ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

นางสาวอำนวยพร อาษานอก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2549
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN TUMOR

Miss Amnauyporn Arsanok

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
โดย	นางสาวอำนวยพร อาษานอก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สุรชัย เคารพธรรม

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สุรชัย เคารพธรรม)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อำนวยพร อาษานอก: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง (SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN TUMOR) อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สุรชัย เคารพธรรม., 170 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง จำนวน 130 คน ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2536) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ ไวท์เนอร์ และคณะ (Weitner et al., 1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80, .68, .80, และ .89 ตามลำดับ และแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแควร์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 2.74, SD = 0.48)
2. เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c= .241) ส่วนอายุ และ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
3. กลุ่มอาการไม่สบาย มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.576
4. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .616, .284, .375 ตามลำดับ

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2459.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

477617936: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: QUALITY OF LIFE/ SYMPTOM CLUSTER / FUNCTIONAL STATUS/ COGNITIVE FUNCTIONS /SOCIAL SUPPORT / BRAIN TUMOR

AMNAUYPORN ARSANOK: SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN ADULT PATIENTS WITH BRAIN TUMOR. THESIS ADVISOR ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. SURACHAI KHAOROPTHAM, M.D., 170 pp.

The purpose of this study were to examine the relationships between sex, age, education, symptom cluster, functional status, cognitive status, social support, and quality of life in adult patients with brain tumor. Study participants consisted of 130 patients with brain tumor who attened the neurosurgery clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Police General Hospital, and the Prasat Neurological Institute. The instruments for the study included a demographic data form, Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky et al., 1948), symptom cluster questionnaire, MMSE-Thai 2002, the social support questionnaire of Brandt and Weinert 's concept, and the functional assessment of cancer therapy-brain questionnaire. The instruments were reviewed by a panel of experts for the content validity. Internal consistency reliability determined by Cronbach's alpha were .80, .68, .80, and .80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson Product Moment Correlation and Chi square.

Results were as follows:

1. The mean of quality of life in adult patients with brain tumor was at moderate level ($\overline{X}$ = 2.74, SD = 0.48).

2. Significant correlation was detected between sex (c = .241), and quality of life in adult patients with brain tumor ($p < .05$), while there were no correlations between age, education, and quality of life in adult patients with brain tumor.

3. Negatively significant correlations were detected in symptom cluster (r = -.576) and quality of life in adult patients with brain tumor ($p < .05$).

4. Positively significant correlations were detected in functional status (r = .616), cognitive status (r = .284), social support (r = .375), and quality of life in adult patients with brain tumor ($p < .05$).

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

Academic year..... 2006..... Advisor's.....

Co-advisor's.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณายิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรชัย เคารพธรรม ผู้ให้ข้อคิด คำเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในเรื่องการใช้สถิติ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและการเรียนรู้อันมีค่ายิ่งและให้กำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประสาทและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วย กึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท รวมทั้งบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และสนับสนุนผู้วิจัยอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมัณฑารพ กมลาศน์ ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลประสาทและจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยาที่ให้การสนับสนุนและความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ทุกท่านที่ให้โอกาสและ เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนิสิตปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจ รวมทั้งพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ และผู้ให้โอกาสผู้วิจัยในการมาศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นแรงผลักดัน ให้กำลังใจอันมีค่ายิ่งและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิภาพ ..... ฎ

สารบัญภาพ..... ฏ

บทที่

1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 5

ขอบเขตการวิจัย..... 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 10

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 14

1. คุณภาพชีวิต..... 16

2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย..... 35

3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย..... 44

4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา..... 47

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 58

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดหลังผ่าตัด..... 65

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 71

8. กรอบแนวคิดการวิจัย..... 75

3 วิธีดำเนินการวิจัย 76

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 76

หน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 80
การเก็บรวบรวมข้อมูล 92
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 94
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 95
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 108
สรุปผลการวิจัย..... 110
อภิปรายผลการวิจัย 111
ข้อเสนอแนะ..... 122
รายการอ้างอิง 125
ภาคผนวก 138
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 139
ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย..... 142
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 148
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม 162
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 170

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ 78

2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามชนิดของเนื้องอก การรักษาเพิ่มเติม ตำแหน่ง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อน และสิทธิ์การรักษา.....79

3 ระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 83

4 เกณฑ์การให้คะแนน จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง.....85

5 ระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธปัญญา.....86

6 ระดับการสนับสนุนทางสังคม.....88

7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และอายุ 96

8 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามกลุ่มอาการไม่สบาย.....97

9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....98

10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนก ตามระดับการศึกษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดด้านการ ทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา.....99

11 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำแนกตามรายด้าน.....100

12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำแนกตามรายด้าน.....101

13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามรายข้อ.....102

ตารางที่

14 ค่าสัมประสหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด.....105
15 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
หลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) 106
16 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
หลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square).....107

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....75

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 1 ข้อมูลนำเข้าและข้อมูลส่งออกจาก association cortex.....53

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเนื้องอกสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-1999 ผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองคิดเป็น 5.7 คน มะเร็งสมอง 7.7 คน ต่อประชากร 100,000 คน/ปี และในปี ค.ศ. 2002 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น primary brain tumor และ มะเร็งสมอง สูงถึง 39,500 คน (The Central Brain Tumor Registry, the United States อ้างถึงในทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547) ในประเทศไทยจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าปี พ.ศ. 2547 จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกสมองคิดเป็นร้อยละ 22.02 ของผู้ป่วยระบบประสาทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด และ ปี พ.ศ. 2548 เท่ากับร้อยละ 24.05 และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 15-78 ปี

การรักษาโรคเนื้องอกสมองให้ได้ผลดีนั้นจะต้องวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกและเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อควบคุมรอยโรคเฉพาะที่ให้ได้มากที่สุด วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้ คือการผ่าตัด (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; Armstrong and Gilbert, 1996) แม้ว่าการผ่าตัดสมองจะเป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มากมาย แต่ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้านแตกต่างกันออกไป ซึ่งตามแนวคิดของ Weitner et al. (1995) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Cella et al. (1993) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็น ปกติสุขทางร่างกายเนื่องจากองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขนั้น คือ การมีสุขภาพดี ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมักมีความรู้สึกเป็นทุกข์ (Distress) หรือไม่พึงพอใจในชีวิต (Unpleasant affect of life satisfaction) อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดอาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language deficit) ความบกพร่องด้านการรับความรู้สึก ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา(quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia)

หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นอาจทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงหรือไม่พึงพอใจในชีวิต 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) เป็นการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองมักมีระดับความวิตกกังวลสูง (Mainio et al., 2003) รู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย Lepolapola, Toljamo, Aho and Lonet (2001) ได้ศึกษาประสบการณ์เริ่มแรกของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่าก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยมีความกลัว มีอาการซึมเศร้า และภายหลังการผ่าตัด รูปลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจจากสมรรถภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Hanton and Pickett, 1984) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมซึ่งจะส่งผล ทำให้ผู้ป่วยมีอัตตมโนทัศน์ไม่ดี (Manino, Hakko, Niemela, Turinkoski, Koivukangas and Rasanen, 2003; Shaw et al., 2006) 4. ความพึงพอใจด้านความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) ภายหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำบทบาททดแทน หรือหยุดกระทำบทบาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วขณะ เนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว เช่น สมาชิกครอบครัวอาจต้องทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของสมาชิกที่ขาดหายไป เช่น บุตรต้องทำหน้าที่แทนมารดาที่ต้องดูแลบิดาที่เจ็บป่วย ทำงานบ้าน ทำอาหารดูแลน้อง ร่วมกับการทำหน้าที่เดิมของตนที่มีอยู่ นอกจากนั้นอาจต้องทำหน้าที่แทนบิดาที่เจ็บป่วยเพิ่มด้วย เช่น การหารายได้ให้กับครอบครัว เป็นต้น

จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้เองอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวปฏิบัติบทบาทเดิมไม่เหมาะสมหรือขาดตกบกพร่อง เช่น ภรรยาต้องดูแลสามีที่ป่วยอาจส่งผลให้ การทำหน้าที่ในบทบาทมารดาที่มีต่อบุตรขาดตกบกพร่อง (Hickey, 1992; Marsh et al., 2002; Montgomery, 2002) จากการศึกษาของ Fox and Lantz (1998) ศึกษาประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ 5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา (Relationship with the physician) เป็นการรับรู้ และพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองนั้น ส่วนมากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับคือ การผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกายบกพร่อง สมาธิสั้น เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเกิดความวิตกกังวล (Mainio et al., 2003) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วย การดำเนินของโรคจะเป็นไปในทางใด และการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าขั้นตอนของการรักษายุ่งยากซับซ้อนระเบียบ ขั้นตอนในการเข้ารับการรักษา ความไม่สม่ำเสมอในการได้รับข้อมูล

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้า ท้อแท้ ไม่อยากมารับบริการ ตลอดจนไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากโรคได้ 6. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Additional concerns) เป็นการรับรู้ และพึงพอใจต่อสภาวะความเจ็บป่วยและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เนื่องจากผลมาจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้เกิดกลุ่มอาการไม่สบายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น อาการปวดศีรษะ อาการชัก การมองเห็นผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สูญเสียความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitzner, 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เมื่อมีอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบ ต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน

แม้การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 แต่มีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสมองน้อยมาก โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต กับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มประชากรดังกล่าวยังไม่ชัดเจน และจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลของผู้วิจัยพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดวัยผู้ใหญ่ไว้หลายแนวคิด และแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากแนวคิดหนึ่ง คือ แนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ที่ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1. ปัจจัยทางชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and Physiological Factor)ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด รอยโรค 2. ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) ได้แก่ อาการที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (functioning) ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การทำหน้าที่ด้านสังคม 4. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) 5. ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (Overall Quality of Life) 6. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส 7. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่สามารถ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ทั้ง 7 ปัจจัยพร้อมกันในคราวเดียวได้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกำหนดเกณฑ์ในการคัดสรรปัจจัยต่างๆเหล่านั้นคือ ปัจจัยนั้นต้องเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิดเดียวกับ Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) และเป็นปัจจัยที่มีรายงานการศึกษาวิจัยในอดีตว่ามีแนวโน้มสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัด รวมถึงพิจารณาความเป็นไปได้ในการวัดปัจจัยเหล่านั้น เช่น ถ้าเป็นปัจจัยที่ต้องใช้ตัววัดทางชีวะเคมีหรือเป็นปัจจัยที่ต้องทำ

การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษที่มีราคาแพง ผู้วิจัยจะคัดออกจากการวิจัยเพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มภาระกับกลุ่มตัวอย่าง และ ปัจจัยที่ที่คัดสรรมาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตต้องมีความสัมพันธ์ กันเองน้อยที่สุด ผลการคัดสรรพบปัจจัยที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1. การวินิจฉัยโรค รอยโรค ขนาดของเนื้องอก ซึ่งปัจจัยนี้เป็น ทางชีววิทยาและสรีระวิทยา (Biological and Physiological Factor) และเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะดำเนินการจัดการ 2.ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัย คือ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความซ้ำซ้อนและสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคมจึงคัดออกจากการวิจัย 3.ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perceptions) ตามความหมายของ Wilson and Cleary (1995) คือ การรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยพิจารณาว่ามีความซ้ำซ้อนและสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาการ และ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่จึงคัดออกจากการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในประเทศไทย มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคทางสมอง มีเพียง 2 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (เตือนใจ เหงาจิ้น, 2542) โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านพึ่งพาซึ่งกันและกัน ด้านบทบาทหน้าที่และ ด้านอัตตมโนทัศน์ และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547) ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การรักษาร่วมหลังการผ่าตัด แรงสนับสนุนทางสังคม โดยยังไม่ได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเลย

ดังนั้นปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่นำมาศึกษา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยศึกษาอายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านอาการ โดยศึกษากลุ่มอาการไม่สบาย ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ โดยศึกษา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และ การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยศึกษาการสนับสนุนทางสังคม

Lenz และคณะ (1997) ได้เสนอว่าการบำบัดทางการพยาบาลน่าจะมีผลบรรเทาอาการมากกว่า 1 อาการ เนื่องจากผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ (Major surgery) มักมีอาการหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน อีกทั้งแต่ละอาการยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Lenz et al., 1997) อาการเหล่านี้อาจขัดขวางการทำหน้าที่ต่างๆ ในด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา นอกจากด้านร่างกายแล้ว ในส่วนของจิตใจ พบว่า อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า เพื่อช่วยพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ใส่ใจกับความ

ผิดปกตินี้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการในการรับมือหรือจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยการให้ความรู้ สนับสนุน ส่งเสริม และให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถผ่านพ้นปัญหาดังกล่าวไปได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งค่าใช้จ่ายเนื่องจาก การรักษาพยาบาลลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศชาติดีขึ้นด้วยโดยผลการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของ ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และจะได้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมและเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

ปัญหาการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตโดยนำกรอบแนวคิดของ Weitner et al. (1995) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Cella et al. (1993) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมองคุณภาพชีวิตว่าเป็นโครงสร้างที่ซับซ้อนมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความเป็นอยู่ของมนุษย์ทั้งหมด 6 องค์ประกอบคือ 1. ความพึงพอใจด้านร่างกาย(Physical well-being)

2. ความพึงพอใจด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being)3. ความพึงพอใจด้านด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) 4. ความพึงพอใจด้านความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) 5. ความพึงพอใจด้านด้านการรักษา (Relationship with the physician) 6. ความพึงพอใจด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยจากกรอบแนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (Charateristics of the Individual) ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; Armstrong and Gilbert, 1996) โดยผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ Klein et al. (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางระบบประสาทกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด high-grade glioma พบว่า อายุมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด high-grade glioma ในระดับต่ำ

เพศ มีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิต และการแก้ไขปัญหา บุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ส่งผลให้ สามีต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่บ้าน ร่วมกับทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox and Lantz (1998) ศึกษาประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การแสดงบทบาทและการทำหน้าที่ พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว

ระดับการศึกษา มีผลต่อความรู้ หรือศาสตร์ต่างๆที่บุคคลดึงมาช่วยในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและ ครอบครัวโดยใช้เป็นแนวทางและช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบ โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ และผู้ป่วย และ ครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์, 2542)

กลุ่มอาการไม่สบาย (Symptom cluster) **ตามกรอบแนวคิดของ** Wilson and Cleary (1995) ประกอบด้วยอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องประสบตั้งแต่ 2- 3 อาการที่เกิดพร้อมๆกันและมีการเกี่ยวข้องกัน (Dodd, Miaskowski and Paul, 2001) เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง นับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในพวกเป็นก้อนขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลก (Intracranial expanding lesion) ทำให้เกิดอาการจากกลไก 4 ด้าน คือการขยายของเนื้องอก การถูกกดของสมอง การอุดกั้นของ CSF และ การเกิด brain herniation ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆกัน ซึ่งมีอาการสำคัญ 3 อย่างคือ (symptom triad) คือ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว เนื่องจากมี papilledema (chocked disc) เมื่อเนื้องอกเหล่านี้ขยายใหญ่ขึ้นจะเกิดอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ความรู้สติลดลง การมองเห็นผิดปกติ (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547) เห็นภาพซ้อน (diplopia) หรือตาเหล่ เนื่องจาก abducens nerve palsy วิงเวียนศีรษะ (dizziness) ชักทั้งตัว (generalized epilepsy) และ chushing's reflex (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; Armstrong et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีอาการสูญเสียการได้ยิน สูญเสียการทรงตัว อาการชาที่ใบหน้า (Facial numbness) และอาการเหนื่อยล้า (Matin, Sethi, Lang, Neil-Dwyer, Lutman and Yardley, 2000)

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีอาการปวด อาเจียน ตามัว อาการสูญเสียการได้ยิน สูญเสียการทรงตัว อาการเหล่านี้อาจขัดขวางการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทำงาน การนอนหลับ นอกจากด้านร่างกายแล้ว ในส่วนของจิตใจพบว่า อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และกลัวอาการของโรคเลวลง สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการมองเห็นผิดปกติ(49.1%) ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และปัญหาสุขภาพตลอดจนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin et al. (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์ : อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96 % และ สูญเสียการทรงตัว 78 % และพบว่า 20 % มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38 % พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13 % มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ และอาการต่างๆที่เกิดขึ้นนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ทางสังคม

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Functional status) **ตามกรอบแนวคิดของ** Wilson and Cleary (1995) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลจากพยาธิสภาพอาจเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา

(quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะพบมีการซวนเซในส่วนลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นรัว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Decreased ability to perform normal activity) นอกจากนี้พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Decreased ability to do work) (Meyers, Weitzner, Valentine and Levin, 1998) ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increased need for assistance) (Hanton and Pickett, 1984) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ จากการศึกษาของ Huang, Wartella and Krentzer (2001) ศึกษาผลของการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Dell, Spanier and Warnick (1996) ศึกษาผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และ การศึกษาของ Marciniak, Sliwa, Heinemann and Semik (2001) ศึกษา ผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในหน่วยฟื้นฟู พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงส่งผลให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS)

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง เป็นปัญหาที่พบทางระบบประสาทได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับโรคเนื้องอกสมอง (Boake and Meyers, 1993) การรักษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด คือ การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีรักษา การรับประทานยาป้องกันการชัก การได้รับเคมีบำบัด การได้รับยาสเตียรอยด์ และผลจากการรักษาจะมีผลทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่องด้วย

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive Dysfunction) เป็นผลมาจากกระบวนการของเนื้องอก และ เนื้องอกมี่มีการขยายตัวอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดดำคั่งจึงเป็นเหตุให้สมองบวม (Tucha, Smely, Preier, Lange and Klaus, 2000) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สูญเสียความทรงจำ กระบวนการเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องราวลดลง สมาธิลดลง มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitzner, 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน (Meyers, Weitzner, Valentine and Levin, 1998) ผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจผิดหวังที่สูญเสียการรู้คิดและการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของ

ตนเองและบุคคลในครอบครัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Giovagnoli (1999) พบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองมีผลกระทบต่อความสามารถด้านการรับรู้ และการรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดลดลงด้วย จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1993) พบว่าปัญหาการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิต มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Archibald et al. (1994) และ Reijneveld et al. (2001) ศึกษาการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด low-grade gliomas พบว่า การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญามีผลทำให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS) นานขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่โดยการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาจะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง เนื่องจากความจำ บกพร่อง สมาธิลดลง เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด low-grade gliomas มักมีคุณภาพชีวิตต่ำ

การสนับสนุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1994) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรค พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังเช่นการศึกษาของ Leavitt et al. (1996) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มสนับสนุนให้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และครอบครัวจะทำให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเริ่มเข้ารับการรักษา และงานวิจัยของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาพบว่า การ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และมีงานวิจัยของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และทิพาพร ตังอำนวย (2542) ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ และการศึกษาของ Sammarco (2001) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้

1. เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

2. กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ถึงความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Weitner et al. (1995) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Cella et al. (1993) คือ

1.1 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวันได้แก่การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิต (Energy) การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย (Wellness) ความรู้สึกทุกข์ทรมานต่อผลข้างเคียงจากการรักษา (Distress from side effects) การรับรู้ความสามารถในการตอบสนอง

ความต้องการของครอบครัว (Meeting family needs)ความกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Cancer disease and treatment specific concerns)

1.2 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) คือการรับรู้ความสามารถในการทำงาน (Able to work) การยอมรับในสภาพการเจ็บป่วย (Accept illness) การรับรู้ถึงการพักผ่อนนอนหลับ (Sleeping well) การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมยามว่าง (Enjoy leisure) การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข (Enjoy life) ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต (Enjoy quality of life)

1.3 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) การรับรู้/ความ พึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ (Feeling sad) เครียด (Nervous) ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopeless) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (Worry about dying) และการเผชิญกับความเจ็บป่วย (Coping with illness)

1.4 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา (Relationship with the physician) การรับรู้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดต่อสัมพันธภาพ และการติดต่อสื่อสาร กับบุคลากรทางการแพทย์

1.5 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) คือการรับรู้/ความพึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ต่อการได้รับการช่วยเหลือ หรือมีการติดต่อสื่อสารจากเพื่อน ครอบครัว เพื่อนบ้าน (Communication from friends, family, neighbors) และความใกล้ชิดทางเพศ (sexual intimacy) ตลอดจนการรับรู้ถึงความมั่นใจ ความเชื่อถือ หรือความไว้วางใจ

1.6 ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Additional concerns) คือการรับรู้ความ พึงพอใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ต่อสภาวะความเจ็บป่วยและอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ได้แก่ อาการที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการไม่สบาย อาการที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา เป็นต้น

โดยประเมินจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่ง ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (FACT-BR) ของ ไวทส์เนอร์ และคณะ (Weitner et al., 1995)

2. **ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะด้านประชากร ประกอบด้วย

2.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

2.2 เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิง หรือ ชายของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้รับแบ่งเป็น ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป ประเมินโดยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เป็นแบบ สอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ รายได้ และ แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย มีลักษณะให้เติมคำลงในช่องว่างและแบบคำถามปลายปิด ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา/สิทธิการรักษา

3. **กลุ่มอาการไม่สบาย** หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดได้รับการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น อาการชัก อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประเมินโดยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale, แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory และแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form โดยเป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่ผู้ป่วยเกิด โดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ และประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดลักษณะมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 0-10

4. **การทำหน้าที่ด้านร่างกาย** หมายถึง ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมิน ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky et al., 1948) ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

5. **การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา** หมายถึง กระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไป ตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ และความคิด การรำลึก การจดจำ การเก็บความจำ การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และการแสดงอารมณ์ในด้านลบและด้านบวก แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการ

แสดงออกอย่างเหมาะสม ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการ ความสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ประเมินโดยแบบวัดการรู้คิดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัด Mini Mental State Exam (MMSE) มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน

6. **การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในการได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่การสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnare : Part 2) ของ Brandt and Weinert (1981: 277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 18 ข้อ

7. **ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด** หมายถึง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองภายหลังการผ่าตัดสมองมาแล้ว 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และทางสาธารณสุขอื่นๆตลอดจนผู้บริหารในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านกลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

2. ได้แนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการให้ความรู้ ความช่วยเหลือตลอดจนเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านอาการ ประกอบด้วย กลุ่มอาการไม่สบาย ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิต
    - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
    - 1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
    - 1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
    - 1.4 โรคเนื้องอกสมองและการผ่าตัด
    - 1.5 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง
    - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย
    - 2.1 ความหมาย
    - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย
    - 2.3 การประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย
    - 2.4 เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
    - 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
    - 3.2 การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา
    - 4.1 ความหมายของพุทธิปัญญา
    - 4.2 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง
    - 4.3 พยาธิสภาพของการบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา
    - 4.4 ประเภทของความบกพร่องด้านพุทธิปัญญา
    - 4.5 การประเมินปัญหาด้านพุทธิปัญญา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.6 เครื่องมือประเมินด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมาย

5.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

5.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

5.4 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หลังผ่าตัด

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. คุณภาพชีวิต

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน (Kleinpell, 1991; Meeberg, 1993) มีความหมายหลากหลายแตกต่างกันไปตามกาลเวลา (Fallowfield, 1990; Goodinson and Spiker, 1990) สถานที่ วัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา ความเชื่อ ความเจ็บป่วย ตลอดจนการรับรู้และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Ferrans and Ferrell, 1990; Leinger, 1993; Zhan, 1992) คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพปกติหรือมีการเจ็บป่วย (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) โดยทั่วไป มนุษย์ทุกคนย่อมต้องการการมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การมีสุขภาพดี การมีอิสระในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต ในปัจจุบัน พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ตระหนัก และให้ความสนใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเชื่อว่า คุณค่าของการพยาบาลมิใช่อยู่ที่การช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่อยู่ที่การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพหรือมีความพึงพอใจในชีวิต ด้วยเนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีพื้นฐานทางนามธรรม เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน แตกต่างกันไปตามกาลเวลา สถานที่ วัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา ความเชื่อ ตลอดจนการรับรู้และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Ferrans, 1990) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความและความหมายที่แน่นอน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสนใจและวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา (Hickey, 1992) อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามทรรศนะของแต่ละบุคคล ดังนี้

จากพจนานุกรมทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่มีคำว่า “คุณภาพชีวิต” ต้องพิจารณาแยกเป็น 2 คำ คือ “คุณภาพ” และ “ชีวิต”

คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำตัวบุคคลหรือสิ่งของ (พจนานุกรม, 2525) ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย (พจนานุกรม, 2525) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลหรือสิ่งของ

Webster’s Encyclopedic Unabrided Dictionary of the English Language (1994) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตและชีวิตไว้ดังนี้ คุณภาพ หมายถึง 1. คุณลักษณะ คุณสมบัติ หรือ องค์ประกอบ 2. คุณลักษณะ หรือลักษณะประจำตัวสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง คุณลักษณะหรือ องค์ประกอบประจำตัวของความเป็นอยู่

Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของ

ร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

เฟอร์แรนส์ และ พาวเวอรส์ (Ferrans and Powers, 1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกถึงการมีความผาสุกของบุคคลซึ่งเกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้น

ชาน (Zhan, 1992) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

ฮันเตอร์ (Hunter, 1992 cited in สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2539) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงการที่บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

Weitner et al. (1995) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในชีวิตในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) ด้านด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ (Emotionalwell-being) ด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) ด้านการรักษา (Relationship with the physician) ด้านอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Additional concerns)

ปริศนา อัตถาผล (2543) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับ ความพึงพอใจในชีวิตซึ่งมีผลมาจากปัจจัยหลายๆด้านในชีวิตทั้งในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านเศรษฐกิจและสังคม

อำภาพร พัววิไล และคณะ (2543) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก รับรู้ มีประสบการณ์ว่าองค์ประกอบที่จำเป็นต่อชีวิตของตนที่มีอยู่และอยู่ในระดับที่ตนเองพึงพอใจ

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่ได้ศึกษามาอาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ต่อสภาพการณ์ที่ปรากฏอยู่จริงที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง

1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

เบอร์คฮาร์ท (Burckhardt, 1985) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สามารถประเมินได้ 5 ด้านคือ

1. ความรู้สึกรื่นรมย์ในการดำรงชีวิต คือ มีความสุข ความพอใจในสิ่งต่างๆที่เป็นกิจวัตรประจำวัน

2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต คือ การคิดว่าชีวิตของตนมีความหมายและการยอมรับในสิ่งที่ชีวิตของตนมีอยู่หรือประสบอยู่

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย คือ ความรู้สึก ว่าได้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่จะกระทำ

4. อัตมโนทัศน์ คือ การมีความรู้สึกนึกคิดด้านบวกต่อตนเองในด้านต่างๆ เช่น การมีคุณค่าในตนเอง การพึ่งพา หรือการมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก

5. การมีอารมณ์ที่เป็นสุข คือ การมีความรู้สึกนึกคิดที่อิ่มใจ เบิกบาน หรือการมองโลกในแง่ดี

เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้านดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) ได้แก่ สภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพาด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความรู้สึกสงบสุข

4. ด้านครอบครัว (family domain) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

ซาน (Zhan, 1992) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่วๆไป อัตตมโนทัศน์ ความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สังคม และเศรษฐกิจ

เมอร์ดอฟ (Murdaugh, 1998) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่พบได้บ่อยในการศึกษาวิจัยต่างๆ คือ การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทัศนคติของบุคคล ความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและความพึงพอใจโดยรวม

สำหรับรูปแบบหรือแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาแต่ละเรื่อง มีทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตแบบโครงสร้างมิติเดียว นั่นคือเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เพียงคำถามเดียวประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด (Cantrill, 1985 cited in Somchit hanucharumkul, 1988) และการประเมินคุณภาพชีวิตแบบโครงสร้างหลายมิติ เชื่อว่าจะถูกต้องเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงมากกว่าการประเมินจากมิติเดียว (Ferrans and Powers, 1990) หรืออาจจะแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านวัตถุวิสัย (objective) ซึ่งประเมินจากข้อมูลทางรูปธรรมที่วัดนับได้ และด้านจิตวิสัย (subjective) ซึ่งเป็นการประเมินจากการสอบถามความรู้สึกจากตัวบุคคล เช่น ความสุข ความพึงพอใจในความมีคุณค่าในตนเอง ฯลฯ

Fitzpatrick et al. (1992) ได้แบ่งมิติของคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน เช่นกันโดยไม่ได้รวมภาพลักษณ์และการตอบสนองต่อการรักษาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต แต่เน้นที่การแสดงบทบาท และอาการของโรคเข้าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ได้แบ่งมิติหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้านคือ

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย
2. การทำหน้าที่ด้านอารมณ์
3. การทำหน้าที่ด้านสังคม
4. การแสดงบทบาท
5. ความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ

Cella et al. (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (Physical dimension) เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขทางร่างกาย

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/spiritual dimension) เป็นการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ด้านบทบาทและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal dimension) ภายหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีการกระทำบทบาททดแทน หรือหยุดกระทำบทบาทบางอย่าง หรือเปลี่ยนแปลงชั่วขณะ เนื่องจากความจำเป็นของครอบครัว

Weitner et al. (1995) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็น ปกติสุขทางร่างกายเนื่องจากองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขนั้น

2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) เป็นความ รู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านจิตใจ

3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) เป็นการรับรู้ และการตัดสินใจของผู้ป่วยเองเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยในการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งด้าน รูปร่าง คุณลักษณะ และภาพลักษณ์ของตนเอง

4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being)

5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา (Relationship with the physician) เป็นการรับรู้ และพึงพอใจต่อระบบการดูแลรักษา

6. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกิดขึ้น (Additional concerns) เป็นการรับรู้ และพึงพอใจต่อสภาวะความเจ็บป่วยและอาการต่างๆที่เกิดขึ้น

1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา ได้มีผู้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้หลายแนวทาง ดังนี้

แฟรงค์ สตอร์มเบอร์ก (Frank-Stromberg, 1984) ได้ให้แนวทางของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะดังนี้

การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลอื่นๆในทีมสุขภาพ ซึ่งประเมินจากสภาวะสุขภาพของบุคคล ความสามารถในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวัน และสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคล โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้ เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนในขณะนั้น ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับ

คำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หรือสภาวะเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภทคือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ และปราศจากการถูกคุกคาม โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยบุคคลประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิตซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั้นเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตมักจะนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตประกอบด้วย

แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลา และคณะ (Padilla et al., 1985) ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 7 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความผาสุกด้านจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ความพึงพอใจ อารมณ์ขัน ความรู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์และการนอนหลับ ความผาสุกด้านร่างกาย เช่น ความแข็งแรง ความอยากรับประทานอาหาร การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ด้านเกี่ยวกับสังคม ด้านเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองและด้านการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนหรือความเจ็บปวดเป็นต้น

แบบวัดคุณภาพชีวิตของเฟอร์แรนส์ และพาวเวอรส์ (Ferrans and Powers Quality of Life Index) ซึ่งใช้ประเมินได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งแบบประเมินมี 2 ตอน ตอนแรกเป็นการประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินมิติที่สำคัญต่อบุคคลประกอบด้วย 4 มิติ คือ การทำหน้าที่และสภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม จิตวิญญาณ และครอบครัว

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถาม 227 ข้อ และถูกปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบการรับรู้เชิงรูปธรรม ประกอบด้วยข้อคำถามในแง่ของความเข้ม (intensity) ความจุ (capacity) ความถี่ (frequency) ของพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคำถามเพื่อให้รายงานตามการรับรู้ของตน ในเชิงประเมินสภาพปัญหาที่ตนเผชิญอยู่ว่าประสบการณ์ นั้นมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิต

แบบวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจหาการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับกิจกรรมต่างๆ โดยวัดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ การปฏิบัติตามบทบาทต่างๆ หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวด และความมีชีวิตชีวา SF-36 ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพในลักษณะการประเมินการรับรู้แห่งตน เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คุณลักษณะที่สำคัญสำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่เป็นองค์ประกอบใน the SF-36 มีทั้งหมด 36 item ซึ่งประเมินคุณลักษณะของคุณภาพชีวิตที่สำคัญ 3 ด้านคือ สภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ความผาสุก (well-being) และภาวะสุขภาพทั้งหมด (overall health)

The Nottingham Health Profile (NHP) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะของการสะท้อนการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น ประกอบด้วยคำถาม 38 ข้อ เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเจ็บปวด การนอนหลับ การแยกตัว ปฏิกิริยาทางอารมณ์ และระดับการใช้พลังงาน

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (FACT-BR) ของ Weitner et al. (1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) โดยเครื่องมือ (FACT-BR) Weitner et al. (1995) ได้พัฒนาจาก เครื่องมือ FACT-G เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งใช้แนวคิดของ เซลลา และคณะ (Cell et al., 1993) จำนวน 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

จากข้อมูลหลักฐานที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ในที่นี้ว่า แนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีอยู่หลายแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตโดยนำกรอบแนวคิดของ ไวทส์เนอร์ และ คณะ (Weitner et al., 1995) ที่ดัดแปลงจากแนวคิดของ Cella et al. (1993) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมองคุณภาพชีวิตว่าเป็นโครงสร้างที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทั้งหมด 6 องค์ประกอบคือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Emotional well-being) 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being) 5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา (Relationship with the physician) 6. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการอื่นๆที่เกิดขึ้น (Additional concerns) และผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยจากกรอบแนวคิด Conceptual Model of Health-Related Quality of Life ของ Wilson and Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลง แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ของ ไวทส์เนอร์ และคณะ (Weitner et al.,1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) จาก 5 มิติ จำนวน 48 ข้อ เป็น 6 มิติ จำนวน 47 ข้อ คือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ 7 ข้อ 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 6 ข้อ 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ 5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา 2 ข้อ และ 6.ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างที่เกี่ยวข้อง 18 ข้อ ซึ่งสามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกด้านของคุณภาพชีวิต

1.4 โรคเนื้องอกสมองและการผ่าตัด

เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง นับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในพวกเป็นก้อนขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลกศีรษะ (intracranial expanding lesion) ทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทได้ต่าง ๆ กัน เมื่อก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ก็จะเป็นเหตุให้มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงและสูญเสียชีวิตในที่สุด

1.4.1 **อุบัติการณ์ของเนื้องอกสมอง** เนื้องอกสมองชนิดต่าง ๆ จะมีอุบัติการณ์แตกต่างกันบ้าง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่างานนั้นได้ตัวเลขมากจากการผ่าตัดโดยประสาทศัลยแพทย์ หรือจากการตรวจศพโดยประสาทพยาธิแพทย์ นอกจากนั้นอุบัติการณ์ของเนื้องอกสมองยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้มีความแตกต่างกันอีกอัน ได้แก่

1.4.1.1 การจัดแบ่งแยกชนิดของเนื้องอกสมอง เป็นเวลานานมาแล้วที่ได้มีการจัดแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองโดยอาศัยลักษณะทาง histopathology และพฤติกรรมชีวะ (biology behavior) มีการแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองออกเป็นหลายแบบเช่น แบบของ Kernohan และ Sayre, แบบ WHO ซึ่งแต่ละแบบจะมีความแตกต่างกันบ้าง นอกจากนี้ในปัจจุบันชื่อเนื้องอกสมองบางชนิดได้มีการเปลี่ยนไปสิ่งเหล่านี้จะทำให้เป็นปัญหาในการเปรียบเทียบอุบัติการของเนื้องอกสมอง

1.4.1.2. ความไม่เหมือนกันภายในก้อนเนื้อ เช่น malignant glioma จะแสดงความเป็นเนื้อร้ายไม่เหมือนกันในแต่ละแห่ง บางแห่งมีลักษณะของ low grade astrocytoma ส่วนตำแหน่งที่มี necrosis และ vascular proliferation จะเป็น high grade astrocytoma การตัดเนื้องอกเพียงชิ้นเล็ก ๆ มาตรวจ (biopsy) อาจทำให้การวินิจฉัยความเป็นเนื้อร้ายผิดความจริง

1.4.1.3. อัตราการทำการตรวจศพ ในแต่ละแห่งมีอัตราการตรวจศพไม่เหมือนกัน โรงพยาบาลที่มีอัตราการตรวจศพสูงย่อมมีโอกาสพบเนื้องอกสมองที่ยังไม่แสดงอาการได้มากกว่า

1.4.1.4 ตำแหน่งของเนื้องอก เนื้องอกสมองซึ่งเกิดขึ้นในตำแหน่งสำคัญ เช่นที่ brain stemบางครั้ง ไม่สามารถเอาเนื้องอกออกมาตรวจได้

อุบัติการณ์ของเนื้องอกสมองแต่ละชนิด ที่เกิดขึ้นในอายุและตำแหน่งต่าง ๆ นับว่ามีความสำคัญเพราะจะช่วยในการวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกได้ในส่วนหนึ่ง ดังจะเห็นได้ว่าเนื้องอกบางชนิดเกิดขึ้นแต่เฉพาะในเด็กและไม่พบในผู้ใหญ่เลย หรือบางชนิดกลับพบแต่ในผู้ใหญ่และไม่พบในเด็ก ส่วนเพศของผู้ป่วยจะไม่มีความสำคัญเท่ากับอายุและตำแหน่ง

1.4.2 **สาเหตุของเนื้องอกสมอง**

1.4.2.1 การเจริญผิดปกติของ embryonal cells เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นเนื้องอก ซึ่งมักจะพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่ ตามปกติแล้วจะมีเซลล์เป็นส่วนสมองที่มีหน้าที่ต่าง ๆ กัน อาจจะมีเซลล์บางชนิดหลงเหลือค้างอยู่ และต่อมาเซลล์เหล่านี้กลับเจริญผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกสมองมักจะเกิดอยู่ในแนวกลางของสมองเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างที่พบเห็นเสมอ ๆ ได้แก่ dermoid, epidermoid, teratoma, craniopharyngioma, chordoma, medulloblatoma ฯลฯ

1.4.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรมมีเนื้องอกสมองที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ ซึ่งชนิดที่จัดอยู่ในกลุ่ม phakomatoses ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติที่มีอาการทางผิวหนัง ตา ระบบประสาท และถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่

von Recklinghousen's neurofibromatosis หรือโรคเท้าแสนปม นับว่าเป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดว่าเป็นโรคที่มีเนื้องอกของระบบประสาทซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม อาจพบได้หลายคนในครอบครัวเดียวกัน เนื้องงอกที่เกิดขึ้นนั้นเป็นได้ทั้งในสมองเส้นประสาทส่วนปลายและผิวหนัง

Tuberous sclerosis เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอีกอย่างหนึ่งที่มีความผิดปกติทั้งในสมองและส่วนอื่น ๆ ของร่างกายลักษณะที่สำคัญในการวินิจฉัยโรค คือ

1. มี adenoma sebaceum ที่หน้าบริเวณสองข้างของจมูก (butterfly area)

2. ที่สมองมี subependymal giant cell astrocytoma ที่บริเวณผนังของ lateral และ 3 rd ventricle

von Hippel-Lindau disease เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมในลักษณะ autosomal dominant ซึ่งประกอบด้วย capillary hemangioblastoma เป็นเนื้องอกชนิด benign ร่วมกับ retinal angioma

1.4.2.3 การบาดเจ็บของสมอง เป็นเวลานานมาแล้วที่คิดกันว่าการบาดเจ็บของสมองน่าจะเป็น ปัจจัยหรือสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมองของmeninges และ glial cells แต่ก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน เพียงมีรายงานว่าพบเนื้องอกสมองในตำแหน่งที่เคยมีประวัติว่าได้รับบาดเจ็บสมองในบริเวณนั้นซึ่งก็นับว่าพบได้น้อยมากเมื่อคิดถึงจำนวนเนื้องอกทั้งหมด

1.4.2.4 การฉายรังสี (radiation) เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่าการฉายรังสีที่ CNS สามารถทำให้เกิด brain necrosis ตรงตำแหน่งที่มีการฉายรังสีในระยะเวลาต่อมาระยะเวลาที่จะเกิดมีเนื้องอกหลังการฉายรังสีจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของรังสีที่ให้ ยิ่งมีขนาดสูงระยะเวลาของการเกิดมีเนื้องอกจะสั้นลง

1.4.2.5 IMMUNOLOGICAL DISORDERS พบว่า immunosuppression มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเนื้องอกภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (transplantation) ดังจะเห็นได้ในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและมี complete immuno-suppression บางรายเกิดมีเนื้องอกสมองซึ่งส่วนมากเป็น lymphoma และ sarcoma

1.4.2.6 ไวรัส ในสัตว์ทดลอง ไวรัสสามารถทำให้เกิดเนื้องอกสมองได้ แต่สำหรับในคนยังไม่ทราบแน่นอน

1.4.2.7 สารเคมี ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีใครทราบได้ว่าสารเคมีใดเป็นต้นเหตุให้เกิดเนื้องอกสมองในคน อย่างไรก็ตามมีสารเคมีหลายอย่าง เช่น ethyl และ methylnitrosourea สามารถ ทำให้เกิดเนื้องอกของระบบประสาทได้ในสัตว์ทดลอง

1.4.3 การเปลี่ยนแปลงของสมองต่อเนื้องอก

1.4.3.1 สมองบวม (brain edema) รอบ ๆ ก้อนเนื้องอกซึ่งเป็นผลจากการที่ก้อนเนื้องอกกดเบียดหลอดเลือด ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ ทำให้เลือดแดงไหลช้าและเลือดดำถูกอุดตัน เกิดภาวะ hypoxia ของเนื้อสมองโดยรอบ และมี blood brain barrier เสียไป ดังจะเห็นได้ในขณะผ่าตัดว่าหลอดเลือดฝอยจะถูกเบียดมีขนาดเล็กและเนื้อสมองมีลักษณะซีดบวม

นอกจากนั้นการเกิดสมองบวมยังขึ้นอยู่กับ ธรรมชาติ ชนิด ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอดอีกด้วย ซึ่งเนื้องอกแต่ละชนิดจะทำให้มีภาวะ toxic ต่อสมองต่างกัน จึงเกิดสมองบวมมากน้อยไม่เหมือนกัน

1.4.3.2 displacement effect เป็นผลเนื่องจากสมองถูกก้อนเนื้องอกเบียดและความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนตัวของเนื้อสมองจากตำแหน่งที่มีความดันสูงกว่าไปสู่ตำแหน่งที่มีความดันต่ำกว่า เกิดภาวะ herniation ในตำแหน่งต่าง ๆ

1.4.4 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา

เมื่อมีเนื้องอกในสมองหรือก้อนที่ขยายตัวได้อย่างอื่นเกิดขึ้นภายในช่องกะโหลกศีรษะ จะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีวิทยาของสมองได้หลายอย่าง ที่สำคัญคือ

1.4.4.1 อาการลมชัก อาการลมชักที่เป็น focal seizure จะแสดงถึงตำแหน่งของเนื้องอกที่ผิวของสมอง เนื้องอกพวก extraaxial เช่น meningioma จะมีอาการลมชักนำมาก่อนอาการอื่น ๆ แต่เนื้องอกพวก intraaxial จะมีอาการ focal neurologic deficit หรือ papilloedema นำมาก่อนอาการลมชัก

1.4.4.2 ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง (Increasedintraaxial pressure, Increased ICP)

1.4.4.3 ระบบประสาทเสียหน้าที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหน้าที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอก กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาท เสียหน้าที่มีหลายแบบ เช่น

การทำลายเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma บริเวณ internal capsule ทำให้แขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง

การเบียดดันเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma ที่ temporal lobe ทำให้แขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง ถ้าทำผ่าตัด temporal lobectomy อาการอ่อนแรงของแขนขาจะหายไป

การบวมของเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอกทุติยภูมิ (metastasis) มีเนื้อสมองรอบ ๆ บวม แขนขาอ่อนแรงถ้าให้ยา steroid ยุบบวมอาการอ่อนแรงของแขนขาก็หายไป

การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื่องจากเส้นเลือดถูกกดหรืออุดตันจากเนื้องอก ตัวอย่าง parasagittal meningioma ที่ลามเข้าไปอุดตัน superior sagittal sinus ทำให้ขาสองข้างอ่อนแรง

medial sphenoid ridge meningioma ไปกดรัด internal carotid artery เกิด cerebral ischemia และแขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง

การเกิด brain herniation ตัวอย่าง tentorial และ foramen magnum herniation

การกดเส้นประสาทสมองโดยตรง ตัวอย่าง acoustic neuroma ไปกด trigeminal nerve, facial nerve ทำให้เสียหน้าที่เป็นต้น

1.4.4.4 ระบบประสาทเสียหน้าที่ทั่ว ๆ ไป (diffuse neurologic deficit) การเสียหน้าที่ของระบบประสาททั่วๆไปอาจมีเพียงสติปัญญาและความสนใจเสื่อมจนถึงไม่รู้สติ ทั้งนี้เป็นผลของความดัน สูงในโพรงกะโหลกและมี hydrocephalus ร่วมด้วย

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพียงอย่างหนึ่งอย่างใดในสามอย่างข้างบนนี้หรืออาจทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการร่วมกันของทั้งสามอย่างติดต่อกันไปก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และอัตราการขยายตัวของพยาธิสภาพแต่ละชนิด

1.4.5 ภาวะความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง (INCREASED ICP)

โดยทั่วไปแล้วก้อนที่ขยายตัวได้เพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะมากนัก แต่ความดันที่สูงมักจะเป็นผลรวมของการขยายตัวของตัวก้อนนั้นกับพยาธิสภาพที่เกิดตามหลังการมีก้อน อันได้แก่ สมองบวม (brain edema), vinous congestion, การไหลเวียนของเลือดภายในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ และมีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลังการมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้นั้นเกิดจาก

1.4.5.1 เนื้องอกมีการขยายตัวร่วมกับสมองบวมกรณีนี้ได้แก่ malignant tumor ซึ่งสมองบวมจากกลไกสองอย่าง คือ primary toxic ของเนื้อร้ายที่มีต่อเนื้อสมอง และจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่มีก้อน

1.4.5.2 การไหลเวียนของเลือดในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ ก้อนเนื้องอกอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดี มีเลือดดำคั่งจึงเป็นเหตุให้สมองบวม

1.4.5.3 การอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลัง (CSF obstruction) การอุดตันของน้ำไขสันหลังอาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในทางเดินของ CSF ทำให้เกิด obstructive hydrocephalus อาการของผู้ป่วยอาจเลวลงจนถึงกับหมดสติได้ในระยะเวลาสั้น การอุดตันทางเดิน CSF อาจเกิดจากเนื้องอกขนาดเล็กที่อยู่ภายใน ventricular system หรือเนื้องอกอยู่นอก ventricular system แล้วโตไปเบียดทางเดิน CSF ในตำแหน่งที่แคบเช่นบริเวณ aqueduct of Sylvius หรือ ทางออก (foramen) ต่าง ๆ ของ ventricles

ปัจจัยทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมานี้ไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันท่วงทีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามเวลาที่ผ่านไป การแก้ไขที่สำคัญที่สุดก็คือการรักษาต้นเหตุ แต่ในบาง

รายก็ไม่สามารถรักษาต้นเหตุได้ ทำให้ยังคงมีการอุดต้นทางเดิน CSF อยู่ ในกรณีเช่นนี้ก็ต้องระบาย CSF ออกเพื่อลดความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะ เพราะหากปล่อยให้มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญ 2 อย่างคือ มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมองลดลง และเกิดภาวะ brain herniation กด brain stem ทำให้หน้าที่ของ brain stem เสียไปผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมในที่สุด

1.4.6 การตรวจวินิจฉัยและตรวจพิเศษ

1.4.6.1 การซักประวัติและการตรวจร่างกายมีความสำคัญมากการซักประวัติจากผู้ป่วยโดยตรง อาจไม่ได้ประวัติที่แน่นอน ประวัติที่ได้จากญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด โดยสังเกตอาการผิดปกติเริ่มแรก อาการเปลี่ยนแปลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป และ ผลของการรักษาที่ได้รับมาแล้ว ประกอบกับการตรวจ ร่างกายทั่วไปและการตรวจระบบประสาทโดยละเอียด จะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้แม่นยำยิ่งขึ้น

1.4.6.2 การถ่ายเอ็กซเรย์ปอดถือว่าจำเป็นเพื่อดู bronchogenic carcinoma ที่กระจายไปที่สมอง เอ็กซเรย์กะโหลก เพื่อดูตำแหน่งของ pineal calcification การทำลายของกะโหลก การผุกร่อนที่ lamina dura ของ sellar turcica หรือ posterior clinoid process แสดงถึงสภาวะความดันสูงในโพรงกะโหลก หากพบ hyperostosis และ increased vascular marking จะบ่งถึง meningioma พบ calcification แสดงถึงตำแหน่งและชนิดของเนื้องอก

1.4.6.3 CT scan (computerizied tomogram) มีประโยชน์อย่างมากในการตรวจวินิจฉัยเนื้องอกในโพรงกะโหลก สามารถบอกถึงตำแหน่งของเนื้องอก สภาวะของเนื้อสมองที่อยู่รอบๆเนื้องอกว่าบวมมากน้อยเพียงใดการเคลื่อนที่ของแนวกึ่งกลางสมอง และการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง ขนาดของโพรงสมองและ vascularity ของเนื้องอกมีมากหรือน้อยพอคาดคะเนได้จากการทำ enhancement (ฉีด conray 60 เข้าเส้นเลือดดำ) วิธีการเช่นนี้จัดเป็น non traumatic procedure

1.4.6.4 radioisotope brain scan โดยการฉีดสาร technetium pertechnitate สามารถบอกตำแหน่งของขนาดของเนื้องอกได้ แต่ไม่สามารถบอกถึงขนาดของโพรงสมองและการเคลื่อนที่ของ midline structure ได้เหมือน CT scan

1.4.6.5 cerebral angiography มีประโยชน์ช่วยบอกตำแหน่ง ขนาดของเนื้องอกและมากไปกว่านั้นสามารถแสดงเส้นเลือดแดงที่เข้าไปเลี้ยง และเส้นเลือดดำที่ออกจากเนื้องอก มีประโยชน์ต่อศัลยแพทย์ที่จะได้วางแผนก่อนการผ่าตัด เพื่อให้เสียเลือดน้อยที่สุด

1.4.6.6 pneumoencephalography และ ventriculography ช่วยบอกตำแหน่งของเนื้องอกที่เข้ามากินที่หรือเบียดโพรงสมอง หรืออุดตันทางเดินของน้ำหล่อสมองแต่ในปัจจุบันวิธีการนี้ได้ถูกแทนที่โดย CT scan เพราะวิธีการทำ pneumoencephalography และ

ventriculography จะต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยมีปวดศีรษะหลังการตรวจ และอาจมีการตกเลือดในโพรงกะโหลก นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อ (meningitis) ได้

1.4.6.7 Magnetic resonance imaging (MRI) เป็นวิธีล่าสุดในการถ่ายภาพตรวจวิเคราะห์สมองและไขสันหลัง หลักสำคัญของ MRI คือการใช้สนามแม่เหล็กที่มีพลังสูงให้เกิดปฏิกิริยากับ nucleus ในเนื้อเยื่ออวัยวะที่ต้องการตรวจเนื่องจากน้ำเป็นส่วนประกอบที่มีอยู่มากที่สุดในร่างการ ดังนั้น MRI ในปัจจุบันจึงวัดปฏิกิริยาของ proton ในโมเลกุลของน้ำเป็นหลัก พบว่า proton จะมีการเรียงตัวตามสนามแม่เหล็ก เนื่องจากเนื้อเยื่อแต่ละชนิดมี proton density ต่างกันสัญญาณที่ได้รับจากการส่งคลื่นวิทยุ ผ่านเนื้อเยื่อที่อยู่ในสนามแม่เหล็กจึงต่างกันและสามารถนำสัญญาณนี้มาสร้างเป็นภาพด้วยคอมพิวเตอร์โดยสามารถสร้างภาพทั้งในแนว axial, sagittal และ coronalโดยทั่วไป MRI มีความไวและแม่นยำกว่า CT scan ในการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ เช่น โรคทาง ischemic, Demyelanting และการอักเสบในเนื้อสมอง (encephalitis) รวมทั้งโรคบริเวณposterior fossa brain stem และ ไขสันหลัง

ข้อเสียของ MRI คือ มีราคาแพงกว่า CT scan มีความแม่นยำน้อยกว่าในการวินิจฉัยการบาดเจ็บของศีรษะและไม่เห็น calcification ในที่รอยโรค

1.4.7 การรักษาเนื้องอกสมอง

ความพร้อมเพรียงในเครื่องมือเวชภัณฑ์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงความสามารถของประสาทศัลยแพทย์ในสถาบันนั้น มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมาก โดยเฉพาะอัตราตายและทุพพลภาพหลังการผ่าตัดการรักษาเนื้องอกสมองแบ่งเป็น 2 แบบดังต่อไปนี้

1.4.7.1 curative treatment วิธีการนี้เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกหมด ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคเนื้องอกสามารถทำได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกแบบ extraaxial เช่น meningioma, acoustic neuroma และเนื้องอก intraaxial บางชนิดเช่น cystic astrocytoma of cerebellum ในเด็กถ้าตัดเอา mural nodule ออกให้หมด ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคได้

1.4.7.2 palliative treatment ใช้ในเนื้องอกสมองแบบ intraaxial ที่ไม่สามารถจะตัดเอาเนื้องอกออกได้หมดเพราะอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญของสมอง ถ้าศัลยแพทย์พยายามจะตัดเอาเนื้องอกออกหมดจะทำให้อัตราตายและทุพพลภาพสูง ไม่คุ้มค่ากัน การรักษาวิธีนี้มีหลายแบบ

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

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

CSF shunting เป็นการผ่าตัดต่อท่อให้น้ำหล่อสมองไขสันหลังจากโพรงสมองผ่านอ้อมทางเดินที่อุดตันเพื่อลดความดันในโพรงกะโหลก ตัวอย่างเนื้องอกที่อุดทางเดินของน้ำหล่อสมองไขสันหลัง คือ pinealoma, thalamic glioma, pontine glioma การทำผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกโดยตรงมีอัตราตายและทุพพลภาพสูง ศัลยแพทย์จึงนิยมผ่าตัด ventriculo-peritoneal shunt หรือ ventriculo-atrial shunt แล้วตามด้วยการฉายแสง

Radiation therapy แสงที่ใช้รักษาเนื้องอกรวมถึงเนื้องอกสมองชนิดร้ายและไม่ร้ายนั้น คือ x-rays และ gamma rays จุดมุ่งหมายในการรักษาคือให้แสงไปทำลายเนื้องอก แต่เนื้อเยื่อที่ปกติต้องทนต่อแสงได้ ขนาดของรังสีประมาณ 5000-5500 rads โดยแบ่งให้วันละไม่เกิน 180-200 rads จะทำอันตรายต่อเนื้อสมองปกติน้อยที่สุดและสามารถทำลายเนื้องอกได้มากที่สุด ในปัจจุบันนิยมใช้แสง gamma จาก “Cobalt” (megavoltage) ในการรักษาเพราะมีอำนาจทะลุทะลวงเข้าถึงเนื้องอกที่อยู่ส่วนลึกได้ดี ถูกดูดซึมที่กะโหลกและกระจายออกไปบริเวณรอบ ๆ น้อยกว่าแสง x-rays ไม่ต้องสงสัยเลยว่า radiotherapy ,ประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองทั้งชนิดร้ายและชนิดไม่ร้าย โดยเพิ่มชีวิตให้ยาวนาน (survival time) และคุณภาพของชีวิตดีขึ้น

Chemotherapy จากการศึกษาของ Wilson และคณะ พบว่าการใช้ chemotherapy ร่วมกับ radiotherapy จะเพิ่ม survival time ของผู้ป่วยออกไปอีกในปัจจุบันยาในกลุ่ม nitrosoureas เป็นที่นิยมใช้มากที่สุด

Steroid therapy ช่วยลดการบวมของสมองที่อยู่รอบเนื้องอก ได้ประโยชน์ในเนื้องอกสมองทุติยภูมิและเนื้องอกปฐมภูมิชนิดร้าย

1.5 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรคเนื้องอกสมอง

1.5.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1.5.1.1 ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language

deficit) เนื่องจากขณะผ่าตัดมีการไหลเวียนของเลือดสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือนบริเวณสมอง ส่วนที่ควบคุมการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่นในคนที่ถนัดขวา จะเกิดความบกพร่องทางด้านคำพูดและสื่อภาษา ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้

1.5.1.1.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนขมับ (temporal lobe) ซึ่งเป็นที่ตั้งของ เวอนิกส์ (Wernicke's area) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจภาษา การฟังและการอ่าน ซึ่งจะสามารถพูดได้แต่ไม่สอดคล้องกับการสนทนา

1.5.1.1.2 ไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษา (motor expressive aphasia) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อภาษา โดยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน หรือสัญลักษณ์ต่างๆ และรู้ว่าจะต้องตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว อาจพูดตะกุกตะกักหรือเขียนไม่เป็นประโยค จะพบในรายที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณโบรคา (Broca's area)

1.5.1.1.3 ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจความหมายของการสื่อสาร(expressive receptive aphasia) จะมีความผิดปกติทั้งด้านการพูด การอ่าน และการเขียน เรียกว่า global aphasia พบในผู้ที่เกิดพยาธิสภาพที่บริเวณเวอนิกส์และโบรคา

1.5.1.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้ และ การรับความรู้สึกเกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กลีบสมอง ส่วนบนซีกที่ไม่เด่นมักพบความบกพร่องในการรับรู้ หรือขาดความสนใจในความผิดปกติของร่างกายด้านที่เสียหน้าที่ และอาจพบร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพที่เปลือกสมอง เช่น ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส (astereogenosis) 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

1.5.1.3 มีการสูญเสียสายตาในครึ่งข้างเดียวกันของตา ผู้ป่วยจะมองเห็นเพียงด้านเดียวและมีความบกพร่องของสนามการมองเห็นอีกด้านหนึ่ง ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนบนและส่วนขมับ รอยโรคที่หลงเหลือจาการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อการมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมด้านซ้าย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจเกิดร่วมกับการมองเห็นภาพ (diplopia) ซึ่งอาจพบ

ชั่วคราวได้ ภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ ประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 โดยขากการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกลอกไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ

1.5.1.4 ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาต ของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะทำให้เกิดความบกพร่องของการพูด กล้ามเนื้อบริเวณปากสั่นกระตุกจนทำให้พูดตะกุกตะกัก (dysarthria) และอาจพบมีการซวนเซในส่วนลำตัว (truncalataxia)ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นรัว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว ถ้ามีรอยโรคกดทับแกนสมอง (Sinclair, 1991)

1.5.1.5 อาการชัก ใน Brain tumor ที่พบได้บ่อย คือ การมีพยาธิสรีรภาพที่ตำแหน่ง Supratentorial (Wen and Black, 2001) สาเหตุของอาการชักนั้นยังไม่แน่ชัด แต่อาจจะมีอิทธิพลจากสารสื่อประสาท (neurotransmitter)

1.5.1.6 กลุ่มอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการและอาการแสดงของความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema (chocked disc) บุคลิกเปลี่ยนแปลง ความรู้สติลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) ร่วมกับ ระบบประสาทเสียหน้าที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหน้าที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอกได้ กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหน้าที่ จากการรายงานการศึกษา ของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน (mean =33.59) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ(49.1%) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin et al. (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์: อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96 % และ สูญเสียการทรงตัว 78 % และพบว่า 20 % มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38 % พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13 % มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ

1.5.1.7 การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรง หรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย ฮิคคี (Hickey, 1992) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมักจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นเช่น ความสะเพร่ามักง่าย (disoderliness) มักสงสัย (suspiciousness) ชอบทะเลาะวิวาท (argumentativeness) แยกตัว (isolativeveness) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น ถ้ามีรอยโรคที่

สมองส่วนหน้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก (child-like behavior) ถือตนเองเป็นสำคัญ (self centeredness) ขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจมารยาทสังคม ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่ได้คิดไว้ล่วงหน้า (impusiveness) เซื่องซึม (lethargy) ปราศจากความรู้สึกหรืออารมณ์ (apathy) ไม่รู้จักตนเอง (impaired sense of self identity) ถ้ามีรอยโรคที่สมองด้านข้างจะมีพฤติกรรมที่รุนแรง และอาจมีอาการชักร่วมด้วย

1.5.1.8 การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา (intellectual change) เป็นผลโดยตรงจากการทำลายเนื้อสมอง ทำให้มีผลต่อการรับรู้ (cognitive) ผู้ป่วยจะมีความสามารถต่างๆเสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมาธิ ความคิด ความจำ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยด้านสติปัญญา คือ การลืม (amnesia) ผู้ป่วยบางรายจะสูญเสียความทรงจำที่ผ่านไป (recent memory) ซึ่งมักพบรอยโรคบริเวณสมองส่วนขมับหรือบางคนสูญเสียความจำในอดีต ที่เกี่ยวกับตนเอง และเหตุการณ์ที่ผ่านมา (remote memory) มักพบรอยโรคกระจายไปในสมองทั้งสองซีก

1.5.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคเนื้องงอกสมองและ/หรือ ได้รับการผ่าตัด อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า คลุ้มคลั่ง หรือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์และทำนายผลที่จะเกิดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ หรือ อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีผลทำให้เกิดการเก็บกดทางอารมณ์ หรือ จากความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกตนเองเป็นภาระผู้อื่น สูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) รู้สึกกลัว (fear)

1.5.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องและความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการออกจากงาน และปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา จากการศึกษา ของ Fox and Lantz (1998) พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้อาการของโรคยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และบุคลิก ภาพเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจะมีความผิดปกติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีความบกพร่องในด้านความจำ การตัดสินใจและการสื่อสาร การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป ต้องพึ่งพาผู้อื่น บุคลิกภาพ อารมณ์แปรปรวน ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เต็มที่ หรืออาจถูกออกจากงาน จะเห็นได้ว่าจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้ว การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะ สมกับสภาพความเจ็บป่วยจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Padilla and Grant, 1985: 45) การช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นพยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นจุดเน้นของพยาบาล คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตที่ดีมิใช่สภาพร่างกายที่ปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายถึงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ปัจจุบันวงการสาธารณสุขไทยมีการตื่นตัว ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก (จริยา คมพยัคฆ์, 2537: 14)

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลกได้เน้นว่าบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆ และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2543) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยมากที่สุด ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะเห็นได้ว่ากลุ่มอาการไม่สบาย เป็นอาการสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย ได้ด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม และชะลออัตราการเกิดอาการได้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิต อยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข

อันเนื่องมาจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยปัจจุบันกำลังมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มีการปรับบทบาทที่มสุขภาพในการให้บริการจากเชิงรุกมาเป็นเชิงรับ โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชน และมุ่งเน้นการลดระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาล โดยจะรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และเป็นภาวะวิกฤต การรักษาเน้นที่การดูแลรักษาไม่ให้เกิดอาการมากกว่าเดิม หรือเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ระยะการรักษาในโรงพยาบาลจึงสั้นลง

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขจึงเป็นความรับผิดชอบไม่เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ หากรวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งการป้องกันและแก้ไขการเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องกลุ่มอาการไม่สบายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการไม่สบายต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลที่มีองค์ความรู้จากผลงานวิจัยรองรับ จะส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยวิกฤตด้านศัลยกรรมประสาทสมองและไขสันหลัง ในด้านการปฏิบัติงานทางคลินิก เช่นการให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นแนวสู่การส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาทางการพยาบาลทางคลินิกซึ่งมีความจำเป็น และความสำคัญในการคงไว้ซึ่งคุณภาพการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ช่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไปพร้อมกัน อีกทั้งช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของตัวผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศได้อีกด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย

2.1 ความหมาย

Symptom คือ ประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimensional experience) แต่ละมิติสามารถรายงานและประเมินแยกออกจากกันได้ เชื่อว่าอาการทุกอาการประกอบด้วย 4 มิติ (Dimension) แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน (Lenz et al., 1997)

Symptom หมายถึง ประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านกาย จิต สังคม ความรู้สึกนึกคิด เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ (Larson et al., 1999)

Symptom หมายถึง ประสบการณ์ส่วนตัวของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม (Biopsychosocial) ความรู้สึก (Sensation) และการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) อันเป็นเหตุแห่งความทุกข์ทรมาน (Dodd et al., 2001)

Symptom หมายถึง อาการ (ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2547)

Clusters คือ จำนวนของของที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Language, 1979)

กลุ่มอาการไม่สบาย (Symptom clusters) คือ อาการ 3 อาการหรือ มากกว่านั้นที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆกัน และแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน อาการแต่ละอาการไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุอย่างเดียวกัน Symptom clustersนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และสามารถทำนายอาการของผู้ป่วยได้ (Dodd et al., 2001; 2004)

กลุ่มอาการไม่สบาย (Symptom clusters) คือ การที่ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งมีอาการ 3 อย่างหรือมากกว่า เกิดขึ้นพร้อมๆกัน และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน (เช่น มีอาการปวดอ่อนล้า นอนไม่หลับ คลื่นไส้และเบื่ออาหาร) กลุ่มอาการไม่สบายนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลลบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาจส่งผลร่วมในการทำนาย patient morbidity (Kath et al., 2003 cite in Dodd et al., 2004)

Symptom clusters in cancer patients พบว่ามี 3 กลุ่มอาการ กลุ่มแรกประกอบด้วยอาการปวด อ่อนล้า และนอนไม่หลับ กลุ่มที่ 2 สัมพันธ์กับการได้รับรังสีรักษา คือมีอาการ คลื่นไส้-อาเจียน กลุ่มที่ 3 สัมพันธ์กับอารมณ์ คือ จะมีภาวะเศร้าโศก เสียใจ และซึมเศร้า (Miaskowski, 2005)

กลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด คือ อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองต้องประสบตั้งแต่ 2-3 อาการที่เกิดพร้อมๆกันและมีการเกี่ยวข้องกัน เป็นความรู้สึกจากกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้รับการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มอาการไม่สบายประกอบด้วย

อาการปวดศีรษะ เป็นอาการสำคัญที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดและจะเป็นอยู่นานประมาณ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้น เมื่อมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ไอ จาม (Jacer et al, 1996 cited in Wen Teoh, and Black, 2001) หรือ มักเกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ ที่มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมาก ลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting) ไม่สัมพันธ์กับอาหารหรืออาการคลื่นไส้ ผู้ใหญ่มักไม่ค่อยพบอาการอาเจียน ผู้ป่วยที่มาหาด้วยอาการอาเจียนและแพทย์สงสัยว่ามีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ต้องรีบค้นหาสาเหตุและให้การรักษา เพราะการอาจเจียนนั้นมักเกิดในระยะที่มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมาก

อาการตามัว รอยโรคที่หลงเหลือจาการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อการมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมด้านซ้าย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจเกิดร่วมกับการมองเห็นภาพ (diplopia) ซึ่งอาจพบชั่วคราวได้ ภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีการกระทบกระเทือนของประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของนัยน์ตา คือ ประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 โดยขากการประสานงานของกล้ามเนื้อนัยน์ตาทั้งสองข้าง ไม่สามารถกลอกไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้ตามปกติ

อาการชัก ใน Brain tumor ที่พบได้บ่อย คือ การมีพยาธิสรีรภาพที่ตำแหน่ง Supratentorial (Wen and Berger, 2001) สาเหตุของอาการชักนั้นยังไม่แน่ชัดแต่อาจจะมีอิทธิพลจากสารสื่อประสาท (neurotransmitter) (Keles and Berger, 2001)

อาการคลื่นไส้-อาเจียน มักเกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ ที่มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมาก ลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (projectile vomiting) ไม่สัมพันธ์กับอาหารหรืออาการคลื่นไส้ ผู้ใหญ่มักไม่ค่อยพบอาการอาเจียน ผู้ป่วยที่มาหาด้วยอาการอาเจียนและแพทย์สงสัยว่ามีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง ต้องรีบค้นหาสาเหตุและให้การรักษา เพราะการอาจเจียนนั้นมักเกิดในระยะที่มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมาก

อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language deficit) เนื่องจากขณะผ่าตัดการไหลเวียนของเลือดสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือนบริเวณสมองส่วนที่ควบคุมการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่นในคนที่ถนัดขวา จะเกิดความบกพร่องทางด้านคำพูดและสื่อภาษา ซึ่งมีอยู่ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนขมับ (temporal lobe) ซึ่งเป็นที่ตั้งของ เวอนิกส์ (Wernicke's area) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจภาษา การฟังและการอ่าน ซึ่งจะสามารถพูดได้แต่ไม่สอดคล้องกับการสนทนา

2. ไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษาได้ (motor expressive aphasia) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อภาษา โดยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน หรือสัญลักษณ์ต่างๆ และรู้ว่าจะต้องตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว อาจพูดตะกุกตะกักหรือเขียนไม่เป็นประโยค จะพบในรายที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณโบรคา (Broca's area)

3. ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (expressive receptive aphasia) จะมีความผิดปกติทั้งด้านการพูด การอ่าน และการเขียน เรียกว่า global aphasia พบในผู้ที่เกิดพยาธิสภาพที่บริเวณเวอนิกส์และโบรคา

อาการสูญเสียการได้ยิน primry auditory cortex (transverse gyri of Heschl) หรือ Brodmann's area ในบริเวณ superior temporal gyrus รับกระแสประสาทที่มาจากหู ผ่าน inferior colliculi, medial geniculate body จึงเป็นส่วนที่ได้ยินเสียงทั้งหมด มาประมวล แปลผล และเชื่อมโยงกับความจำที่มีอยู่เกี่ยวกับเสียงนั้น ร่วมกับสมองส่วนที่ใกล้ๆกัน คือ auditory association area ซึ่งได้แก่ ส่วนใหญ่ของ area 22 ในบริเวณด้านข้างของสมองกลีบนี้ เนื่องจากสัญญาณจากหูทั้ง 2 ข้างจะถูกส่งมายังสมองส่วนนี้ทั้งสองซีก ดังรั้นพยาธิสภาพเพียงด้านเดียวจึง

ไม่ทำให้การได้ยินผิดปกติ หรือไม่ทำให้เกิดการหูหนวก แต่พยาธิสภาพที่ทำลายทั้งสองซีก ทำให้มีอาการหูหนวกชนิด cortical deafness ได้

พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับ auditory association area ทำให้เกิดอาการผิดปกติที่เรียกว่า auditory agnosia คือ ผู้ป่วยยังได้ยินเสียง แต่ไม่สามารถจำได้ว่าเป็นเสียงอะไร และไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเสียงได้ ถ้าเกี่ยวกับเสียงดนตรี เรียกว่า amusia (ซึ่งมักจะเกิดพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา) พบว่าผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพบริเวณ Brain stem ในส่วนของ cerebellopontine angle ถ้าเนื้องอกกดบริเวณ Trigeminal nerve และ Facial nerve จะทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว และกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอ่อนแรง ริมฝีปากและหนังตาตก ประมาณ 10-15% .ในผู้ป่วย acoustic neuroma มักแสดงให้เห็นอาการดังกล่าวนี้ (Campbell, 1991)

อาการเหนื่อยล้า ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง คือ การผ่าตัด โดยหวังผลผลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มอัตราการปลอดโรค และเพิ่มอัตรารอดชีวิต และแม้ว่าการรักษาโรคเนื้องอกสมองได้พัฒนาไปมาก การพยากรณ์โรคก็ดีขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีชีวิตยืนยาวมาก แต่พบว่าผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาคือความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีรายงานการศึกษาของ Lovely, Miaskowski and Dodd. (1999) พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการ และ ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ชนิด Glioblastoma multiformae และพบว่าอาการเหนื่อยล้านั้นยังคงอยู่เป็นเดือนเป็นปีภายหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่การงาน บทบาททางสังคมและความผาสุกทางกายและทางใจของผู้ป่วย

นอนไม่หลับ หรือ การนอนหลับไม่เพียงพอ (Insomnia) หมายถึง ความไม่เพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพการนอนหลับ โดยมีสาเหตุจากการนอนหลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง หรือนอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (สุรชัย, 2536; Reimer, 2000 อ้างถึงใน วราภา แหลมเพ็ชร์, 2544) การนอนหลับไม่เพียงพอ เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อถูกรบกวนการนอนหลับทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของระยะการนอนหลับ ทำให้วงจรการนอนหลับไม่สมบูรณ์ เกิดการพร่องของการนอนหลับ ส่งผลกระทบต่อสมดุลการทำงานของร่างกายและจิตใจ โดยแสดงอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น มือสั่น รีแฟกซ์ลดลง ความจำ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจช้าลง หัวใจเต้นผิดปกติ ภูมิคุ้มกันต่ำ ทนต่อความเจ็บปวดลดลง อาการแสดง

ทางด้านจิตใจ เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด อ่อนล้า ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล สับสน และประสาทหลอน (Hchagen et al., 1994 อ้างถึงใน วราภา แหลมเพ็ชร์, 2544)

ผู้ป่วยโรคเนื้องงอกสมองหลังผ่าตัดมักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ ทางด้านร่างกายผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ บางครั้งอาจเหนื่อยหอบ ซึมลง หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การนอนหลับเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เป็นสิ่งจำเป็นในการคงไว้ซึ่งสุขภาวะ เนื่องจากขณะนอนหลับ ร่างกายใช้พลังงานลดลง ทำให้มีการสะสมพลังงานไว้ในเซลล์ เป็นการสำรองพลังงานเพื่อใช้ในวันถัดไป (Hodgson, 1991; Closs, 1999) เมื่อเกิดมีการรบกวนการนอนหลับติดต่อกันนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง บุคคลนั้นจะเริ่มต้นด้วยการง่วงหาว และหากยังไม่ได้หลับชดเชย จะเกิดอาการทางด้านอารมณ์ชัดเจนในลักษณะหงุดหงิด ก้าวร้าว สับสน ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ หนังตาตก ขอบตาคล้ำและหากยังไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานาน 40-64 ชั่วโมงติดต่อกัน จะกลายเป็นปัญหาทางจิต ประสาทหลอน สับสน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หูแว่ว ควบคุมการพูดไม่ได้ จะพบในคนที่มีปัญหาหารหลับติดต่อกันนานกว่า 60 ชั่วโมง

จะเห็นว่าการนอนหลับไม่เพียงพอมีผลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและพฤติกรรม (Closs, 1992) ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาลดลง นอกจากนี้การนอนหลับไม่เพียงพอยังมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ความต้องการการนอนหลับจะเพิ่มขึ้นในภาวะเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ร่างกายหายจากโรค และช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (สุวิมล โภคาลัย, 2546)

การเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อาจพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าคลุ้มคลั่ง หรือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วย วิเคราะห์สถานการณ์และทำนายผลที่จะเกิดได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดแนวทางในการประเมินและมองไม่เห็นจุดหมายของเหตุการณ์ทำให้ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้ หรือ อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านการสื่อสาร มีผลทำให้เกิดการเก็บกดทางอารมณ์ หรือ จากความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกตนเองเป็นภาระผู้อื่น สูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคับข้องใจ (frustration) รู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) รู้สึกกลัว (fear) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ

และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบถึงอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า (Manino, Hakko, Niemela, Turinkoski, Koivukangas, and Rasanen, 2003; Shaw et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไมนิโอ และคณะ(Mainio et al., 2005) พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรงหรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย ฮิคคี (Hickey, 1992) กล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยมักจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพบางประการที่เกิดขึ้น เช่น ความสะเพร่ามักง่าย (disoderliness) มักสงสัย (suspiciousness) ชอบทะเลาะวิวาท (argumentativeness) แยกตัว (isolativeveness) วิตกกังวล (anxiety) เป็นต้น ถ้ามีรอยโรคที่สมองส่วนหน้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก (child-like behavior) ถือตนเองเป็นสำคัญ (self centeredness) ขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจมารยาทสังคม ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมที่แสดงออกโดยไม่ได้คิดไว้ล่วงหน้า (impusiveness) เชื่องซึม (lethargy) ปราศจากความรู้สึกหรืออารมณ์ (apathy) ไม่รู้จักตนเอง (impaired sense of self identity)

เนื่องจากกลุ่มอาการไม่สบายเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ ทำให้สมมติฐานหรือแนวคิดที่ปรากฏอยู่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกพยาธิสรีรภาพของกลุ่มอาการไม่สบายได้ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบายพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับกลไกการเกิดกลุ่มอาการไม่สบายไว้หลายแนวคิด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สบาย

2.2.1 Symptom management model (Dodd et al., 2001)

แบบจำลองนี้ปรับจากแบบจำลองการจัดการอาการที่นำเสนอไว้ในปี 1994 เพื่อให้มีความสะดวกในการใช้ทางคลินิกโดยศูนย์การจัดการอาการ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย

อาการ ตามความหมายของแบบจำลองนี้ หมายถึงประสบการณ์ส่วนตัวของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม (Biopsychsocial) ความรู้สึก (Sensation) และการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) อันเป็นเหตุแห่งความทุกข์ทรมาน

Domain ทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อแบบจำลอง คือ บุคคล ภาวะสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม เป็น contextual variable ที่มีอิทธิพลต่อ 3 แนวคิด ในแบบจำลองการจัดการอาการ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์จากอาการ

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) เป็นการแสดงออกของบุคคลต่อภาวะเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีลักษณะเป็นพลวัตร เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของ 1.

การรับรู้เกี่ยวกับอาการ 2. การประเมินอาการ บุคคลนั้นต้องรู้สึกตัว ใช้ความคิดความรู้สึกและแปลความหมายของข้อมูลออกมาในรูปแบบของความรุนแรงของอาการ สาเหตุของอาการ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 3. การตอบสนองต่ออาการที่สามารถแสดงออกมาทางด้าน กาย จิต สังคม และพฤติกรรม

มุมมองเกี่ยวกับทั้ง 3 องค์ประกอบในแบบจำลองที่สร้างขึ้นมาใหม่มีดังนี้

กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Strategies) เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร เปลี่ยนแปลงตามเวลาหรือการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอ หรือป้องกันการเกิดผลลัพธ์เชิงลบที่เกิดจาก อาการด้วยวิธีการชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical) วิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และวิธีการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการ เริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการตามแนวคิดของผู้ป่วย หลังจากนั้นวิเคราะห์ถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติ ตามด้วยการประเมินผลจากการปฏิบัติและกระบวนการจัดการ แบบจำลองการจัดการกับอาการที่ปรับขึ้นใหม่นี้ มีความจำเพาะเจาะจง (Specification) ของกลวิธีการจัดการอาการมากกว่าเดิม มีการระบุกลวิธีการจัดการนั้น คือ อะไร ทำเมื่อไหร่ ที่ไหน เหตุผลของการกระทำ ทำมากหรือบ่อยแค่ไหน ใครคือผู้ที่ได้รับผลจากกลวิธีการจัดการ และได้รับโดยวิธีใด การสร้างการบำบัดทางการพยาบาลนั้นจะต้องออกแบบการบำบัด ที่ครอบคลุมทุกๆข้อ ที่เจาะจงไว้ในแบบจำลอง อย่างไรก็ตามลักษณะของการบำบัดที่สร้างขึ้นย่อมต้องขึ้นอยู่กับ State of the science ของอาการที่เป็นเป้าหมาย ผู้รับกลวิธีการจัดการอาการนั้นสามารถเป็นได้ทั้งบุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชนก็ได้ นอกจากนี้แบบจำลองนี้ให้ความสำคัญ ต่อความต่อเนื่องในการใช้กลวิธีนั้น Adherence) ถ้ากลวิธีที่ใช้บำบัดอาการมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มาสามารถปฏิบัติติดต่อกันได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้กลวิธีที่ใช้ไม่ส่งผลต่อผลลัพธ์ (Outcome)

ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom Outcome) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการ ปัจจัยบ่งชี้ผลลัพธ์ 8 ประการ คือสภาวะของอาการ (Symptom status) การดูแลตนเอง (Self care) เศรษฐานะ (Financial status) อัตราการเกิดโรคและปัจจัยร่วมในการเกิดโรค (Morbidity and Comorbidity) อัตราตาย (Mortality) คุณภาพชีวิต (Quality of life) ภาวะอารมณ์ (Emotional status) และค่าใช้จ่าย (Cost)

2.2.3 Theory of unpleasant symptom (Lenz et al., 1997)

ทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อาการ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ และผลจากอาการ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของทฤษฎีนี้ อาการในความหมายของทฤษฎีนี้เป็นประสบการณ์ที่ประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimensional experience) แต่ละมิติสามารถรายงานและประเมินแยกออกจากกันได้ เชื่อว่าอาการทุกอาการประกอบด้วย 4 มิติ (Dimension) แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน

1. Intensity หมายถึง ความรุนแรง (Severity) ความแรง (Strength) ของการเกิดอาการ Intensity เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัยเนื่องจากเป็นสิ่งที่วัดได้ง่าย ผู้ป่วยมักถูกประเมินอาการในมิตินี้ด้วยคำถามว่า “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน”

2. Timing มีความหมายรวมไปถึงความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermitent)หรือเป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่และช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระยะ มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร

3. Distress ความทุกข์ทรมาน หมายถึงระดับความทุกข์ทรมานหรือถูกรบกวนของบุคคลที่เกิดจากอาการ ระดับความทุกข์ทรมานหรือถูกรบกวน ที่เกิดขึ้นนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ มิติด้านนี้มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการบำบัดทางการพยาบาลหรือการรักษาต่ออาการนั้นๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4. Quality คุณลักษณะของอาการที่ปรากฏออกมา สามารถแสดงออกในลักษณะ ของคำพูดที่ใช้อธิบาย ลักษณะของอาการนั้นๆ เช่น การอธิบายลักษณะของอาการปวดตาม McGill pain questionnaire เช่น pounding, throbbing หรือ flickering การอธิบายลักษณะการหายใจลำบาก ในลักษณะที่ต่างกัน เช่น suffocation อึดอัดแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่ออก เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้ มีความหมายรวมไปถึง ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดและบุคคลที่ประสบกับอาการนั้นอธิบายออกมา

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิด Theory of unpleasant symptom (Lenz et al., 1997) มาเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐานการวิจัยเนื่องจากเนื่องการวิจัยครั้งนี้ศึกษาถึงระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพียงมิติเดียว และแนวคิด Theory of unpleasant symptom เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 4 มิติ (Dimension) คือ Intensity หมายถึง ความรุนแรง Timing มีความหมายรวมไปถึงความถี่ของอาการ Distress ความทุกข์ทรมาน Quality คุณลักษณะของอาการที่ปรากฏออกมา แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน

2.3 การประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหากลุ่มอาการไม่สบาย จะต้องทำการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective data) และข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (objective data) รวมถึงการซักประวัติจาก

ญาติผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งพบว่าสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นและผลกระทบของกลุ่มอาการไม่สบายได้เร็วกว่าผู้ป่วย

การรวบรวมข้อมูลด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective data)

1. ประเมินแบบแผนการทำงานตามปกติของผู้ป่วย

2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและการรักษา

3. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย และประเมินกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในมิติความรุนแรง รวมทั้ง อาการแสดงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้น

การรวบรวมข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (objective data) ซึ่งได้ข้อมูลจากการสังเกต

1. การตรวจร่างกาย (physical examination)

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory data)

3. ประวัติการเจ็บป่วย

4. การสังเกตพฤติกรรม เช่นการประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย สถานะการทำงาน การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด เป็นต้น

2.4 เครื่องมือประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

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

2.4.2 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

2.4.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของ Holmes (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เป็นความทุกข์

ทรมานสำหรับตัวผู้ป่วยเอง โดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ ลักษณะข้อคำถามเป็นเส้นตรง มีความยาว 100 มิลลิเมตร แล้วให้ผู้ตอบกากบาทคำตอบ บนเส้นตรงนั้น ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

2.4.4 แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory (Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, and Thaler, 2000 cited in Paice, 2004) เป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่ผู้ป่วยเกิด ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นโดยประเมินอาการทั้งหมด 13 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า หายใจสั้น ความอยากอาหารลดลง งัวเงีย ปากแห้ง เสียใจ อาเจียน บวม ชา เสียงกังวาน ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง โดยปลายเส้นตรง ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย โดยแปลและดัดแปลงจากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale 10 อาการ แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory 28 อาการ และแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form 13 อาการ โดยเป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นโดยประเมินอาการทั้งหมด 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” ทั้งนี้เพื่อให้ลักษณะข้อคำถามเป็นไปในทางเดียวกับแบบประเมินชุดอื่นๆ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่0 ถึง 10 คะแนนรวมของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย จากอาการมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน

3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Karnofsky et al., 1948)

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

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำหน้าที่ด้านจิตใจ หรือ การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การอาบน้ำ การเดินขึ้นบันได การออกไปซื้อของ หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญ เช่น บุคลิกและแรงจูงใจ เป็นต้น (Wilson and Paul, 1995)

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคม อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ อาจเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะทำพบมีการซวนเซในส่วนลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นรัว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว (Sinclair, 1991) ซึ่งจะมีการเสียหน้าที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานเกิดขึ้นอย่างถาวรมีความพิการหลงเหลืออยู่และพยาธิสรีรภาพไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม (เพ็ญพโยม เชยสมบัติ, 2547) ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Decrease ability to perform normal activity) นอกจากนี้พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Decrease ability to do work) (Meyers, Weitzner, Valentine, and Levin, 1998) ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increase need for assistance) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ Huang, Wartella, and Krentzer (2001) ศึกษาผลของการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Marciniak, Sliwa, Heinemann and Semik (2001) ศึกษา ผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในหน่วยฟื้นฟู พบว่า การทำหน้าที่ลดลงส่งผลให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS)

3.2 การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สามารถกระทำโดยการประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมตามที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่จะใช้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ใน

ชีวิตประจำวัน (Active of Daily Living: ADL) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) และกิจกรรมที่ปฏิบัติเชิงการดำรงชีวิต (Instrumental Active of Daily Living: IADL) เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 The Katz Index of ADL (Katz and Stroud, 1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Active of Daily Living) ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

3.2.2 Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney (1958, cited in Mcdowell and Newell, 1996) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้ในการประเมินความสามารถในการกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทาน การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

3.3.3 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537 อ้างถึงใน เพ็ญพโยม เชยสมบัติ, 2547) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทาน การแต่งตัว การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้นสร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรทอรถสองแถว

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

3.2.5 แบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) เป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการ

ทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ

การศึกษาครั้งนี้เลือกแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่ครอบคลุมใน 3 ด้าน ดังนี้

3.2.5.1 ความสามารถในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทีเกี่ยวกับงานในอาชีพ

3.2.5.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน

3.2.5.3 ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) เนื่องจากเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่ครอบคลุมใน 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงเหมาะสมมากกว่าแบบประเมินอื่นๆ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา

4.1 ความหมายของพุทธิปัญญา

ระบบประสาทมีหน้าที่ขั้นพื้นฐานคือ การรับรู้และประเมินข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งเร้าและตอบโต้เป็นการเคลื่อนไหวแบบตั้งใจ หรือแบบรีเฟล็กซ์ หรือพฤติกรรมจากอารมณ์ที่เกิดแบบไม่รู้ตัว ความสามารถที่เหนือกว่าการทำงานขั้นพื้นฐานนี้ คือการทำงานขั้นสูงที่มีความซับซ้อนสูงสุดของสมอง (higher function) ที่เกี่ยวข้องกับความฉลาด (intellectual function) สมองเป็นแหล่งความคิด วิเคราะห์อย่างมีเหตุผลตัดสินได้ว่าดี หรือไม่ดีติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษา เรียนรู้สิ่งใหม่และจินตนาการคิดค้นเรื่องใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมใหม่ ๆ วางแผนการของชีวิตในอนาคตรวมเรียกว่า cognition (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2534: 846-945; กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2548: 1001-1033; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545) การให้ความหมายของพุทธิปัญญา เป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก และมีความหมายที่แตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา คือ การทำหน้าที่รู้คิดของสมองแบ่งออกเป็นส่วนๆ ได้ 9 ส่วนคือ 1. ความสนใจ (Attention) 2. สมาธิ (Concentration) 3. ทักษะความชำนาญ (Constructional skill) 4. ความรู้สึกและการรับรู้การทำหน้าที่ (Sensory and Perception Function) 5. การใช้ภาษา (Language) 6. ความจำ(Memory) 7. การทำหน้าที่เฉพาะ (Executive Function) 8. การทำหน้าที่เกี่ยวกับสติปัญญา(Intellectual Function) 9. อารมณ์ ความคิด ความพอใจและบุคลิกภาพ (Hickey, 2003)

กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (2547: 201) ให้คำจำกัดความของพุทธิปัญญา ว่าเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม ความบกพร่องด้าน cognition จึงส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย (2548) ให้ความหมายของพุทธิปัญญา หมายถึง ปัญญา หรือ ปรีชาญาณ เป็นการทำงานของ cerebral cortex แม้โครงสร้างอื่นของสมองรวม thalamus, striatum, claustrum และ cerebellum มีส่วนร่วมในการทำงานเหล่านี้ แต่ multimodal cortex มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดกับปัญญา

Hannegen (1989: 165) ให้ความหมายของพุทธิปัญญา หมายถึง สติปัญญาที่รวมถึงการรับรู้ ความคิด ความจำ และการจำแนกข้อมูลต่าง ๆ การทำหน้าที่ของสมองด้านปัญญา เช่น การรับรู้วัน เวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ความจำ ความตั้งใจ การประมวลผล ความคิดเป็นตรรกะ การมีเหตุผลและรู้แจ้ง รวมถึงการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา หรือมีความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ที่พบบ่อยคือการสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นความสูญเสียความทรงจำเพิ่งผ่านไป ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของกลีบเทมโปรัล หรือเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆได้ทั้งหมดจึงเป็นการยากที่จะเรียนรู้สถานการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมซ้ำซากไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ตลอดจนไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถหลบหลีกอันตรายต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบต่อตนเองได้ (อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542)

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง คือ การทำหน้าที่ของสมองในการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา เช่น มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา (Speech and language deficit) ผู้ป่วยจะมีความสามารถต่างๆเสื่อมลง เช่น การคำนวณ การใช้ภาษา สมาธิ ความคิด ความจำ

การใช้เหตุผล และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยด้านสติปัญญา คือ การลืม (amnesia) เนื่องจากสมองได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย (Taphoorn, and Klein, 2004)

4.2 สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive Deficit) มาจากเนื้องอก ซึ่งเนื้องอกที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการชักและการรักษา (การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีรักษา การรับประทานยาป้องกันการชัก การได้รับเคมีบำบัด การได้รับยาสเตียรอยด์) และจากความทุกข์ด้านจิตใจ ซึ่งส่วนมากจะมีปัจจัยร่วมกันทำให้การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาเสียหน้าที่ (Cognitive dysfunction) เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นหรือมีการแพร่กระจาย เช่นในผู้ป่วย Leptomeningeal meatastasis หรือ ในผู้ป่วย metabolic disturbances มีผลลบกับการทำหน้าที่ด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาของสมอง (Cognitive Function)

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

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการได้รับการผ่าตัด การผ่าตัดเพื่อนำชิ้นเนื้อไปวินิจฉัย(Biopsy) หรือ ผ่าตัดเพื่อเอาเนื้องอกออกเพื่อการรักษา พบว่าก่อ ให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพสมองและเส้นเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและกระบวนการเมตาบอลิสมของสมอง ทำให้เกิดการบาดเจ็บทั่ว ๆ ไปต่อเนื้อเยื่อสมองส่วนสีขาว (White matter) มีการยืดอย่างรุนแรงหรือจนฉีกขาดของ Axon (Diffuse axonal injury (DAI)) (Scheid et al , 2006: 418-424; Bauer and Fritz, 2004: 66-67; Albano, Comandante and Nolan, 2005: 135-139; Wrjght, 2005: 150-153) การที่สมองมีการบาดเจ็บทั้งตามตำแหน่งพยาธิสภาพและตามพยาธิสรีรวิทยาทำให้สมองส่วนนั้น ๆ เสียหน้าที่ไป สมองส่วนที่ถูกกดนี้ถ้าเสียในที่ต่าง ๆ อาการจะแตกต่างกันไป ซึ่งพบว่าสมองบริเวณ Frontal และ Temporal lobe จะกระทบกระเทือนหรือถูกทำลายมากที่สุด (กัมมันต์ พันธุมจินดา, มีชัย ศรีใส, สุพัฒน์ โอเจริญ, ช่อเพียว เตโชฬาร, 2530: 225-236; กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2548: 1001-1033; ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม, 2545; Prigatano and Altman,1990:1058-1063; Murrey, Hale and Williams, 2005: 599-560; Gobout et al, 2005: 337) ซึ่งผลกระทบจากการผ่าตัด ทำให้เกิดการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการที่

เนื้อเยื่อของสมองได้รับการทำลาย จากการศึกษาของ Scheibel et al. (1996) พบว่า ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Glioma หลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการได้รับรังสีรักษา การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการได้รับการรักษาจากการได้รับรังสีรักษามีการรายงานครั้งแรกในผู้ป่วยเด็กโรคมมะเร็งเม็ดเลือดขาว(acute leukemia) หรือเนื้องอกสมอง ต่อมามีรายงานเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงเกี่ยวกับการได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด Glioma มะเร็งสมอง มะเร็งปอด สาเหตุเนื่องจากเมื่อเนื้อเยื่อสมองได้รับการฉายรังสี ผลข้างเคียงของรังสีจะทำให้ พยาธิสภาพของ white-matter มีความผิดปกติ โครงสร้างของเส้นเลือดและ glial cell ทีได้รับรังสีรักษาถูกทำลาย ทำให้เส้นเลือดมีการขยายตัว ผนังเส้นเลือดหนาขึ้น เยื่อบุชั้นในของระบบไหลเวียนเลือดถูกทำลาย เป็นสาเหตุให้ white-matter เกิดเนื้อตาย พยาธิสภาพนี้เกิดขึ้นอย่างซับซ้อน มีผลต่อระบบเซลล์ประสาททำให้ Hippocampal dysfunction ซึ่งจะทำให้มีความจำเสื่อมในเรื่องปัจจุบัน (recent memory)

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการได้รับประทานยากันชัก อาการชักเป็นอาการแรกที่เกิดขึ้นเป็นอาการแรกของเนื้องอกในสมอง 30-90% ของผู้ป่วย ในการศึกษาปัจจุบันพบว่า 71% ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด Low-grad glioma ได้รับกันชักไปรับประทาน และพบว่า ยากันชักบางชนิดมีผลข้างเคียงทำให้การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอย่างช้าๆ และมีผลทำให้ประสิทธิภาพความจำลดลง (Meador, 2002) เช่น phenytonin carbamazepine และ valproic จากการศึกษาของ Klein et al. (2003) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด low-grad glioma 156 คนที่ไม่มีอาการของกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก พบว่ามีความบกพร่องในการสื่อภาษา ความสามารถในการจำ การทำหน้าที่เฉพาะ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยากันชัก

สาเหตุของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องจากการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาด้วยการได้รับรังสีรักษา หรือได้รับการรักษาควบคู่กันไปโดยผลข้างเคียงของการฉายรังสีจะ มีผลต่อการทำให้เนื้อเยื่อสมองมีการเสื่อมสภาพลง ส่วนการได้รับเคมีมีผลข้างเคียงต่อการเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง พิษต่อระบบประสาทส่วนกลางจะเพิ่ม ขึ้นระหว่างให้ยาในกระแสเลือดโดยร่วมกับการซึมซาบของ blood –brain barrier โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาโดยเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นจึงทำให้มีการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดสู่ระบบประสาทส่วนกลางมีผลข้างเคียงทำลายเซลล์สมองทำให้เกิดการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องได้

4.3 พยาธิสภาพของการบกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ตามพยาธิสภาพของสมองมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1. Frontal lobe ถ้ามีพยาธิสภาพที่ส่วนหน้าของ frontal lobesทั้งสองข้างจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ สติปัญญา ความเหมาะสมในการวางตัว การตัดสินใจและพฤติกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะเฉื่อยชาไม่ยินดียินร้ายต่อสิ่งแวดล้อม (ขาดแรงผลักดัน) เป็นต้น ถ้ามีการทำลาย motor area จะทำให้เกิดแขนขาด้านตรงข้ามอ่อนแรง ถ้าเป็นด้านซ้ายบริเวณ Broca's area จะเกิด Motor (Expressive) Aphasia คือ ผู้ป่วยฟังและอ่านรู้เรื่องแต่พูดหรือแสดงออกมาไม่ได้

4.3.2. Temporal lobe เนื่องจาก temporal lobe แต่ละข้างรับสัญญาณประสาทการรับเสียงจากทั้งสองข้าง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพใน temporal lobe ข้างเดียวยังคงได้ยินแต่เสียงแต่อาจจะแปลความหมายของเสียงไม่ได้หรือได้ไม่ดี เช่น สมองซีกซ้ายซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการสื่อความหมายในทางภาษา 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 Quadeantanopia ด้านตรงข้าม นอกจากนี้ temporal lobe ยังมีความเกี่ยวข้องกับ limbic system เป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นระบบนี้เกี่ยวข้องกับความจำ มีบทบาทเด่นในการควบคุมอารมณ์ประสบการณ์ทางอารมณ์ซึ่งมีอิทธิพลต่อการวางแผนของพฤติกรรมที่จะเกิดตามมา และมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่ซับซ้อน เช่น การเรียนรู้และการแสดงออกในสังคม ตรวจสอบดุลภายในร่างกาย และความต้องการของพื้นฐานของชีวิต

4.3.3. Parietal lobe ทำหน้าที่รับรู้ร่างกายด้านตรงข้ามโดยใช้ interoceptor หรือ proprioception เช่น รับรู้อุณหภูมิ สัมผัส และความรู้สึกเจ็บ ซึ่ง parietal lobe จะนำความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ไปสัมพันธ์กับสัญญาณประสาทจากกลีบอื่น ๆ ของสมอง เพื่อรับรู้คุณสมบัติของสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้นที่บริเวณ Wernicke's area ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมภาษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองซีกซ้าย ส่วน parietal lobe ข้างขวาทำงานเกี่ยวกับการรับรู้ รูปร่าง ขนาด ตำแหน่ง และ ภาพของร่างกาย (body image) ของตนเอง ศิลปะต่าง ๆ ถ้าสมองส่วนนี้เสียผู้ป่วยจะไม่รับรู้ร่างกายซีกซ้ายและขาดทักษะในการแต่งตัว (Dressing apraxia)

4.3.4. Occipital lobe occipital lobe แต่ละข้างจะรับรู้ด้านตรงข้ามโดยอาศัยพลังงานแสง และนำเอาสัญญาณประสาทไปสัมพันธ์กับสัญญาณประสาทจาก temporal และ parietal

lobes เพื่อให้เกิดเป็นความหมายขึ้น นอกจากนี้ยังส่งสัญญาณลงไปยังก้านสมอง โดยเฉพาะระดับ midbrain เพื่อควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (reflexs) เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของตาให้สัมพันธ์กับภาพที่เห็น ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ occipital lobe ผู้ป่วยมักพบมี homonymous hemianopia ด้านตรงข้าม

Cerebral cortex แบ่งส่วนตามระดับความซับซ้อนหรือขั้นตอนการทำงานเป็น 3 ระดับคือ

1. Primary cortex ได้แก่ primary sensory หรือ primary motor cortex ของสิ่งเร้าชนิดต่าง ๆ ยกเว้นการได้กลิ่น ได้รับรู้ข้อมูลโดยตรงจากนิวเคลียสที่รับรู้ข้อมูลจากสิ่งเร้าชนิดเดียวกันใน thalamus เช่น primary somatosensory cortex ได้รับข้อมูลจาก ventral posterior mucleus (VPL, VPM), primary visual cortex ได้รับข้อมูลจาก lateral geniculate nucleus และ primary auditory cortex ได้รับข้อมูลจาก medial geniculate nucleus เป็น unimodal cortex คือรับข้อมูลจากสิ่งเร้าเพียงชนิดเดียว ทำหน้าที่เบื้องต้นในการแปลคุณสมบัติทั่วไปของสิ่งเร้า เช่น บอกว่าสิ่งเร้ามากระตุ้นบริเวณใด ขนาดมากน้อยแค่ไหน

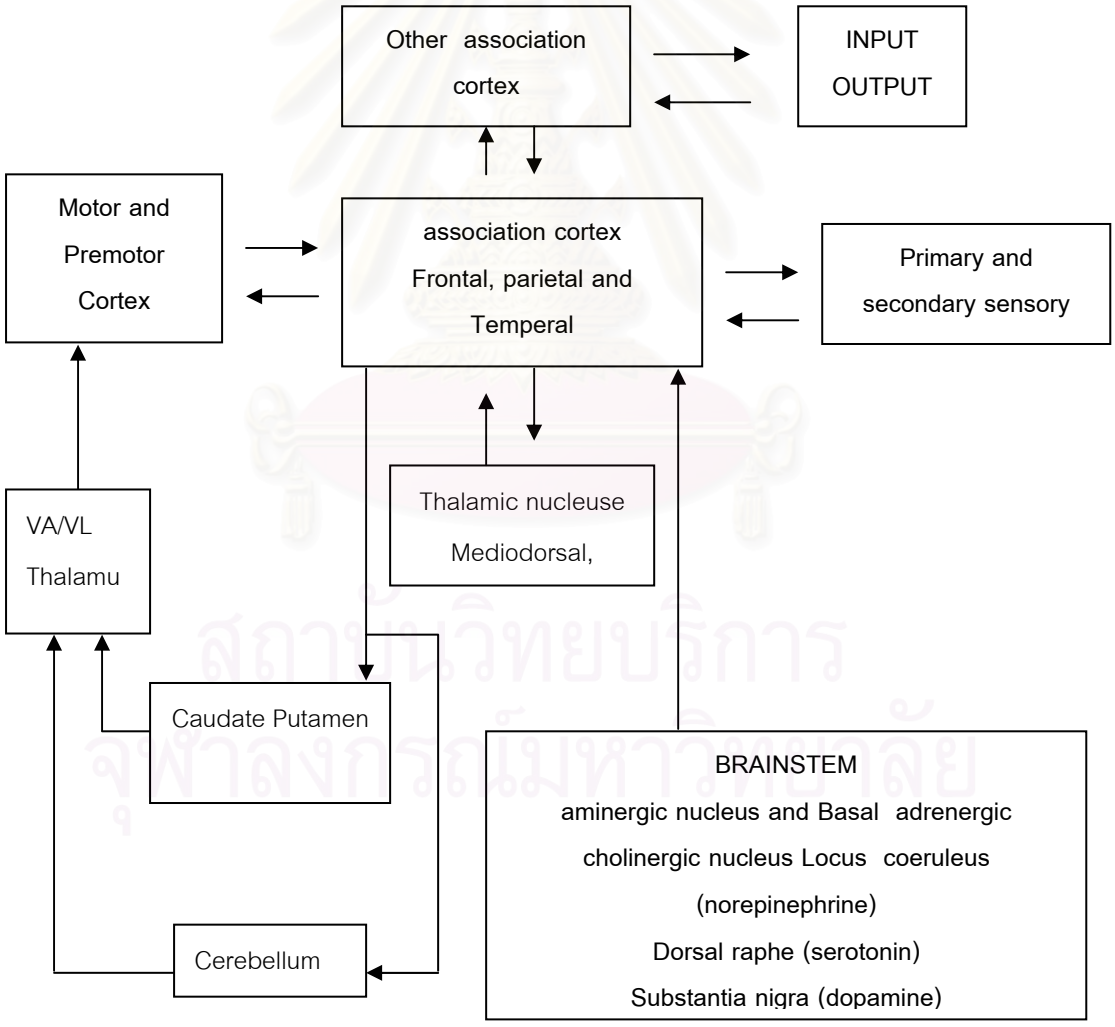
2. Sensory association cortex อยู่ติดกับ primary sensory cortex ชนิดเดียวกัน มีการติดต่อส่งข้อมูลแก่กันทำหน้าที่ขั้นสูงในการดำเนินข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสิ่งเร้าชนิดเดียวกัน เป็น polymodal cortex ได้รับข้อมูลของสิ่งเร้าชนิดเดียวกันจากระบบรับความรู้สึก ระบบอื่น ทำหน้าที่ประเมิน ตีความสิ่งเร้า บริเวณเหล่านี้ได้แก่ visual association cortex อยู่ที่ Brodmann's area18, 19 ของ occipital cortex และ inferior temporal gyrus ซึ่งประมวลข้อมูลพื้นฐานเป็นการรับรู้ภาพรวมของสิ่งเร้าจากการมองเห็น auditory association area (area 5, 7) อยู่ที่ด้านหลังของ parietal cortex

3. Primary motor cortex ทำหน้าที่สั่งการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น ขณะที่ motor association cortex วางแผนการตอบโต้ บริเวณ secondary association area เหล่านี้มีการติดต่อซึ่งกันและกัน และมีการติดต่อกับ tertiary association area และ primary area , primary area ค่อนข้างเหมือนกันในสมองทั้งสองซีก

4. Tertiary association cortex หรือ multimodal association cortex เป็นบริเวณที่เพิ่มขนาดตามวิวัฒนาการซึ่งกินพื้นที่ถึง 75 % ของพื้นที่สมองทั้งหมดในสมองคนบริเวณนี้ได้รับข้อมูลการรับรู้รูปแบบต่างๆ และประมวลข้อมูลพร้อมกับสร้างประสบการณ์ที่สมบูรณ์ ของสิ่งแวดล้อม จึงเหมาะเป็นบริเวณทำหน้าที่ขั้นสูงสุดของสมองที่เรียกว่า cognition คือทำให้คนสามารถ ติดต่อสื่อสารโดยใช้ภาษา ใช้เหตุผลในการสำรวจเหตุการณ์ในอนาคตโดยอาศัยพื้นฐานของประสบการณ์ในปัจจุบัน ทำให้คาดคะเนสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ สามารถวางแผนซับซ้อนในระยะยาว เช่น การวางแผนชีวิตว่าจะทำอย่างไรถ้าต้องการเป็นแพทย์ในอนาคต จินตนาการ

และสร้างสิ่งที่ไม่เคยมีได้ ทำให้คิดสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้ บริเวณ multimodal association cortex ที่สำคัญคือ Prefrontal association cortex

การรับรู้ข้อมูลนำเข้า-ส่งข้อมูลออกไปสู่สมองบริเวณอื่นของ multimodal association cortex แตกต่างจาก primary และ secondary association area ข้อมูลนำเข้าได้จาก (1) thalamus (pulvinar, lateral posterior nucleus และ medial dorsal nucleus) (2) primary motor และ motor association cortex (3) primary sensory และ sensory association cortex (4) association cortex อื่น (5) dopaminergic, noradrenergic และ serotonergic input จากก้านสมองและ cholinergic จากก้านสมองและ basal forebrain ข้อมูลส่งออกไปที่ hippocampus, basal ganglia, cerebellum, thalamus และ association cortex อื่น association cortex ของแต่ละบริเวณอาจมีการติดต่อที่แตกต่างกัน



รูปที่ 1: ข้อมูลนำเข้าและข้อมูลส่งออกจาก association cortex (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2548)

Prefrontal Association Cortex เป็นบริเวณที่อยู่หน้า premotor area (area 6) เป็น multimodal association cortex ที่สำคัญมากบริเวณหนึ่ง มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องปัญญา (cognition) คือ รู้จักคิด วิเคราะห์ ประเมินการรับรู้และวางแผนการตอบโต้อย่างคุ้มค่าและมีเหตุผล

ผู้ป่วยที่สมองบริเวณนี้ถูกทำลายโดยอุบัติเหตุจะมีความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เรียกว่า prefrontal syndrome คือ

1. อารมณ์เปลี่ยนแปลง (mood change) ผู้ป่วยจะมีกลายเป็นคนที่มีความรู้สึกเป็นสุข มีความพึงพอใจที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวกับสถานการณ์ หัวเราะขำขันง่ายมาก ผู้ป่วยที่ขี้อายก่อนผ่าตัดจะกลายเป็นคนไม่ค่อยอาย ผู้ป่วยที่ซึมเศร้าอยู่ก่อนกลับซึมเศร้ามากขึ้นหลังผ่าตัด อารมณ์เฉื่อยชา ไม่มีอารมณ์

2. ความฉลาดเปลี่ยนไป (intellectual change) การทดสอบไอคิวยังปกติ แต่ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ หรือสมาธิสั้น จึงไม่สามารถกระทำการใด ๆ ต่อเนื่องได้นาน และทำพฤติกรรมซ้ำซ้อนไม่ได้

3. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น ขาดการควบคุมการแสดงพฤติกรรมให้เหมาะกับสังคม ไม่สนใจกฎเกณฑ์ของสังคม ไม่สนใจในอารยธรรม ความสุภาพ ไม่สามารถประเมินผลการกระทำ ไม่เรียนรู้ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาใช้แก้ไขในอนาคต ลืมง่าย ไม่สนใจต่อสิ่งใดนาน เพราะขาดสมาธิ ญาติหรือผู้ใกล้ชิดจะบอกได้ว่ามีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป

การทำลาย prefrontal lobeทำให้สูญเสียความสามารถในการวางแผนการ (planning) การทำพฤติกรรมให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการใช้ความจำเพื่อเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะกับสถานการณ์ต่าง ๆ

Prefrontal cortex แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ dorsolateral prefrontal cortex และ orbitofrontal cortex ซึ่งมีบทบาทสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ hippocampus และ amygdala ตามลำดับ

Dorsolateral prefrontal cortex หน้าที่ของ prefrontal cortex ส่วน dorsolateral ได้แก่

1. การสร้างความรู้จากประสบการณ์ (cognitive skill) ที่สำคัญคือหน้าที่ในการตัดสินใจและเล็งเห็นอนาคตสามารถนำประสบการณ์มาชั่งน้ำหนักผลการกระทำในปัจจุบัน และวางแผนอนาคตได้ สามารถประมูลข้อมูลที่ได้รับจากภายในร่างกาย และจากโลกภายนอกเพื่อเลือกการตอบโต้ชนิดที่เหมาะสม สร้างเหตุผลและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

2. สร้างความจำเกี่ยวกับการทำงาน (working memory) เป็นความจำระยะสั้นเพื่อนำมาใช้ในการเชื่อมโยงการทำพฤติกรรมที่ซับซ้อนที่เกิดเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อสมองส่วนนี้

ถูกทำลาย ความจำชนิดนี้จะหายไป ทำให้ขาดข้อมูลสะสมเพื่อนำมาใช้นำทางการทำพฤติกรรมที่เกิดเป็นลำดับ

นอกจากนี้พบว่า prefrontal cortex ได้รับ dopamine จำนวนมากจาก ventral tegmental area และ medial substantia nigra การขาด dopamine ใน prefrontal cortex มีผลเท่ากับสมองบริเวณนี้ถูกทำลาย อาจทำเกิดความผิดปกติทางสติปัญญาในคน เช่น โรค schizophrenia ซึ่งเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระดับ dopamine ในสมอง

Orbitofrontal cortex มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดัดแปลงการแสดงออกของพฤติกรรมทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับสังคม การทำลายสมองส่วนนี้ จะลดความดุร้ายในสัตว์ ถ้ากระตุ้นจะเกิดการตอบสนองทางประสาทอัตโนมัติหลายอย่าง เช่น ความดันเลือดเพิ่ม ม่านตาขยาย น้ำลายไหล ลำไส้หยุดหดตัว สมองส่วนนี้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับภาวะการตื่นตัว คือ เมื่อกระตุ้น orbitofrontal cortex ทำให้คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนเป็นชนิด desynchronization และระดับคอร์ติซอลในเลือดเพิ่มขึ้น การทำลายสมองบริเวณนี้มีผลลดความเจ็บปวดเรื้อรังที่รักษาไม่หาย จึงเชื่อว่า limbic cortex อาจมีบทบาทต่อพฤติกรรมทางอารมณ์หลายอย่าง

จะเห็นได้ว่าสมองแต่ละส่วนมีหน้าที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน ดังนั้นสมองส่วนนั้นถูกกดหรือทำลายเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ความจำระยะสั้นหรือความจำระยะยาว ความตั้งใจหรือสมาธิลดลง การตอบสนองผิดปกติ การรับรู้ช้า ความคิด สติปัญญา ความรู้ ความเข้าใจลดลง การเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาลดลง และแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ออกมาไม่เหมาะสม ซึ่งความบกพร่องที่พบขึ้นอยู่กับสมองส่วนไหนได้รับอันตราย

4.4 ประเภทของความบกพร่องด้านพุทธิปัญญา

การขาดสมาธิ (Attention Deficits) สมาธิเป็นกระบวนการพิเศษที่เลือกรับการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่งและไม่สนใจสิ่งกระตุ้นอื่น เกิดจากการทำงานของสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) โดยเฉพาะ association cortex ซึ่งอยู่ใกล้กับ primary sensory areas และมีหน้าที่ส่งทอดข้อมูลต่อไปเพื่อกระบวนการรับรู้ เป็นการกระตุ้นการรับรู้ต่อสิ่งเร้าภายนอกจากสิ่งแวดล้อม (Levie,1995) เมื่อสมองกลีบหน้า (Frontal lobe) ได้รับความกระทบกระเทือนหรือถูกทำลายจะมีการทำลายส่วน Prefrontal Association Cortex เป็นบริเวณที่อยู่หน้า premotor area (area 6) ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องพุทธิปัญญา ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และ Irritability แสดงพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ความจำบกพร่อง (Memory Impairment) ความจำคือการคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเข้าไปในสมอง กระบวนการที่ทำให้เกิดความจำประกอบด้วยการลงบันทึก (registration) การคงไว้ซึ่งข้อมูล (retention) และการเรียกข้อมูลมาใช้ (retrieval) ในกระบวนการนี้ต้องอาศัยสมรรถภาพ

พื้นฐานของสมองด้านสมาธิ ภาษา และการรับรู้ การเกิดความจำอาศัยสมองส่วน Cerebral cortex หลายบริเวณ ต้องใช้สมองทั้งสองซีกบริเวณต่าง ๆ เช่น Frontal lobe บริเวณ mortor cortex ที่เกี่ยวข้องกับ working memory จะมีการติดต่อกับ hippocampus, Amygdala และบริเวณอื่น ๆ เช่น entorhinal, perirhinal และส่วน parahippocampal ของ medial temporal cortex โดยมีการนำสัญญาณจากประสาทสัมผัสไปสู่สมอง มีการเข้ารหัส (encode) ความจำต่าง ๆ โดยการสร้างทางเชื่อมระหว่างเซลล์ประสาทแต่ละเซลล์ เมื่อได้ระบบการเชื่อมต่อของความจำแต่ละความจำแล้วเก็บไว้เป็นหมวดหมู่ (endgram) และเก็บ endgram ไว้ตามกลีบสมอง เมื่อมีการกระตุ้นที่เหมาะสมจะมีการไขรหัสเข้าสู่ความทรงจำนั้น ๆ (Bradshaw and Mattingley, 1996: 209-214)

ความบกพร่องด้านการบริหารจัดการ (Dyxsecutive functioning) ความสามารถด้านบริหารจัดการ (Executive functions) อาศัยสมรรถภาพสมองที่สำคัญหลายด้านร่วมกัน และเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างราบรื่น เนื่องจากในแต่ละวันอาจมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น การแก้ปัญหาที่เหมาะสมต้องพลิกแพลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป องค์ประกอบพื้นฐานของการบริหารจัดการประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การวางแผนจัดขั้นตอนการกระทำ การตรวจสอบผลของแต่ละขั้นตอน และการปรับเปลี่ยนการกระทำให้เหมาะสม ความบกพร่องที่ส่งผลต่อกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การขาดความสนใจ ความไม่เข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริง ปัญหาด้านอารมณ์ และความบกพร่องด้านการรับรู้ แปลความหมาย (Mapou, 1992) ซึ่งสมองส่วน Frontal lobe นอกจากมีบทบาทด้านภาษา การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแล้วยังมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการ ส่วนที่สำคัญคือ Prefrontal Association Cortex

การทำลาย prefrontal lobe ทำให้สูญเสียความสามารถในการวางแผนต่อเนื่องอย่างละเอียด เช่น การวางแผนสำหรับอนาคต ความยับยั้งชั่งใจในข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจทำอะไรลงไป วางแผนการเคลื่อนไหวก่อนจะเริ่มเคลื่อนไหว การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน การทำพฤติกรรมให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการใช้ความจำ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับพฤติกรรมให้เหมาะกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Mapou, 1992; Serino et al, 2006: 23-24; Manchester, Priestley, and Jackson, 2004: 1067-1069) องค์ประกอบของภาษาพูด ได้แก่การใช้คำที่มีความหมาย (semantics) และออกเสียงอย่าง

4.5 การประเมินปัญหาด้านพุทธิปัญญา

การประเมินปัญหาด้านพุทธิปัญญาเพื่อให้ทราบลักษณะและความรุนแรงของปัญหาและระดับความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการฟื้นสภาพต่อไป การประเมินประกอบด้วย

4.5.1การประเมินคร่าวๆ คือ การตรวจระดับสติสัมปชัญญะและการตรวจสมรรถภาพของสมองด้านพุทธิปัญญาด้านต่าง ๆ ได้แก่ สมาธิ ความจำ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความเข้าใจเรื่องนามธรรม ความรู้ทั่วไป และความสามารถในการคำนวณ เป็นต้น

4.5.2 การประเมินปัญหาในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เกิดจากความบกพร่องด้านพุทธิปัญญาเฉพาะอย่าง

4.5.3 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป โดยไม่ระบุว่าเหตุที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้นั้นเกิดจากความบกพร่องด้านใด

4.6 เครื่องมือประเมินด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา

4.6.1 Digit Span เป็นชุดของตัวเลขที่ให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำตามที่ผู้ทดสอบอ่านให้ฟัง แบบทดสอบแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก ให้ผู้ป่วยบอกตัวเลขตามผู้ทดสอบ (digit forward) ซึ่งมีจำนวนตัวเลขตั้งแต่ 3-8 ตัว จำนวน 2 ชุด และส่วนที่สองให้บอกตัวเลขทวนย้อนกลับ (digit backward) ซึ่งมีจำนวนตัวเลข 2-7 ตัว 2 ชุด เป็นการวัด Attention Span คะแนนที่ได้จากผลรวมของ digit forward และ digit backward สูงสุด 24 คะแนน

4.6.2 Trail-Making Test แบ่งเป็น 2 ส่วนคือส่วน A และส่วน B โดย Trail-Making Test เป็นการให้ผู้ป่วยลากเส้นเรียงตามตัวเลขจาก 1ถึง 25 และ Trail making B ทำโดยการให้ผู้ป่วยลากเส้นสลับตัวเลขกับตัวอักษรตามลำดับ จำนวนทั้งหมด 25 ตัว และจับเวลาที่ทำเป็นวินาทีเมื่อผู้ป่วยทำ test เสร็จในแต่ละ test เป็นการวัด ความสามารถในการ sequencing, visuomotor perception, executive control และ motor speed ของผู้ป่วย

4.6.3 Mini Mental State Exam (MMSE) มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อย ใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของ cognitive function ที่บกพร่อง ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1. สภาพด้านจิตใจ คือ การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2. ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิกิริยาต่อการตอบสนอง 3. ความสามารถในการเรียนแบบ มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน ข้อจำกัดของ MMSE คือ ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบกพร่องด้านการรับรู้ในระดับต่ำเท่านั้น (McDowell and Newell, 1996) และ The MMSE ไม่ตอบสนองกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทีสมองซีกขวาและผู้ที่การรับรู้ด้านสายตาบกพร่อง

4.6.4 The NCSE เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้ประเมินโรคสมองเสื่อม และโรคระบบประสาทส่วน กลาง The NCSE ประกอบด้วย Orientation, สมาธิ, การได้ยินและการบกพร่องเฉพาะที่ เวลาที่ใช้ในการประเมิน 30-45 นาที

4.6.5 Cognitive Capacity screening Examination (CCSE) (Jacobs,

Bernard, Delgado, and Strain, 1977) เป็นเครื่องมือที่ถูกใช้ในการประเมินในผู้ป่วยโรคระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วย 30 ข้อ ลักษณะของข้อคำถาม เกี่ยวกับ การบอกวัน เวลา สถานที่ บุคคล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 5-10 นาที เป็นแบบวัดที่มีการวัดการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาในด้านต่างๆ คะแนนรวมต่ำกว่า 20 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีทำหน้าที่ด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง

การศึกษาครั้งนี้เลือกแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา Mini Mental State Exam (MMSE) เนื่องจากการเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีความแม่นยำและเชื่อถือได้ ใช้เวลาในการทดสอบน้อย

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้บุคคลประเมินประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985: 310-313) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ในชีวิตตลอดจนความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น เนื่องจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีความ สำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจศึกษาไว้จำนวนมากดังนี้

5.1 ความหมาย

อารีย์ ฟองเพชร (2540: 59) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทำให้บุคคลได้รับความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนได้รับวัตถุสิ่งของ คำแนะนำ ข่าวสาร ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่การสนับสนุนทางสังคมในสังคมได้อย่างเหมาะสม

The Oxford English Dictionary (1989) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ท้อถอยหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือการสนับสนุน การอุดหนุนการหนุนหลัง

หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือโดยการใช้ถ้อยคำ

2. การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลว หรือ ไม่สมหวังอ่อนเพลียหมดกำลัง หรือความสูญสิ้น และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต

3. บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน

4. สิ่งที่สนับสนุนชีวิตหรือการส่งเสริมที่จำเป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของอาชีพหรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่นว่าประกอบด้วย

1. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรูสึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว

2. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การได้รับการช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแล่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร

4. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

5. การได้รับโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น(Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

Caplan (1976 cited in Linsey, 1992: 108) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งต้านทานความเครียดด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

Cobb (Cobb, 1976: 300 cited in Wortman, 1986; วนิดา รัตนานนท์, 2545: 41) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และความสนใจ ซึ่งมักจะได้จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลผู้นั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. ด้านการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Hupcey (1998) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ประเภทหรือชนิดของพฤติกรรมทางบวก หรือพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือบางส่วน ที่ถูกจัดหาหรือให้แก่บุคคลที่ความช่วยเหลือซึ่งคำจำกัดความเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะไม่ชัดเจน และค่อนข้างจะมีความเฉพาะเจาะจงของประเภทหรือชนิดของความสัมพันธ์ ปฏิกิริยาหรือผลกระทบซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้กับผู้รับ หรือความต้องการสนับสนุนที่แท้จริงของผู้รับ

Ell (1984 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ หรือความรู้สึก การให้คำแนะนำ เครื่องนำทาง และการประเมินค่า รวมทั้งการช่วยเหลือด้านวัตถุและการบริการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึงการรับรู้ในการได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่การสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมของบุคคลซึ่งประกอบไปด้วยความช่วยเหลือ 5 ด้านได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

5.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981; Tilden, 1985; Weinert, 1985; Tilden, and Weinert, 1990) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความสัมพันธ์กับผู้อื่นว่าประกอบด้วย

6. ความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากความเกี่ยวข้องหรือความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลรูสึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว

7. การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Worth) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจากการที่สังคมให้การยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

8. การได้รับการช่วยเหลือ (Assistance/Guidance) เป็นลักษณะการช่วยเหลือแบ่งปันด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านอารมณ์ แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร

9. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจาก

การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้บุคคลได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

10. การได้รับโอกาสอบรมเลี้ยงดูช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity of nurturance) เป็นการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะเกิดความคับข้องใจ รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ และไร้จุดหมาย

Kahn (1979 cited in Linsey, 1992: 108-109, น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543: 24) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงอารมณ์ด้านบวก ของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและการยอมรับ

2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาการเงิน สิ่งของหรือแรงงานจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้หรือผิดหวัง

3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ ขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4. การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็นและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

House (1981 cited in Linsey 1992: 108) จัดประเภทการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย การให้ความรัก และความห่วงใย อาจเป็นข้อความที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่คนอื่น หรือข้อความที่บ่งชี้ถึงการให้ความเคารพนับถือ เอาใจใส่โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อเท็จจริง และคำแนะนำเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ (Instrumental support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและวัตถุ และการช่วยเหลือด้านเครื่องมือเครื่องใช้

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการสื่อข้อมูลเพื่อการประเมินตนเอง

5.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือบทบาทและความรักความผูกพัน มากกว่าสิ่งที่ให้ในการช่วยเหลือ หรือประเภทหรือชนิดของการสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งการสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ ดังนี้

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540: 28) กล่าวถึงแนวคิดของ Pender ซึ่งแบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดและสำคัญมากที่สุดเพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลผู้มีประสบการณ์หรือความชำนาญ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organiazation or deomination) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งจะเป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี

4. ระบบการสนับสนุนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรที่ควบคุมโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

อารีย์ ฟองเพชร (2540: 60) ได้อ้างถึงแนวคิดของ อุบล นิวัติชัย ที่ยึดหลักแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 25 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่ง คือ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กร และสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่รวมตัว กันเป็นหน่วยงาน ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

5.4 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 cited in Linsey, 1992:111-116) ได้รวมรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นที่รู้จัก และยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยงดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 Brandt และ Weinert ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้รับ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ ซึ่งใช้นั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State(POMS)ได้ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง-.28 ถึง -.48 (Han, Kim, and Weinert , 2002:310)

2. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค.ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การสูญเสียเครือข่าย

(network) คือ เป็นจำนวนเครือข่าย ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการปฏิสัมพันธ์ 3) ความสูญเสีย (loss) ประกอบด้วยจำนวนแหล่งของลำดับขั้นการสนับสนุนที่ไม่ยาวนาน หรือต้องสูญเสียไป และการรับรู้ปริมาณความสูญเสีย

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ทั้งหมด ถึง 5 คะแนน หมายถึง ที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพร่วมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

3. Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค.ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ ได้ค่าอัลฟา .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (item-total correlation) อยู่ในช่วง .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

4. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

5. Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) พัฒนาโดย Barrera และคณะในปี ค.ศ. 1981 ใช้ในการประเมินขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนชนิดที่เฉพาะเจาะจงในระยะ 30 วันที่ผ่านมา มี 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือการช่วยเหลือด้านวัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ปฏิกิริยาความใกล้ชิดสนิทสนม การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ถ้าใช้ ISSB วัดความถี่ของปฏิกิริยาการ

สนับสนุนทางสังคมแล้วพบว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดตัวเลขหรือจำนวนเครือข่ายที่วัด โดย ASSIS

6. Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะในปี ค.ศ. 1981 มี 2 ส่วนคือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนสิ่งมีตัวตนหรือจับต้องได้ หรือการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันระยะมากกว่า 9 เดือน ได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

ในการวิจัยในใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981:277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert , 1981: 277) เนื่องจากการเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ เพราะผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงหลายวิธี และพบว่าค่าความตรงกับค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด

จากการทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดพบว่า นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการของอายุ ซึ่ง โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะค่อยๆลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา เพราะเป็นวัยที่สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคม และ วัยที่สามารถตัดสินใจได้เหมาะสม

เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีคือวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีความเอาใจใส่ต่อตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง Padilla and Grant (1985) กล่าวว่า อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazalus and Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Klein et al. (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางระบบประสาทกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด high-grade glioma พบว่า อายุมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด high-grade glioma ในระดับต่ำ นอกจากนี้อายุยังเป็นสิ่งที่แสดงความสามารถในการจัดการกับตนเอง นิสัย การรับรู้การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาต่างกัน พบว่า บุคคลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี การเจ็บป่วยและการรักษาจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีกิจกรรมมากมาย และเป็นวัยสร้างหลักฐานให้ชีวิต ต่างกับผู้ป่วยวัยกลางคน ที่มีงานทำเป็นหลักฐาน รู้สึกมีความมั่นคงและหลักฐานชีวิตที่ดีจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา , 2535)

เพศ ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว มีร่างกายที่แข็งแรง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอ อีกทั้งเพศหญิงก็ให้ความเคารพในเพศชาย จึงทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบกับบทบาทของเพศชาย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไม่มีคุณค่าไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงก็เกิดผลกระทบเช่นกันแต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่างๆ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) จากการศึกษาไรท์ (Wright, 1991) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุข การมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วยซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532)

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (Verderburg, 1987 อ้างถึงใน นิธิวดี เมธาจารย์, 2544) การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและภาวะสุขภาพ

ของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาดีจะสามารถเข้าใจปัญหา และวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งจากการศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ของ ไวท์สเนอร์ เมเยอร์และไบร์น (Weitzner, Meyers, and Byrne, 1996) โดยการประเมินด้วย PAIS-SR พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีระดับการศึกษา สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ

ปัจจัยด้านอาการ

กลุ่มอาการไม่สบาย เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง นับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่งจัดอยู่ในพวกเป็นก้อนขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลก (Intracranial expanding lesion) ทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทได้ต่างๆกัน และก้อนเนื้องอกก็เป็นสาเหตุให้มีความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งมีอาการสำคัญ 3 อย่างคือ (symptom triad) คือ ปวดศีรษะ อาเจียน และตามัว เนื่องจากมี papilledema (chocked disc) เมื่อเนื้องอกเหล่านี้ขยายใหญ่ขึ้นจะเกิดอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ความรู้สติลดลง เห็นภาพซ้อน (diplopia) หรือตาเหล่ เนื่องจาก adducens nerve palsy วิงเวียนศีรษะ(dizziness) ชักทั้งตัว (generalized epilepsy) และ chushing's reflex (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) สอดคล้อง Armstrong et al. (2004) พบว่า เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง จะมีอาการที่แสดงจากกลไก 4 ด้าน คือการขยายของเนื้องอก การถูกกดของสมอง การอุดกั้นของ CSF การเกิด brain herniation ซึ่งกลไกทั้ง 4 นี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวเกิดการเบียดดันเนื้อสมอง ทำให้ระบบประสาทเสียหน้าที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) และทำให้เกิดมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

จากการรายงานการศึกษา ของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน (mean =33.59) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ(49.1%) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin et al. (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์: อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96 % และ สูญเสียการทรงตัว 78 % และพบว่า 20 % มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38 % พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13 % มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ

ผลกระทบจากกลุ่มอาการไม่สบายดังกล่าว จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆด้าน เช่น การทำหน้าที่ด้านร่างกาย: ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema (chocked disc) บุคลิกเปลี่ยนแปลง ความรู้สติลดลง (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547) สิ่งเหล่านี้มี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ด้านจิตใจ พบว่าความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรคส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (Newton and Mateo, 1994) การแสดงบทบาทและการทำหน้าที่ พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (Fox and Lantz, 1998) ด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาด้านการเงิน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในสมรรถภาพการทำงานของร่างกายต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ไม่ดี อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำและเกิดการปฏิบัติในการดูแลนเองลดลง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) นอกจากนี้อาการของโรคยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้ (Fox and Lantz, 1998)

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลขององค์การอนามัยโลกได้เน้นว่าบทบาทที่สำคัญมากของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆ และร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2543) ซึ่งการป้องกันและแก้ไขการเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย เพื่อให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องกลุ่มอาการไม่สบาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากพยาธิสรีรภาพของโรคที่ทวีความรุนแรงของโรคขึ้นเรื่อยๆ จากผลกระทบ ด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ/จิตวิญญาณดังกล่าวข้างต้นอาจทำให้ การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเลวร้ายลง ทำให้รู้สึกพึงพอใจในชีวิตลดลง หรือไม่พึงพอใจในชีวิต

ปัจจัยด้านการทำหน้าที่

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ อาจเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะทำพบมีการซวนเซในส่วนลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นรัว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว (Sinclair, 1991) ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Decrease ability to perform normal activity) นอกจากนี้พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Decrease ability to do work) (Meyers, Weitzner, Valentine, and Levin, 1998) ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increase need for assistance) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ย่อม

ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ จากการศึกษาของ Huang, Wartella, and Krentzer, (2001) ศึกษาผลของการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Dell, Barr, Spanier, and Warnick (1996) ศึกษาผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ และ การศึกษาของ Marciniak, Sliwa, Heinemann and Semik (2001) ศึกษา ผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในหน่วยฟื้นฟู พบว่า การทำหน้าที่ที่ลดลงส่งผลให้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS)

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา เป็นปัญหาที่พบทางระบบประสาทได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับโรคเนื้องอกสมอง (Boake and Meyers, 1993) การรักษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง คือ การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีรักษา การรับประทานยาป้องกันการชัก การได้รับเคมีบำบัด การได้รับยาสเตียรอยด์ และผลจากการรักษาจะมีผลทำให้เกิดการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องด้วย

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive Dysfunction) เป็นผลมาจากกระบวนการของเนื้องอก และ เนื้องอกมี่มีการขยายตัวอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอกทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดีมีเลือดดำคั่งจึงเป็นเหตุให้สมองบวม (Tucha, Smely, Preier, Lange and Klaus, 2000) การเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา ถูกรายงานระหว่างและหลังได้รับการฉายรังสี เคมีบำบัด รวมถึงสูญเสียความทรงจำ กระบวนการเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องราวลดลง สมาธิลดลง มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitzner, 1999) การได้รับการรักษาแบบผสมผสานเกิดขึ้นได้กับทุกคนในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเกือบทุกราย เช่น การรักษาโดย Glucocorticosteriod anticonvulsant และ psychoactive medication ดังนั้นจึงสร้างผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Klein et al., 2001) ภาวะแทรกซ้อนที่ที่พบในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้แก่ ต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ ชัก ติดเชื้อ ลืม นอนไม่หลับ สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน (Meyers, Weitzner, Valentine, and Levin, 1998) ผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจผิดหวังที่สูญเสียการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาและการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของตนเองและบุคคลในครอบครัวลดลง ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจะไม่มีความสามารถที่จะมอง และเข้าใจได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้งจะต้องพยายามบริหาร เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาเรื่องความจำ ความไม่สามารถในการทำกิจกรรม และผลกระทบจากการรักษาเป็นข้อจำกัดในการรักษาเพราะผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาได้ เพราะฉะนั้นควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาให้ผู้ป่วย

ทราบ เพราะว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะคงอยู่ไปตลอดในระยะยาว ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีระเบียบแบบแผน และการประเมินการทำหน้าที่ด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาได้ถูกต้องแม่นยำจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น จากการเจ็บป่วยทางกายและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการศึกษาจำนวนมากที่พยายามศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (Health) การทำหน้าที่ในสังคมและความผาสุก (Well being) หรือคุณภาพชีวิตทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะมองในมุมมองทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดนั้นมีผู้สนใจศึกษาพอสมควร ดังเช่นการศึกษาของ Newton and Mateo (1994) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรค พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลง ของภาวะสุขภาพ มีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังเช่นการศึกษาของ Leavitt et al. (1996) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มสนับสนุนให้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และครอบครัวจะทำให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเริ่มเข้ารับการรักษา และงานวิจัยของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และมีงานวิจัยที่นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาเชิงความสัมพันธ์กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน ดังเช่นงานของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และทิพาพร ตังอำนวย (2542) ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) พบว่า ด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรคทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาด้านการเงิน ทำให้เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในสมรรถภาพการทำงานของร่างกายต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ไม่ดี อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำและเกิดการปฏิบัติในการดูแลนเองลดลง ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย

สุมาพร บรรณสาร (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 18-74 ปี สถานภาพสมรส คู่ (62%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (52.8%) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (53.7%) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด meningioma (50.9%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน (mean = 33.59) ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว (77.8%) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ(49.1%) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาที่ 8 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่วนการรักษาร่วมหลังการผ่าตัดไม่มีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

สายใหม ตุ้มวิจิตร (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ กับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด ที่ได้รับเคมีบำบัด1. คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ([Mean] ก่อนการทดลอง = 115.30; [Mean] หลังการทดลอง = 45.95; t-test = 12.87) 2. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลอง ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ([Mean] t กลุ่มทดลอง] = 45.95; [Mean] กลุ่มควบคุม = 125.10; t-test = 8.88)

Newton and Mateo (1994) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรค พบว่าความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรคส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย และการศึกษาของผู้ป่วย การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

Weitzner, Meyers, and Byrne (1996) ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้ FP-QLI มี 48 ข้อคำถาม, PAIS-SR มี 46 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินวัด คุณภาพชีวิต มี พบว่า อายุเฉลี่ย 19-75 (mean =42.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(66%) สถานภาพสมรส 72 % หย่า 12% ระดับการศึกษาเฉลี่ย 14.7 % อาชีพรับจ้าง 71% เนื้องอกที่พบมากคือ astrocytoma 60% สมองซีกขวา 41% สมองซีกซ้าย 51% มีการกลับเป็นซ้ำ 8 % เป็นทั้ง 2 ตำแหน่ง 4% ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 91% รังสีรักษา 78% พบว่า การประเมินด้วย FP-QLI พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การหย่า ตำแหน่งของ ก้อนเนื้องอก การได้รับเคมีบำบัด มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของเนื้องอก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, การประเมินด้วย PAIS-SR พบว่า อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพของผู้ป่วย

Fox and Lantz (1998) ศึกษาประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การแสดงบทบาทและการทำหน้าที่ พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้อาการของโรคยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้

O'Dell, Barr, Spanier, and Warnic (1998) ศึกษาผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลหรือการทำหน้าที่ไม่สามารถพยากรณ์การทำหน้าที่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แต่สามารถพบได้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Meningioma และผู้ที่มีรอยโรคที่สมองซีกซ้ายและไม่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีนัยสำคัญทางสถิติมากว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองจากการประเมินด้วยเครื่องมือ FIM ด้านการดูแลตนเอง 12.3/ 25.4 % การรับรู้ทางสังคม 5.2/ 3.6 % แต่จำนวนวันนอนในผู้ป่วยทั้ง 2 โรคไม่แตกต่างกัน1.9/ 1.5 %(36/24 วัน)

Lovely, Miaskowski, and Dodd (1999) ศึกษาการการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วย Glioblastoma multiformae ที่ได้รับรังสีรักษาแล้ว 2 สัปดาห์ และความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า กับคุณภาพชีวิตพบว่า Fatigue มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่าบุคคล และความผาสุกด้านจิตสังคม และการจัดการกับอาการ ซึ่ง Fatigue จะความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับ คุณภาพชีวิตและ ผู้ป่วย Glioblastoma multiformae จะมีความเหนื่อยล้า มากขึ้นภายหลังได้รับรังสีรักษา และทำให้ QOL ลดลงในทุกด้าน

Matin et al. (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์: อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acustic พบว่า การทำหน้าที่ทางกาย การแสดงบทบาท ภาวะสุขภาพทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม ลดลง อาการที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด และขนาดของเนื้องอกมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางกาย หลายๆปัญหาที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม

Huang et al. (2001) ศึกษาผลความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นผู้ป่วยในได้รับการฟื้นฟู: การรายงานเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมิน The FIM™ มี 18 คำถาม DRSมี 6 ระดับข้อคำถาม KPS ระดับคะแนน มีระดับ 0 – 100 คะแนน , FACT-BR มี 54 ข้อคำถาม พบว่า การทำหน้าที่ระหว่างและหลังการฟื้นฟูในโรงพยาบาลมีเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประมาณ 1 เดือนหลังการจำหน่าย

Lepolapola, Toljamo, Aho, and Lonet (2001) ศึกษาประสบการณ์เริ่มแรกของผู้ป่วยเนื้องอกสมองและความเข้าใจในการได้รับการดูแลรักษาในคลินิกหรือโรงพยาบาล พบว่า ก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยบางคนมีความกลัว และมีอาการซึมเศร้าหลังผ่าตัด รูปลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปพวกเขามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การรับรู้ความจริงก่อนและหลังผ่าตัดจะทำให้เข้าใจถึงความเป็นไปของการดำเนินโรคได้ ผู้ป่วยบางคนต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ ต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาและพวกเขามีความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ

Marciniak et al. (2001) ศึกษาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองและมะเร็งสมอง ที่เพิ่มขึ้นก่อนและหลังผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูในหอผู้ป่วย จำแนกชนิดของเนื้องอก การกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก อิทธิพลของการรับรังสีรักษา พบว่า ชนิดของเนื้องอกสมองและมะเร็งสมองไม่มีผลต่อการฟื้นฟูในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาควบคู่ไปด้วยจะมีการฟื้นฟูได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับรังสีรักษา

Niemela, Joukamaa, and Koivukanangas (2002) ศึกษาให้กระจ่างถึงผลกระทบของขนาด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าเนื้องอกขนาดใหญ่จะมีการทำลายเนื้อสมองและ/หรือทำให้เกิดความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น เนื้องอกที่อยู่ในสมอง

ซีกขวาจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองซีกซ้ายและผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิด Gliomas gr 3-4 จะมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

Mainio et al. (2003) ศึกษาระดับความวิตกกังวล ก่อนการได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 3 เดือน และ1 ปีภายหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่เป็น right lobe brain tumor มีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็น left lobe brain tumor

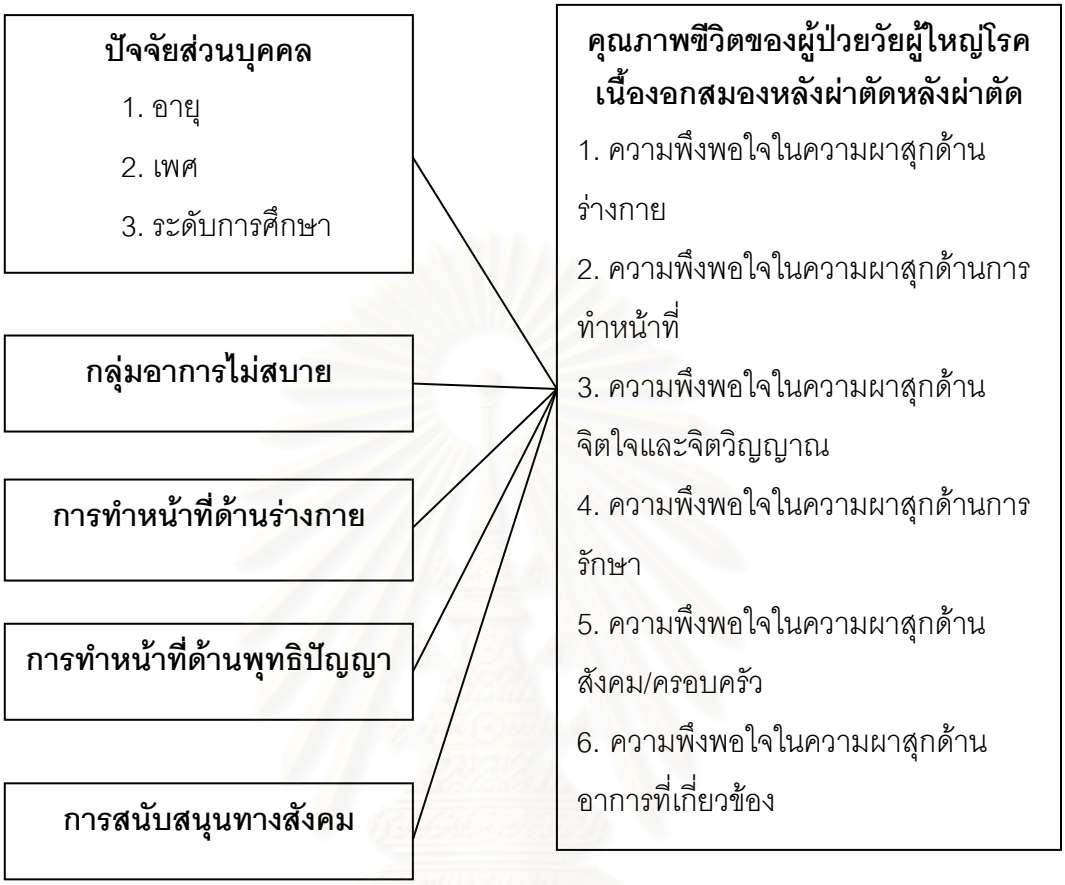
Armstrong et al. (2004) เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง จะมีอาการที่แสดงจากกลไก 4 ด้าน คือการขยายของเนื้องอก การถูกกดของสมอง การอุดกั้นของ CSF การเกิด brain herniation ซึ่งกลไกทั้ง 4 นี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวเกิดการเบียดดันเนื้อสมอง ทำให้ระบบประสาทเสียหน้าที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) และทำให้เกิดมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, and Rasanen (2005) ศึกษาความแตกต่างของเพศกับความสัมพันธ์ของอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า คุณภาพชีวิตในเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย อาการซึมเศร้าสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีอาการซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ไม่มีอาการซึมเศร้า

สรุปข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดในการวิจัยโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ ไวทส์เนอร์ และ คณะ (Weitner et al., 1995) ที่ดัดแปลงจากแนวคิดของ Cella et al. (1993) ร่วมกับกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) พบว่ามีหลายสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากแนวคิดที่ได้จากการศึกษาเอกสารและตำราผสมผสานกับข้อมูลหลักฐานการวิจัยที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ดังนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม กำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดภายหลังได้รับรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก มีอายุ 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดภายหลังได้รับรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ สถาบันประสาทวิทยา โดยมีวิธีการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของทรอนไดค์ (Thorndike, 1978 cited in Presscott, 1987: 130; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547)

$n \geq 10\ k + 50$ (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว)โดยนับตัวแปรตัวปัจจัยส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา เป็นรายด้าน กลุ่มอาการ การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต นับเป็นภาพรวม

$n \geq 10(8) + 50 = 130$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple Random Sampling) ดังนี้คือ

2.1 สุ่มสัดกัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครอย่างง่ายได้ 3 สังกัดจาก 6 สังกัด ซึ่งมี กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์กรการกุศลเอกชน ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรการกุศลเอกชน และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มี 4 แห่ง คือโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันประสาท

วิทยา สุ่ม 1 ใน 4 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา องค์กรการกุศลเอกชน มี 1 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่ต้องทำการสุ่ม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มี 1 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลตำรวจ ไม่ต้องทำการสุ่ม

2.3 แต่ละโรงพยาบาลกำหนดการสุ่ม ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดโดยโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ แห่งละ 40 คน สถาบันประสาทวิทยา 50 คน

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง และได้รับรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมประสาท

2. อายุระหว่าง 20-59 ปี

3. พูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือ แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย

2. มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

2.4 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2549 – 5 เมษายน 2550 ตามขั้นตอนดังนี้

2.4.1 สำรวจชื่อผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2.4.2 เก็บข้อมูลจากการสุ่มให้ได้จำนวนร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีในแต่ละวัน โดย

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลาประมาณ 07.30-12.00น.

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00

สุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่สถาบันประสาทวิทยา วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 07.30 -16.00 น.

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังแสดงผลในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ	โสด	26	20.00
	คู่	94	72.31
	หม้าย	7	5.38
	หย่า	2	1.54
	แยก	1	0.77
อาชีพ	รับราชการ	21	16.15
	ค้าขาย	18	13.85
	แม่บ้าน	19	14.62
	รับจ้างทั่วไป	26	20.00
	พนักงานบริษัท	5	3.85
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	2.31
	ประกอบธุรกิจส่วนตัว	3	2.31
	อื่นๆ	35	26.91
รายได้	ต่ำกว่า 5000	53	40.77
	5001-10000	31	23.84
	10001-15000	11	8.46
	15001-20000	6	4.62
	มากกว่า 20000	29	22.31

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด จำแนกตามชนิดของเนื้องอก การรักษาเพิ่มเติม ตำแหน่ง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อน และสิทธิ์การรักษา (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของเนื้องอก	meningioma	43	33.08
	glioma	13	10.00
	pituitary	20	15.38
	CP angle tumor	2	1.54
	astrocytoma	11	8.46
	schannoma	2	1.54
	อื่นๆ	39	30.00
การรักษาเพิ่มเติม	ไม่มี	96	73.85
	ฉายแสง	34	26.15
ตำแหน่งของเนื้องอก	right frontal lobe	34	26.15
	left frontal lobe	14	10.77
	right temporal lobe	10	7.69
	left temporal lobe	4	3.08
	pituitary tumor	21	16.15
	suboccipital craniotomy	13	10.00
	cp angle	4	3.08
	อื่นๆ	30	23.08
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	1	77	59.23
	2	32	24.62
	3	7	5.38
	4	9	6.92
	5	2	1.54
	6	3	2.31

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย(ปี)	0-2	73	56.20
	2.1-4	20	15.40
	>4 ปี	37	28.54
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	95	73.08
	พูดไม่ชัด	5	3.85
	ปัสสาวะบ่อย	14	10.77
	เดินลำบาก	12	9.23
	กลืนลำบาก	4	3.07
สิทธิ์การรักษา	โครงการบัตรประกันสุขภาพ	80	61.54
	เงินเชื่อ	28	21.54
	เงินสด	12	9.23
	ประกันสังคม	10	7.69

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 6 ส่วน มีดังนี้

1. **แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ รายได้ ของผู้ป่วย โดยลักษณะแบบประเมินด้านอายุ เป็นคำถามปลายเปิด ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว อาชีพ และรายได้ เป็นคำถามปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

1.2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะให้เติมคำลงในช่องว่างและแบบคำถามปลายปิด ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษา/สิทธิการรักษา

2. **แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลง จากแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (Bruera, Kuehn, Miller, Selmser, and Macmillan, 1991 cited in Paice, 2004) แบบประเมิน M.D. Anderson Symptom Inventory (Cleeland, Mendoza, Wang, Chou, Harle, and Morrissey, 2000 cited in Paice, 2004) และแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, and Thaler, 2000 cited in Paice, 2004) โดยเป็นแบบประเมินอาการตามการรับรู้และจดจำได้ของผู้ป่วยถึงอาการที่ผู้ป่วยเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น โดยประเมินอาการทั้งหมด10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก ประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิด ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรงโดยปลายเส้นตรง ทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” ทางด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด”

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่0 ถึง 10 คะแนนรวมของแบบประเมินกลุ่มอาการจึงมีค่าตั้งแต่ 0–100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการไม่สบายใช้อันตรภาคชั้นในการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อกำหนดระดับของกลุ่มอาการไม่สบาย (สุวิมล ติรกานันท์, 2546) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณค่าพิสัย = คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด = 10-0 = 10
2. กำหนดจำนวนชั้น = 3 ชั้น
3. คำนวณหาอันตรภาคชั้น = พิสัย/จำนวนชั้น =10/3 = 3.33

แบ่งระดับของกลุ่มอาการไม่สบายได้ดังนี้

คะแนน 0–3.33 หมายถึง กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.34–6.66 หมายถึง กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 6.67–10 หมายถึง กลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

1. **การหาความตรงเชิงเนื้อหา** (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายที่ดัดแปลงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถามปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และ

การแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1. ศัลยแพทย์ทางประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 คน
6. APN ด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินการกลุ่มอาการไม่สบายที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวรหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq$0.80 โดยคำนวณค่า CVI จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Hungler, 1999: 419; Hambleton et al., 1975 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2545: 225)

1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย

2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความ สอดคล้องกับคำนิยาม

4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยมีสูตรในการคำนวณ คือ

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

พบว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ให้ปรับคำถามข้อที่ 2, 9 และ 10 โดย ในข้อที่ 2 ถามว่าอาการตามัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด ให้ใช้ “อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่เกิดขึ้น” แทน “อาการตามัวที่เกิดขึ้น” ส่วนในข้อที่ 9 ถามว่า อาการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด ให้ใช้คำว่า “ทาง” แทน “สภาพ” และในข้อ 10 ถามว่าอาการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด ให้ใช้คำว่า “การเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการแสดงออก" แทน "อาการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ" นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Hungler, 1995: 352) ผลจากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (reliability)

นำแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70 และหาค่าความเที่ยง อีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง 130 ราย ได้เท่ากับ .80

3. **แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย** แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด Karnofsky Performance Status Scale (KPS) (Karnofsky et al., 1948) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดีไม่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวม คือ คะแนนที่มากแสดงถึงมีการทำหน้าด้านร่างกายที่ดี และคะแนนที่น้อยแสดงถึงมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี

ตารางที่ 3 ระดับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Karnofsky et al., 1948)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	ระดับคะแนน
1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ	80-100
2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัว เกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน	50-70
3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว	0-40

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย

1. **การหากความตรงเชิงเนื้อหา** (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่แปลแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกับให้อาจารย์ด้านภาษาศาสตร์ (สถาบันภาษา-การแปลและล่าม คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1. ศัลยแพทย์ทางประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
2. อาจารย์แพทย์ด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 คน
6. APN ด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขและ ให้ข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวรหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq$ 0.80 ผลจากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (reliability)

เนื่องจากแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีเพียง 1 ข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงไม่ทำการตรวจ สอบความเที่ยง

4. **แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา** ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1. สภาพด้านจิตใจ คือ การแนะนำให้รู้จักสถานที่ บุคคล เวลา 2. ความจำ และการระลึกได้ คือ สมาธิและการคำนวณ ภาษา ปฏิกิริยาต่อการตอบสนอง 3. ความสามารถในการเรียนแบบ ประกอบด้วย 11 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที

แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาศาสตร์ ซึ่งมีความรู้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษแต่ไม่คุ้นเคยกับแบบทดสอบ MMSE ฉบับดั้งเดิมมาก่อน โดยนำแบบทดสอบ MMSE ฉบับดั้งเดิม (Folstein, 1975) มาวิเคราะห์เนื้อหา

และความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อ แล้วแปลเป็นภาษาไทย ปรับคำถามให้เป็นสำนวนภาษาไทยที่เหมาะสมและสื่อความหมายทางภาษาได้ทุกท้องถิ่นของประเทศไทย นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 50 เพื่อทดสอบความเข้าใจแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขครั้ง และทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของเครื่องมือ ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dementia ใน 8 จังหวัดได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลาระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2543 พบผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 120 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ที่มีระดับการศึกษาต่างๆกัน จำนวน 614 ราย โดยคณะแพทย์ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ อายุรแพทย์ทางประสาทวิทยา และอายุรแพทย์ทางผู้สูงอายุ แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยกลุ่มประชากรที่ศึกษาทุกรายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม และยืนยันการไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มประชากรปกติ

แบบประเมินชุดนี้มีความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงไม่นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่นำไปตรวจสอบความเที่ยงโดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .67 และหาค่าความเที่ยงอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง 130 ราย ได้เท่ากับ .68

ตารางที่ 4 เกณฑ์การให้คะแนน จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542)

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

สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ(อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ในการทำแบบสอบทดสอบต้องตัดข้อที่ไม่สามารถทำได้ออก 3 ข้อ ได้แก่

ข้อ 4 Attention/Calculation) (5 คะแนน)

4.1 คิดเลขในใจ 100-7 (5 ครั้ง) หรือ

4.2 สะกดคำว่ามะนาวถอยหลัง

ข้อ 9 Written command (1 คะแนน)

อ่านคำว่า “หลับตา” และทำตาม

ข้อ 10 Writing (1 คะแนน)

ให้เขียนประโยค

ดังนั้นข้อคำถามสำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) จึงมี 8 ข้อ รวมคะแนนเต็ม 23 คะแนน

ใช้อันตรภาคชั้นในการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อกำหนดระดับของระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (สุวิมล ติรกานันท์, 2546)

ตารางที่ 5 ระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง

ระดับการศึกษา	ระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง
ประถมศึกษา	(0-6) สูง (7-12) ปานกลาง (13-17) ต่ำ
สูงกว่าประถมศึกษา	(0-7) สูง (8-14) ปานกลาง (14-22) ต่ำ

5. **แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Personal Resource Questionnaire (PRQ 85: Part 2) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2536) โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 Brandt และ Weinert ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมได้รับ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974) ที่วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความ

ช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ ซึ่งใช้นั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Weiss มี 25 ข้อคำถาม คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ1,2,3,4,6,8,9,10, 11,13,14,15, 17,18 ,20,21,22,23,24 และข้อ 25 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,7,12,16 และข้อ 19 เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค.ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง-.28 ถึง -.48 (Han, Kim, and Weinert , 2002:310) กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เห็นด้วยมาก	1	6
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยน้อย	3	4
เห็นด้วยน้อย	4	3
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วยมาก	6	1

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540; นรีรัตน์ นิลขำ, 2548) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น $\frac{6-1}{3} = 1.66$

ตารางที่ 6 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.66	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
2.67 – 4.33	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
4.34 – 6.00	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. **การหากความตรงเชิงเนื้อหา** (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถามปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1. ศัลยแพทย์ทางประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 คน
5. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 คน
6. APN ด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวรหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา $\geq$0.8

พบว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ให้ตัดข้อคำถามที่ 12,13,15,16,20,23 และ 24 ออก และให้ปรับคำถามข้อที่ 7, 9,21,22 และ25 โดย ในข้อที่ 7 ถามว่าไม่มีคนรับฟังความรู้สึกของคุณ ให้ใช้ “มีผู้พร้อมที่จะรับฟังความรู้สึกของคุณ” แทน “ไม่มีคนรับฟังความรู้สึกของคุณ” ส่วนในข้อที่ 19 ถามว่าเพื่อนๆของคุณมักไม่เห็นความสำคัญในตัวคุณเวลามีกิจกรรมหรืองานต่างๆให้ใช้คำว่า“ร่วมกัน” แทน “หรืองานต่างๆ” ในข้อ 21 ถามว่า คุณรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อคนอื่น ให้ใช้ “คุณมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว”ในข้อ 22 ถามว่า คนส่วนมากบอกว่าคุณทำงานดี ให้ใช้คำว่า “เพื่อนร่วมงาน” แทน “คนส่วนมาก” และข้อ 25 ถามว่า

คุณรู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของคนอื่น ให้ใช้คำว่า “คุณเป็นที่ต้องการ” แทน “คุณรู้สึกว่าคุณ” หลังการปรับปรุงแบบประเมินมีจำนวน 18 ข้อ และ ผลจากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (reliability)

นำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87ทั้งโดยรวมและรายด้าน และหาค่าความเที่ยง อีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง 130 ราย ได้เท่ากับ .80

การสนับสนุนทางสังคม	**สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค**	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=170)
1. ด้านความรักใคร่ผูกพัน	.83	.78
2. ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ	.79	.79
3. ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.76	.70
4. ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	.70	.69

6. **แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ของ ไวทส์เนอร์ และคณะ (Weitner et al., 1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) จำนวน 47 ข้อ ประกอบด้วย 6 มิติ คือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ 7 ข้อ 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญาณ 6 ข้อ 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว 7 ข้อ 5. ด้านความพึงพอใจในความผาสุก ด้านรักษา 2 ข้อ 6. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการที่เกี่ยวข้อง 18 ข้อ โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด ของ ไวทส์เนอร์ และคณะ (Weitner et al., 1995) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) นั้นมีจำนวนข้อคำถาม 48 ข้อประกอบด้วย 5 มิติ คือ 1. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ 2. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ 7 ข้อ 3. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญาณ 6 ข้อ 4. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/

ครอบครัว 7 ข้อ 5. ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการที่เกี่ยวข้อง 21 ข้อ (โดยนำมิติด้านความพึงพอใจด้านรักษาร่วมกับมิติด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการที่เกี่ยวข้อง) ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่มีเลย 0 คะแนน ไปจนถึงมีมาก ให้ 4 คะแนนแบบวัดนี้มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-192 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งบวกและทางลบ ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนนให้เป็นบวกก่อนการรวมคะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค.90

โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่มีเลย	0	4
เล็กน้อย	1	3
ปานกลาง	2	2
ค่อนข้างมาก	3	1
มีมาก	4	0

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด

1. **การหาความตรงเชิงเนื้อหา** (Content validity)

1.1 นำแบบประเมินการคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดที่ดัดแปลงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

1. ศัลยแพทย์ทางประสาทวิทยา จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 1 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
4. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 คน

5. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์ จำนวน 2 คน

6. APN ด้านระบบประสาท จำนวน 1 คน

1.2 นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวรหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ≥0.80

พบว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ให้ตัดข้อคำถามที่ 36 ออก และให้ปรับคำถามข้อที่ 41และ42 ในข้อ 41 ถามว่า ท่านสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบงานได้ ให้ใช้ “ท่านสามารถตัดสินใจในการทำงานได้” และ “ท่านสามารถรับผิดชอบงานที่ทำได้” ในข้อต่อไป ส่วนในข้อที่ 42 ถามว่า ท่านรู้สึกกังวลใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ ให้ใช้คำว่า“ ท่านสามารถช่วยเหลืองานของครอบครัวได้”หลังการปรับปรุงแบบประเมินมีจำนวน 47 ข้อ นำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Hungler, 1995: 352) ผลจากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95

2. **การตรวจสอบความเที่ยง** (reliability)

นำแบบประเมินคุณภาพชีวิต ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตำรวจ นำข้อมูลที่ได้แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .89

คุณภาพชีวิต	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=130)
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย	.70	.79
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่	.80	.81
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	.69	.78
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	.63	.70
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา	.03	.50
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง	.80	.83

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0-188 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลโดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดใช้อันตรภาคชั้นในการจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อกำหนดระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (สุวิมล ติรกานันท์, 2546) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณค่าพิสัย = คะแนนสูงสุด–คะแนนต่ำสุด = 4-0 = 4
2. กำหนดจำนวนชั้น = 4 ชั้น
3. คำนวณหาอันตรภาคชั้น = พิสัย/จำนวนชั้น =4/4 = 1

แบ่งระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ได้ดังนี้

คะแนน 0.0 –1 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเล็กน้อย

คะแนน 1.01–2หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2.01-3 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

คะแนน 3.01-4 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองรวมทั้งแจกแบบประเมินโดยดำเนิน การเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลา	07.30-12.00 น.
โรงพยาบาลตำรวจ	วันจันทร์ อังคารและพฤหัสบดี เวลา	13.00-16.00 น.
สถาบันประสาทวิทยา	วันพุธและวันศุกร์ เวลา	07.30-16.00 น.

เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกศัลกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดย

3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากยอดผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วันเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เนื้องอกสมองหลังผ่าตัดแล้ว 6 เดือน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยในแต่ละวันจำนวนร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ทั้งหมด โดยการจับฉลาก

3.2 สำรวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด

3.3 แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

7. เมื่อได้รับแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ

10. ดำเนินการตามข้อ 3- 9 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 130 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือการ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของแพทย์ และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม โดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุและสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistic Package for the Social Science / Personal Computer) และ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัด ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดโดยใช้สถิติหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัดโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยไคสแควร์ (Chi square)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองจำนวน 130 คน ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8–13

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 14-16

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6–5

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และอายุ (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	เพศชาย	46	35.38
	เพศหญิง	84	64.62
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	63	48.5
	มัธยมศึกษา	29	22.3
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	11	8.5
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	27	20.8
อายุ (ปี)	20-29	38	29.23
	30-39	44	33.85
	40-49	35	26.92
	50-59	13	10
$\overline{X}$ = 42.84	SD = 10.55		

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนมากเป็น เพศหญิง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 64.62 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ48.5 และกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 44 คน ร้อยละ 33.85 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ($\overline{X}$ = 42.84, SD = 10.55)

ตอนที่ 2 การศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7–11

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามกลุ่มอาการไม่สบาย (n=130)

กลุ่มอาการไม่สบาย	$\overline{X}$ (n=130)	SD (n=130)	ระดับคะแนน
อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น	3.48	3.27	ปานกลาง
อาการเหนื่อยล้า	3.09	2.95	ต่ำ
อาการปวดศีรษะ	2.81	2.89	ต่ำ
อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์	2.73	3.09	ต่ำ
อาการนอนไม่หลับ	2.68	2.90	ต่ำ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก	2.12	2.95	ต่ำ
อาการสูญเสียการได้ยิน	2.05	3.25	ต่ำ
อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา	2.03	2.80	ต่ำ
อาการคลื่นไส้-อาเจียน	1.49	2.30	ต่ำ
อาการชัก	0.98	2.31	ต่ำ
กลุ่มอาการไม่สบายโดยรวม	2.35	1.72	ต่ำ

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีกลุ่มอาการไม่สบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (SD=1.72) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอาการที่เกี่ยวกับข้องกับการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.48, SD=3.27) ส่วนอาการอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (n=130)

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	จำนวน ร้อยละ (n=130)	
1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ(KPS=80-100)	80	61.50
2. ไม่สามารถทำงานได้ สามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องการการดูแลเรื่องส่วนตัว เกือบทั้งหมดต้องการความช่วยเหลือในระดับต่างๆกัน (KPS=50-70)	47	36.20
3. ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล อาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว(KPS=10-40)	3	2.30

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยคัดสรรด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสามารถปฏิบัติกิจกรรมตาม ปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ส่วนสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 และ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องการการดูแลในระดับที่เท่ากับสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลอาการของโรคดำเนินอย่างรวดเร็ว มีจำนวนน้อยที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (n=130)

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา	ไม่บกพร่อง				บกพร่อง				
	จำนวน	ร้อยละ	$\overline{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ	$\overline{X}$	SD
ประถมศึกษา (n=63)	36	57.14	21.19	2.70	27	42.86	ต่ำ	14.03	2.58
สูงกว่าประถมศึกษา (n=67)	21	31.34	25.09	1.76	46	68.66	ต่ำ	17.96	3.50

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ระดับการศึกษาประถมศึกษามีผู้ไม่บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 36 คน ร้อยละ 57.14 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.19 (SD=2.70) มีผู้บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 27 คน ร้อยละ 42.86 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.03 (SD=2.58) ซึ่งมีระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับการศึกษาสูงประถมศึกษามีผู้ไม่บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 21 คน ร้อยละ 31.34 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.09 (SD= 1.76) มีผู้บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 46 คน ร้อยละ 68.66 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.96 (SD= 3.50) ซึ่งมีระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับต่ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามรายด้าน (n= 130)

การสนับสนุนทางสังคม	$\overline{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	5.38	.75	สูง
ด้านความรักใคร่ผูกพัน	5.07	.95	สูง
ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร/ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ	4.74	.92	สูง
ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.72	1.0	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	4.92	.74	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามรายด้าน (n= 130)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	$\bar{X}$	SD	**ระดับ**
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา	3.44	0.68	ดีมาก
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	3.00	0.51	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย	2.79	0.79	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่	2.66	0.72	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง	2.65	0.55	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	2.61	0.87	ดี
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยรวม	2.74	0.48	ดี

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD = 0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =3.44, SD=0.68) ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00, 2.79, 2.66, 2.65 และ 2.61 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามรายข้อ (n= 130)

คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย			
1. การมีอาการคลื่นไส้	3.34	0.98	ดีมาก
2. การถูกรบกวนจากการรักษา	3.21	0.94	ดีมาก
3. การมีอาการปวด	2.75	1.28	ดี
4. ความจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง	2.72	1.16	ดี
5. ความรู้สึกไม่ค่อยสบาย	2.58	1.17	ดี
6. ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.52	1.27	ดี
7. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ในขณะนี้ทำให้มีปัญหาในการรับภาระต่างๆ	2.72	1.16	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่			
8. ความรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่ทำให้ท่านขบขัน	2.88	0.89	ดี
9. การยอมรับในการเจ็บป่วย	2.85	0.97	ดี
10. ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในขณะนี้	2.72	1.03	ดี
11. ความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน	2.70	0.95	ดี
12. การมีชีวิตที่สนุกสนานได้	2.64	1.01	ดี
13. ความสามารถทำงานโดยทั่วไปได้	2.56	1.07	ดี
14. ความสามารถไม่มีปัญหาในการนอนหลับ	2.24	1.46	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ			
15. การหมดความหวังในการรักษา	2.92	1.37	ดี
16. การกลัวความตายจากการเจ็บป่วยของตนเอง	2.87	1.26	ดี
17. ความกระวนกระวายใจในการเจ็บป่วย	2.50	1.03	ดี
18. ความพอใจกับวิธีที่ท่านปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	2.50	0.84	ดี
19. ความเศร้าใจในการเจ็บป่วย	2.45	1.29	ดี
20. ความกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคจะแย่ลง	2.38	1.34	ดี

ตารางที่ 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว			
21. การได้รับกำลังใจจากครอบครัว	3.37	0.81	ดีมาก
22. การยอมรับในการเจ็บป่วย	3.32	0.75	ดีมาก
23. ความพึงพอใจเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.15	0.84	ดีมาก
24. ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง	2.83	1.11	ดี
25. การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	2.52	0.96	ดี
26. การมีความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนร่วมงาน	2.47	0.92	ดี
27. การมีความใกล้ชิดกับคู่สมรส	2.42	1.65	ดี
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษา			
28. ความเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ทำการรักษา	3.75	0.63	ดีมาก
29. ความสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้	3.13	1.03	ดีมาก
ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง			
30. ความสามารถดูแลตัวเองได้ (อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เป็นต้น)	3.52	0.81	ดีมาก
31. การเคยมีอาการชัก	3.42	1.06	ดีมาก
32. ความกลัวเมื่อมีอาการชัก	3.32	1.23	ดีมาก
33. ความสามารถเขียนหนังสือได้	2.92	0.95	ดี
34. การมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน	2.91	1.47	ดี
35. ความสามารถทำอะไรได้อย่างที่ท่านคิด	2.90	0.84	ดี
36. ความสามารถอ่านหนังสือได้	2.88	1.01	ดี
37. ความสามารถรับผิดชอบงานที่ทำได้	2.72	0.95	ดี
38. ความสามารถตัดสินใจในการทำงานได้	2.62	1.10	ดี
39. การมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น	2.58	1.36	ดี
40. การมีสมาธิในการทำงาน	2.48	0.86	ดี

ตารางที่ 13 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\overline{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
41. ความสามารถช่วยเหลืองานของครอบครัวได้	2.44	1.25	ดี
42. ความสามารถผนวกความคิดเข้าด้วยกันได้	2.41	0.81	ดี
43. ความสามารถจดจำสิ่งใหม่ๆได้	2.35	0.92	ดี
44. การมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป	2.26	1.10	ดี
45. ความสามารถค้นหาคำศัพท์ได้อย่างถูกต้อง	2.26	0.95	ดี
46. ความรู้สึกคับข้องใจกับการที่ท่านไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้	1.97	1.28	ปานกลาง
47. ความสามารถขับรถได้	1.75	1.59	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยรวม	2.74	0.48	ดี

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =2.74, SD = 0.48) โดยด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกายเกี่ยวกับการมีอาการคลื่นไส้ และการถูกรบกวนจากการรักษาอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.34, SD=0.98 และ $\overline{X}$ =3.21, SD= 0.94) ส่วนอาการอื่นๆอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่อยู่ในระดับดีทุกข้อ โดยความรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่ทำให้ท่านขบขัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ =2.88, SD = 0.89) คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีทุกข้อ โดยความพึงพอใจจากการหมดความหวังในการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 2.92, SD= 1.37) คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเกี่ยวกับการได้รับกำลังใจจากครอบครัว การยอมรับในการเจ็บป่วย ความพึงพอใจเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.37, SD =0.81; $\overline{X}$ = 3.32, SD = 0.75 และ $\overline{X}$ =3.15, SD=0.84) ส่วนอาการอื่นๆอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษาอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ โดยความพึงพอใจจากการเชื่อมั่นในแพทย์ผู้ทำการรักษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ =3.75, SD= 0.63) คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถดูแลตัวเองได้ การเคยมีอาการชัก ความกลัวเมื่อมีอาการชัก อยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.52, SD=0.81; $\overline{X}$ =3.42, SD=1.06 และ $\overline{X}$ = 3.32, SD=1.23) ส่วนอาการอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง-ดี

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8-10

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (n =130)

คุณภาพชีวิต	**ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)**	P-value
อายุ	.052	.559
กลุ่มอาการไม่สบาย	-.576**	.000
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	.616**	.000
การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา	.284**	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.375**	.000

*p<.05

**p<.01

จากตารางที่ 14 พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาและ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616, .284 และ .375 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ส่วนกลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.576 ตามลำดับซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า กลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) (n=130) ดังแสดงในตารางที่ 15

เพศ	รวม		คุณภาพชีวิตระดับเล็กน้อย		คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง		คุณภาพชีวิตระดับดี		คุณภาพชีวิตระดับดีมาก		ค่า Chi-square	ค่า Contingency	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
หญิง	84	64.60	0	0	6	7.14	61	72.62	17	20.24			
ชาย	46	35.40	0	0	3	6.52	23	50.00	20	43.48	8.01	.241	.018
รวม	130	100.00			9		84		37				

จากตารางที่ 15 พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมติฐานที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 84 คน ร้อยละ 64.6 มีคุณภาพชีวิตระดับดี จำนวน 61 คน ร้อยละ 72.62 ส่วนเพศชาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยที่ เพศหญิง จำนวน 17 คน ร้อยละ 20.24 มีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก ส่วนเพศชาย จำนวน 20 คน ร้อยละ 43.48 คุณภาพชีวิตในระดับดีมาก ค่าContingency=.241

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ (Chi square) (n=130) ดังแสดงในตารางที่ 16

ระดับการศึกษา	รวม		คุณภาพชีวิตระดับเล็กน้อย		คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง		คุณภาพชีวิตระดับดี		คุณภาพชีวิตระดับดีมาก		ค่า Chi-square	ค่า Contingency	P-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ประถมศึกษา	63	48.46	0	0	1	1.59	42	66.66	20	31.75			
สูงกว่าประถมศึกษา	67	51.54	0	0	8	11.94	42	62.70	17	25.36	4.59	.203	.10
รวม	130	100.00			9		84		37				

จากตารางที่ 16 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมติฐานที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจำนวน 67 คน ร้อยละ 51.54 ส่วนมากจำนวน 42 คน ร้อยละ 62.70 มีคุณภาพชีวิตระดับดี ส่วนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 63 คน ร้อยละ 48.46 มีคุณภาพชีวิตระดับดี จำนวน 42 คน ร้อยละ 66.66 ค่าContingency=.203

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาเป็นเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และสถาบันประสาทวิทยา อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978:184) ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978 cited in Presscott, 1987: 130; บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวและคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย

2. สุ่มเลือกสัดกัดต่างๆของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัดได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร และองค์กรการกุศลเอกชน สุ่มสังกัดมา 3 ใน 6 ด้วยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในสังกัดทั้ง 3 สังกัดละ 1 โรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้จากประชากรผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด 130 คน (1 ธันวาคม 2549 – 5 เมษายน 2550) จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน สถาบันประสาทวิทยาจำนวน 50 คน

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Primary Brain tumor และได้รับการผ่าตัดแล้ว 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมประสาท

2. อายุระหว่าง 20-59 ปี

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

4. สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย หรือแสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย

2. มีอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเรียบร้อยแล้ว โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เท่ากับ .80, .68, .80, และ .89 ตามลำดับ เนื่องจากแบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายมี 1 ข้อคำถาม จึงไม่ทำการ ตรวจสอบความเที่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ชนิดของเนื้องอก การรักษาเพิ่มเติม ตำแหน่ง การadmit ภาวะแทรกซ้อน สิทธิ์การรักษา อายุ ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. การศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1 อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เพศ ระดับการศึกษา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอก

สมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยไคสแควร์ (Chi square)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ64.62) มีอายุส่วนมากอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 33.85) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ72.31) ส่วนมากมีการศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 51.5) ส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.00) ส่วนมากมีรายได้ต่ำกว่า 5000 (ร้อยละ 40.77)

ในด้านชนิดของเนื้องอก ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนมากเป็นเนื้องอกชนิด meningioma (ร้อยละ33.08) ตำแหน่งของเนื้องอกที่เป็นส่วนมากคือ right frontal lobe (ร้อยละ 26.15) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาคือ การฉายรังสี (ร้อยละ 26.15) ส่วนมาก admit 1 ครั้ง (ร้อยละ 59.23) ระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ในช่วง 0.6-2 ปี (ร้อยละ 56.2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 26.92) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากในกลุ่มตัวอย่าง คือ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ10.77) สิทธิ์การรักษาส่วนมาก (บัตรทอง) (ร้อยละ61)

2. อายุ และ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

3. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าContingency Coefficient (c) เท่ากับ .241

4. กลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.576

5. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616

6. การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .284

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .375

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดครั้งนี้ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ64.62) อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 33.85) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนมากและเกือบทั้งหมดหลังการผ่าตัดสถานภาพยังคงเดิม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยทำงานกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ส่วนมากจบการศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา พบร้อยละ 51.54 (ตารางที่ 7) ด้านการประกอบอาชีพส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20 และหลังผ่าตัดประกอบอาชีพเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ (ตารางที่ 2) ซึ่งกลุ่มนี้สามารถกลับไปทำงานเดิมได้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 9) ดังนั้นแหล่งรายได้จากครอบครัวจึงมาจากตนเองและบุคคลอื่นๆในครอบครัว ซึ่งรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างต่ำ คือ ต่ำกว่า 5000 บาท (ร้อยละ 40.77) แต่มีความพอเพียงอาจเนื่องจากมีแหล่งสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ หรืออาจเนื่องมาจากปัจจุบันรัฐบาลได้มีการสนับสนุนให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ และสวัสดิการด้านการรักษาได้แก่ โครงการบัตรประกันสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนมากเป็นเนื้องอกชนิด meningioma (ร้อยละ33.08) ซึ่งเป็นเนื้องอกที่พบบ่อยในอายุของวัยกลางคน (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ตำแหน่งของเนื้องอกที่เป็นส่วนมากคือ right frontal lobe (ร้อยละ 26.15) จากการศึกษาของ O'Dell et al. (1998) ศึกษาผลของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการฟื้นฟูในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลหรือการทำหน้าที่ไม่สามารถพยากรณ์การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง แต่สามารถพบได้ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Meningioma และผู้ที่มีรอยโรคที่สมองซีกซ้าย ดังนั้น จึงพบกลุ่มตัวอย่างมีสภาพดังกล่าว คือ เนื้องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนมากเป็นเนื้องอกชนิด meningioma (ร้อยละ 33.08) ตำแหน่งของเนื้องอกที่เป็นส่วนมากคือ right frontal lobe (ร้อยละ 26.15) และ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณาในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =2.74, SD = 0.48 ตารางที่ 12, คะแนนอยู่ในช่วง 2-3) ในการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองในการศึกษาครั้งนี้ใช้อันตรภาคชั้นในการจัดกลุ่มข้อมูล เพื่อกำหนดระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (สุวิมล ติรกานันท์, 2546) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย 1) คุณภาพชีวิตระดับเล็กน้อย 2) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 3) คุณภาพชีวิตดี 4) คุณภาพชีวิตดีมาก ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคุณภาพชีวิตไปในทางด้านดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.6-2 ปี ร้อยละ 56.2 (ตารางที่ 4) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบร้อยละ 26.92 ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ และมีความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนี้ เป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Padilla and Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคมซึ่ง Zhan (1992) ได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิตโดยให้ความหมายว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต และประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ สอดคล้องกับ Lepolapola et al. (2001) ศึกษาประสบการณ์เริ่มแรกของผู้ป่วยเนื้องอกสมองและความเข้าใจในการได้รับการดูแลรักษาในคลินิกหรือโรงพยาบาล พบว่า ก่อนได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยบางคนมีความกลัว และมีอาการซึมเศร้าหลังผ่าตัดรูปลักษณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปพวกเขามีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การรับรู้ความจริงก่อนและหลังผ่าตัดจะทำให้เข้าใจถึงความเป็นไปของการดำเนินโรค

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษาอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง และ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 13) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้วิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาของทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-204 เดือน จำนวน 108 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด meningioma (50.9%) ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว (77.8%) และ

มีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ(49.1%) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับการรู้คิดที่ 8 ในการประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด FACT-BR โดยประเมินคุณภาพชีวิต 5 ด้าน คือ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดรายด้านอยู่ในระดับมาก และ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (r=-.452, P<.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ครั้งนี้ คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเป็นรายด้าน พบว่า มีคุณภาพชีวิตในความผาสุกด้านความพึงพอใจในการรักษาอยู่ในระดับดีมาก ความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย .60- 2 ปีหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง พบว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 73.08 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 26.92 จึงทำให้การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตจึงมีคุณภาพชีวิตดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Giovagnoli (1999) พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงหลังผ่าตัด จำนวน 57 คน อายุเฉลี่ย 39.95 ปี สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยร้อยละ 73 มีความพึงพอใจในชีวิตสามารถกลับไปทำงานได้ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 84 คน ร้อยละ 64.6 มีคุณภาพชีวิตระดับดี จำนวน 61 คน ร้อยละ 72.62 ส่วนเพศชาย จำนวน 23 คน ร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ค่าChi-square =

8.01 ค่าContingency Coefficient (c) เท่ากับ .241 เนื่องจากปัจจัยด้านเพศมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางด้านจิตใจ ความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งเจตคติที่มีต่อการเจ็บป่วยต่างกัน (Andreason and Noris, 1972 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) เพศมีผลต่อกระบวนการความคิด ทักษะมุมมองชีวิต และการแก้ไขปัญหาบุคลิกภาพ ความละเอียดอ่อน ความอดทนและทุ่มเท ตลอดจนความถนัดในการทำงานที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ส่งผลให้ สามีต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่บ้าน ร่วมกับทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ที่ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox and Lantz (1998) ศึกษาประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่า การแสดงบทบาทและการทำหน้าที่ พบว่าผู้ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Mercer (1990) ที่ว่าเพศหญิงก็มักจะมองชีวิตในแง่ลบจากการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งจะก่อให้เกิดความ เครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ของ นรีรัตน์ นิลขำ (2549) พบว่าเพศหญิงจะทุ่มเทให้กับการทำหน้าที่ของครอบครัวมากกว่ารวมทั้งมีทักษะการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Mainio et al. (2005) ศึกษาความแตกต่าง เพศหญิงและเพศชายต่ออาการซึมเศร้ากับ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่า เพศหญิงจะมีระดับของคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรองและการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นแหล่งประโยชน์ ช่วยเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537; Armstrong and Gilbert, 1996) โดยผู้ป่วยโรคเนื้องอก

สมองหลังผ่าตัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงเมื่อ มีอายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ Klein et al. (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางระบบประสาทกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดhigh-grade glioma พบว่า อายุมีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด high-grade glioma ในระดับต่ำ ในงานวิจัยครั้งนี้ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 33.85, ตารางที่ 7) ซึ่งถือว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีส่วนน้อยที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จากการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530 อ้างถึงใน นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) พบว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี การเจ็บป่วยและการรักษาจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากเนื่องจากเป็นวัยที่มีกิจกรรมมากมาย และเป็นวัยที่เริ่มสร้างหลักฐานให้ชีวิต ต่างจากผู้ป่วยวัยกลางคนที่มีงานทำเป็นหลักฐาน รู้สึกมีความมั่นคง และหลักฐานชีวิตที่ดีจึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ที่ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิตช่วยให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญาอย่างมีเหตุผลรวมทั้งยังเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง ระดับการศึกษามีผลต่อความรู้หรือศาสตร์ต่างๆที่บุคคลดึงมาช่วยในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และครอบครัวโดยใช้เป็นแนวทางและช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีระบบ โดยจากการศึกษาของ พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาล (2542) พบว่าผู้ป่วย และครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับการทำหน้าที่ดีกว่า ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ นรีรัตน์ นิลขำ (2549) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในงานวิจัยครั้งนี้ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษา จำนวน 67 คน พบร้อยละ 51.5 (ตารางที่ 4) ส่วนมากมีคุณภาพชีวิตระดับดี จำนวน 42 คน ร้อยละ 62.70 ส่วนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 63 คน ร้อยละ 48.46 มีคุณภาพชีวิตระดับดี จำนวน 42 คน ร้อยละ 66.66 ค่า

Chi-square =4.59 ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีชนิดของเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้าย จำนวน 30 ราย และมีพยาธิสภาพบริเวณFrontal lobe และ parietal lobe จำนวน 29 คน ส่วนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษามีชนิดของเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้าย จำนวน 36 ราย และมีพยาธิสภาพบริเวณ Frontal lobe และ parietal lobe จำนวน 31 คน (ตารางที่ 2) โดยสมองทั้งสองส่วนมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา เมื่อมีพยาธิสภาพบริเวณดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง ได้แก่ สมาธิลดลง ความจำบกพร่อง จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีจำนวนใกล้เคียงกัน จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สบายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการไม่สบาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.576 แสดงว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีความแปรปรวนของกลุ่มอาการไม่สบาย มากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ และผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีกลุ่มอาการไม่สบายน้อยจะมี คุณภาพชีวิตสูง

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ1 ที่ว่ากลุ่มอาการไม่สบาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มอาการไม่สบาย คือ ความรู้สึกเกี่ยวกับความรุนแรงของกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัด ซึ่งกลุ่มอาการประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการบกพร่องด้านการพูดและการสื่อภาษา อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการไม่สบายโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (SD = 1.72) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีกลุ่มอาการไม่สบายเพียงเล็กน้อย ทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด น่าจะมีสาเหตุหลักมาจากการรักษาโดยการผ่าตัด สอดคล้องกับผลงานวิจัย ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความ สัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว (77.8%) และมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (r=-.452, P<.01) ร่วมกับการศึกษาของ เตือนใจ เหงาจิ้น (2542) ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะจะพบความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย อาการและอาการแสดงของความผิด ปกติที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ขึ้นอยู่กับหน้าที่เฉพาะของบริเวณที่สมองได้รับบาดเจ็บ เช่น มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การพูด มีอาการชัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Matin, Sethi, Lang, Neil-Dwyer, Lutman, and Yardley (2000) ศึกษาการประเมินผลลัพธ์: อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96 % และ สูญเสียการทรงตัว 78 % และพบว่า 20 % มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38 % พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13 % มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lovely, Miaskowski, and Dodd (1999) พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการ และ ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง ชนิด Glioblastoma multiformae ก่อนและหลังที่ได้รับการฉายแสง (r=-0.57 และ r=-0.60) กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นล้วนเป็นมีสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีด้านไหนผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อด้านที่เหลือ บทบาทของพยาบาลคือการจัดการกับอาการต่างๆ และ ร่วมกันค้นหาวิธีการจัดการหรือบรรเทาเบาบางอาการนั้นๆ (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2543) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองมีการป้องกันกลุ่มอาการไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น กระทำได้โดยการให้ความรู้ให้กลุ่มตัวอย่างให้ตระหนักถึงความสำคัญ จะช่วยลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการไม่สบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ =2.35 SD = 1.72) และเมื่อพิจารณาในแต่ละอาการก็พบว่าในแต่ละอาการก็อยู่ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน ทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติถึงแม้จะมีกลุ่มอาการไม่สบาย กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีกลุ่มอาการไม่สบายในระดับเล็กน้อยไม่ได้หมายความว่าจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการไม่สบาย ทุกอย่างรอบตัวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันจึงจำเป็นที่สุด เพราะในปัจจัยด้านการทำงานไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ การเข้าไปเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการปฏิบัติให้ถูกต้องปลอดภัยจึงเป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมมากที่สุด

2.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านร่างกายกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616 แสดงว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกาย มากจะมีคุณภาพชีวิตมาก และผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการทำหน้าที่ด้านร่างกายต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ในความหมายของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคม อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ อาจเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Decrease ability to perform normal activity) นอกจากนี้พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Decrease ability to do work) (Meyers, Weitzner, Valentine, and Levin, 1998) ซึ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง จะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น (Increase need for assistance) (Hanton and Pickett, 1984) การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ร้อยละ 61.5 (KPS=80-100) มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากการฉายรังสี จำนวน 34 คน ร้อยละ 26.15 (ตารางที่ 5) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ และทำงานได้คือสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Giovagnoli (1999) พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มีระดับ KPS = 60-100 จำนวน 73% สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ จากการศึกษาของ Huang, Wartella, and Krentzer (2001) ศึกษาผลของการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการฟื้นฟู ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นจากการประเมินด้วยแบบวัดการทำหน้าที่ FIM, DRS และ KPS ($p<.05$) และพบว่า ภายหลังการได้รับการฟื้นฟูด้านการทำหน้าที่ การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Marciniak, Sliwa, Heinemann, and Semik (2001) ศึกษา ผลของ

การทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองในหน่วยฟื้นฟู พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS)

2.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านพุทธิกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .284 แสดงว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา มากจะมีคุณภาพชีวิตมาก และผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ในความหมายของ การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา คือ กระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไป ตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ และความคิด การรำลึก การจดจำ การเก็บความจำ การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และการแสดงอารมณ์ในด้านลบและด้านบวก แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม ความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการ ความสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องเป็นปัญหาที่พบทางระบบประสาทได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับโรคเนื้องอกสมอง (Boake and Meyers, 1993) การรักษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง คือ การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีรักษา การรับประทานยาป้องกันการชัก การได้รับเคมีบำบัด การได้รับยาสเตียรอยด์ และผลจากการรักษาจะมีผลทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่องด้วย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive Dysfunction) เป็นกระบวนการของเนื้องอก และ เนื้องอกมี่มีการขยายตัวอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอยตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอกทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่ดีมีเลือดดำคั่งจึงเป็นเหตุให้สมองบวม (Tucha, Smely, Preier, Lange, and Klaus, 2000) และผลมาจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สูญเสียความทรงจำ กระบวนการเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องราวลดลง สมาธิลดลง มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weitzner, 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน (Meyers, Weitzner, Valentine, and Levin, 1998) ผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจผิดหวังที่สูญเสียการรู้คิดและการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของตนเองและบุคคลในครอบครัวลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามีผู้ไม่บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 36 คน ร้อยละ 57.14 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.19 (SD=2.70) มีผู้บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 27 คน ร้อยละ 42.86 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.03 (SD=2.58) ซึ่งมีระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับต่ำ ส่วนระดับการศึกษาระดับสูงประถมศึกษามีผู้ไม่บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 21 คน ร้อยละ 31.34 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.09 (SD= 1.76) มีผู้บกพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา จำนวน 46 คน ร้อยละ 68.66 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.96 (SD= 3.50) ซึ่งมีระดับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 10) จึงทำให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดสามารถกลับไปปฏิบัติ งานเดิมได้ มีแบบแผนในการดำรงชีวิตตามปกติ มีภาวะพึ่งพาน้อย ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเอง และ ยอมรับในสมรรถภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Giovagnoli (1999) พบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองมีผลกระทบต่อความสามารถด้านการรับรู้ และการรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดลดลงด้วย จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1993) พบว่าปัญหาการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิต มีภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว และ การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Archibald et al. (1994) และ Reijneveld et al. (2001) ศึกษาการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด low-grade gliomas พบว่า การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา มีผลทำให้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล (LOS) นานขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ โดยการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาจะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง เนื่องจากความจำบกพร่อง สมาธิลดลง เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด low-grade gliomas มักมีคุณภาพชีวิตต่ำ

2.7 ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .375 แสดงว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการการสนับสนุนทางสังคมมีมากจะมีคุณภาพชีวิตมาก และผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าการ

สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ในความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมมี คือ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองในการได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง และสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่การสนับสนุนจากคู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลที่มีอยู่ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการจำแนกข้อมูลที่รับเข้าไป ตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ ส่วนของสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ และความคิด การรำลึก การจดจำ การเก็บความจำ การรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ และการเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 (SD=0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้านโดย ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 5.38 รองลงมามีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากสูงสุดไปต่ำสุดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ และ ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.07, 4.74 และ 4.72 ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาของ Newton and Mateo (1994) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และมีบางงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ดังเช่นการศึกษาของ Leavitt et al. (1996) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มสนับสนุนให้กับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและครอบครัวจะทำให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเริ่มเข้ารับการรักษา และงานวิจัยของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (r=.211, p<.05) และมีงานวิจัยของ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และทิพาพร ตังอำนวย (2542) ที่ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมได้ และการศึกษาของ Sammarco (2001) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่ได้นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา และ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง เพศมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ส่วน อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง (r=-.576, p<.05) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง (r =.616, p<.05) การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระดับต่ำ (r =.284, p<.05) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระดับต่ำ (r =.375, p<.05)

จากผลการวิจัยที่ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านการรักษามากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจในความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ความพึงพอใจในความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ตามลำดับ

พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดด้านความพึงพอใจในความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ความพึงพอใจในความผาสุกด้านอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง และความพึงพอใจใน

ความผาสุกด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นโดยอาจใช้โปรแกรมการสอน การให้คำปรึกษา จัดกลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหรือใช้วีดีโอเทปในการให้ความรู้

1.2 ผู้วิจัยมีการเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตได้ดียิ่งขึ้นดังนี้

1.2.1 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านต่อไปนี้คือ

1.2.1.1 พยาบาลควรประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หากพบว่าลดลงควรวางแผนให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆเช่นแพทย์ นักกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนในระดับรุนแรง โดยการวางแผนฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทันทีหลังจากพ้นระยะวิกฤต

1.2.1.2 พยาบาลควรประเมินเครือข่ายทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเต็มศักยภาพ แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวด้วยกันที่เป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุด ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆแก่ครอบครัว

1.2.1.3 พยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นให้การสนับสนุนและให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ สนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับภาระของโรค การรักษาที่ได้รับและการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

1.2.1.4 เสนอจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะในการติดตามดูแลตัวอย่างเช่นโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำและร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

1.2.2 ด้านการบริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนา ความรู้ทักษะ และความสามารถของบุคลากรเพื่อให้สามารถช่วยเหลือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือจัดให้มีการสัมมนาเชิงวิชาการแก่บุคลากรเพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนารูปแบบการบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

1.2.3 ด้านการศึกษา ควรจัดให้พยาบาลได้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดครอบครัว ในระยะพักฟื้นทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาวิชาที่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาและผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว

1.2.4 ด้านการวิจัย สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการวิจัยที่ลึกซึ้งต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเพื่อให้ได้ข้อมูลในรายละเอียด และครอบคลุมยิ่งขึ้น

2.2 มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดด้วยการทำวิจัยกึ่งทดลองและควรนำผลการวิจัยที่ผ่านมา มาศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนาวิธีการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการกับกลุ่มอาการไม่สบาย เช่น การสร้างโปรแกรมเพื่อบำบัดกลุ่มอาการไม่สบาย การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และทางสาธารณสุขอื่นๆตลอดจนผู้บริหารในการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านกลุ่มอาการไม่สบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

2. ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการให้ความรู้ ความช่วยเหลือตลอดจนเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการค้นคว้าวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย. 2548. สรีรวิทยาระบบประสาทกลาง. ใน สุพรพิมพ์ เจียสกุล สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา (บรรณาธิการ). **สรีรวิทยา 3**, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

กัญญารัตน์ ผึ่งบรรหาร. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัมมันต์ พันธุมจินดา มีชัย ศรีใส สุพัฒน์ โอเจริญ และช่อเพียว เตโชฬาร. 2530. **ประสาทศาสตร์พื้นฐาน**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สินประสิทธิ์การพิมพ์.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. 2547. **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัท แอล.ที.เพรส จำกัด.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย** MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จเร ผลประเสริฐ. 2528. **ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เยียร์บุ๊คพับลิชเชอร์ จำกัด.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2537. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 6: 96-106.

จิรภา หงษ์ตระกูล. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ สามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยามหิดล.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจษฎา นิมมานนิตย์. 2537. **เนื้องอกในสมอง**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2540. **สรีรวิทยาของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ. 2542. ผลของการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟีดแบค ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโพรเกรสสีพ ต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **วารสารพยาบาล** 3(1): 76-92.

เตือนใจ เหงาจิ้น. 2542. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ จินางกูร. 2530. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทิพาพร ตังอำนวย นันทาเล็กสวัสดิ์ และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. 2541. **รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นรีรัตน์ นิลขำ. 2548. **ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิธิวดี เมธาจารย์. 2544. **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543. **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ

พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.

ประภา รัตนเมธานนท์. 2535. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยภรณ์ รัตนสุคนธ์. 2544. **ประสบการณ์การปวดและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธ์สตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปริศนา อัตถาผล. 2543. **ภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พจนานุกรมฉบับบัณฑิตราชยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์.

พรรณพิมล หล่อตระกูล และจันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์. 2542. **รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรม ของคู่สมรสในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัว**. กรุงเทพ: ศูนย์สุขวิทยาจิต.

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. 2545. **ผลของการควบคุมบทเรียนในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบเกม ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความคงทนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาเทคโนโลยีและการสื่อสารการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียงใจ ดาโลปการ. 2545. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรพร เขียวหวาน. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราตรี สุดทรวง และวีรชัย สิงหนิยม. 2545. **ประสาทสรีรวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2547. **ศัพท์แพทย์ศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์.

วนิดา รัตนานนท์. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราภา แหลมเพ็ชร์. 2544. **การนอนหลับและปัจจัยรบกวนการหลับของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2543. การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, พ.ค.-ส.ค. 2543: 90 – 93.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2547. บทบาทและสมรรถนะพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 24(1): 45-52.

สมพร ชิโนรส. 2541. รายงานการวิจัยประสบการณ์ความปวดและการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **วารสารพยาบาล** 47 (4): 285-296.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. 2539. การพยาบาลเพื่อคุณภาพชีวิต: บทบรรณาธิการ. **วารสารพยาบาล** 45(4) ตุลาคม-ธันวาคม: 2539.

สมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย ชมรมพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การอบรมระยะสั้น. **The NAT updated Course 2004 26-28 พฤษภาคม 2547**. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

สุณี สุวรรณพสุ. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์. 2538. **การประเมินตัดสินเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธาทิพ เกษตรลักษมี. 2548. **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. 2536. การตรวจการนอนหลับและความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ. ใน วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ** Sleep and it disorders หน้า 75-84. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุรชัย เกื้อศิริกุล. 2536. การนอนหลับ. ใน วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ** Sleep and it disorders หน้า 1-14. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร, วันทนีย์ ขำเพ็ญ, อรนุช ภาชื่น และลักขณา เติมศิริกุลชัย. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสุขศึกษา** 23(84) มกราคม-เมษายน.

สุวิมล โภคาลัย. 2546. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุมาพร บรรณสาร. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายใหม ตุ้มวิจิตร. 2547. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด ที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรนุช ประดับทอง. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรศิลป์ ชื่นสกุล. 2542. **การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรค**

หลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์บัณฑิต. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อารี ฟองเพชร. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำภาพร พัววิไล, วิมลรัตน์ บุญเสถียร, กันยา นภาพงษ์ และพวงทิพย์ สาเลยกานนท์. 2000. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. **Thai Journal Nursing Research** 4(2) May-August: 218-237.

ภาษาอังกฤษ

Albano, C. C., and Nolan, S. 2005. Innovations in the management of cerebral injury. **Critical Care Nursing Quarterly** 28(2): 135-149.

Amy, M. 2003. **2nd ed: Focus on nursing pharmacology**. Philadelphia: Wolters Kluwer Company.

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.

Archibald, Y. M., et al. 1994. Cognitive functioning in long-term survivors of high-grade glioma. **J Neurosurg** 80: 247-253.

Armstrong, T. S., and Gilbert, M. R. 1996. Glial neoplasms: classification, treatment and pathways for the future. **Oncology Nursing Forum** 23(4): 615-625.

Bauer, R., and Fritz, H. 2004. Pathophysiology of traumatic injury in the delveloping brain: an introduction and short update. **Experimental and Toxologic Pathology** 56: 65-73.

Boake, C., and Meyers, C. 1993. Brain tumor rehabilitation: Survey of clinical practice. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 74: 1247.

Brandt, P. A., and Weinert, C. 1981. The PRQ A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.

Bradshaw, J. L., and Mattingley, J. B. 1996. **Clinical neuropsychology: Behavioral and**

brain science. Department of Psychology Monash University Clayton, Victoria, Australia.

Burckhardt, C. 1985. The impact of asthritis on quality of life. **Nursing Research** 34(1): 11-16.

Cella, et al. 1993. The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology** 11: 570-579.

Closs, S. J. 1992. An exploratory analysis of nurses' provision of post operation analysis drug. **Journal of Advanced Nursing** 15: 42-49.

Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 303-313. Cited in Hurdle, D. E. 2001. Social support: A critical factor in woman's health and health promotion. **Health and Social Work** 26(5): 72-79.

Cohen, S., and Wills, T. S. 1985. **Stress, social support, and buffering hypothesis. Psychological Bulletin** 98(9): 310-357.

Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Lee, K. A. 2004. Occurrence of symptom clusters. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 32: 76-78.

Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Paul, S. M. 2001. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 28: 465-70.

Fallowfield, L. 1990. **The quality of life: The missing measurement in health care**. London: Souvenir Press.

Ferrans, C. E., and Fell, B. R. 1990. Development of a quality of life index for patient with cancer. **Oncology Nursing Forum** 17(3): 15-21.

Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1985. Quality of life index: Development and psychometric properties. **Advance Nursing Science** 8: 15-24.

Fitzpatrick, et al. 1992. Quality of life measures in health care I: Application and issues in assessment. **British Medical Journal** 305:1077-1077.

Frank-Stromberg, M. 1984. Selecting an instrument to measure quality of life. **Oncology of Nursing Forum** 11(5): 88-91.

Fox, S. W., Mitchell, S. A., and Jones, M. B. 2006. Cognitive impairment in patients with brain tumors: Assessment and intervention in the clinic setting. **Clinical Journal**

of Oncology Nursing 10(2): 169-178.

Fox, S., and Lantz, C. 1998. The brain tumor experience and quality of life: A qualitative study. **Journal of Neuroscience Nursing** 30(4): 245-52.

Giovagnoli, A. R. 1999. Quality of life in patients with stable disease after surgery, radiotherapy, and chemotherapy for malignant brain tumor. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 67: 358-363.

Godbout, et al. 2005. Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. **Brain Injury** 19(5): 337-348.

Goodinson, S. M. and Singleton, J. 1989. Quality of life: A critical review of current concepts, measure and their clinical implications. **International Journal of Nursing Studies** 26: 327-341.

Hannegan, L. 1989. Transient cognitive changes after craniotomy. **Journal of Neuroscience Nursing** 21(3):165-170.

Hanucharurnkun, S. 1988. **Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. Doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit,MI.

Hickey, J. V. 1992. **Neurosurgical nursing**. 3 rd ed. Philadelphia: J, B. The clinical Practice of Neurological and Lippincott .

Hodgson, L. A. 1991. Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. **Journal of Advanced Nursing** 6: 1503-1510.

Huang, M. E., Wartella, J. E., and Krentzer, J. S. 2001. Functional outcome and quality of life in patients with brain tumours: A preliminary report. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** 82(11): 1540-6.

Hupcey, J. E. 1998. Social support: Assessing conceptual coherence. **Quality Health** Research 8: 304-318.

Jacobs, J. W., Bernard, M. R., Delgado, A., and Strain, J. J. 1977. Screening for organic mental syndromes in the medically ill. **Ann Intern Med** 86: 40-46.

Janson-Bjerklie, S., Feretich, S., Benner, P., and Becker, G. 1992. Clinical markers of asthma severity and risk: Importance of subjective as well as objective factors.

Heart & Lung 21(6): 265-272.

Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. f., and Burchenal, J. H. 1948. The use of nitrogen mustrsds in the palliative treatment of carcinoma with particular reference to bronchogenic carcinoma. **Cancer** 1: 634-656.

Kate, S., and stroud, M. 1989. Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. **Journal of American Geriatrics Society** 37: 267-271.

Keles, G. E., and Berger, M. S. 2001. Epilepsy associated with brain tumors. In A. H. Kaye and E. R. Laws Jr(Eds.), **Brain tumor: An encyclopedic approach**. (pp. 273-279), Churchill Livingstone: Harourt Publishers.

Klein, M. et al. 2000. Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. **Journal of Clinical Oncology** 19(20): 4037-4047.

Kleinpell, R. M. 1991. Concept analysis of quality of life. **Dimensions of Critical Care Nursing** 10: 223-229.

Larson, P. J. et al. 1999. An integrated approach to symptom management. **Nursing andHealth Sciences** 1: 203-210.

Larson, P. J. et al. 1994. A Model for symptom management. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 26(4): 272-276.

Lazalus, R. S., and Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal and coping**. New York: Spring Publish.

Leavitt, M. B., Lamb, S. A. and Voss, B. S. 1996. Brain tumor support group: Content themes and mechanism of support. **Oncology Nursing Forum** 23(8): 1247-1256.

Leininger, M. 1993. Quality of life from a transcultural nursing perspective. **Nursing Science Quarterly** 7: 22-28.

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R.A., Gift, A., and Suppe, F. 1997. The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. **Advances in Nursing Science** 19(3):14-27.

Lepolapola, I., Toljamo, M., Aho, R., and Lonet, T. 2001. Being a brain tumor patient: a deacriptive study of patient's experiences. **Journal of Neuroscience Nursing** 33(3): 143-147.

Linsey, A. M. 1992. Social support: Conceptulizations and measurement instrument. In

M.Frank-Starbord (ed.), **Instrument for clinical nursing research** Boston: Jones and Bartlett:111-116.

Lovely, M. P., Miaskowski, C., and Dodd, M. 1999. Relationship between fatigue and Quality of life in patients with glioblastoma multiformae. **Oncology Nursing Forum** 26(5): 921

Mainio, A., Hakko, H., Neiemela, A., Koivukangas, J., and Rasanen, P. 2005. Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. **European Psychiatry** 1-6.

Manchester, D., Priestley, N., and Jackson, H. 2004. The assessment of executive functions: Coming out of the office. **Brain Injury** 18(11): 1067-1081.

Manino, A., Hakko, H., Niemela, A., Turinkoski, T., Koivukangas, J., and Rasanen, P. 2003. The effect of brain tumor laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry** 74:1278-1282.

Mapou, M. L. 1992. **Neuropathology and neuropsychology of behavioral disturbances following traumatic brain injury**. Handbook of head trauma: Acute care to recovery. New York.

Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., and Sleigh, J. W. 2002. Caregiver burden during the following severe traumatic brain injury. **Journal of Clinical and Experimental Neurophychology** 24(4): 434-447.

Matin, H.C., Sethi, J., Lang, D., Neil-Dwyer, G., Lutman, M. E., and Yardley, L. 2000. Patient-assessed outcomes after excision of acoustic neuroma: Postoperative symptoms and quality of life. **Journal of Neurosurgery** 94: 211-216.

Marciniak, C. M., Sliwa, J. A., Heinemann, A. W., and Semik, P. E. 2001. Function outcome of person with brain tumors after inpatient rehabilitation. **Archieve of Physical Medical Rehbilitation** 82: 457-463.

McDowell, I., and Newell, C. 1996. **Measurement health: A guide to rating scales and questionaires**. 2nd. New York: Oxford University Press.

Meador, K. J. 2002. Cognitive outcomes and predicvioral effects of antiepileptic drugs. **Epilepsy Behav** 3: 49-53.

Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. **Journal of Advance Nursing** 18: 32-36.

Meyer, C. A., Weitner, M. A., Valentine, A. D., and Levin, V. A. 1998. Methylphenidate therapy improves cognition, mood, and function of brain tumor patients. **Journal of Clinical Oncology** 16: 2522-2527.

Miaskowski, et al. 2004. Symptom clusters: The new frontier in symptom management Research. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 32: 17-21.

Montgomery, et al. 2002. The effect of severe traumatic brain injury on the family. **Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care** 52(6): 1121-1124.

Murdaugh, C. 1998. Health-related quality of life in HIV disease: achieving a balance. **JANAC**, 9(6): 59-71.

Murrey, G. J., Hale, F. M., and Williams, J. D. 2005. Assesment of anosognosia in Persons with frontal lobe damage: Clinical utility of the Mayo-Portland Adaptability inventory (MPAI). **Brain Injury** 19(8): 599-603.

Newton, C., and Mateo, M. A. 1994. Uncertainty: strategies for patients with brain Tumour and their family. **Cancer Nursing** 17(2):137-140.

Norbeck, J. S. 1981. Social Support: A model for clinical research and application. **Advances In Nursing Science** 7: 43-59.

O'Dell, M. W., Barr, K., Spanier, D., and Warnick, R. E. 1996. Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. **Arch Phys Med Rehabilitation** 79: 1530-1534.

Orem, D. E. 1985. **Nursing concepts of practice** (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

The Oxford English dictionary. 1989. 2nd ed. New York: Oxford University Press.

Padilla, G. V., and Grant, M. M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advance in Nursing Science** 8: 26-47.

Paice, J. A. 2004. Assessment of symptom clusters in people with cancer. **JNCI Monographs** (32): 98-102.

Prigatano, G. P., and Altman, I. M. 1990. Impaired awareness of behavioral limitations after traumatic brain injury. **Archieve Physical Medicine Rehabilitation** 71: 1058-1064.

Scheibel, R. S., Meyers, C.A., and Levin, V.A. 1996. Cognitive dysfunction following surgery for intracerebral glioma: Influence of histopathology, lesion location, and treatment. **Journal Neurooncol** 30: 61-69.

Serino, A. et al. 2006. Central executive system impairement in traumatic brain injury. **Brain Injury** 20(1): 23-32.

Shaw, E. G. et al. 2006. Phase II study of donepezil in irradiated brain tumor patients: Effect on cognitive function, mood, and quality of life. **Journal of Clinical Oncology** 24(9): 1415-1420.

Sheid, A. et al. 2006. Cognitive sequele of diffuse axonal injury. **Archieves of Neurology** 63(3): 418-424.

Sinclair, G. M. 1991. **Nursing the neurosurgical patient**. London: Buttenworth Heinemann.

Reijneveld, J. C., Sitskoorn, M. M., Klein, M., Nuyen, P. J., and Taphoorn, M. J. B. 2001. Cognitive status and quality of life in patients with suspected versus proven low-grade gliomas. **Neurology** 56: 618-623.

Taphoorn, M. J., and Klein, M. 2004. Cognitive deficits in adult patients with brain tumors. **Neurology** 3: 159-168.

Intarasomchai, T. 2004. **Transition conditions related to quality of life among brain tumour patients in postoperative phase**. Master's thesis in Nursing Science. Facculty of Graduate Studies Mahidol University.

Thorndike, R. M. 1978. **Correlational procedures for research**. New York: Gardner Press.

Tilden, V. P. 1985. Issues of conceptualization and measurement of social support in construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health**.8(6):199-206.

Tilden, V. P., and Weinert, C. 1990. Measures of social support: Assessment of validity. **Nursing Research** 39(7-8): 212-217.

Tucha, O., Smely, C., Oreier, M., Lange, K. W., and Klaus, W. 2000. Cognitive deficits before treatment among patients with brain tumors. **Neurosurgery** 47: 324-334.

Webster's Encycloopedic Unabrided Dictionary of the English Language. 1994.

Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Language. 1979. New York: Prentice Hall.

Webster's New World Dictionary. 1994. 3rd college ed., New York: Prentice Hall.

Weinert, C. 1985. A social support measure: PRQ 85. **Nursing Research** 36

(9-10): 273-277.

Weinert, M. A., Meyer, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K., Celld, D. F., and Levin, V. A. 1995. The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: Development of a brain tumor subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patient with primary brain tumors. **Cancer** 75(5): 115-61.

Weinert, M. A. 1999. Psychosocial and neuropsychiatric aspects of patients with primary brain tumors. **Cancer Investigation** 17: 285-289.

Wen, P, Y., Teoh, S. K., and Black, P.M. 2001. **Clinical, imaging, and laboratory diagnosis of brain tumors**. In A.H. Kaye and E.R.Lawe Jr (Eds.), Brain tumors: An encyclopedic approach (2nd ed., pp. 217). St. Louis: Churchill Living Stone.

Wilson, I. B., and Cleary, P. D. 1995. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcome. **Journal of the American Medication Association** 273: 59-65.

Wright, J. 2005. Therapeutic hypothermia in traumatic brain injury. **Critical Care Nursing Quarterly** 28(2): 150-161.

Zhan, L. C. 1992. Quality of life: Conceptual and measurement issue. **Journal of Advance Nursing** 17(7): 795-798.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. นายแพทย์ ไกรศรี จันทรา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. รศ. พญ. นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
3. นางสาว สุมล เกษรวนิชวัฒนา	ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางสาว พรนิภา เอื้อเบญจพล	พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ 7 หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. รศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาสภากาชาดไทย
6. อาจารย์ ดร. ประภาพร จินันทุยา	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
7. ผศ. วัชรินทร์ วนการโกวิท	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
8. รศ. ดร.สุรีพร ธนศิลป์	รองคณะบดี ฝ่ายกิจการนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผานิตรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10. อาจารย์ ดร. ศุกร วงศ์ทัญญู	งานการพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาล คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 4455, 4493 ต่อ 14

ที่ วจ. 132/2549 วันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นางสาวอำนวยพร อายานอก

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ครั้งที่ 23/2549 ในวันอังคารที่21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 ได้พิจารณาเอกสารโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

หัวหน้าโครงการวิจัย นางสาวอำนวยพร อายานอก

คณะกรรมการมีมติให้ผ่านจริยธรรมการวิจัยได้

และคณะกรรมการมีความเห็นให้ ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี (ก่อนวันที่ 20 พฤศจิกายน 2550)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิไล ชินธเนศ)

รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ปฏิบัติราชการแทนคณบดี คณะแพทยศาสตร์

ติดต่อประสานงาน คุณสุกัญญา, คุณเพ็ญศรี

โทร: 0-2256-4455, 4493 ต่อ 14, 15

REC. No. 311/49

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ 0029.2(อกพ.)/

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 พฤศจิกายน 2549

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป

ตามที่ท่านได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวอำนวยพร อาษานอก นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง" นั้น

คณะอนุกรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของแพทยสภา ว่าด้วยเรื่องการวิจัยในมนุษย์ จึงอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก
(สุพัฒน์ เลาหะวัฒนะ)
ประธานอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
โทร. 0-2207-6000 ต่อ 6765

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ที่ จพ.ชอ. ๓๑/๒๕๕๐

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓๐ มกราคม 2550

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/2255 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2549

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวอำนวยพร อาษานอก นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Primary Brain Tumour และได้รับการผ่าตัดแล้ว 1 ปี จำนวน 40 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นั้น

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา กรุณาติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล ตึกจักรพงษ์ชั้น 2 โดยโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้าก่อนเก็บข้อมูลและก่อนพบบุคคลดังกล่าว ขอให้นำบัตรประจำตัวนักศึกษาหรือบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมจดหมายฉบับนี้มาติดต่อขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ ตึกอำนวยการชั้นล่าง ห้องหมายเลข 2

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.นพ. เกรียง ตั้งสง่า)
รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายยุทธศาสตร์และการจัดการสารสนเทศ
ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 0 2256 4360
ฝ่ายเลขานุการ โทรศัพท์ 0 2256 4999 ต่อ 603 โทรสาร 0 2256 4588

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ 0029.2(อกพ.)/๐๙

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์

ตามที่ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวอำนวยพร อายานอก เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เรื่อง " ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง " นั้น

คณะอนุกรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของแพทยสภา ว่าด้วยเรื่องการวิจัยในมนุษย์ จึงอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก
(สุพัฒน์ เลาหะวัฒนะ)
ประธานอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
โทร. 0-2206-7000 ต่อ 6764, 6765

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สธ 0313/อวจ./027

สำนักงานคณะอนุกรรมการวิจัย
สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 312
ถ.ราชวิถี ราชเทวี กทม. 10400

26 มีนาคม 2550

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

เรียน นางสาวอำนวยพร อายานอก

ตามที่ท่านซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง (Selected Factors Related to Quality of Lifein Adult Patients with Brain Tumor) เลขที่โครงการ 50017 ได้นำเสนอโครงการวิจัยให้คณะอนุกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยาพิจารณานั้น

ในการนี้ คณะอนุกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งเป็นคณะกรรมการวิจัยสถาบัน (Institutional Review Board : IRB) ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ได้พิจารณาและมีมติอนุมัติให้ดำเนินการโครงการดังกล่าวได้ อนึ่งคณะอนุกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ จะต้องรายงานความก้าวหน้าของโครงการเมื่อมีการร้องขอ และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

1. เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย
2. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมเหตุผลที่ต้องเปลี่ยนแปลง
3. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผลให้คณะอนุกรรมการฯ ทราบด้วย
4. เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ relate, possible/likely, probably related, fatal กับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร รวมทั้งขอทราบมาตรการในการดูแลป้องกันอาสาสมัครในประเทศไทยด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)
นายแพทย์ 10 วช ด้านเวชกรรม สาขาประสาทวิทยา
ประธานคณะอนุกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา

สำนักงานคณะอนุกรรมการวิจัย
สถาบันประสาทวิทยา
โทร. 023547091 ต่อ 2407

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอำนวยพร อาษานอก นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆซึ่งสมาชิกในครอบครัวข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้า และสมาชิกครอบครัวของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบวิจัยนี้

.....	.....
สถานที่/วันที่	ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(นางสาวอำนวยพร อาษานอก)
	ลงนามผู้ทำวิจัย
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ลงนามพยาน
.....	.....
สถานที่/วันที่	(.....)
	ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง
2. ผู้วิจัย นางสาวอำนวยพร อาษานอก นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-1991350
4. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1โครงการนี้เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

4.2 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง และเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง

4.3เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation research design) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลา ประมาณ 30-45 นาที โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบ ประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา แบบประเมินคุณภาพชีวิต

6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดๆก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่
7. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ
8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
9. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
10. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อ

และที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

11. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 130 ราย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

ตอนที่ 3 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

ตอนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา

ตอนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ 1 ( ) ชาย 2 ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ..... ปี
3. ศาสนา

   1 ( ) พุทธ 2 ( ) คริสต์ 3 ( ) อิสลาม 4 ( ) อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส

   1 ( ) โสด 2 ( ) คู่

   3 ( ) หม้าย 4 ( ) หย่า

   5 ( ) แยก
5. ระดับการศึกษา

   1 ( ) ไม่ได้รับการศึกษา 2 ( ) ประถมศึกษา

   3 ( ) มัธยมศึกษา 4 ( ) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร

   5 ( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี
6. สถานภาพในครอบครัว 1 ( ) ผู้นำครอบครัว 2 ( ) สมาชิกในครอบครัว
7. อาชีพ

   1 ( ) รับราชการ 2 ( ) ค้าขาย

   3 ( ) แม่บ้าน 4 ( ) รับจ้างทั่วไป

   5 ( ) พนักงานบริษัทฯ 6 ( ) พนักงานรัฐวิสาหกิจ

   7 ( ) ประกอบธุรกิจส่วนตัว 8 ( ) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

   1 ( ) ต่ำกว่า 5,000 2 ( ) 5,001 – 10,000

   3 ( ) 10,001 – 15,000 4 ( ) 15,001 – 20,000

   5 ( ) มากกว่า 20,000

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และจากการสอบถามจากญาติ

1. การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก) .....
2. การวินิจฉัยโรคร่วม .....

   การรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด : ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....
3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ตั้งแต่ได้รับการการวินิจฉัยโรค) ..... วัน/เดือน/ปี
4. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ..... ครั้ง
5. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะนี้ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ .....
6. ค่าใช้จ่ายในการรักษา.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มีมากที่สุด

2. อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มีมากที่สุด

9. อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มีมากที่สุด

10. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มีมากที่สุด

ตอนที่3 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (ผู้วิจัยบันทึกเอง)

คำชี้แจง แบบประเมินการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงความสามารถในการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยปกติ และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ทำอะไรได้บ้างหรือทำอะไรได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย √ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ความหมาย	%	หลักการ
สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ	100	ปกติ ไม่มีการบ่นเกี่ยวกับโรค ไม่มีภาวะโรค
	90	สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ มีอาการหรืออาการแสดงของโรคเพียงเล็กน้อย
	10	ระยะสุดท้ายของชีวิต ภาวะใกล้เสียชีวิตดำเนินไปอย่างรวดเร็ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา

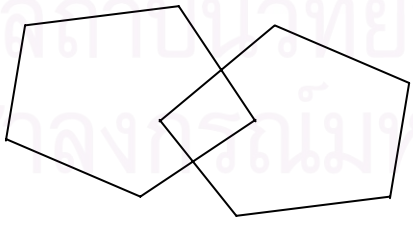
คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาของท่านภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้สัมภาษณ์บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. Orientation for time (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)	บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)	คะแนน
1.1 วันนี้วันที่เท่าไร	……..	☐
1.2 วันนี้วันอะไร	……..	☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	……..	☐
1.4 ปีนี้ ปีอะไร	……..	☐
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	……..	☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ☐

(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนรวม……..

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตอนที่ 5 แบบสอบการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวคุณมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	คุณมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อย	ปานกลาง	มาก
ด้านความรักใคร่ผูกพัน						
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้คุณรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย						
2. คุณและเพื่อนชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน						
3. มีคนที่รักและเอาใจใส่คุณ						
17. เพื่อนร่วมงานบอกว่าคุณทำงานดี						
18. คุณเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว						

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้เป็นข้อความที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีความสำคัญ เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบแล้ว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่า ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ในระยะเวลา 7 วัน ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นอย่างไร

ข้อความ	ไม่มีเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มีมาก
ความพึงพอใจด้านร่างกาย 1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้					
3. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ในขณะนี้ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาในการรับภาระต่างๆ ⋮ 45. ข้าพเจ้าสามารถอ่านหนังสือได้					
46. ข้าพเจ้าสามารถเขียนหนังสือได้					
47. ข้าพเจ้าสามารถขับรถได้					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ความแปรปรวน การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความแปรปรวนการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (n = 130)

การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญารายข้อ	**คะแนน**	$\overline{X}$	SD
1. Orientation for time	5	3.96	1.27
2. Orientation for place	5	3.53	0.97
3. Registration	3	2.50	0.71
4. Attention/Calculation	5	1.78	1.78
5. Recall	3	1.59	1.05
6. Naming	2	1.82	0.45
7. Repetition	1	0.28	0.45
8. Verbal command	3	2.28	0.86
9. Written command	1	0.81	0.40
10. Writing	1	0.29	0.46
11. Visuoconstruction	1	0.56	0.69

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกเป็นรายข้อ (n = 130)

การสนับสนุนทางสังคมรายข้อ	$\overline{X}$	SD
ด้านความรักใคร่ผูกพัน		
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้คุณรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	5.39	1.18
2. คุณและเพื่อนชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.87	1.24
3. มีคนที่รักและเอาใจใส่คุณ	5.37	1.16
4. มีคนที่ร่วมงานสังคมและงานสังสรรค์ต่าง ๆ กับ คุณ	4.68	1.35
ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ		
5. เมื่อมีปัญหาคุณสามารถพึ่งพาญาติ พี่น้องหรือเพื่อนฝูงได้	4.48	1.91
6. มีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือคุณได้ในระยะยาวถ้าคุณต้องการ	5.02	1.38
7. มีผู้พร้อมที่จะรับฟังความรู้สึกของคุณ	4.31	1.67
8. คุณมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือคุณ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนตอบแทน	4.98	1.44
9. เมื่อคุณอารมณ์เสียคุณมีคนที่สามารถระบาย	4.41	1.61
10. มีคนที่จะให้คำแนะนำหรือช่วยคุณในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ	5.02	1.21
11.ถ้าคุณเจ็บป่วยจะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองให้แก่คุณได้	5.04	1.41
12. คุณชอบทำสิ่งเล็กๆน้อยๆ เป็นพิเศษเพื่อช่วยให้คนอื่นมีความพึงพอใจ	4.68	1.16
ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		
13. คุณชอบที่จะทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น	4.85	1.24
14. คนอื่นบอกคุณว่าพวกเขาสบายใจที่จะทำงานร่วมกับคุณ	4.87	1.16
15.เพื่อนๆของคุณเห็นความสำคัญในตัวคุณขณะมีกิจกรรมร่วมกัน	4.47	1.48

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมรายข้อ	$\overline{X}$	SD
ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง		
16. คุณมีความสำคัญต่อบุคคลในครอบครัว	5.53	0.92
17. เพื่อนร่วมงานบอกว่าคุณทำงานดี	5.07	1.12
18. คุณเป็นที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว	5.55	0.89

3. **ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด**วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (n=130)

สมมติฐานที่ทดสอบคือ

H_0: การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

H_A: การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

อัลฟา =.05

<u>การพิจารณาจากภาพ</u>

Descriptives

			Statistic	Std. Error
QOL	Mean		2.7282	.04309
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.6429	
		Upper Bound	2.8134	
	Median		2.7234	
	Std. Deviation		.49127	
	Range		2.26	
	Skewness		.000	.212
	Kurtosis		-.679	.422

ตาราง Descriptives เมื่อพิจารณาจากค่า Mean =2.7282 Median=2.7234 มีความใกล้เคียงกันสรุปได้ว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

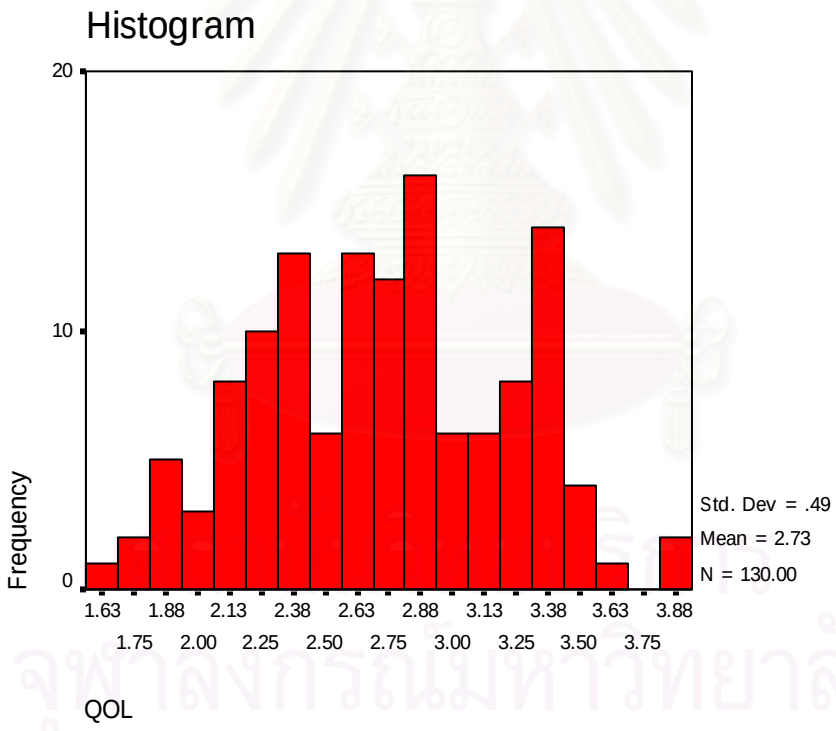
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QOL	.055	130	.200(*)	.987	130	.265

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

ตาราง Test of Normality ให้พิจารณาจากค่า Kolmogorov-Smirnov(a) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 จากตารางพบว่าค่า Sig=.265 ซึ่งมากกว่าค่า อัลฟา.05 ซึ่งยอมรับสมมติฐานศูนย์ ปฏิเสธสมมติฐานเลือก หมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

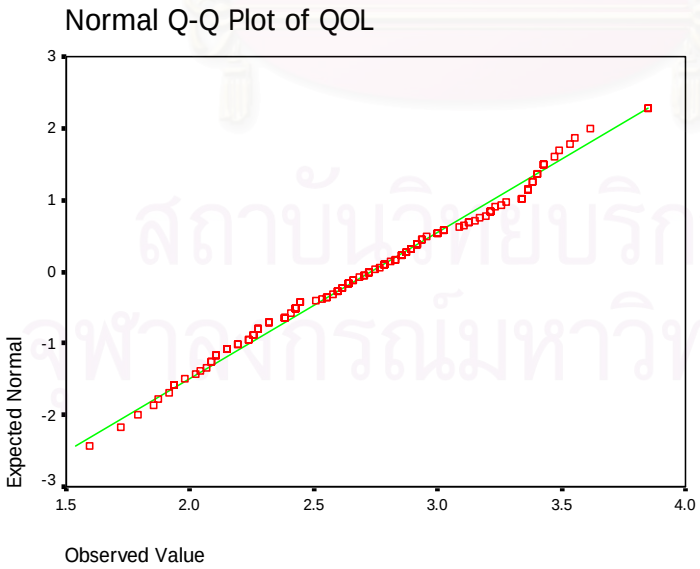


QOL Stem-and-Leaf Plot

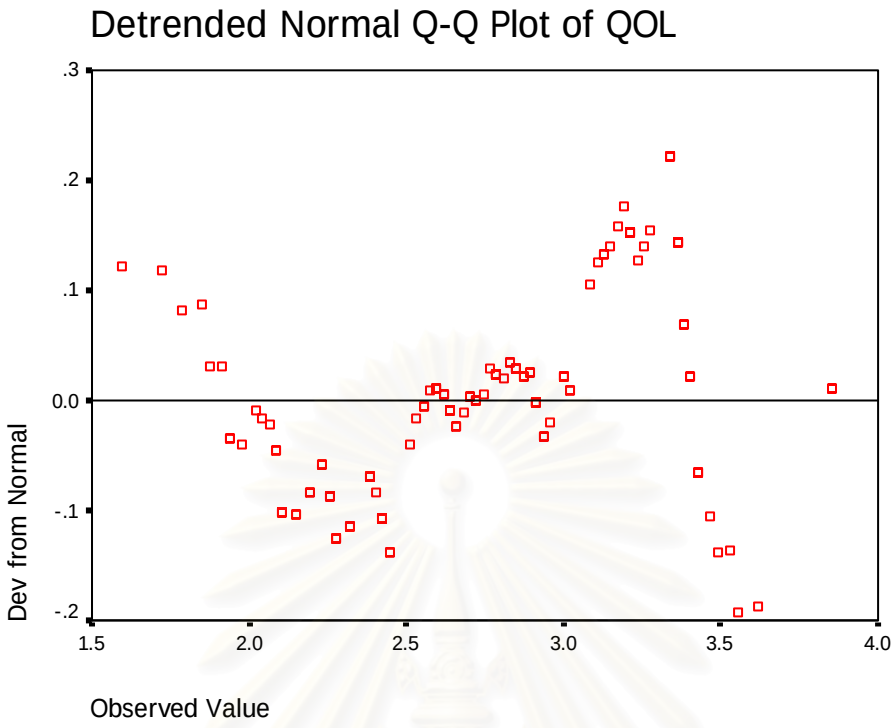
Frequency	Stem & Leaf
1.00	1 . 5
2.00	1 . 77
6.00	1 . 889999
12.00	2 . 000001111111
15.00	2 . 222222223333333
16.00	2 . 4444444455555555
20.00	2 . 66666666677777777777
18.00	2 . 888888888899999999
12.00	3 . 000000111111
16.00	3 . 2222222333333333
9.00	3 . 444444455
1.00	3 . 6
2.00	3 . 88

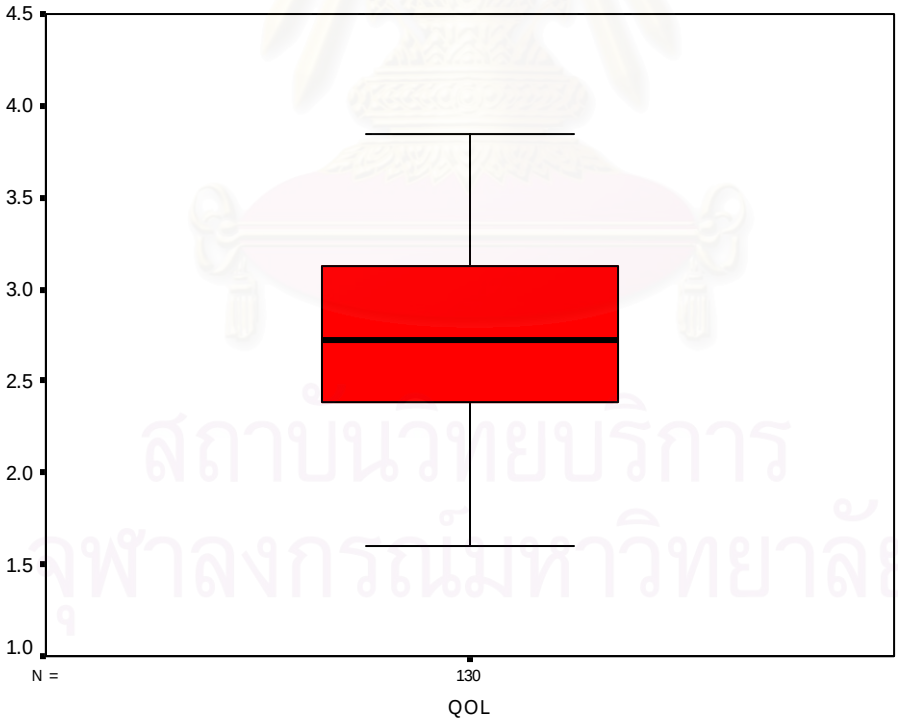
Stem width: 1.00

Each leaf: 1 case(s)



เป็นภาพที่แสดงการกระจายของค่าที่เป็นจริงกับค่าที่คาดหวังโดยพิจารณาจากจุดการกระจายตามเส้นตรง จากภาพ จุดแต่ละจุดมีการกระจายตามเส้นตรงหมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ





พบว่าค่ามัธยฐานอยู่กึ่งกลางของ Box และไม่ปรากฏค่า Extreme และค่า outliner ซึ่งหมายความว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		คุณภาพชีวิต
N		130
Normal Parameters	Mean	2.728151
	Std. Deviation	0.491271
Most Extreme Differences	Absolute	0.055213
	Positive	0.055032
	Negative	-0.05521
Kolmogorov-Smirnov Z		0.629523
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.82295

จากตารางเมื่อพิจารณาจากค่า Kolmogorov-Smirnov พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากค่า Sig = .822 ซึ่งมากกว่าค่าอัลฟ่า .05 ยอมรับสมมติฐานศูนย์ ปฏิเสธสมมติฐานทางเลือก หมายความว่า ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอำนวยพร อาษานอก เกิดวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่โรงเรียนมัธยมด่านสำโรง จังหวัดสมุทรปราการ และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2540 จากนั้นเข้าปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรมประสาทสมองและไขสันหลังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2548-2550

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย