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ อายุตั้ง 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกในสมองชนิดปฐมภูมิ ผ่านการรักษาโดยการผ่าตัด และมีระดับการรู้คิด ตั้งแต่ระดับ 7-8 ที่เข้ารับการตรวจตามนัดตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 เป็นเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50ปี คิดเป็นร้อยละ 26.25 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 76.3 และร้อยละ 53.75 มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมากกว่า 1 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (42.5%) มีคุณภาพชีวิตระดับดี การทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิได้ แต่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ได้สูงถึง $66.70 (R^2 = .667, p = .041)$

Taphoorn และคณะ (1992) ได้ทำการศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low-grade glioma ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและฉายรังสี จำนวน 14 ราย ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สถานะทางอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการประเมินทางระบบประสาทที่ประเมินด้วยเครื่องมือ KPS น้อยกว่า 80 คะแนน ส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ มีภาวะทางอารมณ์ด้านลบมากกว่าด้านบวก มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ความโกรธ เหนื่อยล้า และความเครียดในระดับสูง และมีคะแนนของความกระฉับกระเฉงในระดับต่ำ

Taphoorn และคณะ (1994) ทำการศึกษาการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low-grade glioma จำนวน 60 ราย ในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีจำนวน 20 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว จำนวน 21 รายและกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตแต่ไม่มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง จำนวน 19 รายเป็นกลุ่มควบคุม ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และสถานะทางอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วย

การฉายรังสีและไม่ฉายรังสี มีสถานะทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะมีระดับความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาในสมองซีกซ้าย กลุ่มผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจะมีภาวะซึมเศร้า ความโกรธความเหนื่อยล้า และความเครียดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม รวมทั้งผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจะรู้สึกไม่พึงพอใจและรู้สึกว่าการทำกิจวัตรของเขาถูกรบกวนมากกว่ากลุ่มควบคุม

Osoba D. และคณะ (1997) ทำการศึกษาถึงผลกระทบของความผิดปกติทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองประเภท malignance glioma จำนวน 105 ราย ใน MD Anderson Cancer Center ประเทศสหรัฐอเมริกา และ Royal Marsden and Charing Cross Hospitals ประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องในการสื่อสาร มีภาวะสับสน หรือบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความบกพร่อง และผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีการกลับเป็นซ้ำจะมีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บทบาทหน้าที่ การรับรู้ น้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่

Lovely, Miaskowski and Dodd. (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Glioblastoma multiformae จำนวน 60 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ชนิด Glioblastoma multiformae

Klein และคณะ (2001) ศึกษาพฤติกรรมการตอบสนองการทำงานของระบบประสาท และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น High-Grade glioma โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น High-Grade glioma จำนวน 68 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell จำนวน 50 คน ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด อาการเฉพาะของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง และสถานะทางประสาทจิตวิทยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น High-Grade glioma มีระดับของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดต่ำกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small-cell โดยในมิติด้าน role limitation due to physical problem มีระดับต่ำ ส่วนด้าน Physical functioning, , role limitation due to emotional problems, bodilypain, mentalhealth, vatality, social functioning ,และ health perception อยู่ในระดับปานกลาง

Klein และคณะ (2003) ศึกษาผลกระทบของอาการชักและยากันชักที่มีต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย Low grade glioma จำนวน 156 คน ที่ไม่มีอาการทางคลินิกหรือผลจากการฉายรังสีของการกลับเป็นซ้ำของโรคน้อยกว่า 1 ปี มีอาการชักและได้รับยากันชักผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86 มีอาการชักและ ร้อยละ 50 ได้รับยากันชัก

ผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีอาการชักและต้องการยากันชักจะมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพลดลง ผู้ป่วยที่มีอาการชักจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชัก

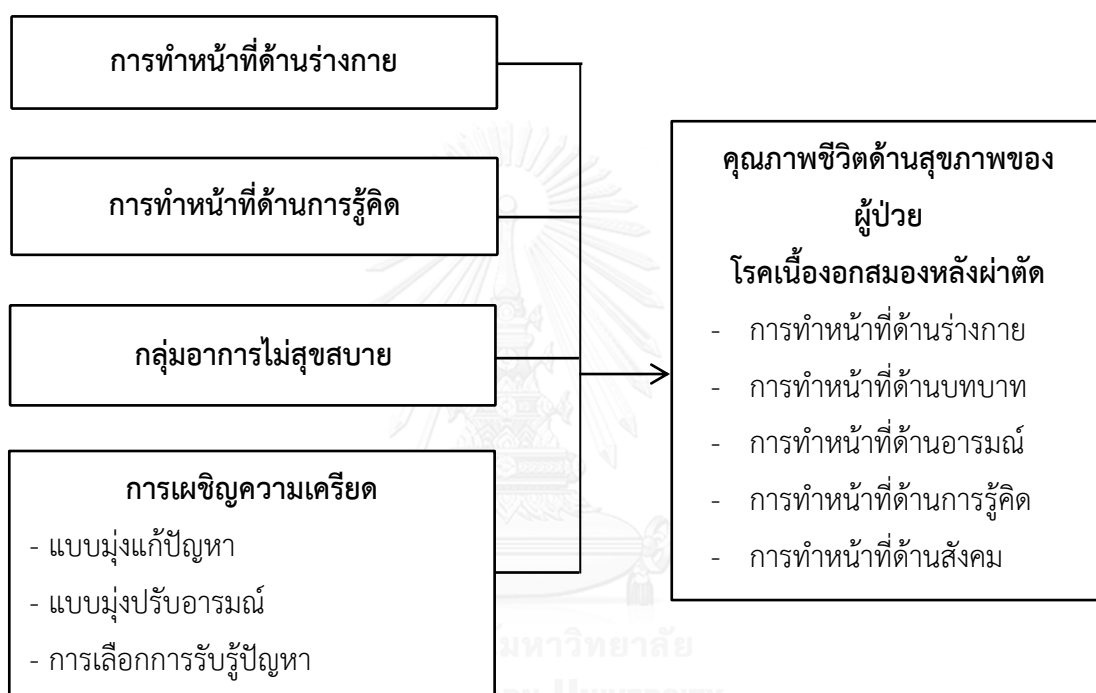
Gustafsson และคณะ (2006) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low grade glioma จำนวน 36 ราย พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดได้แก่ การแสวงหาความต้องการทางสังคม (seeking social Support) การควบคุมตนเอง (self-controlling) และการหนีปัญหา (escape-avoidance) ส่วนการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวด (Planful problem-solving) และการเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) ถูกนำมาใช้ในการเผชิญกับความเครียดน้อย และการยอมรับกับปัญหา (Accepting responsibility) เป็นสิ่งที่ถูกนำมาใช้น้อยที่สุด อายุ เพศ สถานภาพสมรสและระยะเวลาการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ทางด้านคุณภาพชีวิตพบว่า การเผชิญความเครียดโดยการหนีปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางด้านอารมณ์ การเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางการเงินและบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย

Aaronson และคณะ (2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและอาการเฉพาะในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low -grade glioma จำนวน 195 คน โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง Low -grade glioma มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าอาการเฉพาะในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง Low-grade glioma กลุ่มตัวอย่างมีความยากลำบากในการสื่อสาร 24% มีความรู้สึกไม่แน่นอนใจเกี่ยวกับอนาคต 22% มีความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาที่ส่งผลกับครอบครัว 18% มีปัญหาการอ่าน 18% มีปัญหาปวดศีรษะ 18% และมีปัญหาเกี่ยวกับอาการชัก 17%

Tsay และคณะ (2012) ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองแบบปฐมภูมิในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองแบบปฐมภูมิจำนวน 58 คน ในโรงพยาบาลในไต้หวัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการรบกวน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตก่อนที่จะมีการผ่าตัด และ 1 เดือนหลังได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่าอาการรบกวน ความสามารถในการทำงาน และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการรบกวน และภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่จะผ่าตัดจนถึงช่วงหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง นอกจากนี้อาการของความทุกข์ทรมานเพียงอย่างเดียวยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไป 1 เดือน

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปและคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ได้ดังนี้คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สบาย และ การเผชิญความเครียด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร มา 3 โรงพยาบาล โดยมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130)

$$n \geq 10 k + 50$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว

$$n \geq 10(5) + 50 = 100$$

เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 110 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 3-stage sampling โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัดโรงพยาบาลแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ดังนี้

2.1.1 กำหนดสังกัดโรงพยาบาลตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่

2.1.1.1 กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.1.1.2 สำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.1.1.3 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน
สถาบันประสาทวิทยา

2.1.1.4 กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี

2.1.1.5 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระ

2.1.1.6 สภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2.1.2 สุ่มสังกัดมา 2 สังกัดใน 6 สังกัด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบ
คืนที่(Simple random sampling with replacement) ได้ 2 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข
และสำนักนายกรัฐมนตรี

2.2 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักนายกรัฐมนตรี
โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without
replacement) จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้ดังนี้

2.2.1 กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี

2.2.2 เนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีเพียง 1 แห่ง คือ
โรงพยาบาลตำรวจ จึงไม่ต้องทำการสุ่ม

2.3 ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบระบบ (Systematic Sampling) โดยใช้
การจัดลำดับของการรอรับบริการตรวจรักษาในวันและเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล
เปิดให้บริการและอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับ
การตรวจ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
ในแต่ละวัน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดที่มีในแต่ละวันระหว่างวันที่ 8 กันยายน 2558 - 10 กุมภาพันธ์ 2559 รวมจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่าง 110 คน

3. ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดย
กำหนดเกณฑ์ดังนี้

3.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

3.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมองได้รับการ
รักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก

3.1.2 อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3.1.3 พูดและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

3.1.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

3.2.1 ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตประสาท หรือมีภาวะสับสน อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

3.2.2 ผู้ป่วยมีอาการจากโรคเนื้องอกหรือการผ่าตัด เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ขณะขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 6 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพก่อนเจ็บป่วย อาชีพหลังเจ็บป่วย และรายได้ โดยลักษณะแบบประเมินด้านอายุเป็นคำถามปลายเปิด เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพก่อนเจ็บป่วย อาชีพหลังเจ็บป่วย และรายได้ เป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้

1.2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง การวินิจฉัยโรคร่วม การรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง จำนวนครั้งของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากการผ่าตัด และสิทธิการรักษา

2. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยอานวยพร อาชานอก (2549) ใช้สำหรับประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในประเทศไทย ประกอบด้วยข้อความดังนี้ 1) ความสามารถในการทำงาน ซึ่งเป็นข้อความที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานในอาชีพ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ เป็นข้อความที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน และ 3) ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ข้อความนี้มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง โดยประเมินจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ มีช่วงคะแนน 0-100 คะแนน

คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนมากแสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี และคะแนนน้อยแสดงถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี

เกณฑ์คะแนนระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948)

| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | ระดับคะแนน |
|---|------------|
| 1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | 80-100 |
| 2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน | 50-70 |
| 3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล อาการของโรคเนื้องอกสมองดำเนินอย่างรวดเร็ว | 0-40 |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ (Pilot and Hungler, 1999) ผลจากการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ คือ

1) ปรับแก้ข้อความส่วนความหมายจาก “ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลที่เท่ากับสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล อาการของโรคเนื้องอกสมองดำเนินอย่างรวดเร็ว”

2) ปรับแก้ข้อความส่วนหลักการของระดับคะแนนต่างๆ ดังนี้

ระดับคะแนน 100 % จาก “ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรค” ปรับแก้เป็น “ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรคเนื่องจากสมอง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติของการพูด การมองเห็น เป็นต้น”

ระดับคะแนน 90% จาก “สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย” ปรับแก้เป็น “สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานในอาชีพ งานบ้านและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเนื่องจากสมองเพียงเล็กน้อย”

ระดับคะแนน 80% จาก “สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้แต่ต้องให้ความพยายามเพิ่มขึ้นมีอาการหรืออาการแสดงของโรคบางอย่าง” ปรับแก้เป็น “สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพ งานบ้านและกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นมีอาการหรืออาการแสดงของโรคเนื่องจากสมองบางอย่าง”

ระดับคะแนน 70% จาก “ดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมตามปกติได้” ปรับแก้เป็น “ดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถทำงานบ้านหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้”

ระดับคะแนน 40% จาก “ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและผู้ช่วยเหลือ” ปรับแก้เป็น “ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษและต้องการผู้ช่วยเหลือ”

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท Mini Mental Stat Exam (MMSE) พัฒนาโดย Folstein และคณะ (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2) ความจำและการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิบัติการต่อการตอบสนอง และ 3) ความสามารถในการเรียนแบบ รวมทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542)

| ระดับการศึกษา | คะแนน | |
|--|--------|--------------------------|
| | จุดตัด | เต็ม |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) | ≤ 14 | 23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10) |
| เรียนระดับประถมศึกษา | ≤ 17 | 30 |
| เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา | ≤ 22 | 30 |

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ในการทำแบบทดสอบทดสอบต้องตัดข้อที่ไม่สามารถทำได้ออก 3 ข้อ ได้แก่

ข้อ 4 Attention/Calculation) (5 คะแนน)

4.1 คิดเลขในใจ 100-7 (5 ครั้ง) หรือ

4.2 สกกดคำว่ามะนาวถอยหลัง

ข้อ 9 Written command (1 คะแนน)

อ่านคำว่า “หลับตา” และทำตาม

ข้อ 10 Writing (1 คะแนน)

ให้เขียนประโยค

ข้อคำถามสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) จึงมี 8 ข้อรวมคะแนนเต็ม 23 คะแนน

จุดตัด (cut-off point) ที่สงสัยว่ามีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องของผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ผู้ที่เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษา และผู้ที่เรียนจบสูงกว่าระดับชั้นประถมศึกษา จะอยู่ที่ 14, 17, และ 22 ตามลำดับ โดยหากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนดังกล่าวถือว่ามีอาการรู้คิดบกพร่อง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา

จำนวน 1 คน จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการชั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ (Pilot and Hungler, 1999) ผลจากการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ คือ

ข้อ 1.4 “ปีนี้ปีอะไร” ปรับแก้เป็น “ปีนี้ปี พ.ศ.อะไร” และข้อ 2.3 “ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร” ปรับแก้เป็น “ที่นี้อยู่ในเขตอะไร”

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกสมองหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .74 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจนครบ 110 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .71

4. แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ซึ่งประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิด ทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการบกร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อย ล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก

ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรงโดยปลายเส้นตรงทางด้านซ้ายมือสุดคือ “0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุดคือ “10” กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แต่ละข้อคำถามมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 มีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน คำนวณคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบาย โดยใช้สูตร

$$\text{คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบาย} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ได้}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ}}$$

การแปลผลคะแนน ระดับของกลุ่มอาการไม่สบาย (อำนาจพร อาชานอก, 2549)

| ระดับของกลุ่มอาการไม่สบาย | ระดับคะแนน |
|-------------------------------------|------------|
| กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับต่ำ | 0–3.33 |
| กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับปานกลาง | 3.34–6.66 |
| กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับสูง | 6.67–10 |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย โดย อำนาจพร อาชานอก (2549) ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ (Pilot and Hungler, 1999) ผลจากการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ คือ

ข้อ 2. “อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ปรับแก้เป็น “อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ข้อ 5. “อาการที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อภาษาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ปรับแก้เป็น “อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อภาษาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ข้อ 6. “อาการที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ปรับแก้เป็น “อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” และข้อ 9 “อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด” ปรับแก้เป็น “การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด”

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แผลและตัดแปลงโดย โดย อำนวยพร อาษานอก (2549) ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .64 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจนครบ 110 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .68

5. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec Coping Scale) ของ Jalowiec, Murphy and Power (1984) ที่แปลและปรับปรุงโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) มีข้อความจำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ คือ 1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีข้อความ 13 ข้อ 2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีข้อความ 9 ข้อ และ 3) พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง มีข้อความ 14 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด คะแนนรวม 36-180 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

| ความคิดเห็น | ความหมาย | ระดับ คะแนน |
|---------------|--|----------------|
| ไม่เคย | ไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เลย | 1 |
| นานๆครั้ง | ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เดือนละ 1-3 ครั้ง | 2 |
| บางครั้ง | ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง | 3 |
| บ่อยครั้ง | ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง | 4 |
| เกือบทุกครั้ง | ใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนี้เกือบทุกครั้ง | 5 |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การประเมินใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยใช้สูตร (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542)

$$\text{ค่าเฉลี่ยรายด้าน} = \frac{\text{คะแนนรวมของรายด้าน}}{\text{จำนวนข้อคำถามของด้านนั้น}}$$

$$\text{คะแนนสัมพัทธ์} = \frac{\text{ค่าเฉลี่ยรายด้าน}}{\text{ผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน}}$$

คะแนนสัมพัทธ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน โดยคะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมากแสดงถึงผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท จำนวน 2 คน

นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ (Pilot and Hungler, 1999) ผลจากการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ คือ

ข้อ 16 “พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้” ปรับแก้เป็น “พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น”

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .91 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจนครบ 110 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .93

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคนีื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคนีื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 (Aronson, 1993) ฉบับภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย Silpakit และคณะ (2006) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

| ระดับความคิดเห็น | ระดับคะแนน |
|------------------|------------|
| ไม่มีเลย | 1 |
| เล็กน้อย | 2 |
| ค่อนข้างมาก | 3 |
| มากที่สุด | 4 |

สำหรับการแปลงคะแนนนั้น มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน แล้วเปรียบเทียบกับคะแนนกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของ EORTC (Scott et al., 2008) ดังใน ตารางที่ 3 เพื่อบอกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคนีื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งคะแนนการประเมินที่มาก หมายถึง บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ดี และคะแนนที่น้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดี ซึ่งมีการแปลงคะแนนดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

| | Scale | Number of items | Item range* | Item number |
|---------------------------|-------|-----------------|-------------|-------------|
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | PF | 5 | 3 | 1 ถึง 5 |
| การทำหน้าที่ด้านบทบาท | RF | 2 | 3 | 6 และ 7 |
| การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ | EF | 4 | 3 | 9 ถึง 12 |
| การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด | CF | 2 | 3 | 8 และ 13 |
| การทำหน้าที่ด้านสังคม | SF | 2 | 3 | 14 และ 15 |

*Item range คือ ความแตกต่างระหว่างคะแนนที่สูงที่สุดและต่ำที่สุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้ โดยลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า 4 ระดับ มีระดับคะแนน 1-4 ดังนั้นค่าความต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 3

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิต

1. หา Raw Score(RS)=(คะแนนข้อที่ 1 + ข้อที่ 2 + ข้อที่ 3+.....+ข้อที่n)/n

เมื่อ n = จำนวนข้อคำถามในแต่ละด้าน

Ex. RS ของส่วนความสามารถในการทำหน้าที่

RS ของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย = (ข้อที่1+ข้อที่2+ข้อที่3+ข้อที่4+ข้อที่5)/5

RS ของการทำหน้าที่ด้านบทบาท = (ข้อที่6+ข้อที่7)/2

RS ของการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ = (ข้อที่9.+ข้อที่10+ข้อที่11+ข้อที่12)/4

RS ของการทำหน้าที่ด้านการรู้จัก = (ข้อที่8+ข้อที่13)/2

RS ของการทำหน้าที่ด้านสังคม = (ข้อที่14+ข้อที่15)/2

2. คำนวณคะแนนส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ = $\{1-((RS-1)/Range)\} \times 100$

ตัวอย่างวิธีการคำนวณคะแนน

คะแนนส่วนการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (PF score):

RS = (ข้อที่1+ข้อที่2+ข้อที่3+ข้อที่4+ข้อที่5)/5

PF score = $\{1-((RS-1)/3)\} \times 100$

ตารางที่ 3 แสดงเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Scott et al., 2008)

| คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งสมอง | Ref. mean |
|---------------------------------|-----------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม | 68.88 |
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 75.80 |
| การทำหน้าที่ด้านบทบาท | 58.10 |
| การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ | 70.90 |
| การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ | 72.80 |
| การทำหน้าที่ด้านสังคม | 66.80 |

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทางด้านประสาทวิทยา จำนวน 1 คน จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านระบบประสาท 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท จำนวน 2 คน

นำเครื่องมือมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq .80$ (Pilot and Hungler, 1999) ผลจากการคำนวณได้ค่า CVI เท่ากับ 0.9 ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ คือ

ข้อ 8 “คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่?” และ ข้อ 17 “คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่?” มีความไม่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ให้พิจารณาตัดข้อคำถามออก แต่เนื่องจากหากตัดข้อคำถามออกอาจทำให้มีผลต่อการคิดคะแนนของแบบประเมินได้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาคงข้อคำถามทั้ง 2 ข้อไว้

การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .90 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจนครบ 110 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .90

ตารางที่ 4 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

| เครื่องมือ | CVI | Reliability* (try out) | Reliability** (ใช้จริง) |
|--|------|---------------------------|----------------------------|
| 1. แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วย โรคเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 (Silpakit et al, 2006) | 0.90 | .90 | .90 |
| 2. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) | 1 | - | - |
| 3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับ ภาษาไทย MMSE-Thai 2002 | 1 | .74 | .71 |
| 4. แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ของ อำนวยพร อาชานอก (2549) | 1 | .64 | .68 |
| 5. แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1984) | 0.86 | .91 | .93 |

*try out ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจำนวน 30 คน

** นำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 110 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งแจกแบบประเมินโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันประสาท โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล

2. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามวันและเวลาที่ระบุ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน โดย
 - 3.1 ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน
 - 3.1.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
 - 3.1.2 สำรวจแฟ้มประวัติ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.2 วันเก็บข้อมูล
 - 3.2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและเข้าใจ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย
 - 3.2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.3 อธิบายรายละเอียดและวิธีตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง

กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความให้โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที โดยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา
 - 3.4 กรณีที่มีกิจกรรมอื่นมาแทรกแซง จนทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบประเมินได้เสร็จสมบูรณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมนั้นแล้ว
 - 3.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้แบบประเมินคืนจากกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.6 กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ
4. นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจาก โรงพยาบาลตำรวจ วันที่ 8 กันยายน 2558 โรงพยาบาลราชวิถี วันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 และสถาบันประสาท วันที่ 5 มกราคม 2559 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความจำนงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ หากขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และส่งไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่

เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว รายได้ของ

ครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก)

ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง การวินิจฉัยโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ และสิทธิการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการผ่าตัดโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยตามแนวคิด Health-Related Quality of Life Conceptual Model ของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดระหว่าง การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

2.4 วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของ สถาบันประสาท โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 110 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย ตามรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตาราง ที่ 5-8

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตาราง ที่ 9-13

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตาราง ที่ 14-25

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5-8

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว และศาสนา (n = 110)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 79 | 71.80 |
| ชาย | 31 | 28.20 |
| อายุ (ปี) | | |
| 18-30 | 7 | 6.40 |
| 31-40 | 23 | 20.90 |
| 41-50 | 40 | 36.40 |
| 51-59 | 40 | 36.40 |
| (\bar{x} = 46.05 ปี, SD = 9.38) | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 89 | 80.90 |
| โสด | 15 | 13.60 |
| หย่า | 5 | 4.50 |
| แยกกันอยู่ | 1 | 0.90 |
| สถานภาพในครอบครัว | | |
| ไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลัก | 82 | 74.50 |
| ผู้หารายได้หลัก | 28 | 25.50 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 109 | 99.10 |
| อิสลาม | 1 | 0.90 |

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.80 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.40 ซึ่งเท่ากับจำนวนในช่วงอายุของ 51-59 ปี ($\bar{x} = 46.05$, $SD = 9.38$) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.90 สถานภาพในครอบครัวคือ ไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลัก คิดเป็นร้อยละ 74.50 และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.10



ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตาม ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย รายได้ผู้ป่วยต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย และสิทธิการรักษา (n = 110)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 43 | 39.10 |
| มัธยมศึกษา | 21 | 19.10 |
| อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร | 16 | 14.50 |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี | 30 | 27.30 |
| ลักษณะงานที่ทำก่อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วย | | |
| รับจ้างทั่วไป | 24 | 21.80 |
| พนักงานบริษัทฯ | 23 | 20.90 |
| ประกอบธุรกิจส่วนตัว | 20 | 18.20 |
| เกษตรกร | 15 | 13.6 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 12 | 10.90 |
| รับราชการ | 10 | 9.10 |
| อื่นๆ | 6 | 5.5 |
| ลักษณะงานที่ทำหลังผ่าตัดของผู้ป่วย | | |
| ประกอบอาชีพเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย | 68 | 61.80 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากการเจ็บป่วย | 42 | 37.30 |
| เปลี่ยนแปลงอาชีพ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ | 1 | 0.90 |
| รายได้ผู้ป่วยต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 37 | 33.60 |
| 5,001 – 10,000 บาท | 7 | 6.40 |
| 10,001 – 15,000 บาท | 24 | 21.80 |
| 15,001 – 20,000 บาท | 16 | 14.50 |
| มากกว่า 20,000 บาท | 26 | 23.60 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท | 1 | 0.90 |
| 5,001 – 10,000 บาท | 4 | 3.60 |
| 10,001 – 15,000 บาท | 12 | 10.90 |
| 15,001 – 20,000 บาท | 18 | 16.40 |
| มากกว่า 20,000 บาท | 75 | 68.20 |
| ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย | | |
| เพียงพอ | 82 | 74.50 |
| ไม่เพียงพอ | 28 | 25.50 |
| สิทธิการรักษา | | |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) | 61 | 46.40 |
| ประกันสังคม | 37 | 33.60 |
| กรมบัญชีกลาง | 14 | 12.70 |
| รัฐวิสาหกิจ | 3 | 2.70 |
| จ่ายเอง | 3 | 2.70 |
| อื่นๆ | 2 | 1.80 |

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43 มีลักษณะงานที่ทำก่อนผ่าตัด คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 21.80 มีลักษณะงานที่ทำหลังผ่าตัด คือ ประกอบอาชีพเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 61.80 รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.60 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.20 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 74.50 และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) คิดเป็นร้อยละ 46.40

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และการวินิจฉัยโรคร่วม (n = 110)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) | | |
| Meningioma | 54 | 49.10 |
| Pituitary adenoma | 23 | 20.90 |
| Glioma | 11 | 10.00 |
| Schwannoma | 7 | 6.40 |
| Astrocytoma | 4 | 3.60 |
| Craniopharyngioma | 3 | 2.70 |
| อื่นๆ* | 8 | 7.30 |
| ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง | | |
| Pituitary gland | 26 | 23.60 |
| Left Frontal lobe | 14 | 12.70 |
| Right Frontal lobe | 14 | 12.70 |
| Left Temporal lobe | 8 | 7.30 |
| Sphenoid | 8 | 7.30 |
| Occipital lobe | 7 | 6.30 |
| Cerebella | 4 | 3.60 |
| Right Temporal lobe | 4 | 3.60 |
| Vestibular | 4 | 3.60 |
| Parasagittal | 3 | 2.70 |
| Left Parietal lobe | 2 | 1.80 |
| Right Parietal lobe | 2 | 1.80 |
| Clival | 2 | 1.80 |
| อื่นๆ** | 12 | 10.90 |

*การวินิจฉัยโรค อื่นๆ ได้แก่ Chordoma, Cavernoma, Adenocarcinoma, Neuroepithelial tumor, Neoplasmtumor

** ตำแหน่งอื่นๆ ได้แก่ Oligodendroglioma, Precentral, Falx, supracellar, Biconical, CS dura, CPA, Parasagittal, Clinoid

ตารางที่ 7 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------|-------|--------|
| การวินิจฉัยโรคร่วม* | | |
| ไม่มีโรคร่วม | 62 | 56.40 |
| มีโรคร่วม 1 โรค | 35 | 31.80 |
| มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค | 13 | 11.80 |

*โรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เกาต์ โรคหัวใจ ภูมิแพ้ ไทรอยด์ หอบหืด

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) คือ Meningioma คิดเป็นร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ Pituitary adenoma และ Glioma คิดเป็นร้อยละ 20.90 และ 10.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีตำแหน่งของเนื้องอกสมองอยู่ที่ Pituitary gland คิดเป็นร้อยละ 23.60 รองลงมาคือ Left Frontal lobe ซึ่งมีจำนวนเท่ากับตำแหน่ง Right Frontal lobe คือร้อยละ 12.70 และส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยว่าไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 56.40

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด จำนวนครั้งของการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค) และระยะเวลาหลังได้รับการผ่าตัด (n = 110)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| การรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด | | |
| รักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว | 89 | 80.90 |
| ฉายแสง | 16 | 14.55 |
| ฉายแสงและยาเคมีบำบัด | 3 | 2.73 |
| ยาเคมีบำบัด | 2 | 1.82 |
| จำนวนครั้งของการผ่าตัด | | |
| 1 ครั้ง | 83 | 75.50 |
| มากกว่า 1 ครั้ง | 27 | 24.50 |
| ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด | | |
| ไม่มีภาวะแทรกซ้อน | 57 | 51.80 |
| การมองเห็นผิดปกติ | 9 | 8.20 |
| กล้ามเนื้อหน้าอ่อนแรง | 8 | 7.30 |
| ปวดศีรษะ | 8 | 7.30 |
| แขนขาอ่อนแรง | 6 | 5.50 |
| พูดไม่ชัด | 4 | 3.80 |
| CSF rhinorrhea | 4 | 3.80 |
| ซัสถ่ายผิดปกติ | 3 | 2.70 |
| แผลติดเชื้อ | 3 | 2.70 |
| อื่นๆ | 8 | 7.30 |
| ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค)* | | |
| น้อยกว่า 6 เดือน | 44 | 40.00 |
| มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี | 34 | 30.90 |
| มากกว่า 1 ปี | 32 | 29.10 |
| (\bar{x} = 13.50 เดือน, SD = 19.35) | | |

ตารางที่ 8 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมอง** | | |
| น้อยกว่า 90 วัน | 44 | 40.00 |
| มากกว่า 90 – 180 วัน | 66 | 60.00 |
| (\bar{x} = 108.84 วัน, SD = 63.77) | | |

*ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรคจนถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย

**ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมองจนถึงวันที่เข้าร่วมการวิจัย

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ร้อยละ 81.70 ไม่ได้
 ได้รับความเพิ่มเติมจากการผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด คิดเป็นร้อย
 ละ 51.80 รองลงมาคือ การมองเห็นผิดปกติ และกล้ามเนื้อหน้าอ่อนแรง คิดเป็นร้อยละ 8.20 และ
 7.30 ตามลำดับ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค) คือ น้อยกว่า 6 เดือน
 คิดเป็นร้อยละ 40.00 (\bar{x} = 13.50, SD = 19.35) นอกจากนี้มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วย
 ผ่าตัดสมองอยู่ในช่วง 90 – 180 วัน คิดเป็นร้อยละ 60.00 (\bar{x} = 108.84, SD = 63.77)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตาราง ที่ 9-13

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (n = 110)

| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | 99 | 90.00 |
| 2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน | 11 | 10.00 |
| (\bar{x} = 85.36 SD = 9.05) | | |

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 90.00 และไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน คิดเป็นร้อยละ 10.00 (\bar{x} = 85.36, SD = 9.05)

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (n = 110)

| การทำหน้าที่ด้าน การรู้คิด | ไม่บกพร่อง | | | | บกพร่อง | | | |
|-------------------------------|------------|--------|-----------|------|---------|--------|-----------|----|
| | จำนวน | ร้อยละ | \bar{x} | SD | จำนวน | ร้อยละ | \bar{x} | SD |
| ระดับประถมศึกษา | 42 | 97.70 | 28.71 | 3.13 | 1 | 2.3 | 16.00 | - |
| สูงกว่าระดับ ประถมศึกษา | 67 | 100 | 29.54 | 1.70 | - | - | - | - |

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ร้อยละ 97.70 และมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ร้อยละ 2.3 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาทุกคนไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามกลุ่มอาการไม่สุขสบาย*

| กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | จำนวน | ร้อยละ | ระดับความรุนแรงของอาการ | |
|--|-------|--------|-------------------------|------|
| | | | \bar{x} | S D |
| 1. อาการเหนื่อยล้า | 61 | 55.45 | 2.88 | 2.89 |
| 2. อาการปวดศีรษะ | 51 | 46.36 | 1.90 | 2.44 |
| 3. อาการนอนไม่หลับ | 50 | 45.45 | 2.23 | 2.81 |
| 4. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น | 42 | 38.18 | 1.90 | 2.67 |
| 5. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ | 30 | 27.27 | 1.39 | 2.56 |
| 6. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน | 18 | 16.36 | 0.86 | 2.30 |
| 7. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อสาร | 18 | 16.36 | 0.83 | 2.06 |
| 8. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก | 14 | 12.73 | 0.55 | 1.68 |
| 9. อาการคลื่นไส้-อาเจียน | 13 | 11.82 | 0.46 | 1.57 |
| 10. อาการชัก | 2 | 1.82 | 0.14 | 1.06 |
| กลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวม | | | 1.31 | 1.07 |

*ผู้ป่วย 1 รายมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายได้มากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.31$, $SD = 1.07$) เมื่อพิจารณารายข้อแล้วนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคือ ปวดศีรษะ และ อาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 55.45, 46.36 และ 45.45 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากระดับความรุนแรงของอาการพบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคืออาการนอนไม่หลับ และอาการปวดศีรษะซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น โดยมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{x}) ดังนี้คือ 2.88($SD = 2.89$), 2.23($SD = 2.81$) และ 1.90 ($SD = 2.44$) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยรายด้าน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียดแบ่งตามรายด้าน (n = 110)

| วิธีการเผชิญความเครียด | \bar{x} | SD | คะแนนสัมพัทธ์ |
|--|-----------|------|---------------|
| 1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา | 3.00 | 0.80 | 0.39 |
| 2. การเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา | 2.85 | 0.65 | 0.38 |
| 3. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | 1.83 | 0.60 | 0.24 |

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.39) รองลงมาคือ แบบการเลือกการรับรู้ปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.38) และมีการใช้แบบมุ่งปรับอารมณ์น้อยสุด (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.24) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้าน (\bar{x}) เท่ากับ 3.00 (SD = 0.80), 2.85 (SD = 0.65) และ 1.83 (SD = 0.60) ตามลำดับ

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยรายด้าน และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย (n = 110)

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | \bar{x} | SD | Ref. mean* | \bar{X} เมื่อเทียบค่าอ้างอิง |
|---------------------------|-----------|-------|------------|--------------------------------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม | 77.08 | 20.24 | 68.88 | สูงกว่า |
| การทำหน้าที่ด้านบทบาท | 78.90 | 27.80 | 58.10 | สูงกว่า |
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 78.80 | 22.17 | 75.80 | สูงกว่า |
| การทำหน้าที่ด้านสังคม | 76.40 | 29.21 | 66.80 | สูงกว่า |
| การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ | 75.40 | 22.56 | 70.90 | สูงกว่า |
| การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ | 75.90 | 25.50 | 72.80 | สูงกว่า |

*Ref. mean (Scott et al., 2008)

จากตารางที่ 13 เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.08 (SD= 20.24) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่สูงย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่สูง เมื่อวิเคราะห์การทำหน้าที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านบทบาท ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิงไว้ โดยมีค่าเฉลี่ย 78.90 (SD= 27.80), 78.80 (SD= 22.17), 76.40 (SD= 29.21), 75.40 (SD= 22.56) และ 75.90 (SD= 25.50) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 14-25

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | Adj. R^2 | F | p-value |
|---|------|-------|------------|--------|---------|
| 1.การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .655 | .429 | .424 | 81.273 | .000 |
| 2.การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .710 | .504 | .495 | 54.419 | .000 |
| 3.การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบ มุ่งปรับอารมณ์ | .724 | .523 | .510 | 38.795 | .000 |

จากตารางที่ 14 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกายถูกเข้าสู่สมการและอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 42.9 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 42.4

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มอาการไม่สุขสบายถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 โดยตัวแปรคือการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มอาการไม่สุขสบายร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 50.4 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 49.5

ขั้นตอนที่ 3 วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 โดยตัวแปรทั้งสามตัวคือการทำหน้าที่ด้านร่างกาย วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และกลุ่มอาการไม่สุขสบายร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 52.3 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 51

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|--|--------------|-----------------|-------|-------------|
| 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 1.147 | .159 | .533 | 7.191 |
| 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | -.633 | .163 | -.289 | -3.892 |
| 3. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | -58.900 | 28.584 | -.139 | -2.061 |
| ค่าคงที่ | 1.146 | 15.852 | | .072 |

จากตารางที่ 15 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกายแปรผันตามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนวิธีการกลุ่มอาการไม่สุขสบาย และเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์แปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้น ในทำนองเดียวกันการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลง และการเพิ่มขึ้นของวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลงเช่นกัน โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SE_b) เท่ากับ 15.852 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= 1.146 + 1.147 (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

$$- .633 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

$$- 58.900 (\text{วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= + 0.533 \text{ (การทำหน้าที่ด้านร่างกาย)}$$

$$- 0.289 \text{ (กลุ่มอาการไม่สุขสบาย)}$$

$$- 0.139 \text{ (วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์)}$$

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value |
|--|------|-------|--------------|---------|---------|
| 1.การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .698 | .488 | .483 | 102.758 | .000 |
| 2.การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .717 | .514 | .505 | 56.603 | .000 |

จากตารางที่ 16 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกายถูกเข้าสู่สมการและอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.8 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 48.3

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มอาการไม่สุขสบายถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 โดยตัวแปรทั้งสองตัวคือการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มอาการไม่สุขสบายร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 51.4 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 50.5

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|----------------------------|--------|-----------------|-------|--------|
| 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 1.523 | .182 | .622 | -0.125 |
| 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | -.448 | .185 | -.180 | -2.417 |
| ค่าคงที่ | 45.643 | 16.715 | | -2.731 |

จากตารางที่ 17 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกายแปรผันตามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนวิธีการกลุ่มอาการไม่สุขสบายแปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้น ในทำนองเดียวกันการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลง โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= 45.643 + 1.523 \quad (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

$$- .448 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= + 0.622 \quad (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

$$- 0.180 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value |
|-------------------------|-------|-------|--------------|--------|---------|
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .629a | 0.396 | 0.39 | 70.694 | .000 |

จากตารางที่ 18 พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายถูกเข้าสู่สมการและอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 39

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|-------------------------|--------|-----------------|-------|--------|
| การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 1.932 | 0.23 | 0.629 | 8.408 |
| ค่าคงที่ | 85.943 | 19.719 | | -4.358 |

จากตารางที่ 19 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยแปรผันตามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้น โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= 85.943 + 1.932 \quad (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= + 0.629 \quad (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value |
|---|------|-------|--------------|--------|---------|
| 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .420 | 0.176 | 0.168 | 23.076 | .000 |
| 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งปรับอารมณ์ | .469 | 0.220 | 0.205 | 15.09 | .000 |

จากตารางที่ 20 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 กลุ่มอาการไม่สุขสบายถูกเข้าสู่สมการและอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 17.6 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 16.8

ขั้นตอนที่ 2 วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 โดยตัวแปรทั้งสองตัวคือกลุ่มอาการไม่สุขสบายและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 20.5

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|--|---------------|-----------------|--------|---------------|
| 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | -1.023 | 0.217 | -0.404 | -4.714 |
| 2. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | -103.398 | 42.106 | -0.21 | -2.456 |
| ค่าคงที่ | 112.58 | 10.345 | | 10.882 |

จากตารางที่ 21 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ประกอบด้วยกลุ่มอาการไม่สุขสบายและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์แปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบายและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแยกลง โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= 112.58 - 1.023 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

$$- 103.398 \quad (\text{วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= -0.404 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

$$-0.21 \quad (\text{วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์})$$

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value |
|---|-------|-------|--------------|--------|---------|
| 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | 0.438 | 0.192 | 0.184 | 25.636 | .000 |
| 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 0.481 | 0.232 | 0.217 | 16.117 | .000 |
| 3. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และวิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งปรับอารมณ์ | 0.518 | 0.268 | 0.248 | 12.969 | |

จากตารางที่ 22 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 กลุ่มอาการไม่สุขสบายถูกเข้าสู่สมการและอธิบาย ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบาย สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 19.2 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 18.4

ขั้นตอนที่ 2 การทำหน้าที่ด้านร่างกายถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 โดยตัวแปรทั้งสองตัวคือ กลุ่มอาการไม่สุขสบายและการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 23.2 และมี ความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 21.7

ขั้นตอนที่ 3 วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 โดย ตัวแปรทั้งสามตัวคือกลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกายและวิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถใน การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 26.8 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 24.8

ตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|--|---------------|-----------------|--------|--------------|
| 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | -0.936 | 0.264 | -0.327 | -3.55 |
| 2. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 0.642 | 0.259 | 0.228 | 2.482 |
| 3. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | -107.281 | 46.342 | -0.193 | -2.315 |
| ค่าคงที่ | 58.201 | 25.701 | | 2.265 |

จากตารางที่ 23 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ประกอบด้วยกลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกายและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แปรผันตามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์แปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้น ในทำนองเดียวกันการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลง และการเพิ่มขึ้นของวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลงเช่นกัน โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกรู๊ตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$\begin{aligned}
 &= 58.201 - 0.936 && (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย}) \\
 &+ 0.642 && (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย}) \\
 &- 107.281 && (\text{วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์})
 \end{aligned}$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกรู๊ตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$\begin{aligned}
 &= - 0.327 && (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย}) \\
 &+ 0.228 && (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย}) \\
 &- 0.193 && (\text{วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์})
 \end{aligned}$$

ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

| ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value |
|---|-------|-------|--------------|--------|---------|
| 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 0.542 | 0.293 | 0.287 | 44.832 | .000 |
| 2. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | 0.573 | 0.328 | 0.315 | 26.115 | .000 |

จากตารางที่ 24 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 การทำหน้าที่ด้านร่างกายถูกเข้าสู่สมการและอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 29.3 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 28.7

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มอาการไม่สุขสบายถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 โดยตัวแปรทั้งสองตัวคือการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มอาการไม่สุขสบายสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 32.8 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 31.5

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ(b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) (n=110)

| ลำดับขั้นการทำนาย | b | SE _b | Beta | t |
|----------------------------|--------|-----------------|--------|--------|
| 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 1.466 | 0.282 | 0.454 | 5.194 |
| 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | -0.675 | 0.287 | -0.206 | -2.35 |
| ค่าคงที่ | 40.461 | 25.9 | | -1.562 |

จากตารางที่ 25 พบว่าตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มอาการไม่สุขสบาย โดยการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แปรผันตามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มอาการไม่สุขสบายแปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้น ในทำนองเดียวกันการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแย่ลง โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

$$= 40.461 + 1.466 \quad (\text{การทำหน้าที่ด้านร่างกาย})$$

$$- 0.675 \quad (\text{กลุ่มอาการไม่สุขสบาย})$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

= + 0.454 (การทำหน้าที่ด้านร่างกาย)

-0.206 (กลุ่มอาการไม่สุขสบาย)



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สบาย และ การเผชิญความเครียด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่ได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130) จากสูตรการคำนวณ $n \geq 10k + 50$ เมื่อ $n =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ $k =$ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว ดังนั้น $n \geq 10(5) + 50 = 100$ คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 110 คน

2. สุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 3-stage sampling โดยขั้นตอนที่ 1 สุ่มสังกัดโรงพยาบาลมา 2 สังกัด โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบคืนที่ได้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานรัฐมนตรี ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling without replacement) จำนวน 2 โรงพยาบาล ได้สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี และเนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานรัฐมนตรีมี 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลตำรวจ จึงไม่ต้องทำการสุ่มโรงพยาบาลในสังกัด และขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบระบบ (Systematic Sampling) จากการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในสถาบันประสาทวิทยาจำนวน 60 คน โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 30 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 20

คน ในระหว่างวันที่ 8 กันยายน 2558 - 10 กุมภาพันธ์ 2559 และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล

3. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคนีื้องอกในสมองได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก

3.2 อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3.3 พูดและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

3.4 ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

4.1 ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการทางจิตประสาท หรือมีภาวะสับสน อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

4.2 ผู้ป่วยมีอาการจากโรคนีื้องอกหรือการผ่าตัด เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ขณะขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnofsky Performance Status Scale (Karnofsky et al., 1948) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1984) และแบบวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 ฉบับภาษาไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI = 1.00, 1.00, 1.00, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1984) และแบบวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 ฉบับภาษาไทย ได้เท่ากับ .74, .64, .91 และ .90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคนีื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะงานที่ทำก่อนและหลังผ่าตัดของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง การวินิจฉัยโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ และสิทธิการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการผ่าตัดโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.80) มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 36.40) ซึ่งเท่ากับจำนวนในช่วงอายุของ 51-59 ปี ($\bar{x} = 46.05$, $SD = 9.38$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.90) สถานภาพในครอบครัวคือ ไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลัก (ร้อยละ 74.50) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.10) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43) มีลักษณะงานที่ทำก่อนผ่าตัด คือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 21.80) ภายหลังผ่าตัดยังประกอบอาชีพเดิม (ร้อยละ 61.80) รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.60) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.20 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 74.50 และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็น ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.40)

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ มีการวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) คือ Meningioma คิดเป็นร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ Pituitary adenoma และ Glioma คิดเป็นร้อยละ 20.90 และ 10.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีตำแหน่งของเนื้องอกสมองอยู่ที่ Pituitary gland คิดเป็นร้อยละ 23.60 รองลงมาคือ Left Frontal lobe ซึ่งมีจำนวนเท่ากับตำแหน่ง Right Frontal lobe คือร้อยละ 12.70 และส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยว่าไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 56.40 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.70 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 51.80 มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค) คือ น้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ($\bar{x} = 13.50$, $SD = 19.35$) และมีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมองอยู่ในช่วง 90 - 180 วัน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ($\bar{x} = 108.84$, $SD = 63.77$)

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.08 ($SD = 20.24$) ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ ($\bar{x} = 68.88$) เมื่อวิเคราะห์การทำหน้าที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านบทบาท ด้าน

ร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิงไว้เช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 78.90 (SD= 27.80), 78.80 (SD= 22.17), 76.40 (SD= 29.21), 75.40 (SD= 22.56) และ 75.90 (25.50) ตามลำดับ

4. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ร้อยละ 51 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SE_b) เท่ากับ 15.852 ซึ่งโดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

= + 0.533 (การทำหน้าที่ด้านร่างกาย)

- 0.289 (กลุ่มอาการไม่สุขสบาย)

- 0.139(วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ จะอภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิง (ตารางที่ 13) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปในทางที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอยู่ในระดับดี รวมทั้งการศึกษาของอัญญา พุทธสิมมา (2554) ที่ศึกษาอำนาจในการทำนายของการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (42.5%) มีคุณภาพชีวิตระดับดี นอกจากนี้ทัศน อินทรสมใจ (2547) ยังศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

โดยกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.80) อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 41-59 ปี (ร้อยละ 72.80) การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.9) ด้านการประกอบอาชีพภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงประกอบอาชีพเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด (ร้อยละ 51.8) ซึ่งกลุ่มนี้สามารถกลับไปทำงานเดิมและสามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว (ร้อยละ 74.50) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และค่านิยมของคนไทยจะยกย่องให้ผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัว (อัญญา พุทธสิมมา, 2554) ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 68.20 และมีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 74.50)) อีกทั้งส่วนใหญ่ยังมีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 46.40) ทำให้ได้รับการมีแหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชนิดของเนื้องอกเป็น Meningioma (ร้อยละ 49.10) เช่นเดียวกับอีกสามงานวิจัยข้างต้น ซึ่งเป็นเนื้องอกที่อยู่นอกสมอง เกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง ทำให้มีพยาธิสภาพรุนแรงน้อยกว่าเนื้องอกที่อยู่ในบริเวณเนื้อสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kalkanis และคณะ (2000) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิด Meningioma จำนวน 164 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับดีเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สำหรับตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ Pituitary gland (ร้อยละ 23.60) เป็นตำแหน่งที่แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านทางโพรงจมูก มีผลที่ผู้ป่วยมองไม่เห็นภายในโพรงจมูก จึงอาจมองว่าไม่ใช่การผ่าตัดใหญ่เท่ากับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (ทัศนีย์ อินทรสมใจ และนุชรา เพชรบุตร, 2553) และจากการพัฒนาเทคโนโลยีและเทคนิคในการการผ่าตัดทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยลง ดังจะเห็นได้จากด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ย 85.36 (SD = 9.05) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค) เฉลี่ย 13.50 เดือน (SD = 19.35) และมีระยะเวลาหลังได้รับผ่าตัดสมองเฉลี่ย 109 วัน (SD = 64) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพได้ (อำนวยการ อาชานอก, 2549) และความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนี้ เป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ (Zhan 1992) สอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson และ Cleary (1995) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเองถึงผลกระทบจากโรค การรักษาที่มีต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และเป็นการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยเอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของ ปัจจัย ได้แก่

2.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .645 (ตารางที่ 26) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ร้อยละ 42.4 (ตารางที่ 14) โดยการเพิ่มขึ้นของการทำหน้าที่ด้านร่างกายจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดดีขึ้นด้วย (ตารางที่ 15) นอกจากนี้เมื่อแยกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายด้านยังพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการรู้จัก และด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ร้อยละ 48.3, 39, 21.7 และ 28.7 ตามลำดับ ซึ่งการลดลงของการทำหน้าที่ด้านร่างกายจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านการทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้านข้างต้นของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดลดลงด้วย (ตารางที่ 28) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายดี จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการรู้จัก

และด้านสังคมที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนวยพร อาชานอก (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616

การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและมีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคและผลกระทบจากการรักษาที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยลดลง อาทิเช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Buckner et al., 2007) การที่ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจะทำให้มีภาวะพึ่งพาสูงขึ้น มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงในที่สุด (Huang, Wartella, & Kreutzer, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Osoba และคณะ (1997) ที่ทำการศึกษถึงผลกระทบของความผิดปกติทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองประเภท malignance glioma จำนวน 105 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องในการสื่อสาร มีภาวะสับสน หรือบกพร่องในการเคลื่อนไหว มีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บอบบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาความบกพร่อง และผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่มีการกลับเป็นซ้ำจะมีคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ บอบบาทหน้าที่ การรับรู้ น้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ คิดเป็นเป็นร้อยละ 90.00 มีเพียงร้อยละ 10.00 ที่ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน (ตารางที่ 8) และร้อยละ 81.70 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidinger และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด meningioma มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีการหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ดี เพราะชนิดของเนื้องอกเป็นชนิดปฐมภูมิและไม่รุนแรง มีการดำเนินโรคที่ดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ และสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตตนเองมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้

2.2 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลัง

ผ่าตัด

จากผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .422 (ตารางที่ 26) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ระดับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดี จะมีคุณภาพชีวิตดี และผู้ป่วยที่มีระดับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่ดีก็จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาชานอก (2549) ที่พบว่าการทำงานด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองในระดับต่ำ ($r = .284$) ซึ่งการทำงานที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง อาจเกิดเนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Taphoorn and Klein, 2004) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง โดยเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา หรือมีความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ (อริศิลป์ ชื่นกุล, 2542) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การมีเหตุผลผิดปกติไป ขาดสมาธิ ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่างๆ ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ (อำนวยพร อาชานอก, 2549) นอกจากตัวเนื้องอกที่ส่งผลต่อสมองแล้ว การรักษาด้วยการผ่าตัดสมองยังส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการรับรู้ และการรู้คิดบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจึงลดลงด้วย (Giovagnoli, 1999)

จากผลการวิจัยนี้ พบว่าการทำงานที่ด้านการรู้คิดไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ไม่มีความบกพร่องในการทำงานที่ด้านการรู้คิด ร้อยละ 97.70 และมีความบกพร่องในการทำงานที่ด้านการรู้คิด ร้อยละ 2.3 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาทุกคนไม่มีความบกพร่องในการทำงานที่ด้านการรู้คิด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชนิดของเนื้องอกสมองเป็น Meningioma (ร้อยละ 49.10) และร้อยละ 25.8 มีเนื้องอกสมองอยู่ในตำแหน่ง Frontal lobe ซึ่งเนื้องอกสมองที่อยู่ในเนื้อสมองส่วน Frontal lobe เช่น glioma, metastatic tumor จะทำให้พฤติกรรม บุคลิกภาพสติปัญญาเปลี่ยนแปลงได้เร็วและรุนแรงกว่าเนื้องอกชนิดที่อยู่นอกสมอง เช่น meningioma (สมนึก นิลบุหงา, 2555) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถทำกิจกรรมและกลับไปปฏิบัติงานเดิมได้ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 61.80 ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหลังทำผ่าตัดยังประกอบอาชีพเดิม รวมทั้งผู้ป่วยยังสามารถมีแบบแผนในการดำรงชีวิตตามปกติ มีภาวะพึงพาน้อย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพตนเอง และยอมรับในสมรรถภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้ (ดร.ณรรณ จันทร์แก้ว, 2554)

2.3 กลุ่มอาการไม่สุขสบายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.520 (ตารางที่ 26) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 50.4 และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 49.5 (ตารางที่ 14) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบาย จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแยกลง (ตารางที่ 15)

นอกจากนี้เมื่อแยกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายด้านยังพบว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบายสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด และด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ร้อยละ 50.5, 16.8, 18.4 และ 31.5 ตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มอาการไม่สุขสบายจะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในรายด้านทั้ง 4 ด้านข้างต้นของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแยกลงด้วย (ตารางที่ 28) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายที่น้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด และด้านสังคมที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนาจพร อาษานอก (2549) พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 2.35$, $SD = 1.72$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระดับปานกลาง ($r = -0.576$) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีระดับของกลุ่มอาการไม่สุขสบายมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีและผู้ป่วยที่มีระดับของกลุ่มอาการไม่สุขสบายน้อยจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี

กลุ่มอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด คือความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของกลุ่มอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และอาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน (อำนาจพร อาษานอก, 2549) โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายอาจมีสาเหตุมาจากภาวะของโรคหรือผลกระทบจากการรักษา โดยในปัจจุบันที่มีการพัฒนาของเทคโนโลยีในการรักษาที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคและยังช่วยให้มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายจากการผ่าตัดน้อยลง

จากงานวิจัย ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว(ร้อยละ 77.8) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 70.4) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r = -.452, P < .01$) เช่นเดียวกันกับงานของอรชร บุติพันดา (2554) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 60.2) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็น (ร้อยละ 29.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin และคณะ (2001) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acoustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยินร้อยละ 96 และ สูญเสียการทรงตัว ร้อยละ 78 และพบว่า ร้อยละ 20 มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันร้อยละ 38 พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ ร้อยละ 13 มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ

จากผลการวิจัยนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.31, SD = 1.07$) แสดงว่าโดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อยทำให้มีคุณภาพชีวิตดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการแต่ละอาการในระดับต่ำเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแม้ว่าจะมีการรบกวนของกลุ่มอาการไม่สุขสบายก็ตาม ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเองและมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนได้ แต่กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นล้วนมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีด้านไหนผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อด้านที่เหลือ บทบาทของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆและ ร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2543) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองมีการป้องกันกลุ่มอาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น กระทำได้โดยการให้ความรู้ให้กลุ่มตัวอย่างให้ตระหนักถึงความสำคัญ จะช่วยลดความรุนแรงที่เกิดขึ้น

2.4 วิธีการเผชิญความเครียดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากผลการวิจัยพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .179$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และวิธีการเลือกการรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.160$ และ $-.030$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 26) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Gustafsson และคณะ (2006) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด Low grade glioma พบว่า การเผชิญความเครียดโดยการหนีปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ต่างๆในการที่จะดึงมาใช้ในการเลือกเผชิญความเครียด (Coping resource) กล่าวคือ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 56.40) มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.31$) สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (ร้อยละ 90) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตน มีภาวะพึ่งพาน้อยจึงทำให้ความเครียด ความวิตกกังวลน้อยลงไปด้วย รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมดี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.90) ซึ่งการมีคู่ครองจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาในการตัดสินใจเรื่องใดๆ ทำให้มีการเผชิญความเครียดโดยมีการคิด ตัดสินใจอย่างรอบคอบ (รุ่งนภา เตชะกิจโกศล, 2552) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถและพยายามที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดี (วารสาร ณ นครรัตน์, 2533) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 74.50) และส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.40) ทำให้ไม่มีปัญหาในการใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ การเดินทางมาตรวจรักษา และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งนอกจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองที่มีความเครียดหรือไม่แล้วยังทำให้มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามการประเมินความรุนแรงของความเครียดไปด้วย เนื่องจากความเครียดและการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน (Lasarus and Folkman, 1984)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-59 ปี (ร้อยละ 72.8) ซึ่งเป็นวัยทำงาน และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 71.9) โดยอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียด วัยกลางคนหรือวัยผู้ใหญ่ถือเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะหรือมีประสบการณ์การเผชิญความเครียดมากกว่า จึงมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าวัยอื่นๆ (Moos & Schaefer, 1984) รวมทั้งระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณา

ใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowice, 1988) ดังนั้นเมื่อมีการจัดการความเครียดที่ดีรวมทั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการประเมิณและใช้วิธีการเผชิญความเครียดน้อย ย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยด้วย จึงทำให้วิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากผลการวิจัยพบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสามารถในการพยากรณ์ร้อยละ 51 นอกจากนี้เมื่อแยกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นรายด้านยังพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในด้าน การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และด้านการรู้คิด ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ไปร้อยละ 20.5 และ 24.8 ตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดลดลงด้วย (ตารางที่ 28) แสดงว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์น้อยก็ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี แต่หากผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มาก ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อพิจารณาแล้วอาจเกิดจากลักษณะของแบบสอบถาม วิธีการเผชิญความเครียด โดยข้อความของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นพฤติกรรม ที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม เช่น แยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการ แก้ปัญหา รวมทั้งสามารถส่งผลกระทบต่อแหล่งสนับสนุนหรือครอบครัวของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนไม่สามารถควบคุมหรือ จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ก็อาจส่งผลเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลจากการศึกษานี้พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนั้นหากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับการทำหน้าที่ที่ต่ำก็จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไม่ดีไปด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บาลจึงต้องให้ความสำคัญในการช่วยดูแลและส่งเสริมการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

1.2 ผลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และหากมีการดำเนินของกลุ่มอาการไม่สุขสบายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานแม้ว่าจะมีความรุนแรงของอาการเพียงเล็กน้อยก็ตามอาจส่งผลต่อความเครียด ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงควรส่งเสริมและวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สุขสบายที่เหมาะสมต่อไป

1.3 จากผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รวมทั้งมีงานวิจัยอื่นๆที่พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อทั้งร่างกายละจิตใจของผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บาล จึงควรตระหนักถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ด้วยการทำงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับสหวิชาชีพ วิธีการบำบัดพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบำบัดกลุ่มอาการไม่สุขสบาย การประเมินความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. สาเหตุความเครียดและวิธีการจัดการความเครียด. [ออนไลน์]. 2541. แหล่งมา www.healthnet.in.th. [18 ธันวาคม 2556]
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จเร ผลประเสริฐ. (2528). *ประสาทศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เียร์บุ๊คพับลิชเชอร์.
- จารุวรรณ ต.สกุล และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. (2544). หน่วยที่ 12 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางความรู้คิด. ใน *51102 การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เล่มที่ 2* (หน้า 43-104). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เจษฎา นิมมานนิตย์. (2537). *เนื้องอกในสมอง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการทางพยาบาล*. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ชลศณีย์ คล้ายทอง. *เนื้องอกสมองและมะเร็งสมอง (Brain tumor)*. [ออนไลน์]. 2556. แหล่งมา <http://haamor.com/th/%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%87/> [10 มกราคม 2558]
- ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุกก์. (2554). *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐ พสุธารชาติ, สุธิดา บุญยะไวโรจน์, และนิจศรี ชาญณรงค์. (2556). *Basic and Clinical Neuroscience 2* (2 Ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดร.ฉวีวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ เห่งจิ้น. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทัศนีย์ อินทรสมใจ. (2547). ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
 เนื่องงอกสมองหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ
 ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่
 ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 เรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่
 ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผาสุก มหรรฆานุเคราะห์. (2556). *Basic Neuroanatomy* (3 Ed.). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญโพยม เขยสมบัติ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่
 เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชา
 พยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เป้าตุน. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ
 การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รุ่งนภา เตชะกิจโกศล. (2552). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะฟื้นฟูสภาพโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วรารณณ์ นาครัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิสิทธิ์ อวิรุทธ์นันท์. (2543). *พยาธิวิทยาระบบประสาท*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วีรวรรณ รัตนจินทา. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะพร่องทางการรู้คิดของผู้เสพยาโคเคน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรัณย์ นันทอารี. *การรักษาเนื้องอกในสมอง*. [ออนไลน์]. 2541. แหล่งมา
http://www.thaibraintumor.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=77 [24 สิงหาคม 2556]
- ศรีประภา ชัยสินธพ. *ปฏิกิริยาทางจิตสังคมอันเป็นผลกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย*. [ออนไลน์]. 2541. แหล่งมา
[http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-physical-illnesses/\(Psychosocial aspect of physical illnesses\)](http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-physical-illnesses/(Psychosocial%20aspect%20of%20physical%20illnesses)) Retrieved [24 สิงหาคม 2556]
- สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *รายงานจำนวนการผ่าตัด ปีงบประมาณ 2556-2558*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาเพชรจำกัด.
- สมนึก นิลบุหงา. (2555). *ระบบประสาทและการทำงาน*. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดทีฟพรีนซ์.
- สิริกาญจน์ ท่อแก้ว. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดล้างไตในเขตจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, .

- สิริอร พัวศิริ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และอรุณศรี เตชะสงส์. (2551). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล โภคาลัย. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรชร บุติพันดา. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรศิลป์ ชื่นสกุล. (2542). *การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อังศิณันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัญชญา พุทธสิมมา. (2554). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนวยการ อาชานอก. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำภร ประคองจิต. (2536). *วิธีการเอาชนะความเครียดและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไอลยุตม์ ไทยพิสุทธิกุล, ณัฐ พสุธารชาติ, ชุศักดิ์ ลิ้มทัย, และ นิจศรี ชาญณรงค์. (2558). *Basic & Clinical Neuroscience 7*. กรุงเทพฯ: คลาสสิกสแกน จำกัด.

- Aronson, N. K. (1988). Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology (Williston Park)*, 2(5), 69-76, 64.
- Aronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85(5), 365-376.
- Aronson, N. K., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J., Postma, T. J., Gundy, C. M., Beute, G. N., Slotman, B. J., & Klein, M. (2011). Compromised health-related quality of life in patients with low-grade glioma. *J Clin Oncol*, 29(33), 4430-4435.
- Albano, C., Comandante, L., & Nolan, S. (2005). Innovations in the management of cerebral injury. *Crit Care Nurs Q*, 28(2), 135-149.
- American Brain Tumor Association. (2015). *Brain Tumor Statistics*. from <http://www.abta.org/about-us/news/brain-tumor-statistics/?referrer=https://www.google.co.th/>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anna, R. G. (1999). Quality of life in patients with stable disease after surgery, radiotherapy and chemotherapy for malignant brain tumour. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 67, 358-363.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 134.
- Barr, J. M. (2003). Providing support for patients with brain tumors and their families. *Australasian Journal of neuroscience*, 16(1), 12-14.
- Bautista, C. A. (2004). *Survivorship of a low-grade glioma brain tumor*. (Ph.D.), University of Rhode Island, Ann Arbor.

- Bernstein, M., & Berger, M. S. (2008). *Neuro-Oncology: The Essentials* (2 Ed.). New York: Thieme Medical Publishers.
- Black, P. M., & Wen, P. Y. (2001). Clinical, imaging, and laboratory diagnosis of brain tumors. In A. H. Kaye. & J. E. R. Laws. (Eds.), *Brain tumors: An encyclopedic approach* (2 ed., pp. 217). St. Louis: Churchill Living Stone.
- Bradshaw, J. L., & Mattingley, J. B. (1995). *Clinical Neuropsychology: Behavioral and Brain Science*. (1st ed.): Academic Press.
- Brazier, J., Roberts, J., & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Econ*, 21(2), 271-292.
- Buckner, J. C., Brown, P. D., O'Neill, B. P., Meyer, F. B., Wetmore, C. J., & Uhm, J. H. (2007). Central nervous system tumors. *Mayo Clin Proc*, 82(10), 1271-1286.
- Bungay, K. M., Boyer, J. G., Steinwald, A. B., & Ware, J. E. (1996). *Health-related quality of life: An overview. In: Principle of pharmacoeconomics*. (2nd ed.). Cincinnati (OH): Wharvey whitney Books Company.
- Cella, D., Chang, C. H., Lai, J. S., & Webster, K. (2002). Advances in quality of life measurements in oncology patients. *Semin Oncol*, 29(3 Suppl 8), 60-68.
- Chandana, S. R., Movva, S., Arora, M., & Singh, T. (2008). Primary brain tumors in adults. *Am Fam Physician*, 77(10), 1423-1430.
- Closs, S. J. (1992). An exploratory analysis of nurses' provision of post operation analysis drug. *Journal of Advanced Nursing*. 15: 42-49.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1), 13-35.
- de Gray L. C. & Matta, B. F.. (2005). Acute and chronic pain following craniotomy: a review. *Anaesthesia*, 60, 693-704.
- de Oliveira Ribeiro Mdo, C., Pereira, C. U., Sallum, A. M., Martins-Filho, P. R., Desantana, J. M., da Silva Nunes, M., & Hora, E. C. (2013). Immediate post-craniotomy headache. *Cephalalgia*, 33(11), 897-905.

- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32, 76-78.
- Dirven, L., Reijneveld, J. C., & Taphoorn, M. J. (2014). Health-related quality of life or quantity of life: a difficult trade-off in primary brain tumors? *Semin Oncol*, 41(4), 541-552.
- Edge, S. B., & Compton, C. C. (2010). *American Joint Committee on Cancer Staging Manual* (7th ed.). New York: Springer.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 58(5), 844-854.
- EORTC Quality of Life Group, et al. 2007. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer*. 43(12) : 1810-1820
- Feeny, D., Furlong, W., Boyle, M., & Torrance, G. W. (1995). Multi-attribute health status classification systems. Health Utilities Index. *Pharmacoeconomics*, 7(6), 490-502.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Researcher in Nursing and Health*. 15: 29-38.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*, 37(4), 336-342..
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.
- Fox, S., & Lantz, C. (1998). The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study. *J Neurosci Nurs*, 30(4), 245-252.
- Friedman, H., & Liau, L. (2014). *Brain Tumor Guide for the Newly Diagnosed* (9th ed.). New York: The Musella Foundation.

- Giovagnoli, A. R. (1999). Quality of life in patients with stable disease after surgery, radiotherapy, and chemotherapy for malignant brain tumour. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 67(3), 358-363.
- Gustafsson, M., Edvardsson, T., & Ahlstrom, G. (2006). The relationship between function, quality of life and coping in patients with low-grade gliomas. *Support Care Cancer*. 14: 1205–1212.
- Hannegan, L. (1989). Transient cognitive changes after craniotomy. *J Neurosci Nurs*, 21(3), 165-170.
- Hickey, J. V. (2003). *Neurosurgical nursing* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. The clinical Practice of Neurological and Lippincott.
- Huang, M. E., Wartella, J. E., & Kreutzer, J. S. (2001). Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. *Arch Phys Med Rehabil*, 82(11), 1540-1546.
- Jacobs, J. W., Bernard, M. R., Delgado, A., & Strain, J. J. (1977). Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annual Internal Medicine*. 86(1): 40-46.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res*, 33(3), 157-161.
- Jakola, A.S., Gulati S, Weber C, Unsgård G, & Solheim O. (2011). Postoperative deterioration in health related quality of life as predictor for survival in patients with glioblastoma: a prospective study. *PLoS One*. 6(12): e28592
- Jennett, B, & Bond M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1(7905), 480-484.
- Kalkanis, S. N., Quinones-Hinojosa, A., Buzney, E., Ribaudó, H. J., & Black, P. M. (2000). Quality of life following surgery for intracranial meningiomas at Brigham and Women's Hospital: a study of 164 patients using a modification of the functional assessment of cancer therapy-brain questionnaire. *J Neurooncol*, 48(3), 233-241.

- Karnofsky, D. A., & Burchenal, J. H. (1949). *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In Evaluation of chemotherapeutic agents.* New York: Columbia University Press.
- Kate, S., & Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress & directions. *Journal of American Geriatrics Society*, 37: 267-271.
- Kaye, A. H., & Laws Jr, E. R. (2012). *Brain tumor: an encyclopedic approach* (3rd ed.). Edinburgh: W.B. Saunders.
- King, C. R., Haberman, M., Berry, D. L., Bush, N., Butler, L., Dow, K. H., . . . Underwood, S. (1997). Quality of life and the cancer experience: the state-of-the-knowledge. *Oncol Nurs Forum*, 24(1), 27-41.
- Klein, M., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J., van der Ploeg, H. M., Vandertop, W. P., Smit, E. F., . . . Aaronson, N. K. (2001). Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *J Clin Oncol*, 19(20), 4037-4047.
- Klein, M., Engelberts, N. H., van der Ploeg, H. M., Kasteleijn-Nolst Trenite, D. G., Aaronson, N. K., Taphoorn, M. J., . . . Heimans, J. J. (2003). Epilepsy in low-grade gliomas: the impact on cognitive function and quality of life. *Ann Neurol*, 54(4), 514-520.
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., . . . Group, E. Q. o. L. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Lazalus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publish.
- Lazalus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Ways of coping questionnaire: research edition*. Consulting Psychologists, Palo Alto, CA

- Lehman, A. F., Rachuba, L. T., & Postrado. (1995). Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation and Program Planning, 18*(2), 155-164.
- Leininger, M. (1994). Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nurs Sci Q, 7*(1), 22-28.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R.A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3):14-27.
- Levis, D. J. (1995). Decoding traumatic memory: Implosive theory of psychopathology. In (Eds.). In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy* (pp. 180-206). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Litofsky, N. S., Farace, E., Anderson, F., Jr., Meyers, C. A., Huang, W., Laws, E. R., Jr., & Glioma Outcomes Project, I. (2004). Depression in patients with high-grade glioma: results of the Glioma Outcomes Project. *Neurosurgery, 54*(2), 358-366; discussion 366-357.
- Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK, Burger PC, Jouvet A, Scheithauer BW, & Kleihues P. (2007). The 2007 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System. *Acta Neuropathol, 114*(2), 97-109.
- Lovely, M. P., Miaskowski, C., & Dodd, M. (1999). Relationship between fatigue and Quality of life in patients with glioblastoma multiformae. *Oncology Nursing Forum, 26*(5): 921.
- Mahon, D., & Elger, C. (1989). Analysis of posttraumatic syndrome following a mild head injury. *J Neurosci Nurs, 21*(6), 382-384.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2006). Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *Eur Psychiatry, 21*(3), 194-199.

- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Tuurinkoski, T., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2003). The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, *74*(9), 1278-1282.
- Mainio, A., Tuunanen, S., Hakko, H., Niemela, A., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2005). Depression in relation to survival among neurosurgical patients with primary brain tumor; a 5-year follow up study. *Neurosurgery*, *56*(6), 1234-1242.
- Martin, H. C., Sethi, J., Lang, D., Neil-Dwyer, G., Lutman, M. E., & Yardley, L. (2001). Patient-assessed outcomes after excision of acoustic neuroma: postoperative symptoms and quality of life. *J Neurosurg*, *94*(2), 211-216.
- Mapou, R. L. (1995). A Cognitive Framework for Neuropsychological Assessment. In R. L. Mapou & J. Spector (Eds.), *Clinical Neuropsychological Assessment*. New York: Plenum Press.
- Mcdowell, I., & Newell, C. (1996). *Measurement health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Meador, K. J. (2002). Cognitive outcomes and predictive factors in epilepsy. *Neurology*, *58*(8 Suppl 5), S21-26.
- Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. *J Natl Cancer Inst Monogr*, (32), 17-21.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). *Coping with Physical Illness: New Perspectives* (Vol. 2). New York: Plenum Press.
- Mordhorst, C., Latz, B., Kerz, T., Wisser, G., Schmidt, A., Schneider, A., Jahn-Eimermacher, A., Werner, C., & Engelhard, K. (2010). Prospective assessment of postoperative pain after craniotomy. *J Neurosurg Anesthesiol*, *22*(3), 202-206.
- Mukand, J. A., Blackinton, D. D., Crincoli, M. G., Lee, J. J., & Santos, B. B. (2001). Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *Am J Phys Med Rehabil*, *80*(5), 346-350.
- Nash, J. M. (1999). Mystery of consciousness. *Time*, *154*(16), 82-83.

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699.
- O'Dell, M. W., Barr, K., Spanier, D., & Warnick, R. E. (1998). Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Arch Phys Med Rehabil*, 79(12), 1530-1534.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice* (3rd ed.) . New York: McGraw-Hill.
- Osoba, D. (1992). The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions. *Qual Life Res*, 1(3), 211-218.
- Osoba, D., Aaronson, N. K., Muller, M., Sneeuw, K., Hsu, M. A., Yung, W. K., Brada, M., & Newlands, E. (1996). The development and psychometric validation of a brain cancer quality-of-life questionnaire for use in combination with general cancer-specific questionnaires. *Qual Life Res*, 5(1), 139-150.
- Osoba, D., Aaronson, N. K., Muller, M., Sneeuw, K., Hsu, M. A., Yung, W. K., Brada, M., & Newlands, E. (1997). Effect of neurological dysfunction on health-related quality of life in patients with high-grade glioma. *Journal of Neuro-Oncology*, 34: 263–278.
- Paice, J. A. (2004). Assessment of symptom clusters in people with cancer. *JNCI Monographs*. (32): 98-102.
- Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *J Neurooncol*, 57(1), 41-49.
- Pilot, & Hungler, (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.) Philadelphia: Lippincott.

- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Scheid, R., Walther, K., Guthke, T., Preul, C., & von Cramon, D. Y. (2006). Cognitive sequelae of diffuse axonal injury. *Arch Neurol*, 63(3), 418-424.
- Schmidinger, M., Linzmayer, L., Becherer, A., Fazeny-Doemer, B., Fakhrai, N., Prayer, D., . . . Marosi, C. (2003). Psychometric- and quality-of-life assessment in long-term glioblastoma survivors. *J Neurooncol*, 63(1), 55-61.
- Silpakit, C., Sirilertrakul, S., Jiraiarus, M., Sirisinha, T, Sirachainan, E., & Ratanathararhon, V. (2006). The European Organization for Research and treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire(EORTC QLQ-C30) : validation study of the Thai version. *Journal of Quality of life*, 15(1) : 167-172.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Textbook of medical surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sousa, K. H., & Kwok, O. M. (2006). Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HROOL conceptual model using structural equation modeling. *Qual Life Res*, 15(4), 725-737.
- Taphoorn, M. J., Heimans, J. J., Snoek, F. J., Lindeboom, J., Oosterink, B., Wolbers, J. G., & Karim, A. B. (1992). Assessment of quality of life in patients treated for low-grade glioma: a preliminary report. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 55(5), 372-376.
- Taphoorn, M. J., Schiphorst, A. K., Snoek, F. J., Lindeboom, J., Wolbers, J. G., Karim, A. B., Huijgens, P. C., & Heimans, J. J. (1994). Cognitive functions and quality of life in patients with low-grade gliomas: the impact of radiotherapy. *Ann Neurol*, 36(1), 48-54.
- Taphoorn, M. J., & Klein, M. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *Lancet Neurol*, 3(3), 159-168.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner Press.

- Tsay, S. L., Chang, J. Y., Yates, P., Lin, K. C., & Liang, S. Y. (2012). Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery. *Support Care Cancer, 20*(1), 57-64.
- Tucha, O., Smely, C., Oreier, M., Lange, K. W., and Klaus, W. (2008). Cognitive deficits before treatment among patient with brain tumors. *Neurosurgery, 47*, 324-334.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical care, 30*: 473-483.
- Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., & Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am J Cardiol, 54*(7), 908-913.
- WHOQOL Group. (1994). *The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL) .* Berlin: Springer-Verlag.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association, 273*(1), 59-65.
- Young AP, Young HP, & Tolbert DL,. (2008). *Basic clinical neuroscience* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Zhan, L. C. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advance Nursing. 17*(7): 795-798



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. นพ.ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล | แพทย์เฉพาะทาง สาขาประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา |
| 2. พญ. ปัทมวรรณ จันทร์กลิ่น | แพทย์เฉพาะทาง สาขาจิตเวชศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา |
| 3. อาจารย์ ดร.ศุภร วงศ์วาทัญญู | อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นาวาอากาศเอกหญิง ดร.โสพรรณ โปทะยะ | ประจํากรมแพทย์ทหารอากาศ ปฏิบัติงานกองการพยาบาลโรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ |
| 5. นางสาว พรนิภา เอื้อเบญจพล | ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ
และเก็บข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1105



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๔ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. นายแพทย์ อีรเดช ศรีกิจวิไลกุล แพทย์เฉพาะทาง สาขาศัลยกรรมประสาท
2. แพทย์หญิง ปัทมาวรรณ จันทร์กลิ่น แพทย์เฉพาะทาง สาขาจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิดา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ อีรเดช ศรีกิจวิไลกุล และแพทย์หญิง ปัทมาวรรณ จันทร์กลิ่น

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224



ที่ ศธ 0512.11/1105

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ศุภร วงศ์วัญญู อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา ปรืชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรืชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ดร. ศุภร วงศ์วัญญู

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

ที่ ศธ 0512.11/1105



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาอากาศเอกหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ ประจํากรมแพทยทหารอากาศ ปฏิบัติงานกองการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาอากาศเอกหญิง ดร. โสพรรณ โพทะยะ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

ที่ ศธ 0512.11/1105



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล ผู้เชี่ยวชาญพยาบาลระดับ 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิตา ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวพรนิภา เอื้อเบญจพล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ

และเก็บข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1333



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓) สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

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

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเนื้องอกออก ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด EORTC QLQ-C30 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภัทรา พิมสาร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร ชนลิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

ที่ ศธ 0512.11/ 1333



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเนื้องอกออก ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด EORTC QLQ-C30 ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภัทรา พิมสาร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224



ที่ ศธ 0512.11/1333

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3) สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเนื้องอกออก ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด EORTC QLQ-C30 ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภัทรา พิมสาร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ รัตนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224



เอกสารเลขที่ ...013.../2559

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

| | |
|-------------------------|---|
| โครงการวิจัย | ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด |
| หมายเลขโครงการ | 58045 |
| ผู้วิจัยหลัก | น.ส.ภัทรา พิมสาร |
| สถานที่ดำเนินการวิจัย | สถาบันประสาทวิทยา |
| เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ | 1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 8 ธันวาคม 2558 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ฉบับวันที่ 8 ธันวาคม 2558 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 8 ธันวาคม 2558 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับวันที่ 31 สิงหาคม 2558 |
| วันที่พิจารณาอนุมัติ | 30 ธันวาคม 2558 |

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ประธานคณะกรรมการ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

กรรมการและเลขานุการ

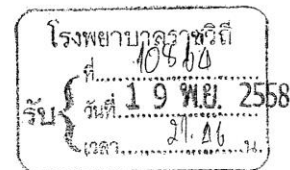
(นางสาวพิมพ์ชนก พุ่มขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่

30 ธันวาคม 2558

ถึงวันที่

29 ธันวาคม 2559



ที่ ศร 0512.11/1333

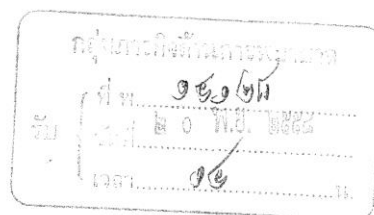
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราษวดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด



เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเนื้องอกออก ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย พุดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ จำนวน 35 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด EORTC QLQ-C30 ทั้งนี้สัปดาห์จะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว ภัทรา พิมสาร ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

๑๗

เรียน ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยพิจารณาแล้ว
เห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลได้
จึงขอเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความ
ร่วมมือต่อไป

- กลุ่มภารกิจด้านภาษาชาติ, แพทย์ผู้ไปชนบท
- กลุ่มงาน ศัลยศาสตร์



(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

อนุมัติ ดำเนินการ




๒๕๖๔ พ.ย. ๒๕ ๒๕๕๘

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานภาษาชาติ
/ ๒๕๖๔
เพื่อขอเสนอ หน่วยงาน ในความ
รับผิดชอบ ของโรงพยาบาล
ใน ๐๕๐๐ ๒๕๖๔


(นางสาว...)
๒๕๖๔

นางสาว - จิณี
นางสาว - จงพพร
- ศัลยศาสตร์

เรียน: หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
เพื่อแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
A. ๒๕๖๔ ๒๕๕๘




ที่ ตช ๐๐๓๖ (จว)/ ๑๖๘๑

โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

กันยายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งใบรับรองโครงการวิจัย
เรียน นางสาว ภัทรา พิมสาร
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านได้ส่งโครงร่างการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด" ให้คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลตำรวจ พิจารณานั้น

เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย ของโรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอมาได้ โดยอนุมัติเมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ และเมื่อโครงการวิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทย่อลงในแผ่น CD ให้ โรงพยาบาลตำรวจต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

พันตำรวจเอก 

(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)

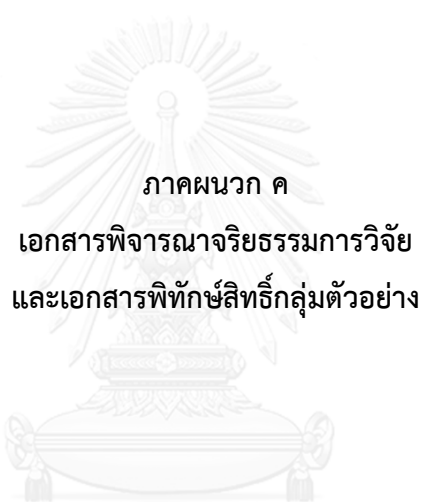
นายแพทย์ (สบ ๕) โรงพยาบาลตำรวจ/

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา

โทร. ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๔

โทรสาร ๐ ๒๖๕๒ ๕๐๓๕



ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ที่ สธ ๐๓๑๐ (๑๓๗๐๐)/๑๒๒๔

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ ๓๑๒ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน น.ส.ภัทรา พิมสาร

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารเลขที่ ๐๑๓/๒๕๕๙

ตามที่ท่านซึ่งเป็น หัวหน้าโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวต่อคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

เลขที่โครงการ ๕๘๐๔๕

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยประจำสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณา และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ โดยผู้วิจัยจะต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังจากได้รับการอนุมัติ คือ ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ “ข้อมูลสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง” โดยเคร่งครัดและจะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยเมื่อมีการร้องขอและ/หรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่

๑. ควรพิจารณาดำเนินการให้นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน ผ่านการอบรมทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
๓. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
๔. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะกรรมการ ฯ ทราบด้วย
๕. เมื่อมีการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย
๖. จัดส่งรายงานการศึกษาวิจัย จำนวน ๒ ชุด ให้แก่สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน
๗. หากการวิจัยเกินเวลากว่า ๑ ปี จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย พร้อมดำเนินการขอต่ออายุการรับรองก่อนหมดอายุอย่างน้อย ๓๐ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

ประธานคณะกรรมการวิจัย

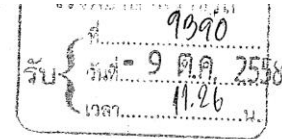
และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา

ที่ ศธ 0512.11/1939



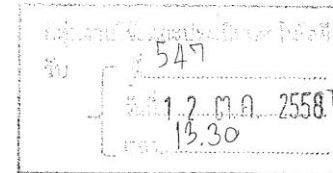
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330



31 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัยตามแบบ ว-1ด 3 ชุด
 2. แบบสอบถาม 3 ชุด
 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ 3 ชุด
 4. หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของผู้ถูกวิจัย 3 ชุด
 5. ไฟล์ CD 1 แผ่น



เนื่องด้วย นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรา พิมสาร เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

- เพื่อโปรดทราบ
- ให้พบคณะกรรมการกลุ่มงานวิจัย นิจารณต เสนอ

ขอแสดงความนับถือ

สุวิมล อดองษ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล อดองษ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

รพ ตำนานการ

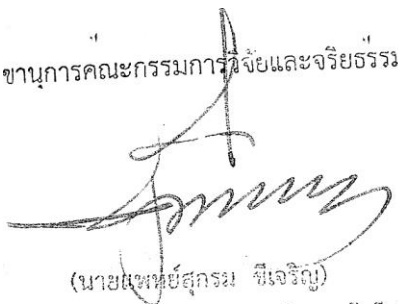
น.ส.โสด
๑๓๑๕๔
รพ.ราชวิถี

๙- ต.ค. 2๕๕๘

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นางสาวภัทรา พิมสาร โทร. 09-4165-9224

ขานุกรคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย



(นายแพทย์สุกรม จีเจริญ)

หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

๑๓ ก.ค. ๒๕๕๖

เรียน ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยพิจารณาแล้ว
เห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลได้
จึงขอเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความ
ร่วมมือต่อไป

- กลุ่มสารคดีอักษรพยาบาล, ศูนย์การพยาบาลผู้ป่วยนอก, แผนกศัลยกรรมระบบประสาท

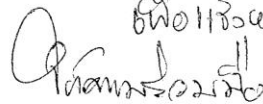


(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

เพื่อหารือโครงการที่เกี่ยวข้อง



๒๓ พ.ย. ๒๕๕๖

อนุมัติ ดำเนินการ



๑๓ พ.ย. ๒๕๕๖

ศีกษา - วิชา

ศึกษา - พยาบาล



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง...จว-๓๕ / ๒๕๕๘

| | |
|--|---|
| ชื่อโครงการ/ภาษาไทย | ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด |
| ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ | PREDICTING FACTORS OF HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRAIN TUMOR AFTER BRAIN SURGERY |
| ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด | นางสาว ภัทรา พิมสาร นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ แขนงการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รหัสโครงการ | - |
| สถานที่ทำการวิจัย | โรงพยาบาลตำรวจ |
| เอกสารรับรอง | ๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 8 September 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดประวัติผู้วิจัย |
| รับรองโดย | คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ |
| วันที่รับรอง | ๘ กันยายน ๒๕๕๘ |
| วันหมดอายุ | ๗ กันยายน ๒๕๕๙ |

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง.....*พันตรี รัตนสุมาวงศ์*
(พันตรี รัตนสุมาวงศ์)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก.....*อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์*
(อนันต์ สุวรรณทေးคุปต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ



ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

| | |
|-----------------------|---|
| ชื่อโครงการวิจัย | ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด |
| ชื่อผู้วิจัย | นางสาวภัทรา พิมสาร นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| สถานที่ติดต่อผู้วิจัย | (ที่ทำงาน) แผนกศัลยกรรมชาย สถาบันประสาทวิทยา 312 ถ.ราชวิถี แขวง ทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 (ที่บ้าน) 170 หมู่ 1 ถ.น่าน-ทุ่งช้าง ต.ทุ่งช้าง อ.ทุ่งช้าง จ.น่าน 55130 |
| โทรศัพท์ (มือถือ) | 094-165-9224 |
| E- mail address: | patthra.pim@gmail.com |

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของปัจจัย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และการเผชิญความเครียด
3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - 3.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมองตำแหน่งสมองส่วน Cerebrum และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะและนำก้อนเนื้องอกออก (Craniotomy with tumor removal) ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท ในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร พุด และสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
 - 3.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จาก 3 โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันประสาท และโรงพยาบาลตำรวจ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 3 โรงพยาบาลให้มีจำนวนเท่าๆ กัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 110 คน

4. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีดังนี้
 - 4.1 ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวภัทรา พิมสาร ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และ การเผชิญความเครียด โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันประสาท และโรงพยาบาลตำรวจ
 - 4.2 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ตอนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ตอนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ตอนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย จำนวน 10 อาการ ตอนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
5. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรอง ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด รวมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้พัฒนาไปสู่การวิจัยเชิงทดลองทางพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดต่อไป
7. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
8. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
9. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 094-165-9224

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย

ตอนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ตอนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตอนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

ตอนที่ 5 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด



9. รายได้ (บาท)

9.1 รายได้ของผู้ป่วยต่อ เดือน

1 () ต่ำกว่า 5,000

2 () 5,001 – 10,000

3 () 10,001 – 15,000

4 () 15,001 – 20,000 5 ()

มากกว่า 20,000

9.2 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

1 () ต่ำกว่า 5,000

2 () 5,001 – 10,000

3 () 10,001 – 15,000

4 () 15,001 – 20,000

5 () มากกว่า 20,000

9.3 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ



แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากการสอบถามจากญาติ

1. การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก).....
2. ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง.....
3. การวินิจฉัยโรคร่วม.....
4. Glasgow coma scale E.....M.....V..... Motor power.....
5. สาเหตุที่เข้ารับการรักษา
() แพทย์นัดผ่าตัด () สาเหตุอื่น ระบุ.....
6. การรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด : () ไม่มี () มี ระบุ.....
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค) วัน/เดือน/ปี.....
8. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมอง วัน/เดือน/ปี.....
9. จำนวนครั้งของการผ่าตัดสมอง..... ครั้ง
10. ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังจากผ่าตัด () ไม่มี () มี ระบุ.....
11. ค่าใช้จ่ายในการรักษาครั้งนี้.....บาท
12. สิทธิในการรักษา
() จ่ายเอง () บัตรทอง () ประกันสังคม () กรมบัญชีกลาง
() รัฐวิสาหกิจ () อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่2 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย

(ผู้วิจัยบันทึกเอง)

คำชี้แจง แบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายประกอบด้วยข้อความที่ระบุความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ทำอะไรได้บ้างหรือทำอะไรได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

| ความหมาย | % | หลักการ |
|---|-----|---|
| สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ | 100 | ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรคโรคเนื้องอกสมอง เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติของการพูด การมองเห็น เป็นต้น |
| | 90 | สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานในอาชีพ งานบ้านและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเนื้องอกสมองเพียงเล็กน้อย |
| | 80 | สามารถปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพ งานบ้านและกิจวัตรประจำวันได้แต่ต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นมีอาการหรืออาการแสดงของโรคเนื้องอกสมองบางอย่าง |

| ความหมาย | % | หลักการ |
|--|----|---|
| ไม่สามารถทำงานได้ สามารถ อยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแล เรื่องส่วนตัวเกือบทั้งหมด | 70 | ดูแลตัวเองได้แต่ไม่สามารถทำงานบ้านหรือการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ |
| ต้องการความช่วยเหลือใน ระดับต่างๆกัน | 60 | ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นบางครั้งแต่ ส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้ |
| | 50 | ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นและต้องการการ ดูแลทางการแพทย์บ่อยขึ้น |
| ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลที่เท่ากับ สถานพยาบาลหรือ โรงพยาบาล อาการของโรค นี้ออกสมองดำเนินอย่าง รวดเร็ว | 40 | ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการการดูแล เป็นพิเศษและต้องการผู้ช่วยเหลือ |
| | 30 | ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องนอน โรงพยาบาล |
| | 20 | ป่วยมาก มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ต้องได้รับการรักษาแบบ active supportive |
| | 10 | ระยะสุดท้ายของชีวิต ภาวะใกล้เสียชีวิตดำเนินไป อย่างรวดเร็ว |
| | 0 | ผู้ป่วยเสียชีวิต |

ตอนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของท่านภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. Orientation for time บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

วันนี้วันที่เท่าไร

วันนี้วันอะไร

เดือนนี้เดือนอะไร

ปีนี้ปี พ.ศ. อะไร

ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place

กรณีอยู่สถานพยาบาล

สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร

และแผนกนี้ชื่อว่าอะไร

ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร

ที่นี่อยู่ในเขตอะไร

ที่นี่จังหวัดอะไร

ที่นี่ภาคอะไร

3. Registration

บอกชื่อของ 3 อย่างแล้วให้ผู้ถูกทดสอบพูดตาม

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/ Calculation

คิดเลขในใจให้เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร

.....

.....

5. Attention/ Calculation (ต่อ)

สะกดคำว่า มะนาว ให้ฟัง แล้วให้ผู้ถูกทดสอบสะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

“มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน”

.....

.....

ว ำ น อะ ม

6. Recall

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

.....

7. Naming

ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

.....

ยื่นนาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

.....

8. Repetition

พูดข้อความแล้วให้พูดตาม โดยบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข่”

.....

.....

9. Verbal command

บอกผู้ถูกทดสอบว่าจะส่งกระดาษให้ แล้วให้รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่..... (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

10. Written command

ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านข้อความที่กำหนด แล้วให้ทำตาม

จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตาได้

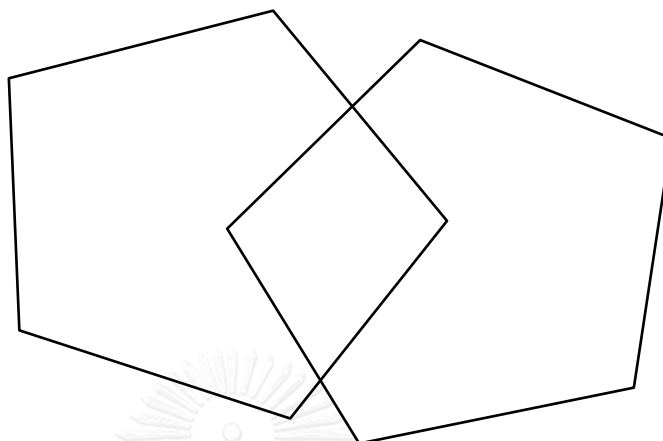
11. Writing

ให้ผู้ถูกทดสอบเขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค

.....
 ประโยคมีความหมาย

12. Visuoconstruction

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้วาดภาพเหมือนภาพตัวอย่าง”



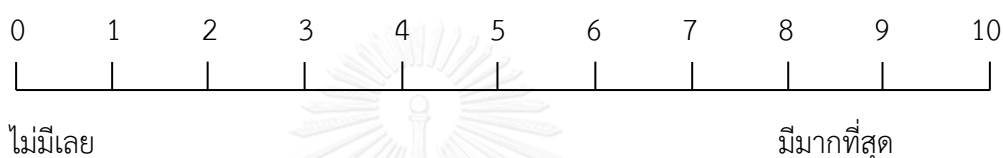
ตอนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 10 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงของ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในระยะ 7 วันที่ผ่านมา โดยค่าคะแนนความรู้สึกของแต่ละข้อมีอยู่ระหว่าง 0-10 ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามากที่สุด

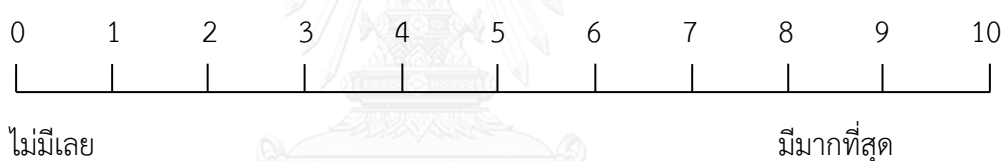
0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย

ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10

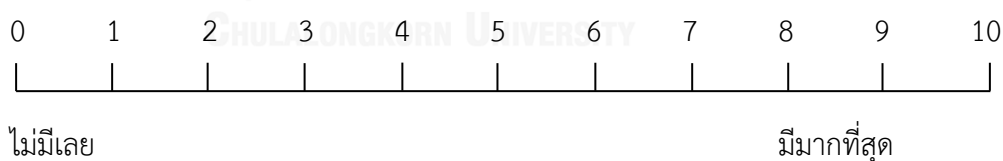
1. อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



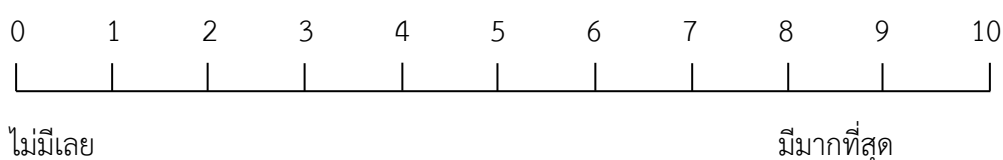
2. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



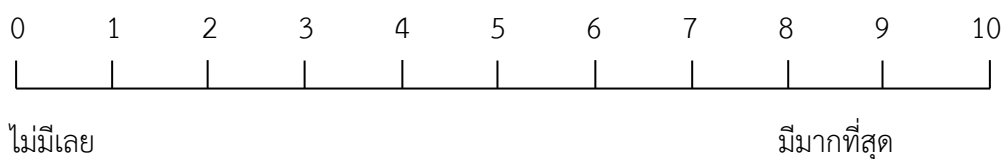
3. อาการชักที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



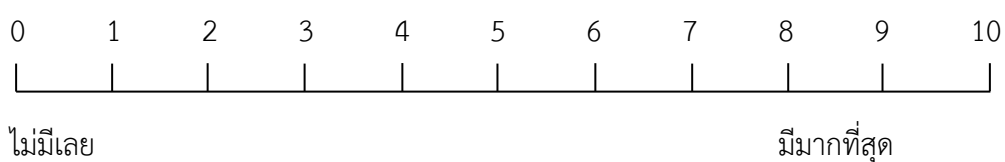
4. อาการคลื่นไส้-อาเจียน ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



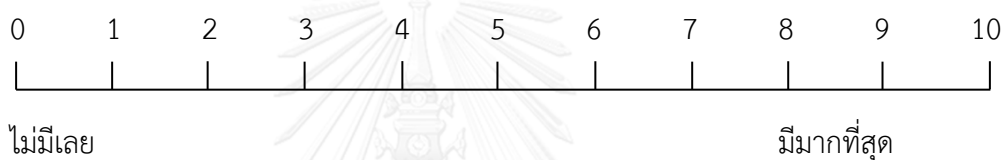
5. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อภาษาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



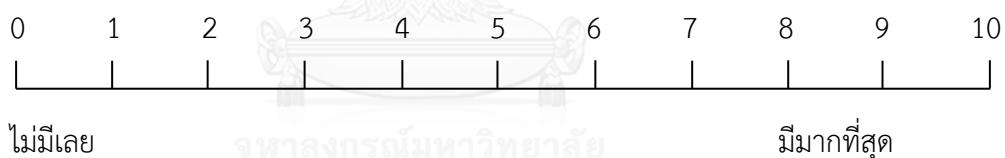
6. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



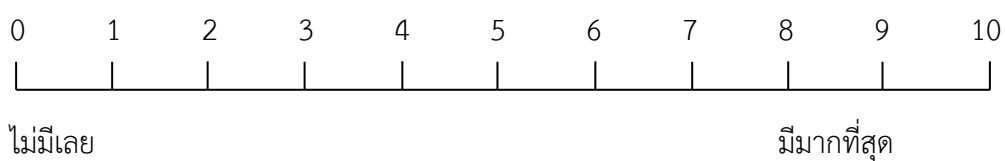
7. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



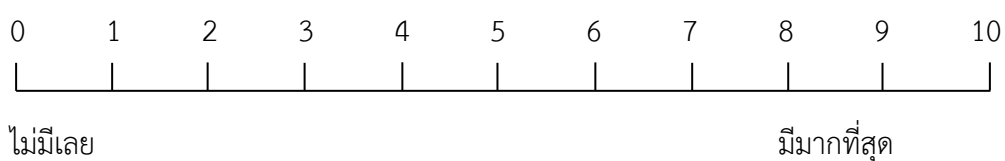
8. อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



9. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



10. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการแสดงออก ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด



ตอนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ เพื่อประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด 3 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง โดย

- ไม่เคย** หมายถึง คุณไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเลย
- นานๆครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเดือนละ 1-3 ครั้ง
- บางครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง
- บ่อยครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นอาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง
- เกือบทุกครั้ง** หมายถึง คุณใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

กรุณาให้คำตอบว่าท่านใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดต่อไปนี้บ่อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

| ลักษณะการเผชิญความเครียด | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | บาง ครั้ง | บ่อย ครั้ง | เกือบ ทุกครั้ง |
|--|--------|---------------|--------------|---------------|-------------------|
| 1. กังวลใจ | | | | | |
| 2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย | | | | | |
| 3. หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น | | | | | |
| 4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้ | | | | | |
| 5. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | | | | | |
| 6. การกิน การสูบ การเคี้ยว | | | | | |
| 7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน | | | | | |

| ลักษณะการเผชิญความเครียด | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | บาง ครั้ง | บ่อย ครั้ง | เกือบ ทุกครั้ง |
|--|--------|---------------|--------------|---------------|-------------------|
| 8. ปลอมยให้คนอื่นแก้ปัญหาคหรือควบคุม สถานการณ์ | | | | | |
| 9. คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อยๆ | | | | | |
| 10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะ ช่วยแก้ปัญหาได้ | | | | | |
| 11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์ แบบเดียวกัน | | | | | |
| 12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะ เกิดขึ้นได้ | | | | | |
| 13. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ | | | | | |
| 14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง | | | | | |
| 15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและ ทุกแง่ทุกมุม | | | | | |
| 16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับ ความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น | | | | | |
| 17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น | | | | | |
| 18. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ | | | | | |
| 19. กระวนกระวาย หงุดหงิดใจ | | | | | |
| 20. ถอยหนีจากสถานการณ์ | | | | | |
| 21. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิด ปัญหา | | | | | |
| 22. พยายามจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่าง จริงจัง | | | | | |

| ลักษณะการเผชิญความเครียด | ไม่เคย | นานๆ ครั้ง | บาง ครั้ง | บ่อย ครั้ง | เกือบ ทุกครั้ง |
|---|--------|---------------|--------------|---------------|-------------------|
| 23. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ | | | | | |
| 24. แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง | | | | | |
| 25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่า หมดหนทางแก้ไข | | | | | |
| 26. อยู่เฉยๆโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะ คลี่คลายได้เอง | | | | | |
| 27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจาก ครอบครัวหรือเพื่อน | | | | | |
| 28. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น | | | | | |
| 29. ลองแก้ปัญหาหลายๆวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดี ที่สุด | | | | | |
| 30. ปล່อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่อง ของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ | | | | | |
| 31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการ แก้ปัญหา | | | | | |
| 32. พยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็น ส่วนๆ | | | | | |
| 33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น | | | | | |
| 34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อ แก้ปัญหา | | | | | |
| 35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น | | | | | |
| 36. มองหาสิ่งที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด | | | | | |

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

EORTC QLQ-C30 (version 3)

คำชี้แจง ผู้วิจัยมีความสนใจบางสิ่งเกี่ยวกับคุณและสุขภาพของคุณ โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

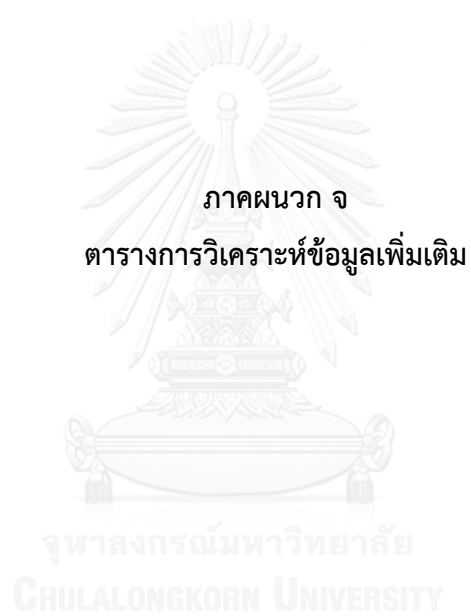
ลักษณะของข้อคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

| ระดับความคิดเห็น | ระดับคะแนน |
|------------------|------------|
| ไม่มีเลย | 1 |
| เล็กน้อย | 2 |
| ค่อนข้างมาก | 3 |
| มากที่สุด | 4 |

กรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวคุณเอง โดยทำวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบเหล่านั้น ไม่มี “ถูก” หรือ “ผิด” ข้อมูลที่ได้ จะเก็บไว้เป็นความลับ

| ข้อความ | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|---|--------|----------|-------------|-----------|
| ในสัปดาห์ที่ผ่านมา | | | | |
| 1. คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. คุณมีความลำบากในการเดินไกลๆ หรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ๆ นอกบ้านหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| ข้อความ | ไม่เลย | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|--|--------|----------|-------------|-----------|
| 5. คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่นๆหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. คุณรู้สึกกังวลหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่? | 1 | 2 | 3 | 4 |



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณมีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาพยากรณ์ทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง หรือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวและนำเสนอในรูปของตารางความสัมพันธ์ (Correlation matrix) ดังตารางที่ 15 ซึ่งพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย รองลงมาคือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา กับวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ และการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำอีกหลายคู่ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรพยากรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น เนื่องจากเกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูงของ Schroder (1990) ใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80 ขึ้นไป

2. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงปกติ ทดสอบดังนี้

2.1 การทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorow-Smimov ซึ่งหลักของการทดสอบนี้คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานว่าประชากร/ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำแสดงว่าการแจกแจงเป็นแบบปกติ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ผลการทดสอบดังตารางที่ 27

จากผลการทดสอบพบว่า ค่า p ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด น้อยกว่า .05 แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนตัวแปรอื่นๆมีค่า p มากกว่า .05 ซึ่งแสดงว่าข้อมูลของตัวแปรเหล่านั้นมีการแจกแจงแบบปกติ

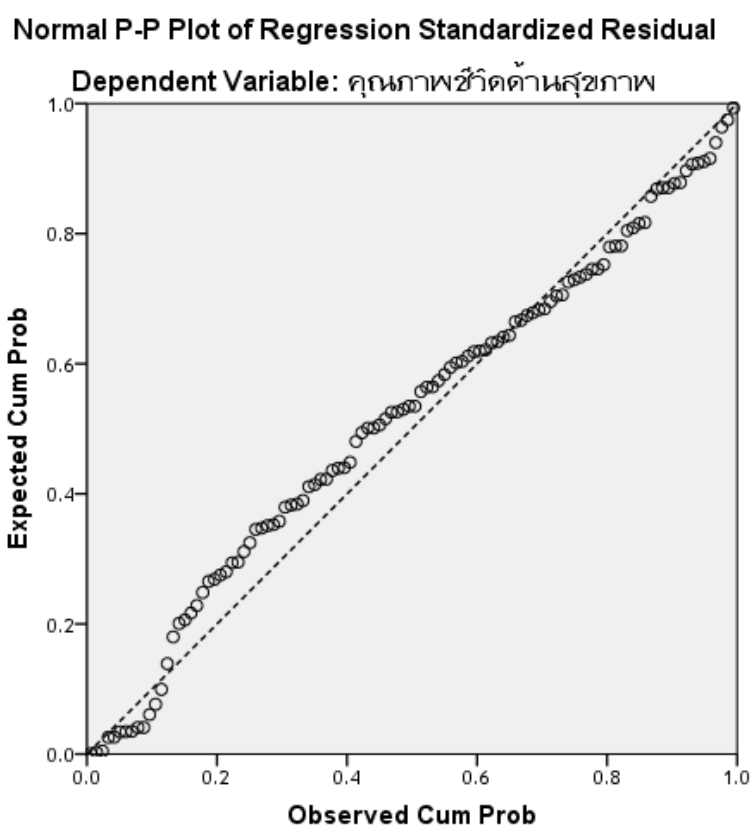
ตารางที่ 27 แสดงสถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov

| One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| | คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ | การทำหน้าที่ ด้านร่างกาย | การทำหน้าที่ ด้านการรู้คิด | กลุ่มอาการไม่สุข สบาย | วิธีการเผชิญความเครียด | | | แบบการเลือก การรับรู้ปัญหา | |
| | | | | | แบบมุ่งแก้ปัญหา | แบบมุ่งปรับ อารมณ์ | แบบการเลือก การรับรู้ปัญหา | | |
| N | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | 110 | |
| Normal Parameters ^{a,b} | 77.088 | 85.364 | 29.200 | 12.327 | 0.390 | 0.238 | 0.373 | | |
| | 20.244 | 9.054 | 2.486 | 8.898 | 0.048 | 0.046 | 0.043 | | |
| | 0.161 | 0.350 | 0.472 | 0.094 | 0.059 | 0.070 | 0.078 | | |
| Most Extreme Differences | 0.134 | 0.259 | 0.374 | 0.094 | 0.059 | 0.070 | 0.078 | | |
| | -0.161 | -0.350 | -0.472 | -0.083 | -0.045 | -0.044 | -0.060 | | |
| Kolmogorov- Smirnov Z | 1.689 | 3.673 | 4.947 | 0.987 | 0.832 | 0.734 | 0.814 | | |
| Asymp. Sig. (2- tailed) | 0.007 | 0.000 | 0.000 | 0.285 | 0.832 | 0.655 | 0.521 | | |

a. Test distribution is Normal., b. Calculated from data.

2.2 การทดสอบโดยใช้กราฟ ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าของข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นกับค่าที่คาดไว้ (Expected Value) โดยค่าที่คาดไว้จะเป็นเส้นตรง และค่าจริงจะต้องอยู่รอบๆ เส้นตรงนั้น ดังแสดงในรูปภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล

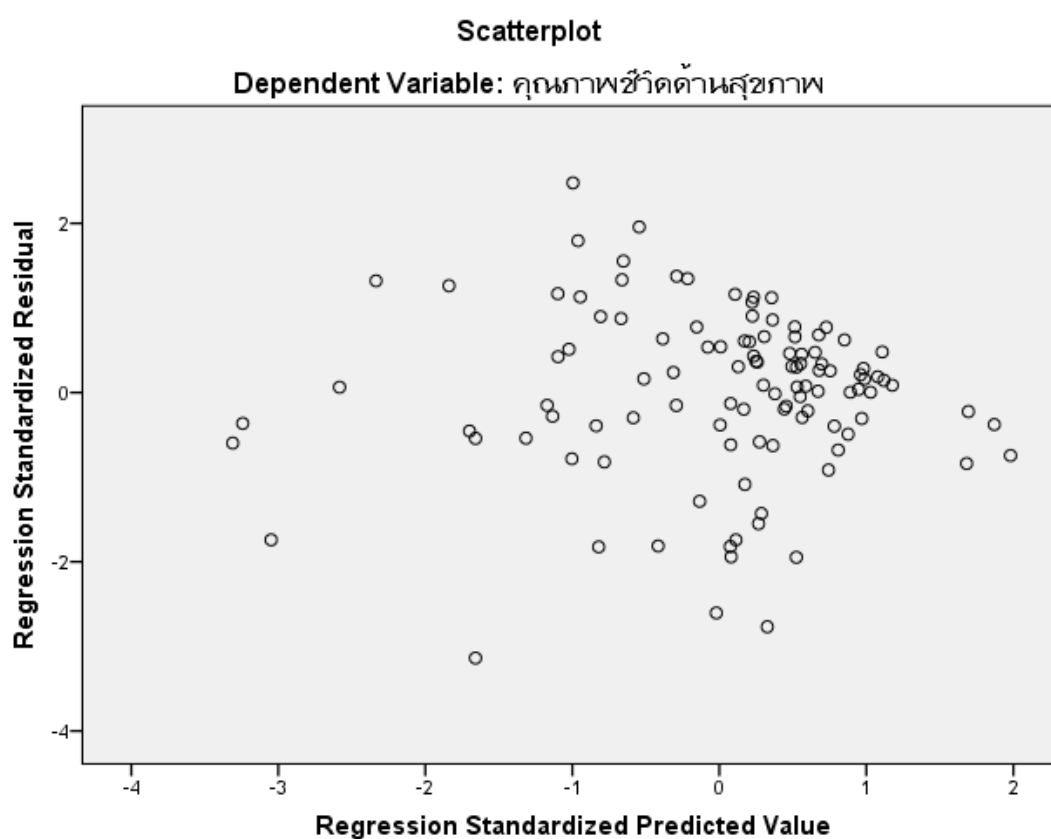


จากภาพที่ 2 พบว่า ค่าจริงของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆเส้นตรงของค่าที่คาดไว้ แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงหรือเป็นปกติ

2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน ทดสอบโดยสถิติทดสอบ Dubin-Watson โดยถ้าค่า Dubin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันหรือไม่มีปัญหาค่าความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) สำหรับการวิจัยนี้ พบว่า ค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.713 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

2.4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่เท่ากัน ทดสอบโดยการพล็อตกราฟความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งถ้าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ หรือมีค่าในช่วงใดช่วงหนึ่งแคบๆ จะถือว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ดังแสดงในรูปภาพที่ 3

ภาพที่ 3 กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน



จากภาพที่ 3 พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ แสดงว่า ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (stepwise) แบ่งตามรายด้าน (n=110)

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | ลำดับขั้นการทำนาย | R | R^2 | R^2 change | F | p-value | b | SE _b | Beta | t |
|-----------------------|--|------|-------|--------------|--------|---------|--------------|-----------------|-------|-------------|
| โดยรวม | 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .655 | .429 | .424 | 81.273 | .000 | 1.147 | .159 | .533 | 7.191 |
| | 2. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .710 | .504 | .495 | 54.419 | .000 | -.633 | .163 | -.289 | -3.892 |
| | 3. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | .724 | .523 | .510 | 38.795 | .000 | -58.900 | 28.584 | -.139 | -2.061 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 1.146 | 15.852 | | .072 |

ตารางที่ 28 (ต่อ)

| คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ | ลำดับชั้นการทำนาย | R | R ² | R ² change | F | p-value | b | SE _b | Beta | t |
|---------------------------|--|-------|----------------|--------------------------|---------|---------|---------------|-----------------|--------|---------------|
| ด้านร่างกาย | 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .698 | .488 | .483 | 102.758 | .000 | 1.523 | .182 | .622 | -0.125 |
| | 2. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .717 | .514 | .505 | 56.603 | .000 | -.448 | .185 | -.180 | -2.417 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 45.643 | 45.643 | | -2.731 |
| ด้านบทบาท | 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | .629a | 0.396 | 0.39 | 70.694 | .000 | 1.932 | 0.23 | 0.629 | 8.408 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 85.943 | 19.719 | | -4.358 |
| | 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | .420 | 0.176 | 0.168 | 23.076 | .000 | -1.023 | 0.217 | -0.404 | -4.714 |
| ด้านอารมณ์ | 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย และ วิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งปรับอารมณ์ | .469 | 0.220 | 0.205 | 15.09 | .000 | -103.398 | 42.106 | -0.21 | -2.456 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 112.58 | 10.345 | | 10.882 |

ตารางที่ 28 (ต่อ)

| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | ลำดับชั้นการทำนาย | R | R ² | R ² change | F | p-value | b | SE _b | Beta | t |
|-----------------------|--|-------|----------------|-----------------------|--------|---------|---------------|-----------------|--------|---------------|
| ด้านความรู้สึก | 1. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย | 0.438 | 0.192 | 0.184 | 25.636 | .000 | -0.936 | 0.264 | -0.327 | -3.55 |
| | 2. กลุ่มอาการไม่สุขสบายและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 0.481 | 0.232 | 0.217 | 16.117 | .000 | 0.642 | 0.259 | 0.228 | 2.482 |
| | 3. กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | 0.518 | 0.268 | 0.248 | 12.969 | .000 | -107.281 | 46.342 | -0.193 | -2.315 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 58.201 | 25.701 | | 2.265 |
| ด้านสังคม | 1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย | 0.542 | 0.293 | 0.287 | 44.832 | .000 | 1.466 | 0.282 | 0.454 | 5.194 |
| | 2. การทำหน้าที่ด้านร่างกายและกลุ่มอาการไม่สุขสบาย | 0.573 | 0.328 | 0.315 | 26.115 | .000 | -0.675 | 0.287 | -0.206 | -2.35 |
| | ค่าคงที่ | | | | | | 40.461 | 25.9 | | -1.562 |

ตารางที่ 29 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามวิธีการเผชิญความเครียด (รายชื่อ) (n = 110)

| วิธีการเผชิญความเครียด | จำนวน | ร้อยละ | \bar{x} | SD |
|---|-------|--------|-----------|------|
| การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา | | | | |
| 15. พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม | 102 | 93 | 3.30 | 1.25 |
| 17. พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น | 93 | 85 | 3.10 | 1.27 |
| 5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | 94 | 85 | 3.06 | 1.30 |
| 28. พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น | 95 | 86 | 3.05 | 1.24 |
| 16. พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น | 91 | 91 | 3.03 | 1.32 |
| 32. พยายามแก้ปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ | 94 | 85 | 2.99 | 1.25 |
| 27. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน | 93 | 85 | 2.94 | 1.24 |
| 31. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา | 95 | 86 | 2.91 | 1.24 |
| 34. กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา | 92 | 84 | 2.83 | 1.31 |
| 29. ลองแก้ปัญหาหลายๆวิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด | 91 | 83 | 2.79 | 1.24 |
| 2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย | 92 | 84 | 2.63 | 1.16 |
| 22. พยายามจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง | 80 | 73 | 2.58 | 1.44 |
| 11. ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์แบบเดียวกัน | 77 | 70 | 2.32 | 1.22 |
| การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ | | | | |
| 1. กังวลใจ | 94 | 85 | 2.43 | 1.04 |
| 12. เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ | 71 | 65 | 2.36 | 1.38 |
| 19. กระทบกระชวย หงุดหงิดใจ | 87 | 79 | 2.31 | 1.06 |
| 24. แยกตัวอยากอยู่คนเดียวตามลำพัง | 49 | 45 | 1.78 | 1.26 |
| 13. อารมณ์เสีย ฉุนเฉียว สาปแช่ง สบถ | 62 | 56 | 1.74 | 1.02 |

| วิธีการเผชิญความเครียด | จำนวน | ร้อยละ | \bar{x} | SD |
|--|-------|--------|-----------|------|
| การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (ต่อ) | | | | |
| 6. การกิน การสูบ การเคี้ยว | 49 | 45 | 1.74 | 1.19 |
| 9. คิดฝันหรือเพื่อฝันไปเรื่อยๆ | 46 | 42 | 1.65 | 1.12 |
| 23. ระบายอารมณ์กับคนและสิ่งของ | 39 | 35 | 1.43 | .913 |
| 21. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา | 31 | 28 | 1.32 | .812 |
| การเผชิญความเครียดโดยการเลือกการรับรู้ปัญหา | | | | |
| 18. สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่เชื่อถือ | 103 | 94 | 3.75 | 1.25 |
| 14. ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง | 102 | 93 | 3.59 | 1.27 |
| 3. หวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น | 100 | 91 | 3.36 | 1.21 |
| 35. บอกตนเองไม่ต้องวิตก ทุกอย่างอาจจะดีขึ้น | 97 | 88 | 3.36 | 1.32 |
| 36. มองหาสิ่งที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด | 99 | 90 | 3.23 | 1.27 |
| 7. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่นแทน | 99 | 90 | 3.04 | 1.11 |
| 4. ยอมรับปัญหา คิดเสียว่าสิ่งต่างๆอาจเลวร้ายได้ | 96 | 87 | 3.04 | 1.20 |
| 33. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น | 86 | 78 | 2.68 | 1.33 |
| 30. ปลดปล่อยสถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ | 71 | 65 | 2.32 | 1.37 |
| 10. พยายามทำอะไรก็ได้แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ | 80 | 73 | 2.31 | 1.23 |
| 26. อยู่เฉยๆโดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง | 75 | 68 | 2.31 | 1.26 |
| 8. ปลดปล่อยคนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ | 56 | 51 | 1.78 | 1.12 |
| 25. เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นเพราะคิดว่าหมดหนทางแก้ไข | 50 | 50 | 1.74 | 1.07 |
| 20. ถอยหนีจากสถานการณ์ | 50 | 45 | 1.69 | 1.10 |

ตารางที่ 30 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
 จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (รายข้อ) (n = 110)

| ข้อความ | \bar{x} | SD |
|---|-----------|-----|
| ในสัปดาห์ที่ผ่านมา | | |
| 10. คุณรู้สึกกังวลหรือไม่? | 2.1 | 0.9 |
| 2. คุณมีความลำบากในการเดินไกลๆหรือไม่? | 2 | 1.1 |
| 1. คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่? | 2 | 1 |
| 14. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่? | 2 | 1 |
| 9. คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่? | 2 | 0.9 |
| 13. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือไม่? | 2 | 0.9 |
| 15. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่? | 1.9 | 1 |
| 11. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่? | 1.9 | 0.8 |
| 8. คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่? | 1.8 | 1 |
| 7. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่นๆ หรือไม่? | 1.6 | 0.8 |
| 12. คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่? | 1.6 | 0.7 |
| 4. คุณจำต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่? | 1.5 | 0.9 |
| 6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่? | 1.4 | 0.9 |
| 3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ๆ นอกบ้านหรือไม่? | 1.4 | 0.8 |
| 5. คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำหรือไม่? | 1.3 | 0.6 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภัทรา พิมสาร เกิดวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2552 เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรมหัวใจชาย สถาบันโรคทรวงอก ในปี 2552-2554 และเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ปฏิบัติงานที่แผนกศัลยกรรมประสาทชาย สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2554- ปัจจุบัน และเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2556

