



ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรม
การจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

โดย

นางสาวพิมพ์กาญจน์ ทรัพย์มีชัย

วิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE PREDICTION OF PERSONAL STATUS, SYMPTOM DISTRESS,
AND SYMPTOM MANAGEMENT BEHAVIORS AFFECTING THE
QUALITY OF LIFE OF BRAIN TUMOR PATIENTS

BY

MISS PIMPAYAPORN SAPMEECHAI



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
DEPARTMENT OF ADULT NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2018
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

โดย

นางสาวพิมพ์พรรณ ทรัพย์มีชัย

วิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาวพิมพ์ญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย

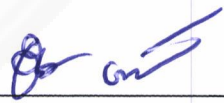
เรื่อง

ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีรนุช ห่านิรัตติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์หลัก



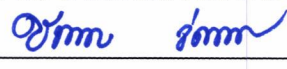
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาสอบวิทยานิพนธ์ร่วม



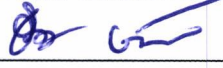
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภัทรวิทย์ รักษกุล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีรนุช ห่านิรัตติศัย)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
ชื่อผู้เขียน	นางสาว พิมพ์ญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่สถาบันประสาทและโรงพยาบาลราชวิถี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 143 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ 2) ความทุกข์ทรมานจากอาการ 3) พฤติกรรมการจัดการอาการและ 4) คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือชุดที่ 2 - 4 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านวิเคราะห์ ค่า CVI = 0.93, 0.96, 0.96 และตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.88, 0.95, 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์และหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติโคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.2 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ก่อนป่วยมีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างมากที่สุด และไม่ได้ทำงานหลังเจ็บป่วย รายได้ครอบครัวเฉลี่ยส่วนใหญ่น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน การวินิจฉัยโรครส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองแบบ Meningioma ร้อยละ 82.2 อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 79 และส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกที่ตำแหน่ง Frontal lobe และ Temporal lobe

ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย 1 - 6 เดือนมากที่สุด การรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัด และเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลหลัก

ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.33, SD = 0.41) โดยมีค่าเฉลี่ยการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการโดยรวม อยู่ระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.62, SD = 0.26) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ระดับมาก (Mean = 2.10, SD = 0.61) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.32, SD = 0.68) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับดี (Mean = 2.10, SD = 0.35)

ผลวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการ ($\beta = -.395, p < .01$) พฤติกรรมการจัดการอาการ ($\beta = 0.157, p < .05$) และการรักษาโรคเนื้องอกสมอง ($\beta = 0.235, p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 62.5

ผลการวิจัยทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ
คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

Thesis Title	THE PREDICTION OF PERSONAL STATUS, SYMPTOM DISTRESS, AND SYMPTOM MANAGEMENT BEHAVIORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF BRAIN TUMOR PATIENTS
Author	Miss Pimpayaporn Sapmeechai
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Department of Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Sunthara Liangchawengwong, Ph.D.
Academic Year	2018

ABSTRACT

This predictive research aimed at studying the relations and the predictive power among the personal status, symptom distress, and symptom management behaviors affecting the quality of life of brain tumor patients.

The sample was 143 brain tumor patients that were following up at the outpatient department at the Prasat Neurological Institute and Rajavithi Hospital in Thailand. The sample was selected using purposive sampling. The research instruments included: 1) a personal status questionnaire 2) the -Symptom Distress Scale; 3) the Symptom Management Behaviors Scale, and 4) the Health-Related Quality of Life for Brain Tumor Questionnaire. The content validity of instrument 2-4 by five experts examined CVI = 0.93, 0.96, 0.96 and the reliability of Cronbach's alphas coefficient was 0.86, 0.95, and 0.94, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Pearson's correlation coefficient, -and stepwise regression analysis

The results revealed that most of samples were female (mean aged was 52.2 years). and most were older than 46 years (75.5%). Most of the sample had completed the primary school level and worked in, agriculture and employee

occupation before. Family income was less than 20,000 baht/month. Most of them were diagnosed with Meningioma (82.2%) with stage I at 79%. The sites of the tumors were the frontal lobe and temporal lobe, and most of the patients had been diagnosed for 1 to 6 months, had no comorbidity, surgery therapy, and almost all of them had caregivers.

The participants had a moderate level of symptom distress (Mean = 1.33, SD = 0.41). For the occurrence and severity section was low level (Mean = 0.62, SD = 0.26) and the response to symptom distress was at a high level (Mean = 2.10, SD = 0.61). The mean for the symptom management behaviors score was at a low level (Mean = 1.32, SD = 0.68) and the mean score for quality of life had a good level (Mean = 2.10, SD = 0.35). The results of the stepwise regression analysis showed that the variables that had predicted significantly ($p < .05$) were the mean scores for symptom distress ($\beta = -.395$, $p < .01$), symptom management behaviors ($\beta = 0.157$, $p < .01$), and treatment of brain tumor ($\beta = 0.235$, $p < .05$) and all of these factors were able to predict by 62.5%

The results of this study could be basic data for planning the promotion of symptom management behaviors, decreasing the symptoms of distress, and developing the quality of life of brain tumor patients.

Keywords: predictive factors, symptom distress, symptom management behaviors, quality of life, brain tumor patients

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ อาจารย์ประจำวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้ความเมตตาและคำปรึกษาคอยชี้แนะแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ด้วยความเสียสละเวลา เป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยสามารถก้าวผ่านอุปสรรคในการทำวิทยานิพนธ์มาตลอด พร้อมทั้งขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นพ. ภัทรวิทย์ รักษ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงมาได้

ขอกราบขอบคุณประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่เสียสละเวลา และกรุณาให้คำข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ที่เอื้อเฟื้อสถานที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยเนื่องอกสมองและผู้ดูแลทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์จนเกิดงานวิจัยนี้ขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คุณจินตนา ฉัตรกุลกวิน พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา และคุณวรรณมา ปติฐพร พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าห้องตรวจศัลยกรรมโรงพยาบาลราชวิถีที่ได้ช่วยเป็นที่ปรึกษาและแนะนำในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในครั้งนี้ และคอยช่วยเหลือแนะนำตลอดการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้ประสาทวิชาความรู้และให้ความเมตตาตลอดการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษาที่ให้คำแนะนำ คอยช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณครอบครัวที่ห่วงใยและเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมถึงรุ่นพี่ เพื่อน คนใกล้ชิดที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

คุณค่าและคุณประโยชน์จากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุพการี คณาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การอบรมสั่งสอน ให้มีสติปัญญา ความรู้และคุณธรรม ส่งผลให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จจนถึงวันนี้

พิมพญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 สมมติฐานการวิจัย	8
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	12
1.7 นิยามศัพท์การวิจัย	12
1.8 ขอบเขตของการวิจัย	14
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
2.1 โรคเนื้องอกสมอง	16
2.1.1 ความหมาย อุบัติการณ์	17
2.1.2 พยาธิสรีรวิทยา ชนิด และสาเหตุของเนื้องอกสมอง	18
2.1.3 ตำแหน่ง ระยะเวลาการดำเนินของโรคเนื้องอกสมอง	23
2.1.4 อาการและอาการแสดงจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง	23
2.1.5 ผลกระทบของโรคเนื้องอกสมอง	28
2.1.6 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง	29
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	30
2.2.1 ความหมาย มิติของคุณภาพชีวิต	30
2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต	33
2.2.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต	37
2.2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	38
2.3 แนวคิดการจัดการอาการ	40
2.3.1 อาการและการเกิดอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	40
2.3.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการ แนวทางการประเมิน	42
2.3.3 พฤติกรรมการจัดการอาการและพฤติกรรมจัดการอาการ ของ Dodd	50
2.3.4 การประเมินพฤติกรรมจัดการอาการ	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	58
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	63
3.4 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	64
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	65
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	69
4.1 การนำเสนอผลการวิจัย	70
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	90
5.1 สรุปผลการวิจัย	90
5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้	92
5.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	93
รายการอ้างอิง	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	107
ภาคผนวก ข ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	113
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย	125
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	129
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	133
ภาคผนวก ฉ ผลการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูล	151
ประวัติผู้วิจัย	163

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	การแบ่งเนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง	22
2.2	อาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	24
2.3	อาการเฉพาะตำแหน่งของสมองแต่ละส่วน	25
2.4	การแบ่งระดับของเนื้องอกสมอง	27
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลสถานะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	70
4.2	จำนวนและร้อยละข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	72
4.3	ค่าเฉลี่ยการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง	74
4.4	ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการ	75
4.5	ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	77
4.6	คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	77
4.7	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	79
4.8	การเปลี่ยนแปลงค่าสถิติของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	81
4.9	การวิเคราะห์การผันแปรของสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (ANOVA) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง	82
4.10	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง	83

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	11
2.5	แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary	32
2.6	แนวคิดการจัดการอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	54
3.1	การสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร	60



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื้องอกสมองปฐมภูมิ (Primary Brain tumors [PBT]) หมายถึง โรครวมที่มีก้อนเนื้อจากเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติและเกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะโดยไม่ใช่มะเร็งที่กระจายมาจากส่วนอื่นของร่างกาย (Secondary malignant tumor) (Kleihues, Burger, & Sheithauer, 1993; Louis et al., 2007) ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดแต่อัตราการตายสูงถึงร้อยละ 60 (Armstrong et al., 2015) โดยโรคเนื้องอกสมองเป็น 1 ใน 5 ของโรคทางระบบประสาทศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) จากสถิติเนื้องอกสมองของประชากรโลกพบว่าอุบัติการณ์ประมาณ 10.82 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี (World Health Organization [WHO], 2017) สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้ป่วยเนื้องอกสมองรายใหม่ในแต่ละปี 79,270 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign tumor) จำนวน 53,200 คน และผู้ป่วยเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant tumor) จำนวน 26,070 คน (Ostrom, et al., 2015) อุบัติการณ์ของเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิในคนไทยประมาณ 18.71 ต่อ 100,000 ประชากร ต่อปี และพบว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด Glioma ร้อยละ 50 และเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ร้อยละ 60 (Natthacha, 2015) โดยแบ่งเป็นเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงร้อยละ 11.52 และเนื้องอกสมองชนิดไม่ร้ายแรง ร้อยละ 7.19 (อรรถพร บุญเกิด, 2559) ทั้งนี้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิของประชากรไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงใหม่ ได้แก่ การได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า สารเคมี และสารก่อมะเร็งเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2559; อรรถพร บุญเกิด, 2559)

เนื้องอกสมองปฐมภูมิเกิดได้กับทุกเพศทุกวัยแต่พบมากในช่วงอายุวัย 15–39 ปี (Central Brain Tumor Registry of the United States [CBTRUS], 2016) ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชากรวัยทำงานหรือทำให้ร่างกายเกิดภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองแตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่นๆ เนื่องจากเนื้องอกเกิดอยู่ภายในกะโหลกศีรษะที่มีพื้นที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทั้งจากมะเร็งร่วมกับความผิดปกติของระบบประสาท พยาธิสภาพของโรคที่เกิดกับระบบประสาทจะส่งผลต่อการควบคุมการทำงานบกพร่อง เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขาอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกลดลง การมองเห็น การพูดผิดปกติ สภาพจิตใจและอารมณ์แปรปรวน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยด้อยสมรรถภาพ จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ภายหลังการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น

เนื้องอกสมอง ผู้ป่วยจะมีระยะเวลารอดชีวิตภายในระยะเวลา 5 ปี ค่อนข้างต่ำ (Five-year relative survival rates) (American Cancer Society, 2014) ผู้ป่วยจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้เพียงระยะสั้นหรือมีชีวิตอยู่ได้ในระยะเวลาเป็นเดือนจนถึงสูงสุดเพียง 5 ปี (American Brain Tumor Association [ABTA], 2016; Niemela, 2011) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง บางคนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 15-93 (Rooney, Carson, & Grant, 2011) และมีอัตราการฆ่าตัวตายจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (ดร.ฉนวนวรรณ จันทร์แก้ว, ชนกพร จิตปัญญา, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ, 2555) ผู้ป่วยจึงต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานกับอาการของเนื้องอกสมองและอาการของระบบประสาทตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมอง (Natthacha, 2015) และผลกระทบจากความเจ็บป่วยส่งผลทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเครียดและความทุกข์ร่วมกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระดับสูง (ณชนก เอียดสุขย, ศุภร วงศ์วาทัญญู, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, 2013; Sherwood et al., 2004)

พยาธิสภาพของผู้ป่วยเนื้องอกปฐมภูมิ แตกต่างกันตามการแบ่งประเภทของเนื้องอกสมอง (Grading of brain tumor) (ABTA, 2014) เนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง (High grade brain tumor) มีลักษณะการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอกที่รวดเร็ว แทรกซึมเข้าไปในสมองส่วนลึกและกดเบียดเนื้อสมอง ทำให้สมองได้รับบาดเจ็บเป็นบริเวณกว้างมากกว่าเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Low grade brain tumor)(จาริณัญญ์ จินดาประเสริฐ, 2008; Litofsky & Resnick, 2009) นอกจากนี้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดที่เป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ในบางครั้งพบว่าไม่สามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้หมด แพทย์ต้องรักษาสมทบด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีซึ่งผู้ป่วยก็อาจได้รับผลแทรกซ้อนร่วมของการรักษา รวมทั้งเนื้องอกสมองบางส่วนอาจขยายโตขึ้นได้อีกภายหลัง การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองจึงมีเป้าหมายที่การรักษาชีวิต การควบคุมหรือจำกัดขนาดของเนื้องอกและเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ ไม่ใช่การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค (Taphoorn, Sizoo, & Bottomley, 2010; ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2009; อัทฉพร บุญเกิด, 2559) อย่างไรก็ตามเนื้องอกสมองมีผลรบกวนการทำงานของระบบประสาทหลายด้านและผลของพยาธิสภาพก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงได้มากมาย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ได้แก่ การควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น การสื่อสาร การพูด ความคิด ความจำ ส่งผลกระทบต่อสภาวะการทำหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นตัวแปรสำคัญของการดำเนินชีวิตอยู่ หรือการมีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้จากแนวคิดคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลกซึ่งได้กล่าวไว้ว่า แม้บุคคลมีสภาวะการเจ็บป่วยก็สามารถที่จะดำรงภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตได้ (WHO, 1978) แต่จากการศึกษาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่า ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตถูกคุกคามทุกวัน เวลาในช่วงที่มีชีวิตอยู่จากผลของโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การมีอายุที่ยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อรวรรณ น้อยวัฒน์, 2555)

ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group, 1995) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิต (quality of life [QoL]) เป็นความรับรู้ความผาสุกของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยมในช่วงเวลานั้น มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานของแต่ละบุคคล โดยคุณภาพชีวิตในภาวะเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจะเป็นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (Health-Related Quality of Life [HRQoL]) คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตไม่ได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ และการเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการ (Cella, Chang, Lai, & Webster, 2002) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในประเทศไทย 6 การศึกษาพบว่ามีการศึกษาที่พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; ทัศนีย์ อินทรสมใจ และนุสรรา เพชรบุตร, 2553) และจากการทบทวนวรรณกรรมมีอีก 4 การศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (อำนวยการ อาษานอก, 2549; อัญญา พุทธสิมมา, 2553; ภัทรา พิมสาร, 2559; ณัฏฐา เจียรนิลกุลชัย, 2559) โดยทุกเรื่องเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือหลังการให้รังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาจึงมีอาการที่ไม่รุนแรง ต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ ที่มีศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการขั้นรุนแรง จึงพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เช่นการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองของ Osoba และคณะ (1997) พบว่าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสาร การเคลื่อนไหว และมีภาวะสับสน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต่างจากผลการศึกษาในประเทศไทยที่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี

Wilson Cleary (1995) ได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิต เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรทางคลินิกที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Saban, Penckofer, Androwich, & Bryant, 2007) โดยองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (individual characteristic) สิ่งแวดล้อม (environment) การทำงานทางชีววิทยา (biological function) อาการ (symptom) การทำหน้าที่ (functioning status) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) เป็นตัวแปรส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละบุคคลสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง นับตั้งแต่ช่วงหลังได้รับการวินิจฉัยยังไม่ชัดเจน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (อำนวยการ อาษานอก, 2549) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (อัญญา พุทธสิมมา, 2553) การทำงานทางชีววิทยาหรือพยาธิสภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดเนื้องอก ตำแหน่งของก้อนเนื้องอก ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษาเนื้องอกสมองมีผลต่อการเกิดอาการและมีผลกระทบและเป็นปัจจัยทำนายร่วมของคุณภาพชีวิต (อัครพร บุญเกิด, 2015; Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page,

2015) โดยเฉพาะอาการของโรคในกลุ่มที่เกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intra cranial pressure[IICP]) จากก้อนเนื้องอกขยายโตเร็ว การแทรกซึมของเนื้องอกกดเบียดเนื้อสมอง (National Brain Tumor Foundtion [NBTF], 2007)

ก้อนเนื้องอกขยายขนาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีผลทำให้ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม การไหลเวียนของเลือดและน้ำในสมองบกพร่อง ซึ่งกลไกเหล่านี้ ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่พบบ่อยและคุกคามผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่สำคัญ 5 อาการ คือ อาการอ่อนแรง (fatigue) ปวดศีรษะ (headage) คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting) อาการชัก (seizure) และความรู้สึกตัวลดลง (decrease consciousness) (Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) อาการอ่อนแรงเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนขา ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเป็นอัมพาตไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เกิดความรู้สึกเสมือนเป็นผู้พิการ ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเกือบทุกคนหรือพบสูงถึงร้อยละ 96.5 (Nayak, 2015) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด gliomas ที่มีอาการกำเริบ อาการอ่อนแรงมีโอกาสเกิดได้สูงถึงร้อยละ 89-94 (Liu, Page, Solheim, Fox, & Chang, 2008) และพบว่าอาการเกิดขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคเนื้องอกและชนิดของเนื้องอกที่รุนแรง และอาการอ่อนแรงมีความสัมพันธ์กับโอกาสในการรอดชีวิตที่ต่ำลง (Brown et al., 2006) อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะเกิดอาการปวดศีรษะมีลักษณะเฉพาะ คือ อาการปวดรุนแรง ปวดต่อเนื่อง และปวดมากจนไม่สามารถทำอะไรได้ต้องนอนพัก ต้องได้ยาระงับความปวด (วีระพันธ์ สุวรรณนามัย, 2550; Armstrong, Cohen, Eriksen, & Hickey, 2004) อาการปวดศีรษะพบได้สูงถึงร้อยละ 50 (Osoba, Brada, Yung, & Prados, 2000)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน (nausea vomiting) เป็นผลแทรกซ้อนเนื่องมาจากภาวะความดันในสมองสูง ภาวะระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมองจากภาวะสมองบวม (NBTF, 2007) เป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รับประทานอาหารไม่ได้และเบื่ออาหาร (ABTA, 2015) จึงมีผลทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงเนื่องจากการขาดสารอาหาร เกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโตรลัยเพิ่มขึ้น (รัชณี เบลญจธน์ และคณะ, 2558) อาการชัก เป็นอาการที่สร้างความรู้สึกทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลใจให้แก่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองเนื่องจากการเกิดอาการชักเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างฉุกฉินหรือเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ถึงสภาวะที่ตนเองไม่สามารถควบคุมอาการชักได้รวมทั้งเกิดความรู้สึกกลัวอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุและรู้สึกกลัวตายจากการเกิดอาการชักแบบไม่รู้ตัว (Lovely, 2004) ส่วนอาการสำคัญที่ผู้ป่วยระบุว่าก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานคือ ความรู้สึกตัวลดลง (Mary, 2004) ความรู้สึกตัวลดลงเป็นอาการที่เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพความดันในสมองสูงเพิ่มขึ้น ภาวะสมองบวมหรือภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงที่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยจะมีอาการซึมลง ง่วงหลับเป็นเวลานานขึ้นทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืน มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะพร่องของกระบวนการรู้คิด การรับรู้สัมผัส ความจำ

เสื่อมลง ความรู้สึกตัวลดลงเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้สูงร้อยละ 49 (Klein et al., 2001) กล่าวโดยสรุปการเกิดอาการทั้ง 5 อาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอาการอื่นๆ รวมทั้งเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับกลไกของภาวะความดันในสมองที่สูงขึ้น ดังนั้นความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดย่อมส่งผลต่อความรู้สึกความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผลสะท้อนของความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การเกิดอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาการที่สำคัญก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุดคือ กลุ่มอาการที่เกิดมาจากก้อนเนื้องอกขยายโต กดเบียดสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง ทั้งนี้ความถี่ของอาการและระดับความรุนแรงของอาการก็จะก่อให้เกิดความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) ดังนั้นการเกิดอาการจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการที่มีผลกระทบสูงคือ 5 อาการคืออาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลง (Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาการเหล่านี้สามารถดูแลจัดการ เพื่อป้องกันการเกิด การยับยั้งระดับความรุนแรง การบรรเทาอาการ และการแก้ไขอาการได้ (ABTA, 2015; Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองและผู้ดูแลที่สามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมก็จะช่วยยับยั้งการโตเร็วของเนื้องอกสมอง ช่วยป้องกันและบรรเทาอาการอันเนื่องมาจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ (ABTA, 2015) พฤติกรรมการจัดการอาการที่ดีจึงช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเองดีขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีตามมา (Wilson & Cleary, 1995)

ปัจจัยด้านเพศ พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย (Niemela et al., 2011) เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เพศชายแข็งแรงมากกว่าเพศหญิง ทำให้การเกิดอาการและผลกระทบจากอาการน้อยกว่าเพศหญิง ปัจจัยด้านอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (อำนวยการพร อาชานอก, 2549) การจัดการอาการ การปรับเปลี่ยนหน้าที่ทำได้ดีกว่า ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนอายุน้อย (ชนกพร จิตปัญญา, 2551; Weimer et al., 2016) รายได้ พบว่าโรคเนื้องอกสมองมีการรักษาเฉพาะการตรวจพิเศษทำให้ต้องใช้ค่ารักษาสูง ซึ่งอาจมีส่วนเกินที่เบิกไม่ได้ ผู้ป่วยต้องมาติดตามการรักษาต่อเนื่องและมีอัตราการเข้ารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 63 (Suchorska et al., 2016) ซึ่งถ้ารายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตต่ำลง (ชนกพร จิตปัญญา, 2551) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง (NBTF, 2007) ชนิดของเนื้องอกสมองและตำแหน่งของก้อนที่สมอง มีผลต่อระดับความรุนแรงและความเร็วในการ

โตขึ้นของก้อน และมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (ABTA, 2015) ช่วงระยะเวลาพบเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรคซึ่งมีพยาธิสภาพของโรคคุกคามรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ในทิศทางลบโดยเฉพาะผู้ป่วยเนื้องอกสมองระยะที่ 3 ที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดก้อนเนื้องอก (Nayak, 2015) นอกจากนี้ผลวิจัยพบว่าขนาดของก้อนโตเกิน 2.5 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ ลดลง (Salo, Niemela, Joukamaa, & Koivukangas, 2002) ภายหลังจากผ่าตัดก้อนเนื้องอกสมองบาง รายมีคุณภาพชีวิตลดลง (Intarasomchai, 2004) เนื่องจากการดำเนินของโรค การเกิดอาการแทรกซ้อนร่วมกับฉายรังสี (Wook & Kim, 2016) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่าลดลงตามระยะของโรคและทำให้ผู้ป่วยต้องมีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลเพิ่มขึ้น (ABTA, 2015)

จากการศึกษาวิธีการจัดการอาการหรือพฤติกรรมจัดการอาการที่เกิดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่ามีการศึกษาแยกแต่ละอาการ เช่น อาการอ่อนแรง มีการจัดการอาการด้วยการนอนหรือนั่งพักมากที่สุด ร้อยละ 67.5 (เพลินพิศ ธรรมนิภา, 2557) มีการให้ความรู้เรื่องวิธีการดูแลตนเอง ในเรื่องเทคนิคการเผชิญปัญหาของอาการอ่อนแรง มีการปรับตัวเพื่อเพิ่มการสร้างสมดุลการเคลื่อนไหวของร่างกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม (Heimans & Taphoorn, 2002) การจัดการอาการอ่อนแรงโดยให้ได้รับยาเพื่อกระตุ้นประสาทส่วนกลาง มีผลทางการรักษาอาการอ่อนแรง แต่เมื่อหยุดยาอาการจะแย่ลงทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต (Zifko, Rupp, Schwarz, Zipko, & Maida, 2002) การจัดการอาการอ่อนแรงในผู้ป่วยเนื้องอกสมองจึงเป็นเพียงการบรรเทาอาการลง เพราะเป็นอาการจากโรคที่รุนแรงและคงอยู่ตลอดเวลา (Nail, 2004) อาการปวดศีรษะ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีการจัดการอาการปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยรับประทานยากลุ่มสเตียรอยด์เพิ่ม ในบางครั้งพบว่าการควบคุมความเจ็บป่วยยังไม่เพียงพอ การรับประทานยาในกลุ่มของ opioids หรือยาเสริมในกลุ่ม Non-opioids มากกว่า 1 ชนิด (พจนานายก, 2558; Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) เมื่อปวดศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวด ผู้ป่วยจึงต้องได้รับยาติดต่อกัน เพิ่มขนาดยา หรือให้ยาด้วยความถี่มากขึ้น อาการคลื่นไส้ อาเจียนผู้ป่วยจะมีการจัดการอาการโดยการรับประทานยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ไม่มียาตัวใดบรรเทาอาการได้ทั้งหมดมีเพียงเพื่อบรรเทาอาการได้ผลบางราย (สุจิตรา พึ่งเฟื่อง, 2553) และจากงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง Glioma มีอาการชัก ร้อยละ 40 - 60 สามารถควบคุมอาการโดยการรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องได้ผลเพียงร้อยละ 50 (Klein et al., 2003), (Vecht, Kerkhof & Duran Pena, 2014) ซึ่งความไม่แน่นอนของการจัดการอาการชัก ส่งผลกระทบให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ส่วนอาการระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยจะจัดการอาการโดยผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลทำหน้าที่ทดแทนผู้ป่วย (Chang, Dunbar, Church, Koehn, & Page, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับผลกระทบจากอาการจำนวนมากแต่การศึกษาพฤติกรรมจัดการอาการพบว่ามีการศึกษาการจัดการเพียงอาการบางอาการ ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับวิธีหรือ

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการกลุ่มอาการ ซึ่งมีกลไกการเกิดร่วมกัน และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการจัดการอาการโดยการรับประทานยา และนอนพักเป็นหลัก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการส่วนหนึ่งเกิดจากผลของพยาธิสภาพและอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสมเพียงพอ

ผู้ป่วยเนื่องอกสมอง หรือผู้ป่วยมะเร็งพบความทุกข์ทรมานที่เกิดจากพยาธิสภาพและอาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Liu et al., 2008) การศึกษาของ Dodd และคณะ (2001) จากแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model) มีมีโนทัศน์หลัก 3 ประการ คือ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การรับรู้อาการ หมายถึงที่เกิดขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอาการ 2) การประเมินอาการ การที่บุคคลได้รับรู้ผลกระทบของการรักษาและสาเหตุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต 3) การตอบสนองต่ออาการ หมายถึง บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแสดงออกทางพฤติกรรม การจัดการอาการ (symptom management) คือกระบวนการแบบพลวัตรที่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองเฉพาะบุคคล และผลลัพธ์ (outcomes) ในที่นี้คือ คุณภาพชีวิต ซึ่งงานวิจัยผู้ป่วยเนื่องอกสมองในประเทศไทย (ภัทรา พิมสาร, 2559) พบว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (อัญชญา พุทธสิมมา, 2553) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื่องอกสมองได้ 66.70 และ (ณัฐรุชา เจียรนิลกุลชัย, 2559) พบว่าผู้ป่วยเนื่องอกสมอง อาการช่วงเวลาระหว่างการรักษาจนถึงสิ้นสุดการรักษาด้วยการฉายรังสีได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความรู้สึกสะลึมสะลือ นอนไม่หลับ อาการหลงลืม และการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ไม่พบการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื่องอกสมอง จึงเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการจัดการ หรือหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้กับผู้ป่วยเนื่องอกสมองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในประเทศไทยผู้วิจัยพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื่องอกสมองปฐมภูมิยังมีน้อย และยังไม่ครอบคลุมกับกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื่องอกสมอง ผลการวิจัยที่ได้น่าจะเป็นประโยชน์ทำให้ทราบความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื่องอกสมอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ สภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และ พฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 ศึกษาค่าเฉลี่ยและระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.2.2.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและ พฤติกรรมการจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.2.2.3 ศึกษาอำนาจการทำนายของสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และ พฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอยู่ระดับสูงหรือไม่

1.3.2 พฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเป็นอย่างไร

1.3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอยู่ในระดับใด

1.3.4 สภาวะส่วนบุคคล ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ มีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีผู้ดูแล การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยเนื้องอกสมอง การรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

1.4.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.4.3 พฤติกรรมการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง ไข้สูง ภาวะอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และความรู้สึกตัวลดลง ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เนื่องจากภาวะของโรคมักยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด (Taphoorn, Sizoo, & Bottomley, 2010) ช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะได้รับผลกระทบจากความก้าวหน้าของโรคไปทุกระยะ เกิดความทุกข์ทรมานร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

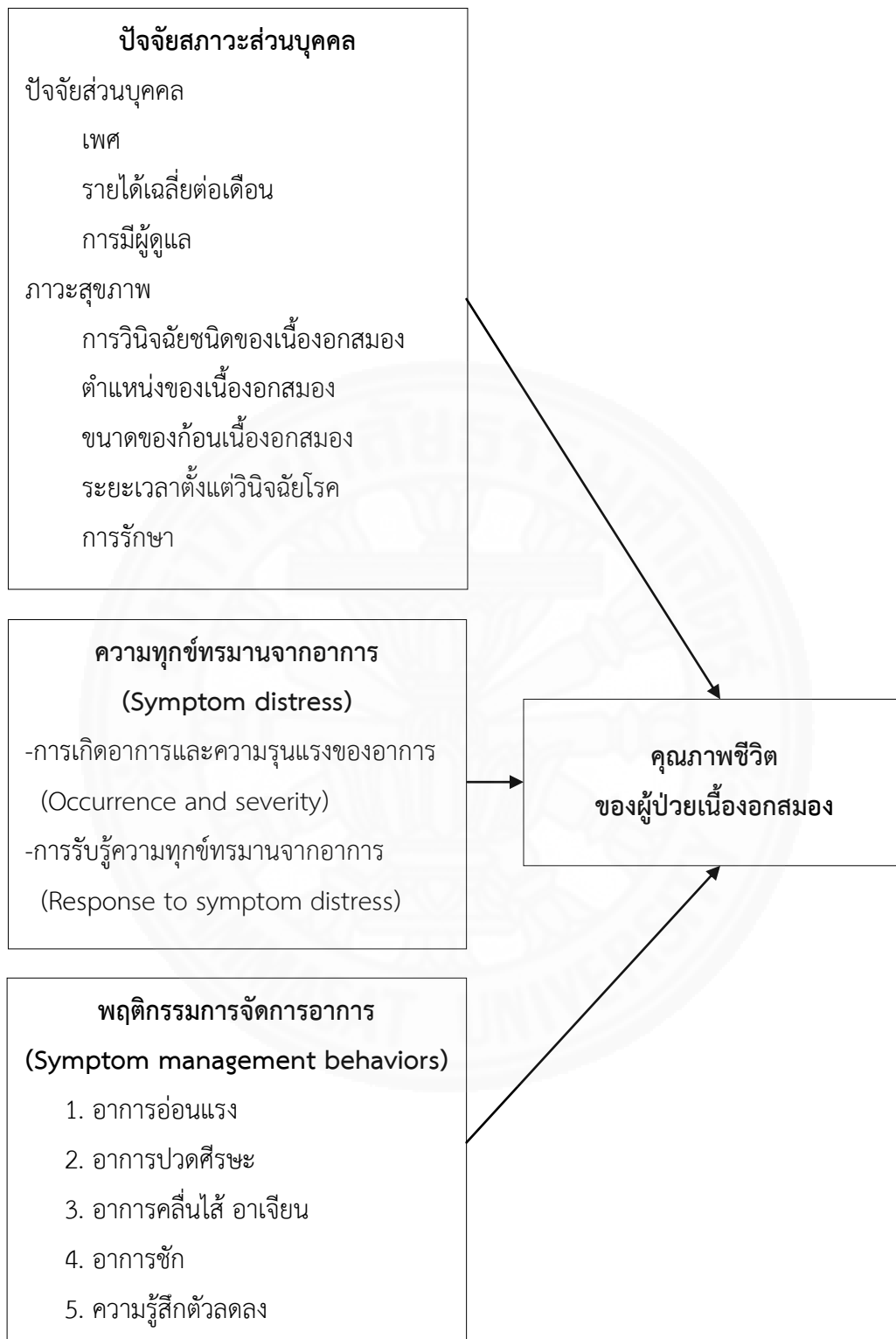
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) ซึ่งอธิบายคุณภาพชีวิตในมิติที่เชื่อมโยงความผาสุกในชีวิตกับมิติด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งมีมิติภาวะสุขภาพที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ป่วยมากที่สุดในระยะนี้ เช่นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง Wilson และ Cleary ได้อธิบายองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่า ประกอบด้วย 5 ส่วน และมีความเกี่ยวเนื่องกันหรือมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ 1) ปัจจัยชีวสรีรวิทยา (biological and physiological factors) หรือปัจจัยสภาวะบุคคล (characteristics of the individual) เป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perception) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งจะเป็นผลมาจากภาวะสรีรร่างกาย โรค และการทำหน้าที่ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (characteristics of the environment) เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องส่งผลต่ออาการ และการจัดการอาการ ภาวะการณทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) ภาวะอาการ (symptom status) เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีวสรีรวิทยา ทั้งภาวะโรคและผลจากการรักษา เป็นการรับรู้ในรูปแบบประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งการศึกษานี้ศึกษาในภาวะอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่เกิดจากกลไกความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่พบบ่อย คือ อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชักและระดับความรู้สึกตัวลดลงและ 5) ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานซึ่งได้รับผลกระทบจากสมองเสียหายที่จนทำให้เกิดภาวะอ่อนแรง องค์ประกอบทั้งหมดจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความผาสุกในชีวิตโดยรวมในภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมอง

ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอาจได้รับผลกระทบมาจาก ปัจจัยสภาวะบุคคล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพจากโรคเนื้องอกสมองโดยตรง ประสบการณ์อาการหรือความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น และคุณภาพชีวิตความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลง การเกิดกลุ่มอาการดังกล่าวสร้างความไม่สุขสบายและมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพ (ภัทรา พิมสาร, 2559; NBTF, 2007; Lovely, 2004) โดยการประเมินคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับแนวคิดนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (FACT-Br) ซึ่งแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน 1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) คือการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับความปกติของร่างกาย ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตที่สำคัญ คือ การมีสุขภาพดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต ลดลงจากพยาธิสภาพของโรค 2) ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well being) เมื่อผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพของโรค อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก และบกพร่องด้านการรับรู้ความรู้สึก จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต 3) ความผาสุกด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological well being) เมื่อมีการเจ็บป่วยจากโรคหลังการวินิจฉัยด้วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่ามีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จากความบกพร่องของร่างกาย การต้องพึ่งพาผู้อื่น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์หลังการรักษา เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต และ 4) ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (Social/family well being) เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ซึ่งบางครั้งการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกเพื่อทดแทนผู้ป่วยอาจเกิดความไม่เหมาะสม บกพร่องจากหน้าที่เดิมและ 5) ความผาสุกด้านอาการที่เกิดขึ้น (Additional concerns) การเกิดอาการต่างๆ จากสภาวะการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้านของผู้ป่วย

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการมีความสำคัญในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการที่เหมาะสม จึงช่วยให้อาการดีและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom management theory) ของ Dodd และคณะ (2001) มาช่วยอธิบายการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ประกอบด้วยตัวแปรคือ 1) ประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่มีกลไกจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) พฤติกรรมการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับระยะเวลา และการตอบสนองของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานในแต่ละอาการอย่างเป็นรูปธรรม และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ในที่นี้คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดว่า ตัวแปรที่ 1 คือสภาวะส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลคือ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ขนาดของก้อน ตำแหน่ง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษาโรคเนื้องอกสมอง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีผู้ดูแล ความสะดวกในการเดินทาง สถานบริการ ตัวแปรที่ 2 คือความทุกข์ทรมานจากอาการ และตัวแปรที่ 3 คือพฤติกรรมการจัดการอาการในแต่ละอาการ ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 ตัวแปรต้น (Independent variables)

สภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ

1.6.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.7 นิยามศัพท์การวิจัย

ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Brain tumors) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกจากเซลล์ในระบบประสาทแบ่งตัวผิดปกติเกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองปฐมภูมิ (Primary brain tumors) ครั้งแรกหรือเป็นผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยไม่ใช่เนื้องอกที่เกิดขึ้นในสมองจากการแพร่กระจายมาจากมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ และ/หรือได้รับการยืนยันด้วยการตรวจด้วยวิธีพิเศษคือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography [CT]) หรือการตรวจด้วยเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging [MRI]) อายุ 19 ปีขึ้นไป

ปัจจัยสภาวะบุคคล (Personal status) หมายถึง ปัจจัย 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อการจัดการอาการตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของบุคคล 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic data) ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2) ภาวะสุขภาพ (Health status) ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาดังแต่วินิจฉัยโรค และการรักษา 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการจัดการอาการ สถานบริการสุขภาพ ปัจจัยสภาวะบุคคลทั้งหมดได้จากการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและ รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาในเวชระเบียนของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

เพศ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง เพศชายหรือเพศหญิง

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้รับจากการประกอบอาชีพหรือได้รับมาจากญาติ สามีภรรยา หรือมีผู้มอบให้เพื่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพ โดยคิดเป็นรายได้เฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือน

การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ และ/หรือได้รับการตรวจยืนยันด้วย CT หรือ MRI พบว่ามีเนื้องอกภายในสมองปฐมภูมิชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยแบ่งชนิดเนื้องอกตามเกณฑ์การแบ่งชนิดของเนื้องอกขององค์การอนามัยโลก (WHO Classification of tumor) (WHO, 2007)

ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง (Site of tumor) หมายถึง บริเวณที่ก้อนเนื้องอกเกิดขึ้นที่ส่วนต่างๆ ภายในกะโหลกศีรษะหรือบริเวณเนื้อสมอง ได้แก่ frontal lobe, temporal lobe, parietal lobe, occipital lobe เป็นต้น

ขนาดของก้อนเนื้องอกสมอง (Size of tumor) หมายถึง ขอบเขตของก้อนเนื้องอก (gross tumor) โดยใช้ภาพถ่ายทางรังสีด้วยเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีหน่วยเป็นเซนติเมตร

ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค (Onset time) หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่ วัน เดือน ปี ภายหลังจากที่ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้วินิจฉัยจากแพทย์ที่รักษาหรือได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากผลตรวจ CT หรือ MRI หรือบันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย คำนวณถึง วัน เดือน ปี ที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูล

การรักษา (Treatment) หมายถึง วิธีการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัดเนื้องอกสมอง การฉายรังสีรักษาหรือ การได้รับยาต้านเนื้องอก เป็นต้น (อัครพร บุญเกิด, 2559)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง การมีหรือไม่มีผู้ดูแลหลัก สภาพที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อการจัดการอาการ ได้แก่ ความสะดวกในการเดินทาง สถานที่บริการสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการอาการ

ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress) หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นทั้งอาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่เป็นผลมาจากการโตขยายของก้อนเนื้องอก ก้อนเนื้องอกกดเบียดหลอดเลือดที่ส่งไปเลี้ยงสมองและทางเดินของน้ำในสมอง และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทำให้เกิดอาการ 5 อาการสำคัญ คือ อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชัก และความรู้สึกตัวลดลงแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ (Occurrence and severity) และระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to symptom distress) สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามของ อำนาจพร อาชานอก (2549) แบ่งเป็น 2 ส่วน ความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิด และการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการมาตรฐานแบบประเมินคะแนน (Rating scale) 0-10 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 หมายถึง ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการไม่มีเลยหรือน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 10 ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นมาก หรือรุนแรง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นระดับต่ำหรือรู้สึกน้อยมาก

พฤติกรรมจัดการอาการ (Symptom management behaviors) หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง เพื่อการดูแล ป้องกัน แก้ไข บรรเทาหรือจำกัดอาการแต่ละอาการที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลไกหรือผลแทรกซ้อนจากเนื้องอกในสมองโตเร็วกดเบียดสมอง และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการอาการ 5 อาการคือ

อาการอ่อนแรง อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชักและความรู้สึกตัวลดลง พฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยสามารถประเมินได้โดย แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Symptom related-ILCP management behaviors) ซึ่งผู้วิจัยสร้างจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบวัดจำนวน 46 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 0 – 4 คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุดจนถึง คะแนน 0 ปฏิบัติน้อยที่สุด คะแนนรวม มาก หมายถึง ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการจัดการอาการที่เหมาะสม คะแนนรวมต่ำ หมายถึง พฤติกรรม การจัดการอาการไม่เหมาะสม

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Health-related quality of life in brain tumor context) หมายถึง ความรู้สึกหรือ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองซึ่งเป็นการรับรู้ความพึงพอใจความรู้สึกผาสุกในชีวิต (Well-being) และการรับรู้คุณค่าของตนเองต่อการเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อม การประเมิน คุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (Health-Related Quality of Life for Brain Tumor [HRQOL-BT]) ที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ (1995) ฉบับแปลเป็นไทยโดย ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย (2559) มีระดับการวัดเป็นมาตราวัดแบบ ประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 48 ข้อ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพหรือมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตระดับดีมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณภาพ มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตไม่ดีหรือระดับต่ำ

1.8 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย ในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ (Primary Brain Tumors) และได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หรือเป็นโรคเนื้องอกสมองที่เกิดซ้ำ (Recurrent Brain Tumor) ไม่รวมผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองชนิด ทุติยภูมิ (Secondary Brain Tumor) เนื่องจากคุณภาพชีวิตจะถูกรบกวนจากมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ อายุ 19 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลของ รัฐสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2 โรงพยาบาลคือ สถาบัน ประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระยะเวลาเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

1.9.2 สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยโดยใช้ ออกแบบโปรแกรมในการจัดการอาการ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะ และสอดคล้องผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง รวมทั้งโปรแกรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงโดยการจัดการอาการให้เหมาะสมได้ต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

2.1 โรคเนื้องอกสมอง

- 2.1.1 ความหมาย อุบัติการณ์
- 2.1.2 พยาธิสรีรวิทยา ชนิด และสาเหตุของเนื้องอกสมอง
- 2.1.3 ตำแหน่ง ระยะเวลาการดำเนินของโรคเนื้องอกสมอง
- 2.1.4 อาการและอาการแสดง อาการที่เกิดจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง
- 2.1.5 ผลกระทบของโรคเนื้องอกสมอง
- 2.1.6 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 2.2.1 ความหมาย มิติของคุณภาพชีวิต
- 2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
- 2.2.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต
- 2.2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

2.3 แนวคิดการจัดการอาการ

- 2.3.1 อาการและการเกิดอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
- 2.3.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการ และแนวทางการประเมิน
- 2.3.3 พฤติกรรมการจัดการอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการของ Dodd
- 2.3.4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการ

2.1 โรคเนื้องอกสมอง

2.1.1 ความหมาย อุบัติการณ์

สมาคมโรคเนื้องอกสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Brain Tumor Association [ABTA], 2015) อธิบายความหมายของเนื้องอกสมอง (brain tumor) หมายถึง ก้อนเนื้อที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติภายในสมอง หรือช่องไขสันหลัง (central spine canal) สอดคล้องกับการให้ความหมายของสถาบันประสาทวิทยา (2557) ซึ่งกล่าวว่า เนื้องอกสมอง คือ เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะ อาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมอง เยื่อหุ้มสมอง ต่อมใต้สมอง โพรงสมอง ตลอดจนความผิดปกติที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ภายในระบบประสาทเอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (อัครพร บุญเกิด, 2559)

อุบัติการณ์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดเนื้องอกสมอง พบว่าสถิติการเกิดโรคเนื้องอกสมองของประชากรทั่วโลกประมาณ 16 คน ต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี (WHO, 2017) ส่วนจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคเนื้องอกสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 5 ของการเสียชีวิตของประชากรอเมริกันทั้งหมด โดยในแต่ละปีพบมีผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองสูงถึง 9,270 คน เป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumor) 53,200 คน และผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง (malignant tumor) จำนวน 26,070 คน (Ostrom et al., 2015) โดยสถิติเนื้องอกสมองของประเทศอเมริกาพบว่าเป็นอันดับ 2 ของการเกิดโรคมะเร็งทั้งหมด และพบมากในเพศหญิงช่วงอายุ 20-39 ปี (ABTA, 2015) สถิติในปีพ.ศ. 2556 ประเทศสหรัฐอเมริกา คาดการณ์จะมีผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิรายใหม่ ประมาณ 69,720 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรง จำนวน 24,620 คน และชนิดไม่ร้ายแรง จำนวน 45,100 ราย และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากเนื้องอกสมองประมาณ 14,080 คนต่อปี แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 7,930 ราย เพศหญิง จำนวน 6,150 ราย (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเนื้องอกสมองร้อยละ 18.71 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โรคเนื้องอกสมองที่พบส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองชนิดร้ายแรงคิดเป็นร้อยละ 80 โดยจำแนกเป็นโรคเนื้องอกสมองชนิดโตช้าหรือเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign brain neoplasm) 11.52 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี เป็นเนื้องอกสมองโตเร็ว เนื้องอกชนิดร้าย หรือมะเร็งสมอง (malignant brain tumor) พบจำนวน 7.19 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ทั้งนี้สถิติโรคเนื้องอก

งอกสมองปัจจุบัน พบว่าเกิดได้กับทุกเพศ ทุกวัย โดยพบมากในวัยเด็กช่วงอายุ 10 ปีขึ้นไป และมีอัตราการตายสูงสุด นอกจากนี้ยังพบในวัยทำงานและวัยสูงอายุ (สถาบันประสาทวิทยา, 2557; อรรถพร บุญเกิด, 2559)

2.1.2 พยาธิสรีรวิทยา ชนิด และสาเหตุของเนื้องอกสมอง

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเนื้องอกสมอง เนื้องอกที่เกิดขึ้นในสมองนับว่าเป็นพยาธิสภาพที่สำคัญชนิดหนึ่ง สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกแห่งที่อยู่ภายในโพรงกะโหลกศีรษะ และสมอง ซึ่งมีหน้าที่เป็นศูนย์ควบคุมและสั่งการ การเคลื่อนไหว และรักษาสมดุลในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต สมดุลของเหลวในร่างกาย และอุณหภูมิ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหน้าที่เกี่ยวกับเขาวนปัญญา อารมณ์ ความจำ และการเรียนรู้ สมองเป็นส่วนประกอบของระบบประสาทส่วนกลางอยู่ภายในกะโหลกศีรษะ แบ่งออกเป็น สมองใหญ่ 2 ซีก สมองเล็ก 2 ซีก และแกนสมอง (สถาบันประสาทวิทยา, 2557)

สมองใหญ่ (Cerebrum) มีขนาดใหญ่ที่สุดทำหน้าที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ความสามารถและทักษะด้านต่างๆ เป็นศูนย์การทำงานของกล้ามเนื้อ การพูด การมองเห็น การดมกลิ่น การรับรส สมองซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำทางภาษา การใช้ภาษาพูด เขียน และความเข้าใจภาษา สมองใหญ่แบ่งออกเป็น 4 กีบ และมีหน้าที่เฉพาะเจาะจงควบคุมการทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกาย คือ สมองด้านหน้า ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลาย ทำงานเกี่ยวกับความคิดที่ค่อนข้างสูง เช่น การมีสมาธิ กางวางแผน การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ สมองด้านข้างกระหม่อม ควบคุมเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกด้านรับสัมผัส รับรู้รส ความเจ็บปวด การพูดการใช้ถ้อยคำ สมองด้านขมับ ควบคุมการรับรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับการได้ยิน การได้กลิ่น และมีเซลล์ประสาทประสานงานที่ใช้ในการแปลประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก สมองด้านท้ายทอย การมองเห็น การรับรู้ความรู้สึก รวมภาพที่เห็นเข้ากับประสบการณ์ด้านความรู้สึก

สมองน้อย (Cerebellum) ตั้งอยู่ด้านหลัง Pons และก้านสมอง มีหน้าที่ควบคุมการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ ความสมดุลของร่างกาย การทรงตัว และการทำงานประสานกันของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

ก้านสมอง (Brain stem) ประกอบด้วย สมองส่วนกลาง เป็นสมองที่ต่อจากสมองส่วนหน้า ทำหน้าที่เป็นสถานีรับส่งประสาทระหว่างสมองส่วนหน้ากับส่วนท้าย และส่วนหน้ากับตา ทำหน้าที่ช่วยให้ส่วนของ Pons และ Diencephalon เชื่อมติดกับเยื่อสมองใหญ่ควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตาและม่านตา ซึ่ง Pons ประกอบด้วยเส้นประสาทและสารสีเทาที่มีหน้าที่เชื่อม 2 ซีกของสมองใหญ่ให้ติดกันและเชื่อมก้านสมองกับสมองใหญ่ Medulla มีลักษณะรูปพีระมิด เป็นจุดเริ่มต้นของ

เส้นประสาทที่แยกจากสมองมีศูนย์ต่างๆ ตั้งอยู่ เช่น ศูนย์ควบคุมการหายใจ การเต้นหัวใจ การหดขยายหลอดโลหิต ควบคุมการจาม การไอ การอาเจียน การขับน้ำย่อย เป็นต้น

ส่วนประกอบของเนื้อเยื่อประสาทและเซลล์สมอง ประกอบด้วยเซลล์ที่สำคัญ 2 ชนิด คือ เซลล์ประสาท และเซลล์ค้ำจุน โดยเซลล์ประสาท เป็นเซลล์ที่เป็นส่วนประกอบหลักของเซลล์ประสาทประกอบไปด้วยตัวเซลล์และใยประสาท ส่วนเซลล์ค้ำจุนในระบบประสาทส่วนปลายมี 2 ส่วน คือ เซลล์ประสาทค้ำจุนในระบบประสาทส่วนกลาง และเซลล์ประสาทค้ำจุนในระบบประสาทส่วนปลาย

เนื้อเยื่อสมองเป็นเนื้อเยื่อที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม หล่อเลี้ยงด้วยน้ำหล่อเลี้ยงสมองและปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อและมีหลอดเลือดส่งเลือดไปเลี้ยง การเกิดเนื้องอกสมองจะเกิดได้ทุกๆ ส่วนของกายวิภาคทางสมอง และเซลล์ที่ก่อให้เกิดเนื้องอกสมองเป็นได้หลากหลายชนิด ซึ่งก่อให้เกิดพยาธิสภาพได้จากกลไกต่างๆ ซึ่งในการศึกษานี้จะทบทวนเฉพาะเนื้องอกปฐมภูมิหรือเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดภายในสมอง

พยาธิสรีรวิทยาของเนื้องอกสมอง

พยาธิสภาพของเนื้อสมองสามารถอธิบายได้เป็น 2 แนวทางคือ พยาธิสภาพการเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลและผลกระทบของเนื้องอกสมอง (Hickey & Armstrong, 2009) สำหรับการเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุล โดยเนื้องอกสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทซึ่งมีกระบวนการที่ซับซ้อน ทำให้มีการกลายพันธุ์ ความผิดปกติระดับโมเลกุลนี้อาจเกิดจากเซลล์มีการหยุดการเจริญเติบโต (Tumor suppressor genes) หรือเกิดจากเซลล์มีการสร้างมากผิดปกติทำให้เกิดมะเร็ง (Proto-oncogenes) ส่วนผลกระทบจากเนื้องอกสมอง เนื้องอกจะมีผลกระทบต่อสมองโดยตรง อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาดก้อนและความดันในกะโหลกศีรษะสูง หากเป็นเนื้องอกชนิดที่เจริญเติบโตช้าอาจใช้เวลานานกว่าจะมีอาการของความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเนื้อสมองจะมีผลต่อสมอง คือ ทำลายเนื้อสมอง กดเบียดเนื้อสมอง กดทับประสาทสมอง เกิดภาวะสมองบวม และภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากเนื้องอกกินพื้นที่ในกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดภาวะน้ำหล่อสมองคั่งในสมอง จากการอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลังหรือมีการสร้างน้ำในโพรงสมองมากเกินไปทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain herniation) เนื้องอกสมองอาจกดทับหลอดเลือดทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท หากไม่รักษาจะเสียชีวิตในที่สุด (ABTA, 2015; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2551) นอกจากนี้เนื้องอกบางชนิดสร้างฮอร์โมนมากกว่าปกติ เช่น เนื้องอกต่อมใต้สมอง ทำให้เกิดอาการแสดงความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ร่างกายเจริญเติบโตผิดปกติ และเนื้องอกที่ผิวสมองกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เป็นต้น (อัถพร บัญเกิด, 2559; ศุภกิจ สงวนดีกุล, 2559)

ลักษณะสำคัญทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ที่ทำให้การเกิดเนื้องอกสมองมีลักษณะแตกต่างจากมะเร็งของอวัยวะชนิดอื่นในร่างกายคือ

1. ก้อนเนื้องอกมีการเจริญเติบโตและมีการลุกลามเฉพาะที่ ไปกดเนื้อสมองส่วนต่างๆและรวมทั้งกดเบียด ทำลายหลอดเลือดเลี้ยงสมองปกติ จนทำให้เกิดอันตรายต่อการเผาผลาญพลังงานของเซลล์สมอง เริ่มตั้งแต่ระยะแรกของเกิดเนื้องอกสมองจนถึงระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นลักษณะพยาธิสภาพที่เฉพาะของเนื้องอกสมอง

2. จากลักษณะทางกายวิภาค ทำให้เนื้องอกสมองปฐมภูมิเกิดเฉพาะที่ ไม่ค่อยแพร่กระจายไปสู่อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกายเนื่องจาก ในเนื้อเยื่อสมองไม่มีระบบท่อน้ำเหลือง ทำให้การกระจายของมะเร็งไม่มีการแพร่กระจายผ่านท่อน้ำเหลือง

3. การแพร่กระจายของเซลล์เนื้องอกสมอง หรือมะเร็งจะเกิดได้จากวิธีการฝังตัว และหลุดกระจายของเซลล์ไปตามระบบการไหลเวียนน้ำหล่อเลี้ยงสมองหรือน้ำไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid [CSF])

4. อันตรายของเนื้องอกสมองจะรุนแรงเหมือนกับมะเร็งทั่วไป แม้จะมีลักษณะทางกายวิภาคเป็นเนื้องอกธรรมดาก็ตาม เพราะเนื้องอกมีการเจริญเติบโตไปกด เบียดเนื้อสมองที่มีความอ่อนนุ่ม กดเบียดหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดแตก การไหลเวียนของระบบน้ำหล่อเลี้ยงสมองผิดปกติเกิดการคั่ง ระดับความดันในกะโหลกศีรษะสูงผิดปกติได้

5. เนื้องอกสมองส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อของสมอง (Primary brain tumor) มากกว่าเนื้อเยื่อที่กระจายมาจากส่วนอื่นหรือมะเร็งในร่างกายส่วนอื่นๆ และเนื้อเยื่อที่เกิดในสมองเองนั้นสามารถเกิดเป็นเนื้องอกชนิดร้าย หรือแบบโตช้าหรือไม่ร้ายแรงก็ได้

ชนิดของเนื้องอกสมอง

การแบ่งชนิดของเนื้องอกสมอง พบว่าการแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองสามารถแบ่งได้หลายรูปแบบดังนี้ (ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์ และธีรภาพ ลีวัลักษณ์, 2554)

การแบ่งตามชนิดของเซลล์ในก้อน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign brain tumor) คือก้อนที่ประกอบด้วยเซลล์ปกติ ไม่มีเซลล์มะเร็ง มีลักษณะของขอบเขตของก้อนชัดเจน ตัวก้อนไม่ลุกลามอวัยวะข้างเคียงและไม่แพร่กระจายไปที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย แต่ตัวก้อนสามารถกดเบียดเนื้อสมองที่อยู่ข้างๆ จนทำให้เกิดอาการแสดงผิดปกติได้ ซึ่งเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่อวัยวะอื่นมักไม่อันตรายถึงชีวิตและไม่สามารถกลายเป็นมะเร็ง สามารถติดตามอาการได้ แต่เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่สมองแตกต่างจากอวัยวะอื่น คือสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ทำให้สมองบวมและกดก้านสมองได้ และมีผู้ป่วยบางรายที่ก้อนสามารถกลายเป็นมะเร็งได้

2) เนื้องอกชนิดร้ายแรง (malignant brain tumors) เป็นเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีการเจริญผิดปกติ คือ เจริญเติบโตเรื่อยๆ และถือเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง จนอาจถึงแก่ชีวิตได้ โดยลักษณะตัวก้อนมะเร็งจะขยายขนาดโตขึ้นอย่างรวดเร็ว เซลล์มะเร็งสามารถลุกลามไปที่เนื้อสมองส่วนที่ดีที่อยู่รอบๆ ได้ รวมทั้งสามารถแพร่กระจายไปที่สมองส่วนอื่นและอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายได้ (metastasis) แบ่งตามสาเหตุ แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ

1) เนื้องอกในสมองที่เกิดขึ้นในสมองตั้งแต่แรก (primary brain tumors) เป็นก้อนเนื้อที่มีต้นกำเนิดของเซลล์มาจากเนื้อเยื่อของสมองเอง แบ่งได้เป็นกลุ่มย่อยได้หลายชนิดและมีชื่อเรียกตามชนิดของเซลล์ต้นกำเนิดในสมอง เช่น Astrocytoma (Glioma), Meningioma, Neuroblastoma และ Oligodendroglioma เป็นต้น

2) เนื้องอกในสมองที่แพร่กระจายมาจากมะเร็งที่ส่วนอื่นของร่างกาย (secondary brain tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่เกิดจากเซลล์มะเร็งที่อวัยวะอื่นของร่างกาย แล้วแพร่กระจายมาที่สมอง กลุ่มนี้พบได้น้อยกว่าเนื้องอกในสมองที่เกิดขึ้นในสมองตั้งแต่แรก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีประวัติของมะเร็งในตำแหน่งอื่นนำมาก่อนที่จะมีอาการทางสมอง แต่ในผู้ป่วยบางรายก็อาจมาด้วยอาการของมะเร็งในสมองก่อนแล้วจึงตรวจพบว่าเป็นการแพร่กระจายมาจากมะเร็งที่อวัยวะอื่น มะเร็งที่ชอบแพร่กระจายมาที่สมอง เช่น มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

โรคเนื้องอกสมอง ระยะที่เติบโตช้า (low-grade brain tumor: low malignant) ได้แก่ระยะที่ 1 และ 2 เนื้องอกสมองในระยะที่เติบโตรวดเร็ว (high-grade brain tumor: highly malignant) (Grier&Bachelor, 2006; Papakigos, Shaw, & Stieber, 2005) เนื้องอกชนิด Low-grade สามารถที่จะเจริญไปเป็นเนื้องอกชนิด High-grade ได้ (Ashby & Shapiro, 2004; Papakigos, Shaw, & Stieber, 2005; Walker& Kaye, 2001) เนื้องอกชนิด low-grade ที่พบบ่อยได้แก่ astrocytoma (Papakigos, Shaw, & Stieber, 2005)

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งเนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลางได้ 7 กลุ่ม ตามเนื้อเยื่อต้นกำเนิด (WHO, 2007) รายละเอียดดังภาพที่ 2.1

เนื้อเยื่อต้นกำเนิด	ชนิดของเนื้องอก
1. เนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อสมอง (tumors of neuroepithelial tissue)	Glioma, Choroids plexus
2. เนื้องอกของเส้นประสาทสมองและไขสันหลัง (tumors of cranial and paraspinal nerves)	Schwannoma, Neurilemmoma
3. เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (tumors of meninges)	Meningioma
4. เนื้องอกที่เกิดจากความผิดปกติของเลือดและน้ำเหลือง (lymphomas and hematopoietic neoplasms)	Malignant lymphoma, Plasmocytoma
5. เนื้องอกของเซลล์สืบพันธุ์ต้นกำเนิด (germ cell tumors)	Germinoma, Teratoma, Pineal grand tumor
6. เนื้องอกบริเวณกระดูก sellar (tumors of sellar region)	Pituitary tumor, Craniopharyngioma
7. เนื้องอกที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง (metastatic tumors)	การแพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น เช่น มะเร็งปอด และเต้านม

ภาพที่ 2.1 การแบ่งเนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง from The 2007 WHO classification of tumor of the central nervous system. by Louis, D. N., Ohgaki, H., Wiestler, O. D., Cavenee, W. K., Burger, P. C., Jouvett, A.,...& Kleihues, P. (2007). *Acta Neuropathol*, 114(2), 97-109.

สาเหตุของเนื้องอกสมอง

เนื้องอกสมองส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่ก็มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมอง เช่น กรรมพันธุ์ การสัมผัสกับรังสี การสัมผัสสารเคมีบางชนิด หรือเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่น และแพร่กระจายไปสมอง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดเนื้องอกสมองแต่ยังไม่มีการยืนยัน ที่ชัดเจน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เตือนให้ระวัง เช่น คลื่นรังสีจากการใช้โทรศัพท์มือถือ และการรับประทานน้ำตาลสังเคราะห์ สาเหตุอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกสมอง ได้แก่

การเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ตัวอ่อน ของสมองซึ่งตามปกติจะเจริญเป็นส่วนต่างๆ ของสมองแต่มีเซลล์บางชนิดที่หลงเหลือค้างอยู่ และกลับเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกในระยะต่อมา การเจริญเติบโตนี้จะพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยทางพันธุกรรม เนื่องออกมาจากเกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรม 3 ชนิด ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติทางผิวหนัง ตา ระบบประสาท ได้แก่ 1) Neurofibromatosis หรือโรคท้าวแสนปม 2) Tuberosus sclerosis (Bourneville's disease) 3) Von-Hippel-Lindass disease

นอกจากนั้นยังอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและทำให้เกิดเนื้องอกสมอง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การที่เคยได้รับการฉายรังสี การติดเชื้อ การที่ได้รับคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากการใช้โทรศัพท์มือถือ การได้รับสารเคมีบางชนิด เช่น การใช้ยาฆ่าแมลง ปัจจัยทางพันธุกรรมเกิดจากความผิดปกติของยีน ซึ่งอาจพบได้ในโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และปัจจัยร่วมทางสิ่งแวดล้อม (รัชณี เบญจรัตน์และคณะ, 2558: 55-66)

2.1.3 ตำแหน่ง ระยะเวลาการดำเนินของโรคเนื้องอกสมอง

ตำแหน่งของเนื้องอกสมองนับเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค ทั้งนี้เนื่องจากเนื้องอกสมองแต่ละตำแหน่งส่งผลกระทบต่อร่างกายที่แตกต่างกัน (ABTA, 2015) ดังนี้

สมองด้านหน้า มีความผิดปกติของพฤติกรรม การพูด การเคลื่อนไหว เซอวาน์ ปัญญา ความจำระยะยาวและอารมณ์

สมองด้านขมับ มีความผิดปกติของการรับกลิ่น การได้ยิน

สมองด้านข้างกระหม่อม มีความผิดปกติของการรับรู้สัมผัส ความเจ็บปวด การรับรส การใช้ถ้อยคำ

สมองด้านท้ายทอย มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การรับภาพ

สมองน้อย เตินเซ หีบของตรงหน้าหลายครั้งจึงหีบได้ถูก มีเสียงดังในหูวงเวียน

บ้านหมุน

ก้านสมอง อาเจียน กลืนลำบาก หน้าเป็นอัมพาตข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง มองตาขึ้นข้างบนไม่ได้รู้ม่านตาเล็ก

โพรงสมอง มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ปัสสาวะปริมาณมาก ง่วงเหงาหาวนอน

ต่อมใต้สมอง การเจริญเติบโตของร่างกายผิดปกติการมองเห็นแยกลง ตามัว มีน้ำนมไหล ปัสสาวะปริมาณมาก ประจำเดือนขาดหาย มีความผิดปกติของฮอร์โมน

2.1.4 อาการและอาการแสดงจากความดันในกะโหลกศีรษะสูง

อาการของเนื้องอกสมองขึ้นอยู่กับ ตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้องอกสมอง โดยทั่วไปแล้วพบอาการจากโรคเนื้องอกสมองตามระยะเวลาการเกิดโรคเนื้องอกสมอง ดังต่อไปนี้ (ABTA, 2015; Change, Dunbar, Dzul-Church, Koehn, & Page, 2015; Lovely, 2004)

ระยะของอาการ	อาการที่เกิด
อาการทั่วไประยะแรก	ปวดศีรษะ พบอาการรุนแรงช่วงเช้า คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ชัก อ่อนแรงและชาบริเวณแขนและขา กล้ามเนื้อกระตุก มีปัญหาการทรงตัว หรือเดินลำบาก มีปัญหาทางความคิด สติปัญญา อารมณ์ หรือสูญเสียความทรงจำ มีปัญหาในการพูด พูดตะกุกตะกัก มีปัญหาในการมองเห็น มองเห็นภาพซ้อน ตาพร่า บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง
อาการในระยะรุนแรงขึ้น	อาการปวดศีรษะรุนแรง โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนตอนเช้าหรือช่วงนอน ตอนกลางคืน และจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อาเจียนบ่อย ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการอาเจียนได้หรือไม่มี อาการคลื่นไส้ นำ ตามัว เดินเซ อาการแสดงของเนื้องอกกดเนื้อสมองเฉพาะส่วน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก
อาการในระยะรุนแรงขึ้น	มองเห็นภาพซ้อน มองไม่ชัด โดยเฉพาะที่ตาข้างใดข้างหนึ่ง ง่วงซึม หรือง่วงนอนผิดปกติ อาการชัก แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ อาการชักทั้งตัว และอาการชัก เฉพาะที่โดยไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ที่นิ้ว ปลายนิ้วหรือเท้า อาการสั่นกระตุกตามร่างกาย อาการหมดสติเฉียบพลัน
อาการด้านบุคลิกภาพ และสภาวะจิตใจผิดปกติ	หงุดหงิดหรือก้าวร้าว ขาดการยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมในสังคม สับสน เอะอะโวยวาย ขาดความสนใจ ไม่มีแรงจูงใจ ภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน บกพร่องในการวางแผนและการจัดระเบียบ

ภาพที่ 2.2 อาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

From *Personality changes and brain tumor* by The Brain Tumor Charity, 2016

Retrieved from <https://www.thebraintumourcharity>

คลื่นไส้อาเจียน อาการอาเจียนเป็นอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง
หรือมีเนื้องอกบริเวณท้ายทอย ผู้ป่วยมักมีอาการในตอนเช้า ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารและมีอาการ
อาเจียนแบบพุ่ง เนื่องจากศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่อยู่บริเวณ Medulla ถูกกระตุ้นโดยตรง อาการ

คลื่นไส้ รู้สึกไม่สบายในท้องอาจเกิดร่วมกับอาการอาเจียน โดยเนื้องอกอยู่ในโพรงหรืออยู่ใกล้กับ 4th ventricle จะมีอาการอาเจียนได้บ่อยขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการอาเจียน แพทย์จึงสงสัยว่ามีความดันในกะโหลกศีรษะสูงและรีบให้การรักษา เพราะการอาเจียนนั้นมักเกิดใน ระยะที่มีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมาก รวมทั้งอาเจียนยังทำให้ความดันภายในช่อง กะโหลกศีรษะสูงขึ้นด้วย

ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ในระยะเริ่มต้นระดับความรู้สึกตัวอาจไม่เปลี่ยนแปลง ชัดเจน ต่อมาเมื่อเนื้องอกโตขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกตัวค่อยๆ เปลี่ยน เช่น มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ซึมลงและไม่รู้สึกตัวในที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับอาการความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น

อาการชัก เป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งพบได้ ร้อยละ 30 ของอาการ ทั้งหมด พบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยที่มีเนื้องอกชนิดเติบโตช้า คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาคือ เนื้องอกชนิด เติบโตเร็ว คิดเป็นร้อยละ 30 ลักษณะของอาการชักสามารถบ่งบอกถึงตำแหน่งของพยาธิสภาพของ เนื้องอกสมองได้ (ABTA, 2015) ดังภาพที่ 2.3

ตำแหน่งของเนื้องอก	อาการและอาการแสดง
Frontal lobe	มีความผิดปกติของพฤติกรรม การพูด การเคลื่อนไหว เซอวน์ปัญญา ความจำ ระยะยาว และอารมณ์
Temporal lobe	มีความผิดปกติของการรับกลิ่น การได้ยิน
Parietal lobe	มีความผิดปกติของการรับความรู้สึกสัมผัส ความเจ็บปวด การรับรส การใช้ ถ้อยคำ
Occipital lobe	มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การรับภาพ
Cerebellar	เดินเซ หยิบของตรงหน้าหลายครั้งจึงหยิบถูก มีเสียงดังในหู วิงเวียน บ้านหมุน
Brain Stem	มีอาเจียน กลืนลำบาก หน้าเป็นอัมพาตข้างเดียวหรือสองข้าง มองตาขึ้นบน ไม่ได้ รุ่ม่านตาเล็ก
Ventricular	มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ปัสสาวะปริมาณมาก ง่วงเหงา หาวนอน
Pituitary	การเจริญเติบโตของร่างกายผิดปกติ การมองเห็นแย่งลง ตามัว มีน้ำนมไหล ปัสสาวะปริมาณมาก ประจำเดือนขาดหาย มีความผิดปกติของฮอร์โมน

ภาพที่ 2.3 อาการเฉพาะตำแหน่งของสมองแต่ละส่วน ที่มา จาก *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป* โดยสถาบันประสาทวิทยา. (2557). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด.

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะ (increased intracranial pressure [ICP]) เป็นผลจากการเพิ่มปริมาตรของ เนื้อสมอง เลือดในสมอง และน้ำไขสันหลัง หรือการเปลี่ยนแปลงด้านองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีสิ่งกีดขวางที่ภายในกะโหลกศีรษะเกิดขึ้น ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นซึ่งในระยะแรกจะมีกลไกปรับตัวเพื่อรักษาความดันในกะโหลกศีรษะให้คงที่ แต่เมื่อมีก้อนในช่องกะโหลกศีรษะที่ขนาดโตขึ้นถึงจุดหนึ่ง สมองจะมีการปรับตัวเข้าสู่ระยะวิกฤต คือ ปริมาตรของส่วนประกอบของสมองเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย มีผลทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นอย่างมาก ซึ่งอาจสูงจนเกือบเท่ากับ ความดันของเลือดแดงทำให้เลือดมาเลี้ยงสมองลดลง หรือไม่มีเลือดมาเลี้ยงสมองเกิดภาวะสมองขาดเลือด สมองบวมทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้น ร่างกายจะพยายามปรับชดเชยเพื่อให้ระดับความดันในกะโหลกศีรษะปกติ โดยใช้กลไกต่างๆ แต่หากสาเหตุของความดันในกะโหลกศีรษะสูงไม่ได้รับการแก้ไข ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนกลไกการปรับชดเชยล้มเหลว สมองเกิดภาวะขาดเลือดและถูกกดเบียดจนเกิดการเคลื่อนที่ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด

ภาวะสมองบวม (cerebral edema) หมายถึง การเพิ่มของปริมาตรเนื้อเยื่อสมองเนื่องจากมีน้ำคั่งจากการดั่งน้ำเข้าเซลล์ (Hickey, 2009) ซึ่งเกิดจากเส้นเลือดเองเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง Blood brain barrier เส้นเลือดฝอยในสมองยอมให้สารต่างๆ ผ่านเข้า-ออกเพิ่มขึ้น มีการคั่งของน้ำและโปรตีนในช่องว่างระหว่างเซลล์ทำให้สมองบวม พบในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง และเกิดเนื้อสมองบวมเนื่องจากมีน้ำในเซลล์สมองมาก เกิดเลือดไหลเวียนในสมองลดลง จะทำให้เซลล์บวม ผนังเซลล์แตก สารน้ำในเซลล์ไหลออกนอกเซลล์ เกิดการทำลายของเซลล์สมอง ถ้าสมองบวมร่วมกับสมองขาดเลือดผู้ป่วยจะมีอาการของความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวมสามารถเกิดขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ชนิด ขนาด ตำแหน่งของก้อนเนื้องอกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพมาก น้อยแตกต่างกัน (ABTA, 2015) การเพิ่มขึ้นของปริมาตรเนื้อสมอง จากก้อนเนื้องอก ทำให้เซลล์สมองบวมเพิ่มขึ้น ICP เพิ่มขึ้น เมื่อมีภาวะสมองบวมทำให้เกิดอันตรายเกิดภาวะเนื้อสมองเคลื่อนที่ ถ้าภาวะสมองบวมไม่ได้รับการแก้ไข (Barker, 1994)

การแบ่งระดับความรุนแรงของเนื้องอกสมอง สามารถแบ่งได้ตามระยะของการเจริญเติบโตของเนื้องอก (The brain tumors charity, 2016) (2007) เป็น 4 เกรด ดังนี้

เกรด 1 เนื้องอกที่มีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งได้น้อยที่สุด และมีระยะยาวของการรอดชีวิต เนื้องอกเติบโตช้าและมีลักษณะคล้ายเซลล์ปกติเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ การผ่าตัดเพียงอย่างเดียวอาจเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพของเนื้องอกเกรด 1 เช่น astrocytoma pilocytic

เกรด 2 เนื้องอกที่มีการเจริญเติบโตช้า และมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เพียงเล็กน้อย เมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ บางครั้งสามารถแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อปกติบริเวณข้างเคียงได้และมีการเพิ่มจำนวนเซลล์ผิดปกติ ทั้งยังกลายเป็นเนื้องอกเกรดสูงขึ้นได้ เช่น oligodendroglioma, astrocytoma

เกรด 3 เนื้องอกที่กำลังสร้างเซลล์ผิดปกติซึ่งกำลังเจริญเติบโตเป็นเนื้อเยื่อสมองบริเวณใกล้เคียง เนื้องอกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นซ้ำ และพัฒนาเป็นเกรด 3 เกรด 4 การกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง หมายถึง การตรวจพบ รักษา ภายหลังระยะหนึ่ง มะเร็งตรวจไม่พบ

เกรด 4 เนื้องอกสมองที่เป็นมะเร็งมากที่สุด มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว อาจมีลักษณะเซลล์ที่แปลกประหลาด เมื่อดูภายใต้กล้องจุลทรรศน์ สามารถเจริญเติบโตได้ง่ายในสมองปกติ โดยรอบเนื้อเยื่อ เนื้องอกเหล่านี้สร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่เพื่อสามารถรักษาอัตราการเจริญเติบโตได้ เนื้องอกนี้ยังมีเซลล์ตายบริเวณตรงกลาง เนื้องอกที่พบบ่อยคือ Glioblastoma

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของเนื้องอกสมองเป็น 4 ระดับโดยปรับปรุงการแบ่งล่าสุดในปี 2016 (World Health organization classification of tumor) (ABTA, 2015; Louis et al., 2016) ดังภาพที่ 2.4

ระดับ	World Health Organization: grading system
เกรด 1	เติบโตช้า ลักษณะเซลล์ส่วนใหญ่เกือบปกติเมื่อดูผ่านกล้องจุลทรรศน์ มีความเป็นมะเร็งชนิดร้ายน้อยที่สุด การมีรอดชีวิตมีระยะยาว
เกรด 2	เซลล์เติบโตช้า มีลักษณะผิดปกติเพียงเล็กน้อยเมื่อดูผ่านกล้องจุลทรรศน์ สามารถแพร่กระจายมายังเนื้อเยื่อปกติ สามารถเกิดขึ้นซ้ำเป็นเกรดที่สูงกว่า
เกรด 3	มีการแพร่กระจายของเซลล์ผิดปกติ มีความผิดปกติของเซลล์เมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ มีการแทรกซึมเข้าไปในเซลล์สมองที่ปกติ เนื้องอกที่มีแนวโน้มเกิดซ้ำพบว่าเป็นเกรดสูงขึ้น
เกรด 4	เซลล์ผิดปกติมีการเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็ว เซลล์มีรูปร่างที่ผิดปกติมากเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ มีการสร้างเส้นเลือดใหม่เพื่อรักษาอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว พื้นที่เซลล์ที่ตาย (เนื้อร้าย) อยู่บริเวณตรงกลาง

ภาพที่ 2.4 การแบ่งระดับของเนื้องอกสมอง ที่มา ABTA. (2015). *Brain tumor a handbook for the newly diagnosed* www.abta.org/secure/newly-diagnosed

2.1.5 ผลกระทบของโรคเนื้องอกสมอง

ผลกระทบของเนื้องอกสมองต่อผู้ป่วย

ผลกระทบด้านร่างกายเนื้องอกสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ ชนิด ตำแหน่ง ระยะเวลา และการรักษาเนื้องอกสมอง (Louis, Ohgaki, Wiestler, & Cavenee, 2007; เจษฎา นิมมานนิตย์, 2537) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จากพยาธิสภาพของโรคกลไกการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการที่พบบ่อย คือ อาการปวดศีรษะซึ่งพบได้สูงมากถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย High-grade glioma (Osoba, Brada, Prados & Young, 2000) ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะซึ่งลักษณะปวดแบบทั่วๆศีรษะผลจากมีการอุดตันของน้ำไขสันหลังที่มีก้อนเนื้องอก (Armstrong & Gilbert, 1996) ผู้ป่วยมีอาการชักบ่อยเกิดจากตำแหน่งที่ก้อนเนื้องอกบริเวณ Supratentorial (Wen, Teoh, Black, 2001; Keles & Berger, 2001) อาการชักในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ร้อยละ 35 สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากสารสื่อประสาท ภาวะหลังการชักผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด และการทำหน้าที่ของร่างกาย (Remer & Murphy, 2004) อาการชักจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการชัก แพทย์รักษาโดยควบคุมอาการชักของผู้ป่วยด้วยยากันชัก และยาามีผลทำให้ความทรงจำของผู้ป่วยลดลง (Taphoorn & Klein, 2004; Klein et al, 2001) ระดับความรู้คิดบกพร่องส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Giovagnoli, 1999) ผู้ป่วย Malignant gliomas มีอาการอ่อนแรงจากความเหนื่อยล้า ร้อยละ 89-94 (Osoba, Brada, Prados, & Young, 2000) อาการอ่อนแรงของผู้ป่วยมีผลโดยตรงต่อหน้าที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อบทบาทของตนเองและครอบครัวลดลง และยังส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (Lovely, 2004)

เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความผิดปกติทางด้านร่างกายและการทำหน้าที่ของร่างกายแล้วสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการดำเนินชีวิต จากระดับการรู้คิด ความจำและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด จะพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความเครียดที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่น เนื่องจากระยะเวลา การรักษา ช่วงเวลาของการดำเนินโรครมีความเครียดและความวิตกกังวลคงเดิมไม่ลดลง (Keir, Swartz, & Friedman, 2007) ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีความเครียดสะสมจากการรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง และคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Wasterson, 2007) มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 97 (DeAngelo et al., 2008) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมองส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Low grade glioma (Mainio, Hakko, Timonen, Niemela, Koivukangas & Rannen, 2005)

เมื่อผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีการทำงานของสมองบกพร่อง เช่น มีอาการอ่อนแรง ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Heimans & Taphoorn, 2002) และผลของการรักษาทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายกับผู้ป่วย เช่น อ่อนแรง ปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Weinert, 1999) ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยปฏิบัติและไม่สามารถทำงานได้ตามเดิมส่งผลต่อการเงินของครอบครัว ทำให้บทบาทความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเองที่เปลี่ยนจากเดิม (Salander et al., 2000; Wideheim, Edvardsson, Pahlson, & Ahlstrom, 2002) และการเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ จิตใจ และบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกอาจเป็นการต้านสังคมได้ (Fox & Lantz, 1998) และเมื่อโรครามีภาวะที่รุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย และเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาครอบครัวเพิ่มมากขึ้น พบปัญหาภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยเองและครอบครัว (Baider, Koch, Esacson, & De-Nour, 1998; Gaugler, Davey, Pearlin, & Zarit, 2000) จากผลกระทบเกิดนี้ความเครียดที่ผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญจนต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ (Pitceathly & Maguire, 2003) จากการศึกษาผู้ป่วยต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะและยุ่งยากซับซ้อน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง glioblastoma มีคุณภาพชีวิตลดลง (Janda et al., 2007)

2.1.6 แนวทางการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

แนวทางการรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีจุดประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อรักษาชีวิตและคุณภาพชีวิตให้ได้เป็นปกติ และเพื่อควบคุม หรือกำจัดเนื้องอกสมอง พิจารณาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการรักษาหลักในปัจจุบัน คือการผ่าตัด รังสีรักษา และการให้เคมีบำบัด อาจให้การรักษาวิธีเดียว หรือการรักษาพร้อมกันมากกว่า 1 วิธี ซึ่งมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย (Bautista, 2004)

การรักษาเนื้องอกสมองโดยวิธีผ่าตัดเนื้องอก จะพิจารณาผ่าตัดเอาเนื้องอกออกให้หมดหรือเอาออกให้มากที่สุด เพื่อลดปริมาตรของสิ่งกีดขวางในกะโหลกศีรษะ (Arbour, 2004) ซึ่งการผ่าตัดมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อมาตรวจ และเพื่อตัดเนื้องอกออกให้หมดเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด และช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะ การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกและเย็บปิดกะโหลกไว้ ทำในกรณีที่มีสมองยังไม่บวมมาก ซึ่งสามารถนำกะโหลกมาเย็บปิดไว้เหมือนเดิม และการผ่าตัดขยายพื้นที่กะโหลกศีรษะ คือ ผ่าตัดเอาบางส่วนของกะโหลกศีรษะออกเพื่อการขยายพื้นที่ให้เนื้อสมองที่กำลังบวม ซึ่งเป็นวิธีที่ลดความดันในกะโหลกศีรษะ (ไสว นรสาร และพิรญา ไส้ไหม, 2016) ภายหลังจาก 5-8 สัปดาห์จะนำส่วนของกะโหลกที่เก็บรักษาไว้ในอุณหภูมิ -20 ถึง -70 องศาเซลเซียส มาเย็บปิด บางครั้งที่ไม่สามารถเอาเนื้องอกออกได้หมด ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้องอกจึงต้องมีการรักษาร่วมกับวิธีฉายรังสี หรือการให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย สำหรับการการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอก

สมอง ภายหลังผ่าตัด ถูกส่งต่อมาสังเกตอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดที่ตีผู้ป่วยวิกฤต สิ่งที่ต้องรู้เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายให้เหมาะสม คือ ภาพรวมของการผ่าตัด ได้แก่ การวินิจฉัย ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งของโรคที่ทำผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด การเสียเลือด การได้รับยา และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด อาการทางระบบประสาทก่อนผ่าตัด ระดับความผิดปกติ หรือความพิการที่เป็นอยู่ก่อนผ่าตัด ภาวะโรคร่วมประวัตการรับประทานยา และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ

การฉายรังสี (radiotherapy) เป็นการรักษาเพิ่มเติมภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมองบางชนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด หรือบางครั้งก็สามารถใช้เป็นวิธีการหลักในการรักษาได้ โดยการฉายรังสีเพื่อรักษาเนื้องอกสมองจากภายนอกซึ่งการฉายรังสีแบบทั่วไปจะมีการให้รังสีหลายครั้ง และการฉายรังสีแบบก้าวหน้าเป็นแบบ 3 มิติ ซึ่งจะมีความแม่นยำสูงผลแทรกซ้อนน้อย มีทั้งแบบให้รังสีภายในครั้งเดียว หรือให้รังสีหลายครั้ง ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมเนื้องอกสมองของผู้ป่วยแต่ละราย (ขวลิต เลิศบุษยานุกูล, 2552)

การให้ยาต้านเนื้องอก จะใช้ในกรณีที่มีเนื้องอกชนิดร้ายแรงจะได้รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ร่วมด้วย ภายหลังจากการผ่าตัดชิ้นเนื้อตรวจยืนยันแล้วว่า เป็นเนื้อร้าย และในกรณีที่เนื้องอกของต่อมใต้สมองบางชนิดสามารถรักษาด้วยการให้ยาควบคุมการสร้างฮอร์โมนได้ โดยไม่ต้องผ่าตัดในกรณีที่เนื้องอกนั้นตอบสนองต่อการรักษาโดยยา

นอกจากนี้ ยังมีแนวทางการรักษาในกรณีที่มีผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยการลดค่าความดันในกะโหลกศีรษะให้ต่ำกว่า 20 mmHg โดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา ซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดในสมองดีขึ้น และการรักษาสภาวะร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการลดไข้ การรักษาปริมาณสารน้ำและระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.2.1 ความหมาย มิติของคุณภาพชีวิต

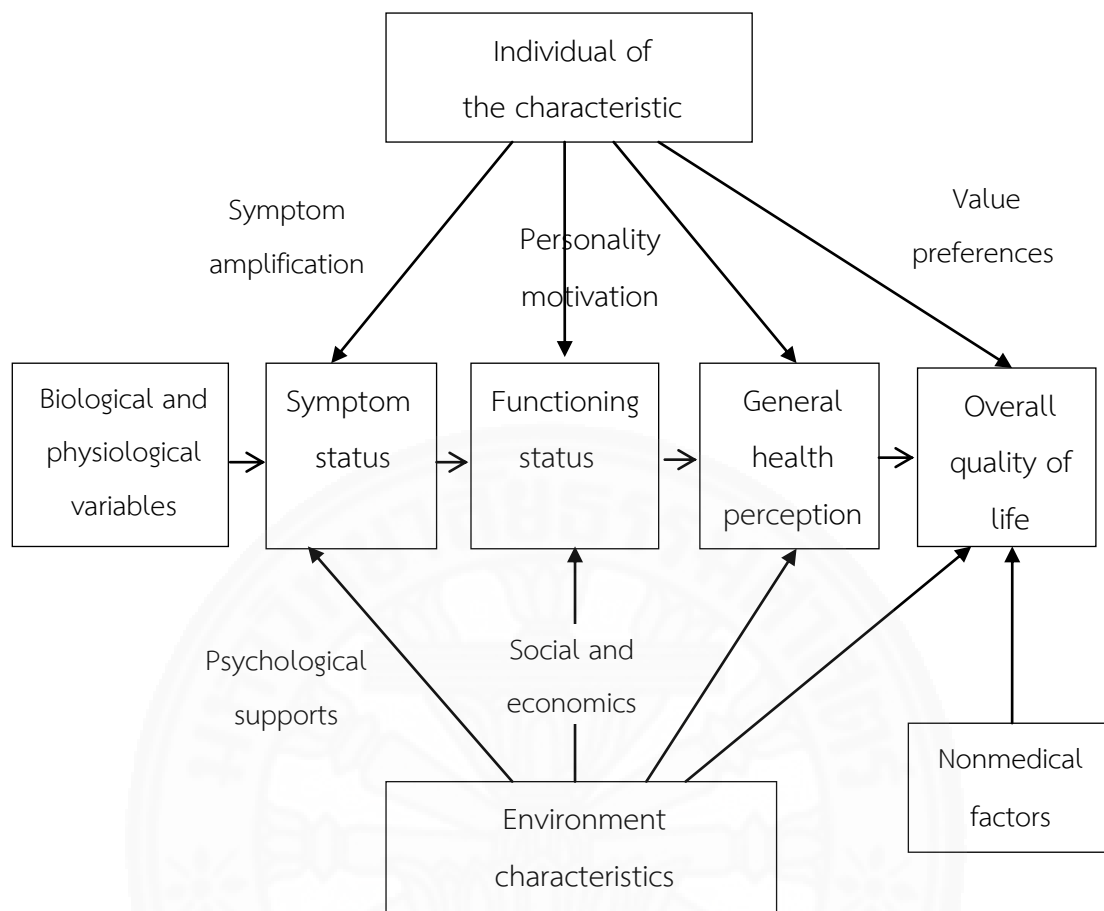
คุณภาพชีวิต (quality of life) องค์การอนามัยโลก (WHOQOL, 1994) นิยามของ “คุณภาพชีวิต” หมายถึง มุมมองหรือความคิดของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคลนั้นๆ โดย Zhan (1992) ได้กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่วไป ความคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สังคม เศรษฐกิจ ซึ่ง Ferrans and Powers (1992) ยังกล่าวอีกว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกถึงการมีความสุขของบุคคลซึ่งจาก

ความพึงพอใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตและมีความสำคัญกับบุคคลนั้นๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ส่วนบุคคลถึงความพึงพอใจในการมีชีวิต (WHO, 1996) ส่วนใหญ่มองคุณภาพชีวิตในมิติด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไป (Wilson & Cleary, 1995)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life)

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางด้านสุขภาพ เป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอัตราการรอดชีวิต (Wilson & Cleary, 1995) องค์การอนามัยโลก (1984) ได้กล่าวว่า สุขภาพ คือการมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้เป็นเพียงแต่การปราศจากการเจ็บป่วย ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น เป็นการประเมินผลของโรคและการรักษาว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างไรในมุมมองของผู้ป่วย (Bungay, Boyer, Steinwald, & Ware, 1996) ดังนั้นจะพบว่างานวิจัยได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความเฉพาะในแต่ละโรคก่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปสู่การบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคุณภาพชีวิตในภาวะเจ็บป่วย เช่นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอกสมอง เป็นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพหมายถึงภาวะสุขภาพเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรทางคลินิกที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Saban, Penckofer, Androwich, Bryant, 2007) คือ การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา (biological function) การเกิดอาการ (symptom) ภาวะการทำหน้าที่ (functioning stats) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละบุคคล (overall quality of life) ซึ่งต่อมา Ferrans และคณะ (2005) ได้ปรับปรุงแนวคิดคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) โดยการเพิ่มเติมในความสัมพันธ์ลักษณะของบุคคล (individual characteristic) และลักษณะของทางด้านสิ่งแวดล้อม (environment characteristics) กับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Ferrans et al., 2005.) คุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจึงเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 2.5



ภาพที่ 2.5 แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995)

ที่มา Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995). *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.

ปัจจัยเฉพาะบุคคล การทำหน้าที่ด้านชีววิทยา และด้านจิตใจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งลักษณะของบุคคล พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ และลักษณะส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย ประวัติครอบครัว พันธุกรรม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ค่าดัชนีมวลกาย และเชื้อชาติ ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อปัญหาด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีสิ่งแวดล้อมด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะสิ่งแวดล้อมด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยด้านชีวภาพ เป็นกระบวนการที่มีชีวิตอย่างต่อเนื่องครอบคลุมถึงระดับโมเลกุลของเซลล์ และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อส่วนประกอบทั้งหมดของภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านอาการ คือ การรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้งทางด้านกายภาพ อารมณ์ มีการรับรู้และตีความจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจากสภาพของร่างกายและสิ่งแวดล้อม พบว่าในการประเมินผลและการตีความของอาการได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือการได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข

ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ Wilson & Cleary, (1995) พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่มีผลกระทบโดยตรงจากการทำหน้าที่ทางชีวภาพ อาการ และประสิทธิภาพการทำงานได้รับผลกระทบตามลักษณะของบุคคล และสภาพสิ่งแวดล้อม

การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นตัวแปรที่สำคัญถึงระบบการดูแลสุขภาพและอัตราการการเสียชีวิตที่ดีที่สุด เมื่อบุคคลได้ควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาว่าการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้น

คุณภาพชีวิตทั้งหมด แสดงถึงความผาสุก (well-being) ของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตหรือ คุณภาพชีวิตโดยพิจารณาความรู้สึกจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้รับรู้จากที่ผ่านมา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ประสบความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยทั่วไป เช่น อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และระดับความรู้สึกลดลง

2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง สามารถจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้เป็นสามด้าน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านบุคคล

1. อายุ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตยังมีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนดังเช่นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองของในประเทศไทย พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (อำนาจพร อาษานอก, 2549) ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ชนิด Glioblastoma พบมากที่สุดในวัยผู้ใหญ่ และการรักษาตามมาตรฐานขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Shah et al., 2017)

2. เพศ การศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และพบว่าในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวัยกลางคน (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อำนวยพร อาชานอก, 2549; อรชร บุติพันตา, 2553; อัญชญา พุทธสิมมา, 2553; ณีฎฐชา เจียรนิลกุลชัย, 2559) การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อำนวยพร อาชานอก, 2549) และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความปรวนแปรทางอารมณ์ที่สูงกว่า (Mainio, Hakko, Niemela, Koivukangas, & Rasanen, 2006) และผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองชนิด prolactinoma หรือชนิด hypopituitarism ผู้ป่วยมีความรู้สึกทางเพศลดลงเนื่องจากระดับฮอร์โมนที่ผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสได้ (ทัศนีย์ อินทรสมใจ & นุชสรุา เพชรบุตร, 2554)

3. ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา (อำนวยพร อาชานอก, 2549; อัญชญา พุทธสิมมา, 2553; อัญชญา พุทธสิมมา, 2553; ณีฎฐชา เจียรนิลกุลชัย, 2559) การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองหลังผ่าตัด พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนีย์ อินทรสมใจ และ นุชสรุา เพชรบุตร, 2554) แต่บางการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (อำนวยพร อาชานอก, 2549)

4. สถานภาพการสมรส พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกส่วนใหญ่ในประเทศไทยสถานภาพคู่ (อัญชญา พุทธสิมมา, 2553; ภัทรา พิมสาร, 2558 ; ณีฎฐชา เจียรนิลกุลชัย, 2559) สังคมไทยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เมื่อมีการเจ็บป่วยพบว่าการดูแล ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวเดี่ยว ซึ่งจากการศึกษาของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ และ นุชสรุา เพชรบุตร (2554) พบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และด้านการปฏิบัติกิจกรรม และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย ออ่า แยก ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความรู้สึกอบอุ่นที่มีที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยให้กำลังใจ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากการศึกษาของ ทัศนีย์ อินทรสมใจ และ นุชสรุา เพชรบุตร (2554) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าร้อยละ 30.9 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน รายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม และพบว่าอีก 2 งานวิจัยที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและในสังคมไทยเพศชายยังคงเป็นผู้หารายได้หลักแก่ครอบครัว (อัญชญา พุทธสิมมา, 2553; ภัทรา พิมสาร, 2558) และพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.20 มีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 74.50

6. อาชีพ การที่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองคงประกอบอาชีพเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วยเนื่องจากส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.8 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังจากผ่าตัด (ภัทรา พิมสาร, 2558) และ

พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด meningioma เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ทั้งยังสามารถกลับไปทำงานเดิมได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Schmidinger et al., 2003)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย

1. ระยะเวลาภายหลังการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยหรือตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอาจมีความพึงพอใจในชีวิต ตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้ (อำนาจพร อาชานอก, 2549)

2. ชนิดของเนื้องอกสมอง กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ใน 3 งานวิจัยพบว่าเป็นเนื้องอกชนิด Meningioma ร้อยละ 44.8 ถึงร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยเนื้องอกที่ศึกษา (ทัศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อัญชญา พุทธิสิมมา, 2553; ภัทรา พิมสาร, 2558; ณีภุชชญา เจียรนิลกุลชัย, 2559) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง พยาธิสภาพจึงไม่รุนแรง และการผ่าตัดเนื้องอกชนิด Meningioma พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Kalkanis et al., 2000) แต่ในการศึกษาของ Brown และคณะ (2006) พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เนื่องจากหลังการวินิจฉัยว่าเป็นชนิด glioma การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตจึงอยู่ในระดับต่ำด้วย

3. ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง พบมากที่สุดคือ Pituitary gland ร้อยละ 23.60 (ภัทรา พิมสาร, 2558) แพทย์ได้ทำการผ่าตัดโดยผ่านโพรงจมูก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ใช้การผ่าตัดใหญ่ต่างจาก ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (ทัศนีย์ อินทรสมใจ และนุชสรุา เพชรบุตร, 2554) การศึกษาของ ณีภุชชญา เจียรนิลกุลชัย (2559) พบว่า ตำแหน่งของเนื้องอกสมองเป็นปัจจัยทำนายร่วมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

4. การรักษาโรคเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง การรักษาหลักคือการผ่าตัด การศึกษาของ Mugand และคณะ (2001) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกหลังผ่าตัดมีปัญหาอาการอ่อนแรงมากที่สุดถึงร้อยละ 78 และการศึกษาของ อำนวยพร อาชานอก (2549) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616

5. ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งพบปัญหาทางกาย เรื่อง อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติงาน (Buckner et al., 2007) และเนื่องจากการทำหน้าที่ทางกายลดลง มีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำลง (Huang, Wartella, & Kreutzer, 2001)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญกับผู้ป่วยมากเนื่องจาก สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจะช่วยลดอันตรายกับผู้ป่วยเนื่องจากมองที่มีอาการ ชัก ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองพบอาการชักได้ การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยต่ออาการชักที่ไม่รู้ตัวมีความสำคัญอย่างมาก จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื่องจากมอง ของทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r=.21$) การศึกษาของ อำนวยพร อาษานอก (2549) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .375$) ซึ่งจากการศึกษาของ อัญชญา พุทธสิมมา (2553) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ระดับสูง ($r = .667$) สิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง การมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยต้องการการจัดการกับอาการ ครอบครัวผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของโรคและครอบครัวจะมีความรู้สึกร่วมกันพร้อมด้วยและดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระดับดี

ประสบการณ์การจัดการอาการทุกข์ทรมาน ถ้าผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เลือกการจัดการกับอาการแล้วได้ผลในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีประสบการณ์ที่ดีในการจัดการกับอาการ จะเกิดการเรียนรู้ และทักษะในการจัดการกับอาการทุกข์ทรมาน และเลือกใช้วิธีการที่ตนเองเคยใช้จัดการนั้นในการจัดการกับอาการนั้นซ้ำอีก แต่ถ้าวิธีใดที่ปฏิบัติแล้วไม่สามารถอาการทุกข์ทรมานหรือทำให้เพิ่มอาการทุกข์ทรมานที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยก็จะไม่ใช้หรือเลิกใช้วิธีการจัดการอาการแบบนั้น

ปัจจัยความทุกข์ทรมานจากอาการ การศึกษาผลของความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทางกายที่รุนแรง ได้แก่ เมื่อยล้า ปวดศีรษะ และอาการคลื่นไส้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจในการดำเนินชีวิตที่มีการรอดชีวิตหลังการวินิจฉัย 18 เดือน ผู้ป่วยมีความพอใจในการรับการรักษาพบความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางจิตใจ (Schmidinger et al., 2003) ซึ่งการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ที่มีคุณภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง (บุญทิวา สุวิทย์, 2015)

ปัจจัยพฤติกรรมการจัดการอาการ การศึกษาของนภา ทวีयरยงกุล (2015) ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการที่ดีมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาของสุรัชย์ มณีเนตร (2014) ศึกษาความสัมพันธ์กับอาการและการจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการจัดการอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ ซึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กล่าวไว้ข้างต้นนำมาศึกษาในกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary (1995) จากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว การจัดการกับอาการที่ดื้อยอมนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จึงมีแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตต่อไป

2.2.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต คือ การวัดระดับของคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ทำการศึกษา และผลกระทบจากโรค การรักษา ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไว้หลากหลาย ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ ได้แก่ อาการของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา การทำหน้าที่ของร่างกาย ความผิดปกติทางจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความพึงพอใจแบบประเมินถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตดังนี้

แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดย WHOQOL Group (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2541) วัดคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต มี 26 ข้อคำถาม ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 -130 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 11 ข้อความทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน คือ ไม่เลย 5 คะแนน เล็กน้อย 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 1 คะแนน ข้อความทางบวกจำนวน 23 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย 1 คะแนน เล็กน้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน เกณฑ์การเปรียบเทียบมีดังนี้ คะแนน 26-60 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คุณภาพชีวิตกลางๆ คะแนน 96-130 คุณภาพชีวิตที่ดี

แบบประเมิน Short Form Health Survey 36 (SF-36) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องการทำหน้าที่ด้านร่างกาย สภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมทางอารมณ์ บทบาทหน้าที่ด้านสังคม ความเจ็บปวด ความมีชีวิตชีวา การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในลักษณะการรับรู้แห่งตนกับความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพ แบบประเมินประกอบด้วย 36 ข้อ ประเมินคุณลักษณะของคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ สภาวะการทำหน้าที่ ความผาสุก และภาวะสุขภาพ

แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งสมอง (functional assessment of cancer therapy-brain [FACT-BR]) ได้รับการพัฒนาโดย Weitzner and Colleagues (1995) จาก FACT-G ซึ่งพัฒนาโดย Cella and Colleagues (1993) FACT-G ประกอบด้วยการรับรู้ตนเอง

ของผู้ป่วยใน 5 ด้าน เช่น ความสุขทางกายภาพ ความสุขในครอบครัว ความสัมพันธ์กับแพทย์ ความสุขในการทำกิจกรรม ต่อมา Weitzner และคณะ (1995) ปรับเครื่องมือ FACT-BR ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองจำนวน 101 ราย โดยเพิ่มความรู้สึกริดกังวล และอาการเนื้องอกสมองอื่นๆเพิ่ม แบบประเมิน 6 มิติ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 48 ข้อ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ 2) ความพึงพอใจทางด้านครอบครัวและสังคมประกอบด้วย 7 ข้อ 3) ความสัมพันธ์กับการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ 4) ความพึงพอใจทางด้านจิตใจและอารมณ์ ประกอบด้วย 6 ข้อ 5) ความพึงพอใจในการทำงานประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ 6) ข้อวิตกกังวลเพิ่มเติม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คะแนนโดยรวมของแบบประเมินนี้อยู่ระหว่าง 0 - 192 คะแนน

ผู้วิจัยมีการประเมินคุณภาพชีวิตโดยเลือกแบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยตรง ดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain [FACT-BR]) ที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ (1995) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ญัฐธรา เจริญนิลกุลชัย (2559)

2.2.4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองของ Chang, Jin, Young, Jung และ Chae (2016) ได้ศึกษาเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมองของคุณภาพชีวิตทางอยู่ในระดับดี

งานวิจัยของ Salo et al., (2009) ศึกษาผลกระทบของตำแหน่งเนื้องอก และระดับของก้อนเนื้องอกสมองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 101 ราย ที่มีเนื้องอกสมองขนาด < 2.5 เซนติเมตร มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองขนาด > 2.5 เซนติเมตร และพบว่าผู้ป่วยมีเนื้องอกสมองตำแหน่งส่วนหน้าและสมองซีกขวา มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกตำแหน่งสมองซีกซ้าย ตำแหน่งสมองส่วนหลัง ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองระยะที่ 3-4 มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด

Weitzner, Meyers, and Byrne (1996) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดกับการรับรู้คุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า พบว่า อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Osoba et al. (1997) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการสื่อสาร การเคลื่อนไหว และมีภาวะสับสน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาและพบว่าผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ป่วยรายใหม่

Lovely, Miaskowski, and Dodd (1999) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงความเมื่อยล้าในขณะที่ได้รับการวินิจฉัยและสองสัปดาห์หลังการรับรังสีรักษาเสร็จสิ้น ผลพบว่าผู้ป่วยมีความเมื่อยล้าเพิ่มขึ้นหลังการได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Hung et al. (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในแผนกผู้ป่วยใน พบว่าการทำหน้าที่ระหว่างและหลังการฟื้นฟูสภาพร่างกายในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตก่อนการจำหน่ายระดับดี

Gustafsson et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ 39 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 45 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

Niemela et al. (2011) ศึกษาความแตกต่างของเพศและผลกระทบในระยะยาวของเนื้องอกสมองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 81 ราย ที่รอดชีวิตมาได้ 5-7 ปีหลังจากการผ่าตัด ผลการศึกษาผู้ป่วยเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ป่วยเพศชายและมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำกว่าเพศชาย

Aaronson et al. (2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและอาการเฉพาะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ 195 ราย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมทางด้านร่างกายและด้านจิตใจต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไป

ทัศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำนวน 108 ราย ผลการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

อำนวยการ อาชานอก (2549) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองจำนวน 130 ราย ผลการวิจัย พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

อัญชญา พุทธสิมมา (2553) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองปฐมภูมิ เป็นการศึกษานโยบายการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ระดับสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภัทรา พิมสาร (2558) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในผู้ป่วย 110 ราย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือนอยู่ในระดับสูง กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกหลังผ่าตัด

ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพด้านความรุนแรงของอาการที่เกิด และผลกระทบของอาการสามารถทำนายคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งจากการการผ่าตัดสมองพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยอยู่ในระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงระดับดี ผู้วิจัยไม่พบการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองในกลุ่มเริ่มมีอาการและพฤติกรรมจัดการอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งยังไม่ทราบถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจนในประเทศไทย

2.3 แนวคิดการจัดการอาการ

2.3.1 อาการและการเกิดอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ

อาการ (symptom) หมายถึง ผลของการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพ และสรีระแสดงออกในรูปแบบของประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ตัดสินจากการรวบรวมข้อมูลจากที่ผ่านมาแบ่งเป็นอาการทางกายและอาการทางจิต ซึ่งอาการทางกายคือการรับรู้ที่มีต่อสภาวะร่างกาย และตัดสินว่ามีความสำคัญจึงหาทางเลือกเพื่อช่วยบรรเทาอาการนั้นๆ

Wright และ Leahey (2005) ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย และความเครียดจากจิตวิญญาณ

McCorKle และ Young (1978) ความทุกข์ทรมานเป็นความไม่สุขสบายอย่างมากที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล คับข้องใจ และซึมเศร้า เป็นต้น

ความทุกข์ทรมานจากอาการ หมายถึง อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานซึ่งอาการต่างๆ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

การเกิดอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จากมีก้อนเนื้องอกภายในช่องกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกในสมองและก้อน

เนื้องอกมีสาเหตุทำให้เกิดความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง Armstrong et al. (2004) พบเมื่อเกิดก้อนเนื้องอกภายในสมองส่งผลให้เกิดกลไก 4 ด้าน คือ การขยายตัวของก้อนเนื้องอก การถูกกดเบียดของเนื้อสมอง การอุดตันของน้ำไขสันหลัง และเกิด Brain herniation ซึ่งจากกลไกทั้ง 4 ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการสำคัญคือ อ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึ่งการมีก้อนเนื้องอกขยายตัวมีการกดเบียดเนื้อสมอง ในแต่ละตำแหน่งเกิด ทำให้ระบบประสาทการเสียหายที่ส่งผลทำให้เกิดมีความดันกะโหลกศีรษะสูง นอกจากอาการทางระบบประสาทแล้วยังพบอาการอ่อนแรง เหนื่อยล้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Armstrong, Cron, Bolanos, Gilbert, & Kang, 2010) ความทุกข์ทรมานจากอาการอ่อนแรง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการอ่อนแรงเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง (Bonomi, 2003)

ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยจากตัวโรค ซึ่งปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ ผู้ป่วยที่เป็นเพศชายจะพบว่ามีอาการทนต่อการรักษาผ่าตัด ฉายรังสี ได้ดีกว่าเพศหญิง ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง จะสามารถทนต่อการรักษาได้ดีกว่า จึงส่งผลต่อการรักษาที่ดีกว่า โรคร่วมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษามากกว่าคนปกติที่ไม่มีโรค และความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มักจะแสดงถึงรอยโรคในสมองที่น้อยหรือเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่ไม่อันตราย ดังนั้นผลการรักษาจึงดีกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ปัจจัยจากโรคเนื้องอกในสมอง ได้แก่ ชนิดของเนื้องอก ตำแหน่งของรอยโรคในสมอง และการรักษา ซึ่งเนื้องอกที่มีความรุนแรงน้อย จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าชนิดที่มีความรุนแรงมาก Torres et al., (2003) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ช่วงระยะเวลา 2 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ไม่พบว่าการรู้คิดของผู้ป่วยลดลง แต่กลับพบผู้ป่วยที่เป็นเนื้องอกชนิดแพร่กระจาย มีระดับความจำและสมารถลดลงมาก รวมถึงการรักษาโรคเนื้องอกสมองให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษามะเร็งสมอง ในตำแหน่งของรอยโรคที่เกิดขึ้นในบริเวณที่สำคัญ และมีอันตรายต่อร่างกายก็จะมีผลการรักษาที่ไม่ดี เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมาก และรวมการรักษาด้วยการผ่าตัด การศึกษาของ Yuile et al., (2006) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง glioblastoma หลังการได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ซึ่งรายงานผู้ป่วยก่อนการรักษามีอาการ อ่อนแรง ปวดศีรษะ ชัก และการศึกษาของ Budrukkar et al., (2009) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองจำนวน 243 ราย ผลรายงานว่าก่อนและหลังการผ่าตัดเนื้องอกในสมองยังพบอาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวดศีรษะ และอาการชักยังมีรายงานผู้ป่วยจำนวน 123 รายหลังได้รับการผ่าตัดมีอาการปวดศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยที่รักษาโดยการฉายรังสี การศึกษาของ Brown et al., (2006) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็น glioblastoma ชั้นรุนแรงที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง อาการอ่อนแรงของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี จาก Mauer et al., (2007)

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจาก Glioblastoma ขั้นรุนแรง มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยที่รักษาด้วยเคมีบำบัด Erharter et al., (2010) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองจำนวน 110 ราย ที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการอ่อนแรง และการศึกษาของ Sutton (2012) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาโดยยาเคมีบำบัด มีการรายงานว่าผู้ป่วยมี อาการอ่อนแรง นอกจากนี้อาการชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอัตราสูงในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย เรื่อง ตำแหน่งของโรคอาจมีข้อจำกัดมากกว่ารอยโรคที่ไม่ได้อยู่ในบริเวณที่สำคัญ เช่น รอยโรคในตำแหน่ง ก้านสมอง และพบว่าผู้ป่วยที่มีเนื้องอกในสมองและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดได้ พบว่าผู้ป่วยที่สามารถรับการรักษามผ่าตัดได้ มีผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้

2.3.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการ แนวทางการประเมิน

ความทุกข์ทรมานจากอาการ (symptom distress)

อาการ (symptom) หมายถึง เป็นปรากฏการณ์เชิงอัตนัยของแต่ละบุคคล เป็น ลักษณะ ภาวะที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ ความรู้สึก หรือสิ่งที่ปรากฏขึ้น (Morris, 2002) ซึ่ง ความหมายในหนังสือ Oxford English Dictionary ให้ความหมายของอาการไว้ว่า หมายถึง ปรากฏการณ์ทางร่างกายหรือจิตใจ พฤติการณ์แวดล้อม (circumstance) การเปลี่ยนแปลงของโรค ความเจ็บป่วย หรือผลกระทบของความเจ็บป่วยหรือผลที่เกิดจากความเจ็บป่วย ลักษณะของอาการมีความจำเพาะต่อโรคแต่ละโรค (University, 2005)

The National Cancer Institute (2008) ได้อธิบายอาการไว้ว่าเป็นตัวบ่งชี้ (indication) ว่าบุคคลมีสถานะของการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ ให้ความหมายของการเกิดอาการว่า เป็นการดำเนินของสภาวะโรคหรือความเจ็บป่วย ใช้ วินิจฉัยสภาวะผู้ป่วยร่วมกับอาการแสดง (signs) หรืออาการแสดงทางห้องปฏิบัติการ อาการเป็น ประสบการณ์ที่รับรู้และอธิบายได้โดยเฉพาะบุคคล อาการจึงมีลักษณะที่เป็นอัตนัยและเป็นการ เรียนรู้จากประสบการณ์ (Fu, et al., 2004) นอกจากนี้อาการยังอาจเป็นผลมาจากผลข้างเคียงของการรักษาของแพทย์

ความทุกข์ทรมาน (distress) เป็นคำที่มีความหมายคล้าย ความเครียด (stress) (Rhodes, McDaniel, Homan, Johnson, & Madsen, 2000) โดยในปี ค.ศ. 1956 Selye ได้ อธิบายความหมายของคำว่า Distress ว่าเป็นความรู้สึกรุนแรง ความยึดเยื้อ เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา ความทุกข์ทรมาน ยังมีความหมาย ที่อธิบายได้ถึงภาวะที่เกิดความทรมาน ทนทุกข์ ความหนักใจ หรือเจ็บปวดรวดร้าว (Suffering or anguish) มีลักษณะส่วนใหญ่ที่แสดงถึงความรู้สึกทางลบและตรงข้ามกับความผาสุก

Comprehensive Cancer Network (2004) อธิบาย ความทุกข์ทรมานว่า เป็นประสบการณ์ความรู้สึกทางอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาในหลายมิติคือการนึกคิด พฤติกรรม อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัว เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายและการรักษา ความทุกข์ทรมาน เป็นส่วนหนึ่งของการเกิดอาการ ซึ่งสามารถวัดประเมินได้จากการใช้แบบวัดจากบุคคลนั้น (self-report tools)

McCorkle and Young (1978) ให้ความหมายของความทุกข์ทรมานว่า หมายถึง ความไม่สุขสบายอย่างมากของผู้ป่วยที่มีต่ออาการหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์ของตนเอง โดยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ความเจ็บปวด อ่อนล้าการเคลื่อนไหวลดลง การขับถ่ายผิดปกติ การมีสมาธิลดลง ภาวะลักษณะเปลี่ยนแปลง และความแปรปรวนทางอารมณ์ Reid-Ponte (1992) อธิบายความทุกข์ทรมานว่า เป็นผลมาจากความเครียด ผลของอารมณ์ทางลบ ปัญหาทางสังคม และเป็นส่วนประกอบของความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอาจเริ่มจากความไม่สุขสบายทางอารมณ์และ/หรือความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล

สรุป ความทุกข์ทรมาน เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่มีผลต่อองค์รวมของคนทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล เกิดจากผลของความเจ็บป่วย โรค ผลการรักษา ผลข้างเคียง ความเครียด อาการของโรคหรือความเจ็บป่วย โดยบุคคลตอบสนองต่อการรับรู้ความทุกข์ทรมานแตกต่างกัน

ความทุกข์ทรมานจากอาการ จึงเป็นความไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการเฉพาะซึ่งผู้ป่วยรับรู้จากประสบการณ์ของตนเอง หรือเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ หนักใจ เจ็บปวดรวดร้าวใจ จากผลของประสบการณ์ที่เกิดจากอาการ (Watson, et al., 1987) ในการศึกษาวิจัยอธิบายความทุกข์ทรมานจากอาการว่าเป็นระดับหรือขนาดความทรมานและไม่สุขสบาย ที่สร้างความรำคาญต่อทางร่างกาย จิตใจ ที่แต่ละบุคคลประสบซึ่งจะสัมพันธ์กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Lenz et al., 1997; Rhodes et al., 2000; Rhodes & Watson, 1987) เกี่ยวข้องกับการคิดคำนึง ความสนใจในอาการด้านอารมณ์ และสภาพจิตใจของบุคคลขณะที่เกิดอาการด้วย (Rhodes et al., 2000) ความทุกข์ทรมานจากอาการจึงเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การเกิดของอาการซึ่งรวมถึงปฏิกิริยาตอบโต้ต่ออาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การตระหนักระวัง การจดจำระดับความตึงเครียด ความผิดหวังและความทุกข์ทรมานใจ (Rhodes et al., 2000) อย่างไรก็ตามความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่ผู้ป่วยรายงาน บอกเล่าออกมาจากประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหรือเป็นอาการที่เฉพาะเจาะจง (Specific symptom)

อาการเบื้อ (bother) เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับความทุกข์ทรมานจากอาการ (Goodell & Nail, 2005) ในการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการสัมภาษณ์ความรู้สึกทุกข์ทรมานจาก

อาการโดยการถามกลุ่มตัวอย่างว่า คุณรู้สึกเบื่ออาการ....มากน้อยเพียงใด หรืออาการ....ทำให้คุณรู้สึกทุกข์ทรมานหรือเบื่อมากน้อยเพียงใด (Johnson, 1973; Portenoy et al., 1994 ; Merriam-Webster, 2005) ความทุกข์ทรมานยังมีความหมายมากขึ้นถึง ความผิดหวังรุนแรงแสดงถึงภาวะที่มีปัญหาหนักได้ความทุกข์ทรมานจากอาการยังมีแนวคิดที่อ้างอิงและใช้แทนกันได้ เช่น การเกิดอาการ (symptom occurrence) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) การตระหนักรู้ถึงอาการ (symptom awareness) และการรับรู้ประสบการณ์อาการ (symptom perception) อย่างไรก็ตาม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และการเกิดขึ้นของอาการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ ประสบการณ์อาการ อาการที่เกิดขึ้น (symptom occurrence) ประกอบด้วย องค์ประกอบในด้าน ความถี่หรือความบ่อย (frequency) ช่วงระยะเวลาของการเกิดอาการ (duration) และความรุนแรงของอาการ (severity) การประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ จึงทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยหรือเป็นตัวแปรผลลัพธ์ของ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้ (al-Albany et al., 2002; Galbraith, Arechiga, Ramirez, & Pedro, 2005; Korfae et al., 2005; Seo et al., 2004; Visser, et al., 2003; Wright et al., 2008)

การเกิดความทุกข์ทรมานใจจากอาการเป็นอารมณ์ไม่พึงพอใจต่างๆ ของบุคคลซึ่งมาจากพื้นฐานด้านจิตใจ สังคม และความเชื่อ ซึ่งอาจกระทบต่อการจัดการหรือการเผชิญกับ โรคมะเร็งและการจัดการอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้ ความหมายครอบคลุมตั้งแต่ ความรู้สึกที่ปกติ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้สึกเศร้า ไปจนถึงความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล กระวน กระวายใจ แยกตัวออกจากสังคม เกิดวิกฤตศรัทธาในความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (NCCN, 2015) นอกจากนี้การใช้ศัพท์คำว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ ยังเป็นคำที่มีความคลุมเครือต่อความรู้สึกน้อยกว่า คำว่า มีภาวะทางจิต ความบกพร่องทางจิตสังคม หรืออารมณ์แปรปรวนซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึก อาย และมีความใกล้เคียงกับความปกติมากกว่า (NCCN, 2015) โดยการเกิดความทุกข์ทรมานจาก อาการสามารถเกิดได้ทุกระยะของโรคและในทุกสถานะ การตรวจสอบคัดกรองภาวะทุกข์ทรมานใน ผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับหรือทุกระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะโรค ได้แก่ ภาวะโรคก้าวหน้าขึ้น การ กลับเป็นซ้ำหรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือขณะได้รับภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เป็นต้น หรือควรมีการประเมินควบคู่ไปกับผลลัพธ์ทางคลินิกสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสภาวะจิตใจ คุณภาพ ชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ความสำคัญของการประเมินความทุกข์ทรมานใจ ได้ถูกบรรจุเป็นแนวทาง (guideline) จากองค์กรหลายองค์กรระดับนานาชาติในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

เครือข่ายการควบคุมมะเร็งระดับนานาชาติได้กำหนด การจัดการความทุกข์ ทรมาน (distress management) ไว้เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (The Union for International Cancer, 2013) นอกจากนี้เครือข่ายมะเร็งนานาชาติ (National Cancer

Care Network [NCCN]) แนะนำให้ใช้การประเมินความทุกข์ทรมาน เป็นการดูแลแบบองค์รวมและใช้เป็นแนวทางในการจัดการภาวะทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 15 ปีโดยกำหนดให้ใช้ปรอทวัดความทุกข์ (distress thermometer) ประเมินผู้ป่วยทุกรายและในช่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการดูแล เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ระยะโรคก้าวหน้า ซึ่งในปัจจุบันแนวปฏิบัติ distress management ได้มีการปรับปรุงแก้ไขเป็นครั้งที่ 3 (NCCN, 2015) การใช้แนวความคิดความทุกข์ทรมาน ยังนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยสมาคมจิตวิทยานานาชาติ (The International Psycho-Oncology Society [IPOS]) ได้กำหนดให้การประเมินความทุกข์ทรมานเป็นการประเมินสัญญาณชีพที่ 6 (The sixth vital sign) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

สมาคมศัลยแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Surgeons Commission on Cancer [ACoS]) ได้กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองภาวะทุกข์ทรมานใจ และใช้เป็นกระบวนการหนึ่งในมาตรฐานกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยแบบยึดหลัก ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center care) และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตามมาตรฐานของ The Commission on Cancer's (CoC) Cancer Program Standards: Ensuring Patient-Centered Care 2016 Edition (ACoC, 2016)

ความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ ถึงแม้เนื้องอกสมองเป็นชนิดที่ส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์ของเนื้อสมองภายในกะโหลกศีรษะ และมีลักษณะเด่นคือ ส่วนใหญ่ไม่แพร่กระจายออกไปนอกบริเวณที่เกิดเซลล์ผิดปกติแต่อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอกจะก่อให้เกิดก้อนที่โตขึ้นเรื่อยๆ ไปกดเบียดเนื้อสมองที่ปกติหรืออยู่แทรกเซลล์สมองที่ปกติ ส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดและน้ำหล่อสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด (ischemia) เนื้อสมองที่ถูกกดเบียดเกิดการตาย และเกิดภาวะคั่งของน้ำหล่อสมองจนทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งผลของพยาธิสภาพเหล่านี้จะส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้เกิดอาการผิดปกติที่สามารถแสดงได้หลายรูปแบบ ซึ่งค่อนข้างที่จะเฉพาะเจาะจงคือ อาการที่เป็นอยู่จะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาเนื่องจากเนื้องอกเป็นสิ่งกินที่ในสมองซึ่งเป็นพื้นที่จำกัด การเพิ่มขนาดเนื้องอกหรือการขยายตัวตลอดเวลาของเนื้องอกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่เฉพาะเจาะจงหลายๆ อาการ บางครั้งการเกิดอาการเป็นลักษณะอาการเดี่ยว (single symptom) ก็ได้หรือเกิดอาการหลายๆ อาการร่วมกัน (cluster symptom) ก็ได้

อาการแสดงเฉพาะที่ (localized symptom) เป็นอาการเฉพาะของเนื้องอกสมองที่เกิดจากสมองถูกทำลาย ถูกรบกวนหรือถูกแรงกดลงบนสมองหรือบริเวณใกล้เคียงที่มีเนื้องอก ทำให้การไหลเวียนผิดปกติซึ่งอาจแสดงอาการในระยะแรกผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน บางคนมีอาการชัก และเนื้องอกสมองที่ตำแหน่งต่างๆ กันก็จะกดทำลายเนื้อสมองให้เกิดความพิการ ทำให้มีอาการเฉพาะที่ขึ้นอยู่กับว่าก้อนเนื้องอกจะกดอยู่ที่ส่วนใด ถ้ากดส่วนที่

ควบคุมกล้ามเนื้อแขนขา ก็จะทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ถ้ากดที่ส่วนที่ควบคุมการพูด ผู้ป่วยก็จะเกิดการสูญเสียการพูด ความเข้าใจภาษา การสื่อภาษา การอ่าน การเขียน และถ้ากดส่วนที่ควบคุมการทรงตัวก็จะทำให้การทรงตัวเสียไป ถ้ากดที่เส้นประสาทตาอาจทำให้เกิดอาการตาบอด อาการเฉพาะที่ที่พบบ่อยๆ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่

1) อาการอ่อนแรงเฉพาะที่ ได้แก่ Hemiparalysis คือผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง

2) การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ จนถึงการรับรู้ความรู้สึกหมดไป (anesthesia)

3) การพูด ภาษาผิดปกติ (language disturbances)

4) การทำงานแบบประสานงานผิดปกติ (coordination disturbance) เช่น การเดินเซ

5) การมองเห็นผิดปกติ ได้แก่ มองเห็นภาพซ้อน (diplopia) ลานสายตาแคบ (monopia)

อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากกลไกของ การที่เนื้องอกมีขนาดโต ทำให้เพิ่มพื้นที่และเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะให้สูงขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงเฉพาะที่เป็นข้อมูลสำคัญเพราะเป็นอาการที่เกิดจากกลไกพยาธิสภาพที่มีความวิกฤติ รุนแรง ถ้าไม่มีการจัดการอาการ อาจส่งผลต่อภาวะโรคที่รุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมาได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่พบได้แทบจะเป็นปกติ หรือพบได้บ่อย ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ภาวะแขนขาอ่อนแรง ซัก ความรู้สึกตัวลดลงเรื่อยๆ

นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังเกิดอาการรบกวนทางกาย (symptoms) ได้แก่ อาการปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยล้า ผอมแห้งแรงน้อย ท้องอืด ท้องเสีย วิงเวียน บ้านหมุน ง่วงซึม งุนงง คิดไม่ออก เพ้อ เป็นต้น

ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

1) มีอาการและอาการแสดงของความกลัว วิดกกังวลสูงเกี่ยวกับความไม่แน่นอนและอนาคต

2) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย

3) เกิดความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกสูญเสียเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เคยแข็งแรง

4) มีอารมณ์โกรธ สูญเสียการควบคุมอารมณ์ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

5) อาการนอนไม่หลับ นอนหลับได้น้อย หลับไม่สนิท

6) เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อย

- 7) ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย
- 8) มีเรื่องกังวลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ความตาย การขาดงาน
- 9) ผลกระทบจากโรค ผลกระทบจากการรักษา หรือผลกระทบจากยา
- 10) การครุ่นคิดวิตกกเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ทางสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ผู้นำของครอบครัวในการหารายได้ การทำบทบาทหน้าที่แม่ที่ต้องดูแลลูกๆ ไม่ได้ ไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือได้

นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากอาการยังผันแปรได้จาก ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย ความบกพร่องทางด้านความคิด มีอุปสรรคในการสื่อสาร การมีภาวะพิการ ขาดที่พึ่งทางใจ สิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบทำให้ภาวะทุกข์ทรมานจากอาการในบุคคลรุนแรงได้มากน้อยแตกต่างกันได้ (NCCN, 2015)

ตัวอย่างการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งของ นภา ทวีรระยงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2015) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 83 คน พบว่า ความชุก ความถี่ และความรุนแรงของการเกิดอาการสูงสุด ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ ความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการสูงสุด ได้แก่ อาการปวด การจัดการอาการแบบใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุดคือ ยาบรรเทาอาการปวด และยาเสริมฤทธิ์ การจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุย ให้กำลังใจจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้เกิดความสบายใจ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

- 1) ประสบการณ์อาการโดยรวมด้านร่างกาย มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบใช้ยา
- 2) ประสบการณ์อาการโดยรวม มิติของความถี่ และความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านจิตใจและสังคม
- 3) ประสบการณ์อาการโดยรวม และมิติของความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านกาย-จิตและจิตวิญญาณ
- 4) ประสบการณ์อาการโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาในกลุ่มด้านแพทย์แผนโบราณ สมุนไพร ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการประเมินประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ครอบคลุม และวางแผนการดูแล ค้นหาวิธีการจัดการอาการตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานใจ อย่างไรก็ตามพบว่า ความทุกข์ทรมานใจนี้สัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิตและ ความพึงพอใจในการรักษาที่ลดลง (ภูซังค์

เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจริญานวัตร, 2013) การประเมินภาวะทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งยังปฏิบัติกันน้อยมากคือมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีการประเมินผู้ป่วยและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากแนวทางการรักษาดูแลปัจจุบันยังให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบแยกส่วน ยังไม่ปฏิบัติแบบองค์รวมที่แท้จริง

การใช้แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ ในปัจจุบันส่วนใหญ่นำมาใช้ในการประเมินอาการทางจิตใจ หรือเป็นการวัดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ อารมณ์ ต่อมา National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลและวินิจฉัยภาวะทุกข์ทรมานใจขึ้นในปีค.ศ.1990 ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของ 19 สถาบัน ประชุมและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม ซึ่งแนวปฏิบัติฉบับแรกตีพิมพ์ในปีค.ศ.1999 และมีการประชุมเพื่อปรับปรุงทุกๆ ปี โดยล่าสุดได้ให้คำนิยามภาวะทุกข์ทรมานใจที่ครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้เป็นปกติ เช่น ความกังวล ความรู้สึกเศร้า จนถึงการเป็นโรคซึมเศร้า ที่มีผลกระทบต่อการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วย (Lee, Loberiza, Antin, Kirkpatrick, Prokop, & Alyea, et al., 2005)

เครื่องมือประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ

1. พรอวัตต์ทุกข์ (distress thermometer) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความทุกข์ใจ ที่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง แบ่งเป็น 10 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย จนถึง คะแนน 10 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส เครื่องมือนี้สร้างขึ้นโดย Roth, Kornblith, Batel-Copel, Peabody, Scher, and Holland (1998) และได้รับการพัฒนาต่อเนื่องโดย NCCN และใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยทุกราย เครื่องมือนี้ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจริญานวัตร (2013) ตรวจสอบค่าความเที่ยงในคนไทยที่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) จำนวน 104 รายพบว่ามีความไวร้อยละ 70 ความจำเพาะร้อยละ 86 แบบวัดแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นส่วนของพรอวัตต์ทุกข์โดยให้ผู้ป่วยวงกลมตัวเลข 1-10 ที่บอกความรู้สึกทุกข์ใจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด โดย 0 คือไม่ทุกข์ทรมานเลย จนถึง 10 คือมีความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส และส่วนที่ 2 เป็นส่วนที่ระบุถึงปัจจัยที่สร้างภาวะทุกข์ใจแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา และปัญหาทางกายรวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งหมด 21 อาการที่พบว่าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การอาบน้ำ/แต่งตัว การหายใจ การเปลี่ยนแปลงการถ่ายปัสสาวะ ท้องผูก ท้องเสีย การรับประทานอาหาร ความรู้สึกเปลี่ยว อ่อนล้า บวม มีไข้ การเคลื่อนย้ายตัวเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย อาหารไม่ย่อย ท้องอืด ความจำ/สมาธิ แผลในปาก ร้อนใน คลื่นไส้ คัดแน่นจมูก ปวด ปัญหา

เรื่องเพศสัมพันธ์ ผิวหนังแห้ง คัน การนอนหลับ อาการชามือ/เท้าและอวัยวะอื่นๆ (ภุขงค์ เหล่ารุจิ สวัสดิ์ และสาวิตรี เจริญยานุวัตร, 2013)

2) เครื่องมือวัด 13 ข้อ symptom distress scale (SDS) เป็นเครื่องมือวัดความทุกข์ทรมานจากอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย McCorkle and Young (1978) เพื่อให้กับการเกิดความทุกข์เนื่องจากอาการสำคัญๆ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดร่วมกันเป็นกลุ่ม (polysymptomatic) ที่เป็นประสบการณ์อาการที่ผู้ป่วยประสบบ่อยๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล อ่อนล้า เจ็บปวด เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย ทั้งนี้การประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการนี้เพื่อจะจัดการและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งแรกมีกลุ่มอาการเพียง 8 อาการและศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจนเป็น 13 อาการประกอบด้วย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปวด (ความถี่) ภาพลักษณ์ นอนไม่หลับ ไอ ไม่มีสมาธิ การมองเห็น ความเจ็บปวด (ความรุนแรง) การหายใจ อาการไม่สุขสบายในท้อง คลื่นไส้ (ความถี่) และคลื่นไส้ (ความรุนแรง) การทบทวนวรรณกรรมการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ เช่น มะเร็งปอด ผิวหนัง มะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร-ลำไส้ มะเร็งเม็ดเลือด รั้งไข ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดมากที่สุด (Stephen, Holden, Epstein, & Wikie, 2015) ยังไม่มีการนำมาใช้ประเมินในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง Degner and Sloan (1995) พบว่าในการนำเครื่องมือประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยการศึกษาแบบ Cross-sectional ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรก จนถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลการประเมินพบว่า ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาของและระยะของโรค นอกจากนี้ Oh (2004) ศึกษาความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 3 และ 4 ในกลุ่มตัวอย่างคนเกาหลีใต้ พบว่ามีระดับความทุกข์ทรมานจากอาการสูงกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในคนอเมริกัน นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามากขึ้น (Active treatment) จะสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทรมานจากอาการที่มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า ซึ่งจากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นความรู้สึกที่เฉพาะ เป็นประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ความแตกต่างด้านเชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่ที่แตกต่างกัน นิสัยใจคอ ระยะของโรค การรักษา ล้วนมีผลต่อการประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานที่แตกต่างกัน ไม่อาจกล่าวหรืออ้างอิงได้ว่าเหมือนกันทั้งหมด (Stephen, Holden, Epstein, & Wikie, 2015)

เครื่องมือในการวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ของอำนวยการอาชานอก (2549) ผู้ป่วยประเมินการรับรู้ของตนเองต่อความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น โดยประเมินอาการทั้งหมด 10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการบกร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสดงออก ซึ่งจากการทบทวน

วรรณกรรม กลุ่มอาการที่พบบ่อย 5 อาการ คือ อาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการ ชัก และความรู้สึกลดลง

2.3.3 พฤติกรรมการจัดการอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการของ Dodd

ทฤษฎีการจัดการอาการ (The theory of symptom management) (TSM) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้โดย กลุ่มนักจัดการอาการในคณะ มหาวิทยาลัย California, San Francisco School of Nursing ในปีค.ศ.1994 (Larson et al., 1994) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบแนวคิดและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบการจัดการอาการได้ถูกพัฒนาปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 2001 โดย Dodd et al., (2001) และต่อมาทฤษฎีการจัดการอาการได้ถูกนำเสนออีกครั้งในปี ค.ศ. 2008 ในรูปแบบของทฤษฎีเต็มรูปแบบระดับกลาง (middle range theory) เพื่อใช้ในการพยาบาล (Humphreys et al., 2008) โดยระบุว่าทฤษฎีนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก (main concepts) 3 องค์ประกอบคือ ประสบการณ์การเกิดอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ของอาการ (symptom outcomes) ทั้ง 3 องค์ประกอบจะมีการเคลื่อนไหวสัมพันธ์แบบพลวัต (dynamic relationships) โดยอยู่ในบริบทที่มีผลปรับเปลี่ยน 3 ปัจจัยคือ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (person) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และปัจจัยด้านสุขภาพ/ความเจ็บป่วย (health/illness) ซึ่งทั้งหมด คือเป็นองค์ประกอบสำคัญของศาสตร์ทางการพยาบาล

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) หมายถึง พลวัตของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของแต่ละบุคคล (individual's perception) การประเมินผล (individual evaluation) และผลตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) (Humphreys et al., 2008) เมื่อบุคคลสังเกตหรือรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดความรู้สึกที่ผิดปกติก็จะมีการประเมินลักษณะของอาการในเรื่องระดับความรุนแรง ตำแหน่ง ระยะเวลาที่เกิดอาการ ความถี่ สาเหตุ การรักษาบำบัด และประเมินผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (evaluation) ทั้งนี้บุคคลก็จะพยายามบรรเทา ลดอาการโดยการพัฒนาศักยภาพกลยุทธ์ในการดูแลตนเองหรือการแสวงหาแนวทางจากแหล่งบริการสุขภาพเพื่อประสิทธิภาพการจัดการที่ดีขึ้น (response)

กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อหลีกเลี่ยง ชะลอ ลดทอน ประสบการณ์การเกิดอาการและผลทางลบที่เกิดขึ้น (Humphreys et al., 2008) เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายของการจัดการอาการ ซึ่งต้องระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับ ใคร สถานที่ใด จำนวน เมื่อใด ซึ่งรวมถึงกลยุทธ์อะไรที่อาจมีผลที่ควรตัดสินใจกระทำ

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (symptom outcomes) เป็นผลที่เกิดขึ้นตามหลังการจัดการอาการด้วยกลยุทธ์หรือวิธีการต่างๆ ถ้าการจัดการนั้นมีประสิทธิภาพ บุคคลที่เกิด

ประสบการณ์จากอาการ ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหรือผลลัพธ์ทางบวก เช่น มีการฟื้นฟูสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีขึ้น สภาวะทางอารมณ์ ความสามารถในการดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต ความพิการหรืออัตราการตายลดลง (Humphreys et al., 2008)

ทั้ง 3 Main concepts เป็นองค์ประกอบแกนกลางของแนวคิดนี้และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในสองทิศทาง นั่นคือประสบการณ์การเกิดอาการได้รับผลกระทบหรือส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการอาการและผลลัพธ์ของอาการ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงเกิดอาการ ก็จะหาวิธีการจัดการหลายๆ กลยุทธ์และประเมินผลลัพธ์ของอาการ และจากผลลัพธ์จากอาการที่ประเมินได้ก็ส่งผลต่อการรับรู้อาการ รวมทั้งการแสวงหาแนวทางใหม่หรือการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการอาการใหม่ และเมื่อประสบการณ์อาการเปลี่ยนแปลง กลยุทธ์ในการจัดการอาการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ของอาการก็จะถูกปรับหรือเปลี่ยนใหม่ กระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง การทำซ้ำๆ จนกว่าอาการจะเกิดการแก้ไขหรือดีขึ้น

กระบวนการจัดการอาการ (symptom management process) อาจถูกขัดขวางรบกวนได้ เช่น เมื่อบุคคลไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาหรือการพยาบาลอย่างเหมาะสม หรือไม่สม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดทิศทางของกลยุทธ์การจัดการ ทำให้ส่งผลกระทบต่อ ประสบการณ์การเกิดอาการและผลลัพธ์อาการตามมาได้ Surrounding domains

ส่วน Main concepts หรือแกนกลางที่จะได้รับผลกระทบจากตัวแปรรอบนอก (surrounding domains) Domain of person, environment, and health/illness ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการอธิบายดังนี้ ตัวแปรบุคคล ประกอบด้วยลักษณะของบุคคล (demographic characteristics) ลักษณะกายสรีรภาพ จิตวิทยา สถานะสังคม ปัจจัยด้านพัฒนาการ ซึ่งจัดเป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล

สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งแวดล้อมที่ๆ เกิดอาการ เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล ชุมชนหรือสังคม ปฏิกริยาของคนในสังคม วัฒนธรรม (ความเชื่อ คุณค่าทัศนคติ หรือการปฏิบัติ) the health/illness domain ประกอบด้วย สถานะทางสุขภาพ (health status) ภาวะความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง โรคประจำตัว การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ ประสบการณ์การเกิดอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์อาการ (Dodd, et al., 2001) กล่าวโดยสรุป ปัจจัยวงนอกทั้ง 3 ปัจจัยมีผลกระทบต่อปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยแบบหลายๆ ทิศทาง

การประยุกต์ใช้ทฤษฎี

ทฤษฎีการจัดการอาการได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการอาการต่างๆ หลายการศึกษาในกลุ่มประชาชนแตกต่างกันไป ได้แก่ ผู้ป่วยหืดหอบ (Harddie, Janson, Gold, Carrieri-Kohlman, & Boushey, 2000) ผู้ป่วย HIV (Tsai, Hsiung, & Holzemer, 2002) อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการใช้

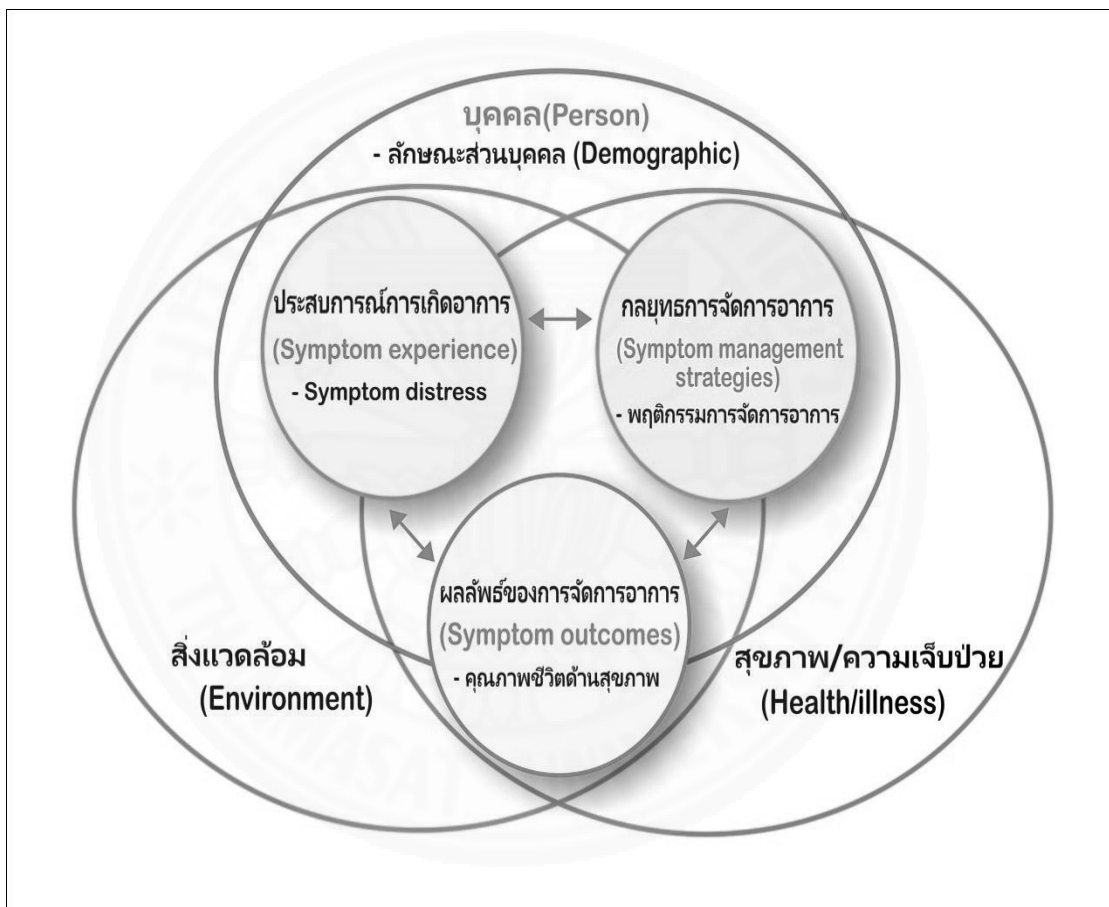
ทฤษฎีนี้จำนวนน้อยในการจัดการอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง บางการศึกษาที่มีการศึกษา ประสิทธิภาพการเกิดอาการ แต่ไม่มีการศึกษาพฤติกรรมจัดการอาการ และผลลัพธ์ของอาการ การศึกษาส่วนใหญ่สอดคล้องไปกับแนวคิดของทฤษฎี (Shin, 2014)

Redford et al. (2008) มีการศึกษาด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังการได้รับการ วินิจฉัยด้วยโรค Rheumatoid arthritis พบว่า ประสิทธิภาพของการจัดการอาการทั้งหมดเกิดจาก 1) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์ของอาการ 2) การสนับสนุนทางจิตใจ อารมณ์ ความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม และครอบครัว 3) ทางเลือก ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนผู้ป่วย ด้วยกันหรือบุคลากรสุขภาพและ 4) การให้ความช่วยเหลือจากส่วนอื่นๆ ในการดูแล ผลการศึกษา พบว่า การจัดการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคนี้คือ การสนับสนุน ความรู้เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการของโรคนี้ได้อย่างเพียงพอ รวมถึงการสนับสนุนด้านแหล่งของความช่วยเหลือโดยตรง

Musil, Morris, Haug, Warner, and Whelan (2001) ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการเกิดอาการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เกิดอาการมาก และการเกิด อาการสม่ำเสมอต่อเนื่องจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมจัดการอาการมากขึ้น เช่น มารับการ ตรวจรักษากับแพทย์ มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยว่ารุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและมีความผาสุกในชีวิตลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่รายงานอาการ ว่าเกิดอาการเป็นบางครั้งหรือนานๆ ครั้งนอกจากนี้พบว่าการเกิดอาการในกลุ่มโรคเรื้อรังจะแตกต่าง จากการจัดการอาการในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีภาวะวิกฤตหรือเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยจะมีการระบุอาการ (Label symptom) ของตนเองว่าเป็นความผิดปกติหรืออาการของความเจ็บป่วยมากกว่า (Musil, Morris, Haug, Warner, & Whelan, 2001)

นักวิจัยหลายท่านได้ประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย Arthritis ซึ่ง เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นมาแบบได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานกลางและองค์กรต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยเป็นโปรแกรมที่จัดแบบกลุ่มย่อย และใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการ ความรู้ได้รับการพัฒนาและประเมินจาก Lorig, Ritter, Laurent, and Plant (2008) จาก Stanford University โดยพบว่า โปรแกรมมีผลทำให้อาการปวด และภาวะซึมเศร้ามลดลง ช่วยเพิ่มการทำ กิจกรรมทางกาย ลดการพึ่งพาการตรวจเยี่ยมจากบุคลากรสุขภาพ การประเมินผลโครงการ ประกอบด้วย 1) การประเมินผลกลยุทธ์การจัดการอาการ โดยการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการเกิดอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า ความจำกัดการทำงานที่ด้านร่างกาย และภาวะความพิการ และ 2) การประเมินผลลัพธ์จากอาการ ได้แก่ การประเมินความเปลี่ยนแปลง ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ภาวะสุขภาพ (health status) พฤติกรรม สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ บอกให้เห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเกิดอาการ บทบาทของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ อย่างไรก็ตามก็ได้เสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการอาการเพิ่มเติมจาก ญาติ ผู้ดูแลหรือบุคลากรสุขภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทได้ด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์ทฤษฎีการจัดการอาการมีผลวัดผลลัพธ์ได้หลากหลาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพทั่วไป สถานะการทำหน้าที่ร่างกาย การใช้บริการระบบสุขภาพ อัตราการเกิดภาวะพิการ อัตราการตาย รวมถึงภาวะสุขภาพองค์รวม เช่น คุณภาพชีวิต



ภาพที่ 2.6 แนวคิดการจัดการอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมองตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ ที่มา Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. By Dodd et al., 2001. *Oncol Nurs Forum* 28, 465-70.

2.3.4 การประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการ

การจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาการอ่อนแรง คือ ความอ่อนเพลีย ง่วงซึม มีปัญหาในการรวบรวมสติ การนอนหลับ หรือมีอาการซึม The National Comprehensive Cancer ได้ระบุว่า อาการอ่อนแรงส่งผลให้กระบวนการทำงานต่างๆ ของร่างกายด้อยลงไป

อาการอ่อนแรงในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง สาเหตุของอาการอาจมาจากผลทางการรักษา การฉายรังสี สารเคมีจากการให้ยาเคมีบำบัด ยาต้านอาการชัก ทั้งหมดนี้ สามารถทำให้เกิดอาการอ่อนแรงในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้ วิธีการจัดการอาการอ่อนแรงอาจเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ คือสังเกตอาการอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันกระบวนการเผาผลาญที่ก่อให้เกิดอาการอ่อนแรงหรือไม่ ควรมีการเพิ่มแคลลอรี่ของอาหาร ตรวจสอบอาการซึมเศร้าซึ่งอาการอ่อนแรงอาจมาจากสาเหตุด้านจิตใจ หากผู้ป่วยมียาทานประจำควรตรวจสอบว่ามียาต้านอาการชักหรือไม่ เพราะอาจก่อให้เกิดอาการอ่อนแรงเพิ่มขึ้น รายงานแพทย์เพื่อวิธีการรักษาแบบอื่น และหาวิธีการจัดการกับพลังงานในร่างกาย คือ การแบ่ง 3 ระยะ คือ ระยะที่แข็งแรง ระยะอ่อนแรง ระยะอ่อนแรงที่สุด ทำรายการกิจวัตรประจำวัน จัดช่วงเวลาในแต่ละวันที่คิดว่าร่างกายรู้สึกอ่อนแรงที่สุด ตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกไป และนอนหลับ ให้เพียงพอ เดินหรือทำกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที เป็นเวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Lovely, 2004)

ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ชนิดและความรุนแรงของอาการปวดศีรษะที่พบในผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาเหตุและตำแหน่งของเนื้องอก Forsyth and Posner (1993) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยการวินิจฉัย ตรวจสอบวิเคราะห์จากการถ่ายภาพเอกซเรย์ เพื่อให้ทราบถึงอาการปวดศีรษะมีการเชื่อมโยงกับการวินิจฉัยโรคเนื้องอกสมอง ผลพบว่าร้อยละ 53 อาการปวดศีรษะที่พบคือ Tension headache ร้อยละ 77 ผู้ป่วยจำนวนมากมีระดับความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นพบอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 17 และร้อยละ 5 ปวดศีรษะข้างเดียว (migraine) การศึกษาของ Armstrong, Bolanos, & Gilbert, (2011) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่ามีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 52 บ่งชี้ว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ตำแหน่งของเนื้องอกสมองส่งผลต่อการเกิดอาการปวดศีรษะ งานวิจัยที่ศึกษาอาการและอาการแสดงผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่วินิจฉัยแผนกฉุกเฉิน พบว่าอาการปวดศีรษะขึ้นอยู่กับขนาดและชนิดของเนื้องอกสมอง (Snyder, Robinson, Shah, Brennan, & Handrigan, 1993)

อาการปวดศีรษะที่เกิดจากกลไกของความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้นเป็นอาการที่รุนแรง ส่งผลให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และต้องยาบรรเทาอาการปวด (Forsyth & Posner, 1993) อาการปวดทั่วทั้งศีรษะจากการอุดตันของน้ำไขสันหลังมีก้อนเนื้องอกปิดกั้น (Armstrong & Gilbert, 1996) การจัดการอาการปวดศีรษะ การจัดการอาการปวดระดับปานกลางที่ไม่ต้องสั่งโดยแพทย์ เช่น Acetaminophen (Tylenol) เมื่อปวดเพิ่มขึ้น อาจเพิ่มการให้ยาแก้ปวด สามารถ

แบ่งกลุ่มของยาเพื่อระงับอาการปวดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยาแก้ปวด non opioids, opioid และกลุ่มยาเสริมแก้ปวดการบริหารยาแก้ปวดใช้หลักการขององค์การอนามัยโลก 1) รายที่มีความปวดน้อยถึงปานกลางให้ยาในกลุ่ม non opioids โดยร่วมกับยาเสริมตามอาการ 2) มีอาการปวดปานกลางถึงรุนแรงให้ยาในกลุ่ม weak opioids ให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย 3) รายที่มีความรุนแรงมากให้ยาในกลุ่ม strong opioids โดยให้ยาในกลุ่ม non opioids และยาเสริมร่วมด้วย นอกจากนี้มีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า การสัมผัสและสัมผัสรักษา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบในระยะหลังที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งเป็นอาการจากกลไกของโรคพบว่าการอาเจียนลักษณะพุ่งไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้ อาเจียนมาพบแพทย์ด้วยลักษณะอาเจียนพุ่ง แพทย์จะตรวจวินิจฉัยมุ่งประเด็นของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงที่สำคัญ Forsyth & Posner, 1993 ได้ศึกษาว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความเชื่อมโยงกับอาการปวดศีรษะร้อยละ 48 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการใช้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน เช่น domperdone, metoclopramide เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกลิ่นแรง กาแฟ ผลิตภัณฑ์จากนม งดอาหารมัน ของทอด งดอาหารที่มีรสจัด อาหารที่หวานจัด หรือเพื่อช่วยบรรเทาอาการ การจัดการอาหารแต่ละมื้อให้ลดลง เพิ่มการรับประทานให้บ่อยขึ้น ดูแลความสะอาดช่องปาก การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ (อุสาร์ รุจิโรจน์, 2543) ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม และอากาศถ่ายเทได้ดี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) การลดกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นการจัดการอาการที่ได้ผลดีที่สุดของอาการคลื่นไส้ อาเจียน (อุสาร์ รุจิโรจน์, 2543)

อาการชัก พบในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาจเกิดจากตำแหน่งของก้อนเนื้องอกสมอง หรือเกิดจากการลดลงของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ตัวอย่างเช่น hyponatremia, hypernatremia, hypomagnesemia หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือด การให้ความร่วมมือเรื่องของการทานยากันชักอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมการชัก ผู้ป่วยจำนวนมากมีปัญหาการจดจำเวลาของการรับประทานยาที่คลอบคลุมใน 1 วัน และพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ชอบรับประทานยาต้านอาการชัก บางตัวมีผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดอาการอ่อนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะทานยาเพิ่มขึ้น การรักษาด้วยการใช้ยาต้านอาการชัก จำเป็นต้องทราบวิธีการป้องกันอาการชัก และสิ่งที่ทำเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยมีอาการนี้ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องตระหนักรู้ถึงสิ่งที่อาจก่อให้เกิดอาการชักได้ อย่างเช่น ความเครียด เสียรบกวน เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือแสงไฟที่กระพริบ สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักรู้ถึงสัญญาณของอาการที่อาจก่อให้เกิดการชัก เพื่อที่ผู้ป่วยสามารถรับมือและป้องกันได้ทันทั่วทั้งที และเมื่อผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดอาการ ผู้ป่วยต้องมั่นใจว่ามีบุคคลข้างเคียงคอยดูแล รอบข้างปราศจากของมีคมหรือมีความร้อน และผู้ดูแลต้องจับผู้ป่วยนอนราบไปกับพื้นอย่างอ่อนคลาย อาการชักส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการใช้ชีวิต ผู้ป่วยผู้ซึ่งมีอาการชัก

จำเป็นต้องมีสติเมื่อต้องรับการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะขับรถได้หากยังรักษาอาการชักไม่หายขาด และไม่อาจประเมินได้ หากผู้ป่วยทำงานที่ทำงาน ตนเองและบุคคลรอบข้างต้องระวังมากขึ้น เป็นสองเท่า (ABTA, 2015; Lovely, 2004)

ระดับความรู้สึกตัวลดลง หมายถึง ภาวะที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่างๆ กันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งความรู้สึกตัวที่สูญเสียไปมาก หรือน้อย มีความรุนแรงที่แตกต่างกัน หรือเรียกว่ามีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว ความรู้สึกตัวของบุคคลเป็นผลการทำงานของสมอง 2 ส่วน คือ ascending reticular activating system และ cerebral hemisphere ประกอบด้วย เซลล์ใยสมอง และใยประสาทตั้งต้นจากส่วนบนของพอนส์จน ถึงไฮโปธาลามัสและธาลามัสทำงานประสานกันทำให้เกิดภาวะการตื่นตัวจากการที่ผู้ป่วยลืมตาได้เอง ส่วน cerebral hemisphere ซึ่งได้แก่ cerebral cortex ทั้งสองซีกจะเกี่ยวกับความสามารถในการคิดวิเคราะห์ จดจำรับรู้ และสนองตอบต่อสิ่งเร้าต่างๆ ปกติ สาเหตุของภาวะระดับความรู้สึกตัวลดลง (อรัญญา, 2538) ภาวะที่มีการทำลายเนื้อสมองโดยตรง (structural brain disease) ได้แก่ เนื้องอกสมอง กดเบียดเนื้อสมอง และเนื้องอกในสมองส่วนกลางระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพเฉพาะที่เกิดขึ้นในสมองโดยตรง การมีเนื้องอกเกิดขึ้นทำให้เนื้อสมองบวมบริเวณที่มีพยาธิสภาพและบริเวณใกล้เคียง สูญเสียหน้าที่ เมื่อก่อนเนื้องอกขยายใหญ่ขึ้นจะเบียดเนื้อสมอง ร่างกายมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของความดันในกะโหลกศีรษะให้คงที่โดยวิธีการสูญเสียน้ำในสมอง หรือการลดปริมาณเลือดที่ไหลเวียนในสมอง ถ้าไม่สามารถปรับระดับความดันในกะโหลกศีรษะให้คงที่ได้ เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ถ้าแก้ไขไม่ทันท่วงที เกิดภาวะสมองเลื่อนและเสียชีวิตในที่สุด (เพลินพิศ, 2542)

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถบอกถึงตัวของโรคได้ระดับความรู้สึกตัวแบ่ง 4 ระดับ ระดับ 4 รู้สึกตัวดี (full consciousness) หมายถึง ภาวะตื่นตัวเป็นระดับความรู้สึกปกติ ตอบสนองทันทีต่อการกระตุ้นแม้เพียงเล็กน้อย รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เวลาบุคคลและสถานที่ ระดับ 3 สับสน (confusion) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการเล็กน้อย ปานกลางหรือรุนแรง ระดับ 2 ง่วงซึม (drowsiness) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า หรือมีอาการง่วงซึมจากการได้รับผลข้างเคียงจากยา หรือมีอาการสับสนเฉียบพลัน รวมถึงอาการมึน งง ระดับ 1 ไม่รู้สึกตัว (coma) หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองต่อคำพูด หรือไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ผู้ป่วยอาจมีปฏิกิริยาการตอบสนองแบบอัตโนมัติ (โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่, 2551) การจัดการอาการของอาการของระดับความรู้สึกตัวลดลง จัดว่าเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องรีบช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันอันตรายต่อสมอง โดยผู้ดูแล ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วยว่าปกติ หรือไม่ มีหายใจเหนื่อย อัตรา และความลึกของการหายใจ เป็นอย่างไร มีอาการของการขาดออกซิเจนหรือไม่ เช่น สีผิวหนัง ริมฝีปาก ลิ้นมีสีเขียวคล้ำ ช่วยเหลือให้ทางเดิน

หายใจโล่ง ในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ฟันทอม นำออกทันที ตรวจสอบทางเดินหายใจโล่ง และการเต้นของหัวใจ นำส่งโรงพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นอย่างถูกต้องและปลอดภัย (รัชณี เบญจรัตน์และคณะ, 2558)

เครื่องมือวัดพฤติกรรมจัดการอาการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมจัดการอาการ 5 ด้านคือ 1) การจัดการ อาการอ่อนแรง 2) การจัดการอาการปวดศีรษะ 3) การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน 4) การจัดการ อาการชัก และ 5) การจัดการอาการความรู้สึกตัวลดลง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องตระหนักในการให้ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของผลกระทบของโรค และการรักษาที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองไปใช้ในการประเมินผลของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ เหมาะสม และในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองนี้ มีอาการทุกข์ทรมานจากอาการในระดับใด ความถี่ และความรุนแรงของอาการ เมื่อได้รับรู้ถึงระดับของอาการทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรม การจัดการอาการที่สำคัญของอาการที่เกิดจากโรคเนื้องอกสมองจึงมีความสำคัญ และสอดคล้องต่อการใน การพยาบาล แนะนำการจัดการอาการต่างๆ เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจปัจจัย หรืออาการทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเนื้องอกสมอง และพฤติกรรมจัดการ อาการของโรคเนื้องอกสมอง ซึ่งหากทราบอำนาจทำนายของปัจจัยเหล่านี้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื้องอกสมอง ก็จะทำให้พยาบาลและทีมสุขภาพวางแผนดูแลรักษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการอาการที่ดี เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคเนื้องอกสมองให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยสถานะบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้ออกสมอง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เป็นเนื้องอกสมองปฐมภูมิ ที่มาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งจากการสำรวจสถิติผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ พบว่าในโรงพยาบาลของรัฐที่มีทั้งศัลยแพทย์และอายุรแพทย์ มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือสถาบันประสาทวิทยา มีจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกสมองประมาณ 1,577 รายต่อปี (สถิติเวชระเบียน สถาบันประสาทวิทยา, 2560) และโรงพยาบาลราชวิถี มีจำนวนผู้ป่วย 748 รายต่อปี (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลราชวิถี, 2560) ผู้วิจัยจึงกำหนดประชากรจาก 2 โรงพยาบาลนี้เป็นตัวแทนประชากรที่มีจำนวนผู้ป่วยเนื้องอกปฐมภูมิมากที่สุดในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคนี้ออกในสมอง ชนิดปฐมภูมิ หรือได้รับการตรวจยืนยันโดยผลการตรวจ CT หรือ MRI พบว่ามีเนื้องอกภายในสมอง ชนิดใดชนิดหนึ่งโดยไม่ใช่เนื้องอกที่แพร่กระจายมาจากอวัยวะอื่น (Metastasis) มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหรือศัลยกรรม สถาบันประสาทวิทยาและโรงพยาบาลราชวิถี อายุ 19 ปีขึ้นไป ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองปฐมภูมิ
- 2) สามารถสื่อสารโดยการพูด เขียน หรือสื่อสารผ่านผู้ดูแลได้เข้าใจ
- 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

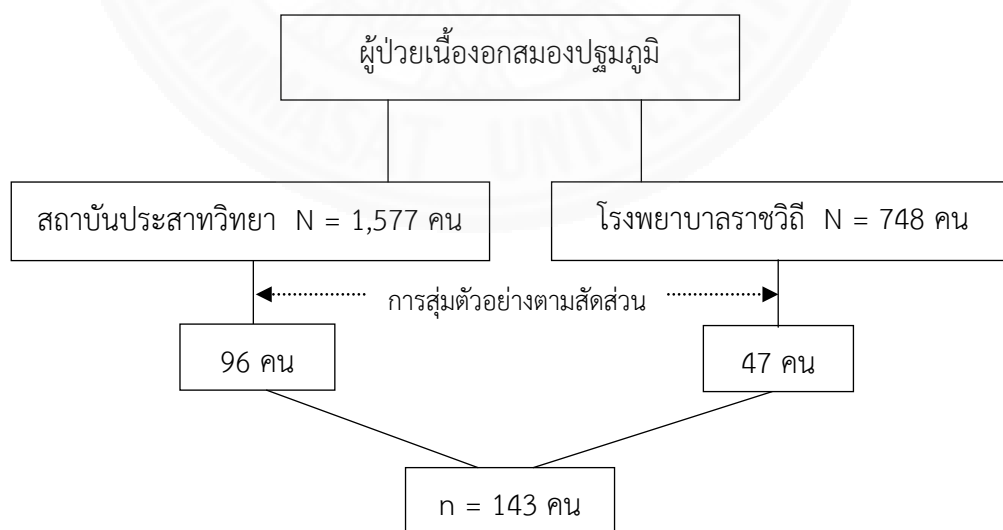
- 1) มีภาวะของโรครุนแรงหรือเป็นเนื้องอกสมองระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
- 2) มีอาการกำเริบรุนแรง เหนื่อยหอบขณะสัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* POWER ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากพื้นฐานแนวคิด Power analysis (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ (Large) $R^2 = 0.13$ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 130 ราย เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงจากความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการออกจากการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 143 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนจำนวนประชากรของผู้ป่วยเนื้องอกปฐมภูมิจากสถิติผู้ป่วยของสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี คือ 96:47 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 143 ราย



ภาพที่ 3.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสถานะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Personal Status Questionnaire) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Data) ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีผู้ดูแล และ 2) ภาวะสุขภาพ (Health Status) ได้แก่ การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษา เป็นต้น การประเมินสถานะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และเป็นแบบตอบคำถามเชิงคุณภาพสั้นๆ ข้อมูลได้จากการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งบันทึกจากแฟ้มเวชระเบียนการรักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom Distress Scale [SDS]) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินอาการไม่สุขสบายจากอาการในผู้ป่วยเนื้องอกสมองของอำนวยการ อาชานอก (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัด M.D. Anderson Symptom Inventory (Cleeland, Mendoza, Wang, Chou, Harle, & Morrissey, 2000) ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ 0.80 โดยผู้วิจัยแบ่งแบบวัดเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1) การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and Severity Scale) ของ 5 อาการ และ ส่วนที่ 2) สอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to Symptom Distress Scale) ของ 5 อาการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and Severity Scale) ของ 5 อาการ คือ อาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และระดับความรู้สึกตัวลดลง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินคะแนน (Rating scale) 0-10 ระดับ ตั้งแต่คะแนน 0 หมายถึง ความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการไม่มีเลยหรือน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 10 หมายถึงคะแนนความถี่ของการเกิดอาการมากที่สุด หลังจากนั้นประเมินภาพรวม โดยใช้คะแนน 1-4 ช่วงคะแนน 0-130 คะแนนและนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดหารจำนวนข้อหาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) แบ่งเกณฑ์การประเมินความถี่และระดับความรุนแรงทั้งรายด้านและโดยรวมดังนี้ (อำนวยการ อาชานอก, 2549)

คะแนน	ความหมาย	ระดับ
0 - 1.00	ไม่มีความถี่และความรุนแรงของอาการ	ไม่มี หรือน้อยที่สุด
1.01-2.00	ความถี่และความรุนแรงของอาการปานกลาง	ปานกลาง
2.01-3.00	ความถี่และความรุนแรงของอาการมาก	มาก
3.01-4.00	ความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด	มากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to Symptom Distress Scale) 5 อาการ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประเมินคะแนน 10 ระดับ คือคะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือมีความทุกข์ทรมานกับอาการน้อยที่สุด คะแนน 10 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการมากที่สุด ให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานและเลือกระดับคะแนน จากนั้นนำคะแนนมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยของทั้งหมด และแบ่งเกณฑ์การประเมินทั้งรายด้านและโดยรวม

ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของส่วนที่ 1 และ 2 รวมกันเป็นค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการและแบ่งเกณฑ์การประเมินดังนี้ (อำนาจพร อาษานอก, 2549)

คะแนน	ความหมาย	ระดับ
0 - 1.00	ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการหรือน้อยที่สุด	ไม่มี หรือน้อยที่สุด
1.01-2.00	มีความทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง	ปานกลาง
2.01-3.00	มีความทุกข์ทรมานของอาการมาก	มาก
3.01-4.00	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด	มากที่สุด

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ (Symptom Management Behaviors Scale [SMB]) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการจัดการอาการ 5 ด้านคือ 1) การจัดการอาการอ่อนแรง 10 ข้อ 2) การจัดการอาการปวดศีรษะ 10 ข้อ 3) การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน 9 ข้อ 4) การจัดการอาการชัก 10 ข้อ และ 5) การจัดการอาการความรู้สึกตัวลดลง 7 ข้อ รวมแบบวัดทั้งหมดมีจำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการอาการข้อนั้นตรงกับปฏิบัติของผู้ป่วยน้อยที่สุดหรือไม่ตรงเลย คะแนน 4 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการอาการข้อนั้นตรงกับปฏิบัติของผู้ป่วยมากที่สุดหรือกระทำบ่อยที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดคะแนนที่เป็นไปได้ (Possible score) 0-184 คะแนน คำนวณคะแนนเฉลี่ยเป็นรายด้านและโดยรวม และแบ่งเกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน	ความหมาย	ระดับ
0 - 1.00	พฤติกรรมการจัดการอาการไม่ดี ไม่เหมาะสม	น้อยที่สุด
1.01-2.00	พฤติกรรมการจัดการอาการเหมาะสมปานกลาง	ปานกลาง
2.01-3.00	พฤติกรรมการจัดการอาการเหมาะสมดี	มาก
3.01-4.00	พฤติกรรมการจัดการอาการเหมาะสมมากที่สุด	มากที่สุด

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Health-Related Quality of Life for Brain Tumor [HRQOL-BT]) ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Functional Assessment of Cancer Therapy–Brain [FACT-BR]) ที่พัฒนาโดย Weitzner และคณะ (1995) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ณีภรุตสา เจียรนิลกุลชัย (2559) ซึ่งตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค์ได้ 0.7-0.94 เป็นแบบสอบถามจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายมีข้อคำถาม 7 ข้อ 2) ด้านสังคมและครอบครัวมีข้อคำถาม 7 ข้อ 3) ด้านจิตใจและอารมณ์ มีข้อคำถาม 6 ข้อ 4) ด้านการทำหน้าที่มีข้อคำถาม 7 ข้อ และ 5) ด้านอาการที่เกี่ยวข้องมีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 0-4 ช่วงคะแนน 0-192 คะแนน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามด้านลบต้องกลับค่าคะแนนก่อนการรวมคะแนน หาค่าเฉลี่ยทั้งรายด้านและโดยรวม และแบ่งเกณฑ์การประเมินดังนี้ (ณีภรุตสา เจียรนิลกุลชัย, 2559; Weitzner et al., 1995)

ข้อคำถามทางบวก (คะแนน)	ข้อคำถามทางลบ (คะแนน)	ระดับความพึงพอใจในชีวิต การแปลผล
0	4	ไม่มีเลย
1	3	เล็กน้อย
2	2	ปานกลาง
3	1	มาก
4	0	มากที่สุด

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย	ระดับ
0 - 1.00	ความพึงพอใจในชีวิตไม่ดี ต่ำ	ต่ำ
1.01-2.00	ความพึงพอใจในชีวิตกลางๆ	ปานกลาง
2.01-3.00	ความพึงพอใจในชีวิตดี	ดี
3.01-4.00	ความพึงพอใจในชีวิตมาก ดีที่สุด	ดีมาก

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลสภาวะบุคคล 2) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลด้านแนวคิดการจัดการอาการและคุณภาพชีวิต	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบประสาท	1	ท่าน
พยาบาลชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	1	ท่าน
ศิษย์แพทย์ทางประสาทวิทยา	1	ท่าน
อายุรแพทย์ทางประสาทวิทยา	1	ท่าน

ผู้วิจัยจัดทำแบบประเมินรายข้อสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและจัดทำเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1-4 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ค่าคะแนน 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องหรือไม่เหมาะสม คะแนน 4 หมายถึง ข้อความมีความสอดคล้องมากที่สุด ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน ผู้วิจัยนำค่าคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านประเมินรายข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดที่ได้คะแนน 3 และ 4 และนำแบบสอบถามแต่ละชุดมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือค่า CVI มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2008)

3.3.2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability test)

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภายหลังจากการปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน และทำสัญลักษณ์ไว้เพื่อแยกกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ซ้ำกับการเก็บข้อมูลจริง นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้มากกว่า 0.8 (Burn & Grove, 2005)

3.4 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้ดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) จัดทำเครื่องมือการวิจัยโดยการทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และการจัดทำเครื่องมือวิจัย ทำหนังสืออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2) เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบด้านจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

3) ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือวิจัย และใบอนุมัติความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาท เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4) เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยระบบประสาททั้งแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่จะทดสอบเครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยและนัดหมายวันเวลาในการเก็บข้อมูล

3.4.2 ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) สํารวจรายชื่อผู้ป่วยเนื้องอกสมองจากแฟ้มประวัติและจากเวชระเบียนห้องตรวจผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และทำเครื่องหมายไว้

สถาบันประสาทวิทยา มีคลินิกผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ในวันอังคาร และพฤหัสบดี ส่วนโรงพยาบาลราชวิถีมีคลินิกในวันจันทร์ ศุกร์ โดยก่อนวันนัดหมายผู้วิจัยจะเข้าไปศึกษาและเตรียมความพร้อมก่อน พร้อมทั้งจัดเตรียมสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์

2) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยอธิบายหรือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำการวิจัยและเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 15–20 นาที

4) ภายหลังจากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตรวจสอบแบบสัมภาษณ์หลังจากที่ผู้ป่วยทำเสร็จ ไม่มีแบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์ (Attrition rate = 0)

3.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เสนอต่อ คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการ 161/2560 20 กุมภาพันธ์ 2561 และคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยาเพื่อพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาทำนายปัจจัยสภาวะบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยใช้แบบสอบถามในผู้ป่วยเนื้องอกสมองเท่านั้น ไม่มีการทดลองหรือการให้ยาใดๆ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ปกติ โดยผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีการบังคับ เป็นไปโดยความสมัครใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลเท่านั้น กรณีผู้ป่วยมีระดับความคิด การรับรู้ลดลงจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ดูแลสามารถเป็นคนเซ็นยินยอมหรือร่วมการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ การปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการพยาบาลใดๆ ทั้งนี้ในขณะที่สอบถามข้อมูลถ้าผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ หรือรู้สึกไม่สุขสบาย สามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยจะดูแลช่วยเหลือประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้น การวัดสัญญาณชีพ และดูแลให้กลุ่มตัวอย่างปลอดภัยก่อน หรือให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลหรือส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีตามความสมัครใจและตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยยินดีมอบหนังสือยินยอมคืนให้กลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามผู้ป่วยในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลและการเผยแพร่งานวิจัย จะกระทำในภาพรวม ไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุลของผู้ป่วยและหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และญาติสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ต่อไปนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูล ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์สภาวะส่วนบุคคลในการร่วมทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษาโรคเนื้องอกสมอง) ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ โดยการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Hierarchical regression) ด้วยการนำตัวแปรร่วมทำนายเข้าสมการ เข้าทีละกลุ่มตามกรอบการวิจัย เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง วิเคราะห์ในลักษณะ Stepwise ตามลำดับดังรูปภาพที่ 1.1 ประกอบด้วยปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล (เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค การรักษาโรคเนื้องอกสมอง) ก่อนนำตัวแปรมาวิเคราะห์ได้นำตัวแปรตามมาปรับข้อมูลให้มีค่าเพียง 5 ค่า นอกจากนี้การวิเคราะห์ในตัวแปรอิสระผู้วิจัยปรับเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ก่อนนำไปทำการวิเคราะห์ดังนี้

ตัวแปร	ตัวแปรหุ่น
เพศ	
ชาย	0
หญิง	1
รายได้ครอบครัวต่อเดือน	
น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	1
มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน	0
การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอก	
Menigioma	1
กลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ใช่ Menigioma	0

ตัวแปร	ตัวแปรหุ่น
ตำแหน่งของเนื้องอก	
Frontal lobe	1
ไม่ใช่ Frontal lobe	0
ระยะเวลาหลังการวินิจฉัย	
ระยะ 1 ปี	0
มากกว่า 1 ปี	1
โรคร่วม	
ไม่มี	0
มีโรคร่วม 1 โรคขึ้นไป	1
การรักษา	
รักษาด้วยการผ่าตัด	1
รักษาด้วยวิธีอื่นๆ	0
ปัจจัยเสี่ยง	
ไม่มี	0
มี 1 อย่างขึ้นไป	1
ผู้ดูแล	
ไม่มี	0
มี	1

3) วิเคราะห์ข้อสมมุติ (assumptions) สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว ได้แก่ รูปแบบการกระจายของข้อมูล (normal distributions) ความอิสระ (independence) ความเหมือนกันในด้านการผันแปร (homoscedasticity of variance) ความสัมพันธ์สูงของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าปลายของข้อมูล (outliers) เพื่อวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลและเลือกใช้สถิติอย่างเหมาะสม

4) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านปัจจัยสภาวะบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi Square test) ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ และด้านพฤติกรรมการจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองโดยการทดสอบด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5) วิเคราะห์อำนาจการทำนายด้านปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการด้วยสติลดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับตามวัตถุประสงค์ดังนี้

4.1 การนำเสนอผลการวิจัย

4.1.1 ปัจจัยสภาวะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

4.1.2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

4.1.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

4.1.4 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

4.1 การนำเสนอผลการวิจัย

4.1.1 ปัจจัยสถานะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.8 มีอายุระหว่าง 19-81 ปี อายุเฉลี่ย 52.2 ปี (SD =11.56) อยู่ในกลุ่มอายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.1 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 73.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 21.7 เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 65.0 ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 28.0 ภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.1 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอต่อการดำเนินชีวิต คิดเป็นร้อยละ 82.5 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลสถานะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

สถานะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	25.2
หญิง	107	74.8
อายุ (ปี) (Mean = 52.2 ,SD = 11.56, Range = 19-81)		
19 – 30 ปี	7	4.9
31 – 45 ปี	28	19.6
46 – 60 ปี	75	52.4
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	33	23.1
สถานภาพสมรส		
โสด	20	14.0
คู่ /สมรส	105	73.4
หม้าย / หย่า / แยก	18	12.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สถานะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา / ประถมศึกษา	79	55.2
มัธยมศึกษา	18	12.6
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรปวช./ปวส.	15	10.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	31	21.7
สถานภาพภายในครอบครัว		
ผู้นำครอบครัว	50	35.0
สมาชิก	93	65.0
อาชีพก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคนี้		
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17	11.8
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	26	18.2
เกษตรกร / รับจ้างทั่วไป	60	42.0
พนักงานบริษัทเอกชน	10	7.0
เกษียณ / แม่บ้าน / ไม่ทำงาน	30	21.0
อาชีพภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคนี้		
ยังประกอบอาชีพเดิม	46	32.2
เปลี่ยนอาชีพใหม่	20	14.0
ไม่ได้ทำงาน	77	53.8
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	21	14.7
5,000 – 10,000	26	18.2
10,001 – 15,000	21	14.7
15,001 – 20,000	30	21.0
20,001 – 30,000	33	23.0
มากกว่า 30,000	12	8.4
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
เพียงพอ	118	82.5
ไม่เพียงพอ	25	17.5

ข้อมูลสภาวะส่วนบุคคลด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกชนิด Meningioma ร้อยละ 82.2 อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 79.0 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่ง Frontal lobe ร้อยละ 40.0 มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย 1-6 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ร้อยละ 60.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 66.4 การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการผ่าตัด ร้อยละ 79.7 มีการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะสุขภาพร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 99.3 ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล 1 คนร้อยละ 97.2 อายุเฉลี่ย 42.53 ปี (SD =14.27) พิสัย 13-80 ปี อยู่ดูแลด้วยกันตลอดร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 98.6 ได้รับการช่วยจากคนในครอบครัวร้อยละ 57.7 สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลร้อยละ 76.2 ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังป่วยได้ด้วยตนเองบางส่วนร้อยละ 35.0 และส่วนใหญ่มีความสามารถในการสื่อสารความจำ สมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมภายหลังการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยร้อยละ 39.2 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Meningioma	120	82.2
Schwannoma	10	6.8
Glioma	8	5.5
Benign	8	5.5
ระยะเนื้องอกสมอง (tumor grade)		
ระยะ 1	113	79.0
ระยะ 2	28	19.6
ระยะ 3	2	1.4
ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง		
Frontal lobe	60	40.0
Temporal lobe	53	35.3
Parietal lobe	22	14.7
Occipital lobe	10	6.7
Pituitary gland	5	3.3

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาภายหลังเกิดเนื้องอกสมอง		
1 – 6 เดือน	86	60.1
มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี	31	21.7
มากกว่า 1 ปี – 2 ปี	9	6.3
มากกว่า 2 ปี – 5 ปี	12	8.4
มากกว่า 5 ปี	5	3.5
โรคร่วม		
ไม่มี	95	66.4
มี	48	33.6
โรคเบาหวาน	19	24.4
โรคความดันโลหิตสูง	34	43.6
โรคไขมันในเลือดสูง	22	28.2
โรคเกาต์	3	3.8
การรักษาโรคเนื้องอก		
การผ่าตัด	126	79.7
เคมีบำบัด	3	1.9
ฉายแสง	13	8.2
นัดต่อเนื่อง (เพื่อดูขนาดก้อนเนื้องอก)	16	10.2
ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ		
สูบบุหรี่	16	6.4
ดื่มสุรา	21	8.4
รับประทานอาหารรสเค็ม	48	19.1
รับประทานอาหารหวาน	69	27.4
ไม่ออกกำลังกาย	92	36.7
รับประทานผักผลไม้ไม่บ่อย	4	1.6
นอนไม่เพียงพอ	1	0.4
มีผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	1	0.7
มีผู้ดูแลหลัก 1 คนขึ้นไป	142	99.3

4.1.2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการ อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ผลการวิเคราะห์ความทุกข์ทรมานจากอาการ

ผลการวิเคราะห์ความทุกข์ทรมานจากอาการแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and severity of symptoms) และ 2) การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to symptoms distress)

1) การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ (Occurrence and severity of symptoms)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเกิดอาการหรือความถี่และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอาการ โดยรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.62, SD = 0.26) โดยมีการรับรู้การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการรายด้านของอาการอ่อนแรง อยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.06, SD = 0.68) ส่วนการรับรู้การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการ อาการปวดศีรษะอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการชัก และอาการรู้สึกตัวลดลงอยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ค่าเฉลี่ยการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

การเกิดอาการ และความรุนแรงของอาการ	คะแนนที่ เป็นไปได้	Mean(SD)	การแปลผล
รายด้าน			
อาการอ่อนแรง	0-16	1.06 (0.68)	น้อย
อาการปวดศีรษะ	0-24	0.92 (0.30)	น้อยที่สุด
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0-24	0.68 (0.40)	น้อยที่สุด
อาการชัก	0-16	0.31 (0.54)	น้อยที่สุด
อาการรู้สึกตัวลดลง	0-24	0.15 (0.34)	น้อยที่สุด
โดยรวม	0-104	0.62 (0.26)	น้อยที่สุด

2) การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Response to symptoms distress)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.10, SD = 0.61) ส่วนระดับความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการสูงที่สุดคือ อาการอ่อนแรงอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.51, SD = 1.08) รองลงมาคือ อาการปวดศีรษะอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.70, SD = 0.85) อาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.42, SD = 0.81) การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการชักอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.48, SD = 0.87) และอาการรู้สึกตัวลดลงอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.31, SD = 0.62) ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งหมด (symptom distress) ได้จากส่วนที่ 1 ค่าเฉลี่ยของการเกิดอาการและความรุนแรง รวมกับส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.33, SD = 0.42) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

	คะแนน ที่เป็นไปได้	Mean (SD)	การแปลผล
การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ			
รายด้าน			
อาการอ่อนแรง	0-12	2.51 (1.08)	มาก
อาการปวดศีรษะ	0-12	2.70 (0.85)	มาก
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0-12	2.42 (0.81)	มาก
อาการชัก	0-12	1.48 (0.87)	น้อย
อาการรู้สึกตัวลดลง	0-12	1.31 (0.62)	น้อย
โดยรวม	0-60	2.10 (0.61)	มาก
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	0-164	1.33 (0.42)	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.32, SD = 0.68) ส่วนระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการในระดับน้อยที่สุด 2 อาการคือ การจัดการอาการระดับความรู้สึกตัวลดลง (Mean = 0.49, SD = 0.95) และการจัดการอาการชัก (Mean = 0.70, SD = 0.99) รองลงมาคือพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ คลื่นไส้ อาเจียน (Mean = 1.47, SD = 0.93) อ่อนแรง (Mean = 1.67, SD = 0.74) และ อาการปวดศีรษะ (Mean = 2.01, SD = 0.74) มีระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (n = 143)

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (SD)	การแปลผล
พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการรายด้าน			
อาการอ่อนแรง	0-40	1.67 (0.95)	น้อย
อาการปวดศีรษะ	0-40	2.01 (0.74)	น้อย
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0-36	1.47 (0.93)	น้อย
อาการชัก	0-40	0.70 (0.99)	น้อยที่สุด
อาการรู้สึกตัวลดลง	0-28	0.49 (0.95)	น้อยที่สุด
พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการโดยรวม	0-184	1.32 (0.68)	น้อย

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีระดับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 2.10, SD = 0.35) โดยมีคุณภาพชีวิตรายด้านสูงที่สุดคือ ด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 3.01, SD = 0.74) รองลงมาคือด้านการทำหน้าที่ อยู่ในระดับดี (Mean = 2.10, SD = 0.64) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์อยู่ระดับปานกลาง (Mean = 1.92, SD = 0.75) และมีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุดในด้านร่างกาย ระดับปานกลาง (Mean = 1.68, SD = 0.65) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6

คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (n = 143)

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	คะแนนที่		การแปลผล
	เป็นไปได้	Mean (SD)	
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพรายด้าน			
ด้านร่างกาย	0-28	1.68 (0.65)	ปานกลาง
ด้านสังคมและครอบครัว	0-28	3.01 (0.74)	ดีมาก
ด้านจิตใจและอารมณ์	0-24	1.92 (0.75)	ปานกลาง
ด้านการทำหน้าที่	0-28	2.10 (0.64)	ดี
ด้านอาการที่เกี่ยวข้อง	0-84	1.99 (0.40)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม	0-192	2.10 (0.35)	ดี

4.1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคและการรักษา การมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงกลุ่มกับค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณกับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนข้อมูลด้านเพศ และผู้ดูแลพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่า ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคที่เป็นเนื้องอกสมอง และการรักษาโรคเนื้องอก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพฤติกรรมการจัดการอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (n = 143)

ตัวแปร	Value	Df	p
สภาวะส่วนบุคคล			
เพศ	0.002	1	0.961 ^a
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.434	1	0.041 ^a
ผู้ดูแล	1.208	1	0.455 ^a
การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง	0.036	1	0.849 ^a
ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง	4.424	1	0.035 ^a
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคที่เป็นเนื้องอกสมอง	0.624	1	0.036 ^a
การรักษาโรคเนื้องอก	0.532	1	0.029 ^a
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	0.780	-	0.000 ^b
พฤติกรรมการจัดการอาการ	-0.663	-	0.000 ^b

^a = Pearson Chi – square

^b = Pearson Correlation

4.1.4 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ภายหลังจากทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ การรักษาโรคเนื้องอก ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้งหมดมาทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ตามเงื่อนไขของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่อง หากไม่มีค่าต่อเนื่องผู้วิจัยได้ปรับเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อนนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

2. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติไคสแควร์ และตรวจสอบความสัมพันธ์เพื่อนำตัวแปรไปศึกษาความสามารถในการทำนาย

3. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ การศึกษาครั้งนี้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 143 คน

4. มีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ (Normal distribution) โดยการตรวจสอบจากตาราง Descriptive แผนภาพต้น-ใบ (Stem and leaf plot diagram) กราฟ Normal Q-Q Plot พบว่าตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

5. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พิจารณาจาก Scatter plot แผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) มีการกระจายตัวปกติ ดังแสดงในภาคผนวก ฉ

6. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบ Durbin-Watson ได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.589

7. จากนั้นผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้งหมด ประกอบด้วย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการพฤติกรรมการจัดการอาการ การรักษาโรคเนื้องอก ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว นำเข้าสู่การวิเคราะห์สมการถดถอยแบบลำดับขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ได้รูปแบบของการพยากรณ์ (Model summary) 3 รูปแบบ โดยมีผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า R และ R Square สูงสุดคือ 53.7 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8

การเปลี่ยนแปลงค่าสถิติของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (n = 143)

รูปแบบ	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.742 ^a	.550	.544	.254
2	.770 ^b	.592	.581	.244
3	.791 ^c	.625	.609	.235

a. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ

b. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ รวมพฤติกรรมการจัดการตนเอง

c. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ รวมพฤติกรรมการจัดการตนเอง
การรักษาโรคเนื้องอก

d. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์การผันแปรของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (ANOVA) แสดงให้เห็นว่าแต่ละแบบจำลองที่ได้ทีละขั้นจะมีค่าผลรวมของการผันแปรยกกำลังสอง (Sum of square) อัตราความเป็นอิสระ ค่าเฉลี่ยของการผันแปร ค่า F และระดับนัยสำคัญของแบบจำลองที่ได้ในแต่ละขั้นตอน และได้แบบจำลองที่ 3 ที่มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9

การวิเคราะห์การผันแปรของสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (ANOVA) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค
เนื้องอกสมอง (n = 143)

รูปแบบ	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	5.845	1	5.845	90.559	.000 ^b
Residual	4.776	74	.065		
Total	10.621	75			
2 Regression	6.292	2	3.146	53.051	.000 ^c
Residual	4.329	73	.059		
Total	10.621	75			
3 Regression	6.638	3	2.213	40.001	.000 ^d
Residual	3.983	72	.055		
Total	10.621	75			

a. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

b. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ

c. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

d. Predictors: (Constant), ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการตนเอง
การรักษาโรคเนื้องอก

ตารางที่ 4.10 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระต่อการ
ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลการทำนายคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้อย่างมีนัยสำคัญมี 3 ตัวแปรคือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ($\beta = -.365$, $p < .01$) รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการอาการ ($\beta = .157$, $p < .01$) และการรักษา ($\beta = .235$, $p < .05$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง (n = 143)

รูปแบบ	Unstandardized		Standardized		Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	
1 (Constant)	2.965	.091		32.569	.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.621	.065	-.742	-9.516	.000
2 (Constant)	2.868	.094		30.438	.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.375	.109	-.448	-3.433	.001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.163	.059	.358	2.746	.008
3 (Constant)	2.826	.093		30.533	.000
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.365	.106	-.437	-3.462	.001
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.157	.057	.346	2.743	.008
การรักษาโรคนีื้องอก	.235	.094	.182	2.502	.015

a. Dependent Variable: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยสถานะส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยการใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ การรักษาโรคนีื้องอก ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ตัวแปรการรักษาโรคนีื้องอก ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ร้อยละ 62.5 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$Y = 2.826 + 0.235X_1 - 0.365X_2 + 0.157X_3$$

เมื่อ Y คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
 X_1 คือ การรักษาโรคนีื้องอก
 X_2 คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ
 X_3 คือ พฤติกรรมการจัดการอาการ

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่มาตรวจรักษาจากสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 143 ราย อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ และ อายุ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 107 คน (ร้อยละ 74.8) เพศชาย 36 คน (ร้อยละ 25.2) ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า เพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนีื้องอกสมองสูงกว่าเพศชาย ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สูงกว่าเพศชาย ภัทรา พิมสาร (2558) ข้อมูลด้านอายุ ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 52.4) อายุเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง 52.2 ปี (SD = 11.56) ซึ่งเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมากที่สุดไนวัยผู้ใหญ่ และการรักษาตามมาตรฐานขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยเป็นสำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ อินทรสมใจ, 2547; อำนวยพร อาชานอก, 2549; อรชร บุติพันตา, 2553; อัญชญา พุททสิมมา, 2553; ณิชฎฐษา เจียรนิลกุลชัย, 2559, Shah et al., 2017

ข้อมูลด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาและระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.2 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 28.0 รายได้ครอบครัวพบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นระดับรายได้ที่มีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และในสังคมไทยเพศชายยังคงเป็นผู้หารายได้หลักแก่ครอบครัว (อัญชญา พุททสิมมา, 2553; ภัทรา พิมสาร, 2558) และพบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต

ปัจจัยด้านการวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) ร้อยละ 82.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา พิมสาร, ชนกพร จิตปัญญา (2559) จากการศึกษาพบผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ระยะที่ 1 ร้อยละ 79.0 และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 79.7 ผู้ป่วยที่สามารถรับการรักษาผ่าตัดได้ มีผลการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่

ไม่สามารถทำการรักษาโดยการผ่าตัดได้ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้าย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา (Hickey, 2003; Huang et al., 2001) บริเวณตำแหน่งของเนื้องอกสมอง พบว่าบริเวณที่เกิดเนื้องอกที่ Frontal lobe ร้อยละ 40.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณชนก เอียดสุข (2555) พบตำแหน่งเดียวกันของเนื้องอกสมอง ร้อยละ 33.9 และยังพบว่าตำแหน่งของเนื้องอกสมองเป็นปัจจัยทำนายร่วมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย (2559)

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาษานอก (2549), อัญชญา พุทธสิมมา (2553), ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย (2559) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (อำนวยพร อาษานอก, 2549)

สถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชญา พุทธสิมมา (2553), ภัทรา พิมสาร (2558), ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย (2559) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองส่วนใหญ่ในประเทศไทยสถานภาพคู่ สังคมไทยเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เมื่อมีการเจ็บป่วยพบว่ามี การดูแล ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ด้านการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย อย่า แยก ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความรู้สึกรอบอุ้มที่มีที่ปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยให้กำลังใจ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 – 30,000 บาท ซึ่งเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 82.5 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชญา พุทธสิมมา (2553), ภัทรา พิมสาร (2558) พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 68.20 มีความเพียงพอของรายได้อีกกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 74.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ และนุชสรุา เพชรบุตร (2554) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

การวินิจฉัยชนิดของเนื้องอกสมอง พบว่า ผู้ป่วยเป็นเนื้องอกสมอง ชนิด Meningioma ร้อยละ 82.2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547), อัญชญา พุทธสิมมา (2553) ภัทรา พิมสาร (2558), ญัฐฐา เจียรนิลกุลชัย (2559) มีเนื้องอกชนิด Meningioma ร้อยละ 44.8 ถึงร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยเนื้องอกที่ศึกษา ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง

พยาธิสภาพจึงไม่รุนแรง และการผ่าตัดเนื้องอกชนิด Meningioma ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตในระดับดี และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Kalkanis et al., 2000)

ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง การศึกษาส่วนใหญ่พบตำแหน่ง Frontal lobe ร้อยละ 40 สอดคล้องกับงานวิจัยของ อำนวยพร อาชานอก (2549) right frontal lobe ร้อยละ 26.15 และการศึกษาของ ณชนก เอียดสุข (2556) พบเนื้องอกที่ตำแหน่ง frontal lobe ร้อยละ 33.9 การศึกษาได้พบว่า ตำแหน่งของเนื้องอกสมองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ป่วยที่พบว่ามีเนื้องอกตำแหน่ง frontal lobe ซึ่งตำแหน่งของเนื้องอกสมอง มีผลต่อการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการที่เกิดกับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (ณัฐฐา เจียรนิกุลชัย, 2559)

การรักษาโรคเนื้องอกสมอง พบว่า รักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 79.7 ซึ่งการรักษาหลักของผู้ป่วยเนื้องอกสมองคือการผ่าตัดการศึกษาของ Mugand และคณะ (2001) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีปัญหาอาการอ่อนแรงมากที่สุดถึงร้อยละ 78 การรักษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาชานอก (2549) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .616

ด้านโรคร่วมหรือโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 66.4 และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมด้วย ร้อยละ 33.6 พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.6 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.2 ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังจากผ่าตัดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดซ้ำของโรคได้รับการผ่าตัดซ้ำในรายที่เกิดเนื้องอกสมองเกิดซ้ำ หรือบางรายที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกสมองออกได้หมดภายในครั้งเดียว และมีผลต่อพยาธิสภาพทำให้แขนขาอ่อนแรงความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง จิตอาரியและคณะ (2549) หลังการผ่าตัดเนื้องอกออกจะได้รับการทำกายภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้โดยมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 67.50 อาการอ่อนแรง ร้อยละ 62.75 การศึกษาของ Armstrong, Bolanos, and Gilbert, (2011) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่ามีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 52 บ่งชี้ว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด อาการปวดศีรษะขึ้นอยู่กับขนาดและชนิดของเนื้องอกสมอง (Snyder, Robinson, Shah, Brennan, & Handrigan, 1993) ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ส่วนใหญ่เกิดจากกลไกของการที่เนื้องอกมีขนาดโต ทำให้เพิ่มพื้นที่และเพิ่มความดันภายในกะโหลกศีรษะให้สูงขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงเฉพาะที่เป็นข้อมูลสำคัญเพราะเป็นอาการที่เกิดจากกลไกพยาธิสภาพที่มีความวิกฤติ รุนแรง ถ้า

ไม่มีการจัดการอาการ อาจส่งผลต่อภาวะโรคที่รุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมาได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่พบได้แทบจะเป็นปกติ หรือพบได้บ่อยในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะแขนขาอ่อนแรง ชัก ความรู้สึกตัวลดลงเรื่อยๆ ปัจจัยความทุกข์ทรมานจากอาการ การศึกษาผลของความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทางกายที่รุนแรง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการอ่อนแรง และอาการคลื่นไส้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจในการดำเนินของโรค ผู้ป่วยมีความพอใจในการรับการรักษาพบความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางจิตใจ (Schmidinger et al., 2003) ซึ่งการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการที่มีคุณภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง (บุญทิวา สุวิทย์, 2015)

พฤติกรรมการจัดการอาการ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติมีพฤติกรรมการจัดการอาการ ปวดศีรษะและอ่อนแรง ร้อยละ 50.25 และ 41.75 ตามลำดับ ซึ่งมีการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการ ปฏิบัติได้ระดับน้อย ส่งผลให้อาการของโรคที่ไม่ได้รับการปฏิบัติที่ถูกต้องและลดอาการลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นภา ทวีรทรงกุล (2015) ประสพการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีประสพการณ์อาการ และการจัดการอาการที่ดีมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาของสุรชัย มณีเนตร (2014) ศึกษาความสัมพันธ์กับอาการและการจัดการอาการ ผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการจัดการอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000-30,000 บาท ร้อยละ 23.1 เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต คิดเป็นร้อยละ 82.5 ในการศึกษาพบว่า ข้อมูลด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และพบระยะเวลาที่เป็นเนื้องอกเนื้องอกสมอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีอาการของโรคที่รุนแรงในระดับน้อยจนถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 15.5 ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการทำหน้าที่ด้านร่างกายหลังการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenbery และคณะ (2006) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Meningioma จะมีอาการด้านร่างกายที่ดีหลังการได้รับทำกายภาพฟื้นฟู แต่พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติ ความรุนแรงและความถี่ของการเกิด

อาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีพฤติกรรมที่ไม่ได้สนับสนุนให้อาการทุกข์ทรมานของโรคลดลงจะเห็นได้ว่าความรุนแรงของอาการมีระดับน้อยมาก แต่มีการเกิดความถี่ของอาการในระดับมากจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการบรรเทาอาการได้ไม่เหมาะสม

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ความทุกข์ทรมานจากอาการ อาการที่พบในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาการอ่อนแรง จะพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีอาการอ่อนแรงมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรา พิมสาร และ ชนกพร จิตปัญญา (2559)

อาการปวดศีรษะ สามารถพบบ่อยถึงร้อยละ 35 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการปวดศีรษะบริเวณใกล้เคียงกับตำแหน่งของเนื้องอกในสมอง โดยอาการปวดศีรษะอาจพบได้ตลอดเวลา ระยะเวลาที่ปวดศีรษะอาจมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ปวดศีรษะรุนแรงมักพบอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

อาการชัก เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบได้ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Keles & Berger, 2001) เมื่อเนื้องอกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะไปกดบริเวณเนื้อสมองรอบๆ ทำให้เนื้อสมองได้รับบาดเจ็บของสมองเฉพาะที่ เกิดความผิดปกติของการส่งผ่านกระแสประสาท มีการหลั่งของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจึงมีอาการชัก และตำแหน่งของเนื้องอกก็มีผลต่อการชักของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (Wen, Teoh, & Black, 2001)

ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) ซึ่งความทุกข์ทรมานของกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการอ่อนแรง อาการปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการชัก และอาการรู้สึกตัวลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 (SD = 0.61) ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับมาก แต่มีความถี่ของอาการโดยรวมในระดับน้อยที่สุด ทำให้มีคุณภาพชีวิตดี ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองน่าจะมีสาเหตุหลักมาจากการรักษาโดยการผ่าตัดเนื้องอกสมอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภัทรา พิมสาร และ ชนกพร จิตปัญญา (2559) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผลการวิจัยว่ากลุ่มการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.520$) ร่วมกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอก

งอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเชื่อมโยงของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียว ร้อยละ 77.8 และมีปัญหาด้านสุขภาพหลังการผ่าตัด ร้อยละ 70.4 ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($r=.452, P<.01$) การศึกษาของ Lively, Miaskowski and Dodd (1999) พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผาสุกด้านจิตสังคม การจัดการกับอาการ และความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองชนิด Glioblastoma multiforme ก่อนและหลังได้รับการฉายแสง ($r = -0.57$ และ $r = -0.60$) กลุ่มอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นล้วนมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีด้านไหนผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อด้านไหนผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อด้านที่เหลือ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมระดับมาก (Mean 2.10 SD = 0.61) แต่มีความถี่และความรุนแรงของอาการโดยรวมระดับน้อยที่สุด (Mean 0.62 SD = 0.26) ทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองสามารถทำกิจกรรมตามปกติได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Schmidinger et al (2003) ผู้ป่วยมีความพอใจในการรักษาถึงจะมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ถ้ามีการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่มีคุณภาพส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็ง (บุญทิศา สุวิทย์, 2015)

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการอาการ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

จากการวิเคราะห์ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการอาการ โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยลอจิสติก พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้แก่ การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการอาการ ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยตัวแปรการรักษาโรคเนื้องอกสมอง ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมจัดการอาการสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ร้อยละ 62.5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพหุภาคี เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) การจัดการอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการของ Dadd และคณะ (2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่าโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในเขตบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครคือ ในสถาบันประสาทและโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยจึงกำหนดประชาชนจาก 2 โรงพยาบาลนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย การทำวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้ารับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคนชุดที่ 3 ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รหัสโครงการ 161/60 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสภาวะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 2) แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ แบ่งเป็น 2 ส่วน แบบสอบถามความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ 5 อาการ และแบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ และ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ตรวจสอบความตรงกับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือชุดที่ 1-5 เท่ากับ 0.88 , 0.92 , 0.92 , 0.94 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 1-5 กับ กลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 , 0.86 , 0.76 , 0.93 รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2561

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.5 ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลและข้อสมมติ (Assumptions) และวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่

พิสัย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 143 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.2 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ก่อนป่วยมีอาชีพ เกษตรกรรมและรับจ้างมากที่สุด และไม่ได้ทำงาน หลังเจ็บป่วย รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองแบบ Meningioma ร้อยละ 82.2 อยู่ในระยะที่ 1 ร้อยละ 79 และส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกที่ Frontal lobe และ Temporal lobe ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย 1-6 เดือนมากที่สุด การรักษาส่วนใหญ่คือการผ่าตัด และเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลหลัก

2. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม เพียงร้อยละ 33.6 ซึ่งในโรคที่พบร่วมมีโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง มีผลต่อระดับความดันในกะโหลกศีรษะ ในการผ่าตัดเนื้องอกในสมองต้องรักษาระดับความดันในกะโหลกศีรษะในคงที่ และป้องกันภาวะสมองบวม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้

3. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความรุนแรงและความถี่ของอาการอ่อนแรงร้อยละ 26.5 และอาการปวดศีรษะร้อยละ 23.0 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 67.50 ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการอ่อนแรง ร้อยละ 62.75 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 60.5

4. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีพฤติกรรมจัดการอาการอ่อนแรงอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.67, SD 0.74) อาการปวดศีรษะอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.01, SD 0.74) อาการคลื่นไส้ อาเจียนอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.47, SD 0.93) อาการชกอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean=0.70, SD 0.99) และอาการรู้สึกตัวลดลงอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 0.49, SD 0.95)

5. ปัจจัยทำนายของสภาวะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมจัดการอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง จากผลการศึกษา พบว่าพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง 6 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคเนื้องอกสมอง การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมจัดการอาการ ตัวแปรที่สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมจัดการอาการ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ร้อยละ 62.5

สรุปผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองคือ ค่าเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และการรักษาโรคเนื้องอกสมอง สามารถทำนายการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้ ร้อยละ 62.5 ทั้งนี้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีพฤติกรรมการจัดการอาการในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยเนื้องอกสมองไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานได้ จึงส่งผลต่อความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ไม่ใช่ชนิดปฐมภูมิได้ เช่น ผู้ป่วยเนื้องอกชนิดทุติยภูมิ เนื่องจากมีความแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่พบผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะที่ 3 และ 4 เนื่องจากเก็บข้อมูลเฉพาะในหน่วยงานผู้ป่วยนอก

5.2 ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้

5.2.1 ควรนำผลการวิจัยไปสร้างเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการอาการทุกข์ทรมานของอาการโรคเนื้องอกสมองได้ เพื่อลดอาการทุกข์ทรมานจากอาการของโรค

5.2.2 ควรมีการศึกษาความทุกข์ทรมานจากอาการตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละระยะและสามารถนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างตรงกับความเป็นจริงของผู้ป่วย

5.2.3 ควรศึกษาการจัดการอาการในบริบทของผู้ดูแลให้ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการให้ผู้ป่วย

5.2.4 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย เพื่อการประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการและนำมาประเมินติดตามพฤติกรรมการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.5 ควรมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในบทบาทของพยาบาลโดยเฉพาะในเรื่อง การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมการจัดการอาการ จัดทำคู่มือการเรียนการสอนแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การควบคุมและดูแลอาการด้วยตนเอง

5.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.3.1 ในการศึกษาร้อยต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและครอบคลุมทุกระยะของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

5.3.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปในเชิงคุณภาพ เนื่องจากผลวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความถี่ของการเกิดอาการน้อย แต่ระดับรุนแรงของความทุกข์ทรมานมาก ควรศึกษาในเชิงคุณภาพร่วมด้วย

5.3.3 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำผลวิจัยครั้งนี้ไปสร้างโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคเนื้องอกสมอง



รายการอ้างอิง

- จเร ผลประเสริฐ. (2528). *ประสาทศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : เที่ยรรู้บุคพับลิชเชอร์.
- จาริณญ์ จินดาประเสริฐ. (2558). High-Grade Glioma: Treatment and Molecular Markers เนื่องออกสมองกลีโมาชนิด high grade: การรักษาและตัวบ่งชี้ทางโมเลกุล. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(20), 212-216.
- เจษฎา นิมนานิตย์. (2537). *เนื้องอกสมอง : ความรู้พื้นฐาน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือแก้วการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์, และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2552). *แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: ธนาเพรส.
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, และ นกตล โสภารัตนาไพศาล. (2557). ประสบการณ์มีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ IV ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 15-28
- ชนกพร จิตปัญญา, สุรัชย์ เคารพธรรมและ อำนวยพร อาษานอก, (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(3), 45-47.
- ชวลิต เลิศบุษยานุกุล. (2552). การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม เพื่อการรักษาเนื้องอกในสมอง (IMRT of primary brain tumor). *Journal of Thai Society of Therapeutic Radiology and Oncology*, 15(1), 49-72.
- ณชนก เอียดสุข. (2557). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง. *Rama Nurs J.*, 19(3), 349-364.
- ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย (2559). ประสบการณ์การเกิดอาการ และอิทธิพลของการเกิดอาการต่อคุณภาพชีวิตในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(4), 275-292.
- ดรอุวรรณ จันทร์แก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สาขาพยาบาลศาสตร์.
- ดรอุวรรณ จันทร์แก้ว, ชนกพร จิตปัญญา, และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 4(3), 14-28.
- ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10 ปรีชาธร อินเตอร์พรีน จำกัด, กรุงเทพฯ.

- ทับทิม เปาอินทร์, เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง และเรวัต เตียสกุล. (2010). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. *Journal of Health Science*, 4(1),28-37.
- ประภัสสร มุกดาประวัติ. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของเนื้องอกสมอง ความรุนแรงของ ความพร้อมทางระบบประสาท ภาวะโภชนาการและภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย โรคนีื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาพยาบาลศาสตร์.
- ทัศนีย์ อินทรสมใจ และนุชสรุ เพชรบุตร. (2553). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 1, 12-23.
- ทัศนีย์ อินทรสมใจ. (2547). ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เนื้องอกสมองหลังผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาพยาบาลศาสตร์.
- ธารีรัตน์ อนันต์ชัยทรัพย์ และธีรภาพ ลีวลักษณ์. เนื้องอกสมอง (Brain tumor) [ออนไลน์].2554 แหล่งที่มา: <http://healthy.in.th> [1 กุมภาพันธ์ 2560]
- นภา ทวีรทรงกุล. (2559). ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาพยาบาลผู้ใหญ่.
- นรวิรี พุ่มจันทร์. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับ การรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิต แห่งประเทศไทย*, 13(3), 146-156.
- บุษกร พันธเมธาทย์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(3), 123-135.
- พจนา สายณ์ท์. (2558). การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวด และหายใจลำบาก ในพระภิกษุอาพาธด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(1), 63-70
- เพลินพิศ ธรรมนิภา, พรรณทิพย์ คงชื้อ, และสุนิตย์ ธีรศักดิ์วิเชียร. (2557). การรับรู้อาการ และการ จัดการกับอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 28-38.
- ภัทรา พิมสาร.(2558). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียดและ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคนีื้องอกสมองหลังผ่าตัด. *วารสาร มฉก. วิชาการ วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 20(39), 57-68.

- รุ่งนภา เกษคำ และ กุหลาบ สิงหาติ. (2557). เอกสารรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีสะเกษ. สืบค้นจาก http://203.157.165.4/ssko_presents/file_presents/3330800581395-14-7635.doc
- รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา. (2559). *มะเร็งในสมอง*. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://www.chulacancer.net/patient-knowledge-inner>
- รัชณี เบญจรัตน์, พิมพิจันทร์ กาญจนสินธุ์, ปราณีย์ ทองใส และสุมิตรา สินธุ์ศิริมานะ. (2558). *การพยาบาลศาสตร์วิกฤต: Critical nursing care essentials surgical patient*. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.อีฟวิ้ง จำกัด.
- วรวิมล เจริญศิริ. (มปป.) บทความเรื่องเนื้องอกในสมอง. สืบค้นจาก www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/brain/1868-เนื้องอกของสมอง-brain-tumor.html
- วิจิตรา บุรณศรีกุล. (2556). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วีระชัย อิ่มน้ำขาว, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ศุภวัฒน์ สุริโย, และดิเมธพล ใจซื่อ. (2553). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ด้อยโอกาสที่พิการ ตาบอด หูหนวก อัมพาต อัมพฤกษ์ ออทิซึม จันทน์มหาสารคาม. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 72-79.
- วีระพันธ์ สุวรรณนามัย. (2550). อาการนำของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่มาพบแพทย์ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 24(2), 187-191.
- เวชสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. 2560. *สรุปรายงานประจำปี*. กรุงเทพมหานคร.
- เวชสถิติสถาบันประสาทวิทยา. 2560. *สรุปรายงานประจำปี*. กรุงเทพมหานคร.
- ศิริจันทร์ ภัทรวิเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนและการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- ศุภกิจ สงวนดีกุล. เนื้องอกสมอง (Brain Tumor). เข้าถึงได้จาก: <http://ebrain1.com/hbbraintumor.html>. เข้าถึง 5 ก.พ 2560.
- สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย. (2558). *สถิติผู้ป่วยใหม่ที่มาใช้บริการที่สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา 2558*. ค้นจาก <http://www.chulacancer.net/sesvice-statistics-inner.php?id=580>

- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส จำกัด.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา และอรุณศรี เดชสังข์. (2551). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:สามเจริญพาณิชย์.
- สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง. (2553). *ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการ และผลของการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งภาคกลางของประเทศไทย.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2556). เอกสารรายงานการประชุม เรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Caring for the Family Caregiver. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก http://med.mahidol.ac.th/nursing/site/default/files/public/CNER/2556/doc/Caregiver/doc/03_Caregiver.pdf.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด.* โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). เนื้องอกสมอง. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th>
- อรชร บุติพันธ์. (2553). รายงานวิจัยเรื่อง *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรรวรรณ น้อยวัฒน์. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต.(2555) สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, http://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book55_3/pbhealth.html.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชญา พุทธสิมมา. (2553). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองปฐมภูมิ. *วารสารการพยาบาล 2012; 14(1):*วิทยานิพนธ์
- อรรถพร บุญเกิด. (2559). โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor). สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFneuro/4.pdf>

- Aaronson, N. K., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J., Postma, T. J., Gundy, C. M., Beute, G. N., Slotman, B. J., & Klein, M. (2001). Compromised health-related quality of life in patients with low-grade glioma. *J Clin Oncol*, *29*(33), 4430-4435.
- American Brain Tumor Association(ABTA). (2014). *Tumor Grading and Staging*. Retrieved from <http://www.abta.org/brain-tumor-information/diagnosis/grading-staging.html>
- American Cancer Society. (2014). Survival Rates for Selected Adult Brain and Spinal Cord Tumors. *The American Cancer Society Medical and Editorial Content Team*.
- Abernethy, A., Burns, C., Whee, J., & Currow, D. (2009). Defining distinct caregiver subpopulation by intensity of end of life care provided. *Palliative Medicine*, *23*, 66-79.
- Armstrong, T. S., Cohen, M. Z., Eriksen, L. R., & Hickey, J. V. (2004). *Symptom clusters in oncology patients and Implications for symptom research in people with primary brain tumors*,*36*, 197-206.
- Armstrong, T. S., Cron, S. G., Bolanos, E. V., Gilbert, M. R., & Kang, D-H. (2010). Risk factors for fatigue severity in primary brain tumor patients. *Cancer*, *1*, 2707-2715. doi: 10.1002/cncr.25018.
- Armstrong, T. S., & Gilbert, M.R. (1996). Glial neoplasma: classification, treatment, and pathways for the future. *Oncology Nursing Forum*, *23*(4), 615-625.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., & Greenlick, M. R. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research Nursing Health*, *13*, 375-384.
- ASCO, A. S. o. C. o. (2016). Brain Tumor. *Cancer. Net Editorial Board*.
- Barker DJP 1994 *Mothers, Babies and Disease in Later Life*. BMJ Publishing, London.
- Brell M, Ibanez J, & Ferrer E. (2000). Factors influencing surgical complications of intra axial brain tumors. *Acta Neurochir (Wien)*, *142*(7), 739-50.
- Bernstein, M., & Berger, M.S.(2008). *Neuro-oncology the essentials*. New York: Thieme Medical Publishers.
- Brown, P. D., Ballman, K. V., Rummans, T. A., Maurer, M. J., Sloan, J. A., Boeve, B. F., & Buckner, J. C. (2006). Prospective study of quality of life in adults with newly

- diagnosed high-grade gliomas. *J Neurocol*, 76(3), 283-291.
doi:10.1007/s11060-005-7020-9
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization*. (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Bungay, K. M., Boyer, J. G., Steinwald, A. B., & Ware, J. E. (1996). *Health-related quality of life: An overview. In: Principle of pharmacoecnimics*. (2nd ed.). Cincinnati (OH): Wharvey whitney Books Company.
- Cella, D., Chang, C. H., Lai, J. S., & Webster, K. (2002). Advances in quality of life measurements in oncology patients. *Semin Oncol*, 29(3 Suppl 8), 60-68.
- Central Brain Tumor Registry of the United States, (2016). Fact Sheet. Retrieved from <http://www.cbtrus.org/factsheet/factsheet.html>
- Chang.S.M., Dunbar.E., Church.V.D., Koehn.L., & Page.M.S. (2015). End-of-Life Care for Brain Tumor Patients Retrieved from https://braincancergroup.com.au/wp-content/uploads/2019/03/EndOfLife_forPROVIDERS_july30_print-ready.pdf
- Chiannilkulchai, N. (2016). Primary brain tumor in thai : symptom experience and predicting factors. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(4), 275-292.
- D'Angelo, C., Mirijello, A., Leggio, L., Ferrulli, A., Carotenuto, V., Icolaro, N., et al. (2008). State and trait anxiety and depression in patients with primary brain tumor before and after surgery: 1-year longitudinal study. *J. Neurosurg*, 108,281-286.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 76-78.
<http://dx.doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh008>.
- Ferans, C. E., & Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Researcher in Nursing and Health*, 15:29-38
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., ilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). *Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh*, 37(4), 336-342

- Gaugler, J.E., Davey, A., Pearlin, L.I., & Zarit, S.H. (2000) Modeling caregiver adaptation over time: the longitudinal impact of behavior problems. *Psychology & Aging, 15*(3), 437-450.
- Giovagnoli, A.R., Silvani, A., Colombo, E., & Boiardi, A. (2005). Facets and determinants of quality of life in patient with recurrent high grade glioma. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 76*(4), 562-568.
- Goy, E. R, Carter, J. H., & Ganzini, L. (2008). Needs and experiences of caregivers for family members dying with Parkinson disease. *J Palliat Care, 24*, 69-75.
- Heimans, J. J., & Taphoorn, M. J. (2002). Impact of brain tumour treatment on quality of life. *J Neurol, 249*(8), 955-960. Doi:10.1007/s00415-002-0839-5
- Hickey, J. V. (2009). *The Clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Hickey, J. V., Armstrong, T. S. (2009). Brain tumor. In Hickey, J.V. (editor). *The clinical practice of neurological & neurosurgical nursing*. (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology & geriatrics*. New York: Publishing.
- Huang, H., Lotus, Y., Chen, S., & Hsu, W. (2009). Caregiver self-efficacy for managing behavioral problems of older people with dementia in Taiwan correlates with care receiver' behavioral problems. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 2588-2595.
- Intarasomchai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in postoperative phase*. (Faculty of graduate studies), Mahidol university, Bangkok.
- Keles, G.E., and Berger, M.S. 2001. Epilepsy associated with brain tumors. In A. H. Klein, M., Engelberts, N. H., van der Ploeg, H. M., Kasteleijn-Nolst Trenite, D. G., Aaronson, N. K., Taphoorn, M. J., & Heimans, J. J. (2003). Epilepsy in low-grade gliomas: the impact on cognitive function and quality of life. *Ann Neurol, 54*(4), 514-520. doi:10.1002/ana.10712
- Klein, M., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J., van der Ploeg, H. M., Vandertop, W. P., Smit, E. F., & Aaronson, N. K. (2001). Neurobehavioral status and health-related

- quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *J Clin Oncol*, 19(20), 4037-4047. doi:10.1200/jco.2001.19.20.4037
- Kleihues, P., Burger, P. C., & Scheithauer, B. W. (1993). The new WHO classification of brain tumours. *Brain Pathol*, 3(3), 255-268.
- Kreutzer, J. S., Gervasio, A. H., & Camplair, P. S. (1992). Traumatic brain injury: family response and outcome. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 73, 771-778.
- Lam, A. K. (2017). Update on Adrenal Tumours in 2017 World Health Organization (WHO) of endocrine tumours. *Endocr pathol*, 28(3), 213-227. Doi: 10.1007/s12022-017-9484-5
- Lim, J. W. & Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: a critical review for caregiver literature. *Health Qual Life Outcome*, 2, 50.
- Litofsky, N. S. & Resnick, A. G. (2009). The relationships between depression and brain tumor. *J Neurooncol*, 94, 153-161.
- Liu, R., Page, M., Solheim, K., Fox, S., & Chang, S. M., (2008). Quality of life in adults with brain tumors: Current knowledge and future directions. *Neuro Oncol*, 330-339.
- Louis, D. N., Ohgaki, H., Wiestler, OD., Cavenee, W. K., Burger, P. C., Jouvett, A., & Kleihues, P. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathol*, 114(2), 97-109. doi:10.1007/s00401-007-0243-4
- Lovely, M. P. (2004). Symptom management of brain tumor patients. *Oncology Nursing*, 20(4), 273-283.
- Mainio, A., Hakko, H., Timmonen, M., Niemela, A., Koivukangus, J., & Rasanen, P. (2005). Depression in relation to survival among neurosurgical patients with primary brain tumor: a 5-year follow up study. *Neurosurgery*, 56(6), 1234-1242.
- Mary, P. (2004). Symptom management of brain tumor patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 20(4), 273-283.
- Nail, L. M., Fatigue. In: Yarbro, M. H., & Goodman, M., (2004). Cancer symptom management (3rd ed) 47-56. Boston: Jones and Bartlett.

- Newton, C., & Mateo, M. A. (1994). Uncertainty: Strategies for patients with brain tumor and their family. *Cancer Nursing, 17*(2), 137-140.
- Nayak, E. A. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal of Palliative Care, 21*(3), 349-354.
- Niemela, A. (2011). Gender difference in quality of life among brain tumor survivors. *Journal of Neurology & Neurophysiology, 2*(4), 2155-9562.
- Niemela, A., Koivukangas, J., Herva, R., Hakko, H., Rasanen, P., & Mainio, A. (2011). Gender Difference in Quality of Life among Brain Tumor Survivors. *Journal of Neurology & Neurophysiology*.
- Osoba, D., Brada, M., Prados, M. D., & Alfred Yung, W. K. (2000). Effect of disease burden on health-related quality of life in patients with malignant gliomas. *Neuro Oncol, 1*(3) 221-228.
- Ostrom, Q. T., Gittleman, H., Fulop, J., Liu, M., Blanda, R., Kromer, C., & Barnholtz-Sloan, J. S. (2015). CBTRUS statistical report: primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2008-2012. *Neuro Oncol, 17* (Suppl 4) iv1-iv62. doi:10.1093/neuonc/nov189
- Pitceathly, C., & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *European Journal of Cancer, 39*(11), 1517-1524.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2008), *Nursing research: principles and methods*, (7th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F. & Sherman, R. E. (1990). *Statistical*. Lippincott-Raven Publishers.
- Remer, s., & Murphy. M.E. (2004). The challenges of long-term treatment outcomes in adult with malignant glioma. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 8*(4), 368-376.
- Rooney, A. G., Carson, A., & Grant, R. (2011). Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies. *J Natl Cancer Inst, 103*(1), 61-76. doi:10.1093/jnci/djq458
- Saban, K. L., Penckofer, S. M., Androwich, I., & Bryant, F.B.,(2007). *Health-related quality of life of patient following selected types of lumbar spinal surgery: a pilot study. Health Qual Life Outcomes, 5*, 71. doi:10.1186-7525-5-71

- Salo, J., Niemela, A., Joukamaa, M., & Koivukangas, J. (2002). Effect of brain tumor laterality on patients' perceived quality of life. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72(3), 373-377.
- Schmidinger, M., Linzmayer, L., Becherer, A., Fazeny-Doemer, B., Fakhrai, Prayer, D.,...Marosi, C. (2003). Psychometric- and quality-of-life assessment in long-term glioblastoma survivors. *J Neurooncol*, 63(1), 55-61.
- Sherwood, P., Given, B., Given, C., Schiffman, R., Murman, D., & Lovely, M. (2004). Caregivers of persons with a brain tumor: a conceptual model. *Nurs Inq*, 11(1), 43-53.
- Suchorska, B., Weller, M., Tabatabai, G., Senft, C., Hau, P., Sabel, M. C., & Wirsching, H. G. (2016). Complete resection of contrast-enhancing tumor volume is associated with improved survival in recurrent glioblastoma-results from the director trial. *Neuro Oncol*, 18(4), 549-556. doi:10.1093/neuonc/nov326
- Taphoorn, M. J., Schiphorst, A. K., Snoek, F. J., Lindeboom, J., Wolbers, J. G., Karim, A. B., & Heimans, J. J. (1994). Cognitive functions and quality of life in patients with low-grade gliomas: the impact of radiotherapy. *Ann Neurol*, 36(1), 48-54. doi:10.1002/ana.410360111
- Taphoorn, M. J., Sizoo, E. M., & Bottomley, A. (2010). Review on quality of issues in patients with primary brain tumor. *Oncologist*, 15(6), 618-626. Doi:10.1634/theoncologist.2009-0291
- Taphoorn, M. J.B., & Klein, M. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumors. *Lancet Neurology*, 3(3), 159-168.
- The World Health Organization Quality of Life Group (1995) assessment (WHOQL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10) 1403-1409.
- Vecht, C. J., Kerkhof, M., & Duran-Pena, A. (2014). Seizure prognosis in brain tumors: new insights and evidence-based management. *Oncologist*, 19(7), 751-759. doi:10.1634/theoncologist.2014-0060
- Verneda, L. (2558). Brain Tumor. site by <http://www.healthline.com/health/brain-tumor# Overview1>

- Wasteson, E., (2007). Living and coping with cancer. Specific challenges and adaptation. Uppsala University, Uppsala.
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language. (1994.)
- Weimer, J., Misko, S., Drappatz, J., Lieberman, F., Donovan, H., Sherwood, P., & Armstrong, T. S. (2016). Neuro-Oncology-16. Identifying cognitive impairment in patients with primary malignant brain tumors (PBMT). *Neuro Oncology*, 18(suppl_6).
- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K. S., Cella, D. F., & Levin, V. A. (1995). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale. Development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. *Cancer*, 75(5), 1151-1161.
- 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.), *Braintumors: An encyclopedic approach* (2nd ed., pp. 2017). St. Louis: Churchill Living Stone.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication During Patient Hand Over. Patient Safety Solutions. Volume 1, solution 3 May 2007.
- WHOQOL Group. (1994) *The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wideheim, A.K., Edvardsson, T., Pahlson, A., & Ahlstrom, G. (2002). A family's perspective on living with a high malignant brain tumor. *Cancer Nursing*, 25(3), 236-244.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Wook Kim, C. (2016). Health-Related Quality of Life in Brain Tumor Patients Treated with Surgery; Preliminary Result of a Single Institution. *Brain Tumor Res Treat*, 4(2), 87-93.
- World Health Organization. (1978). Constitution of the World Health Organization Geneva: WHO Basic documents. Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- WHO (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment(WHOQL):position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409
- Zhan, L. C. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issue. *Journal of Advance Nursing*. 17(7): 795-798
- Zifko, U. A., Rupp, M., Schwarz, S., Zipko, H. T., & Maida, E. M. (2002). Modafinil in treatment of fatigue in multiple sclerosis. Results of an open-label study. *J Neurol*, 24(8), 983-987. Doi:10.1007/s00415-002-0765-6.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ อาการทุกข์ทรมาน จากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

สังกัด

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. นายแพทย์ เอกพจน์ จิตพันธ์ | นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันประสาทวิทยา |
| 2. นายแพทย์ ชนะ จงโชคดี | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตำรวจ |
| 3. อาจารย์ ดร.ชตชัย วัฒนนะ | กลุ่มวิชาการ
ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแล
บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี |
| 4. พว.บุปผา โคตะนิวงษ์ | พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ |
| 5. พว.วันดี เพชรตึง | พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี |

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เบญจมาศ ตลุนนิกุล

ภาควิชาคณิตศาสตร์และสถิติ
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน อาจารย์ ดร.ชดช้อย วัฒนนะ

ด้วย นางสาวพิมพ์พญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมกา
รจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศา
สตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ
เครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็น
ประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติศัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๔๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑



ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ

ด้วย นางสาวพิมพ์พญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรม
จัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พันตำรวจโท ชนะ จงโชคดี
ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้
ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ พันตำรวจโท ชนะ จงโชคดี
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตั้งกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรณัฐ ห้านิรัตติ์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๔๒๑๓๓ ต่อ ๗๓๔๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑



ธน - พันตำรวจโท ชนะ จงโชคดี

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ด้วย นางสาวพิมพ์ญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเซววงค์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พว.วันดี เพชรตึง ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ พว.วันดี เพชรตึง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๘๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑



เรียน -
พว.วันดี เพชรตึง

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ด้วย นางสาวพิมพ์ญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรม
จัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศา
สตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ พว.บุปผา โคตะนิวงษ์ ซึ่งเป็น
บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้
ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ พว.บุปผา โคตะนิวงษ์
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรติศัย)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

พว.บุปผา โคตะนิวงษ์



ที่ ศธ ๐๕๑๖.๒๕/ศ.

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศูนย์รังสิตตำบลคลองหนึ่ง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๒๑

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติข้าราชการในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

ด้วย นางสาวพิมพ์ญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังดำเนินการจัดทำวิจัยเพื่อ
วิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมกา
รจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ เป็นอาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นายแพทย์ เอกพจน์ จิตพันธ์ ซึ่ง
เป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ทำวิจัยจะได้
ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุมัติให้ นายแพทย์ เอกพจน์ จิตพันธ์
เป็นผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการต่อไปและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติ์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารและวิชาการ
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๘๖๙๒๑๓ ต่อ ๗๓๙๗
โทรสาร ๐๒-๕๑๖๕๓๘๑

- สำเนาเรียน -

นายแพทย์ เอกพจน์ จิตพันธ์

ภาคผนวก ข

ผลการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ข้อคำถาม (ข้อ)	CVI
1. แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ	30	0.93
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ	46	0.96
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	48	0.96

แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ Symptom Distress Scale

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นสอดคล้อง	I-CVI (รายข้อ)
	1	2	3	4	5		
1	x	x	-	x	x	4/5	0.8
2	x	-	x	x	x	4/5	0.8
3	x	x	x	-	x	4/5	0.8
4	x	-	x	x	x	4/5	0.8
5	x	x	x	x	x	5/5	1
6	x	x	x	x	x	5/5	1
7	x	x	x	x	x	5/5	1
8	x	x	x	x	x	5/5	1
9	x	x	x	x	x	5/5	1
10	x	x	x	x	x	5/5	1
11	x	x	x	x	x	5/5	1
12	x	x	x	x	x	5/5	1
13	x	-	x	x	x	4/5	0.8
14	x	x	x	x	x	5/5	1
15	x	x	x	x	x	5/5	1
16	x	x	x	x	x	5/5	1
17	x	x	x	x	x	5/5	1
18	x	x	x	x	x	5/5	1
19	x	x	x	x	x	5/5	1
20	x	-	x	x	x	4/5	0.8
21	x	x	x	x	x	5/5	1
22	x	x	x	x	x	5/5	1
23	x	x	x	x	x	5/5	1
24	x	-	x	x	x	4/5	0.8
25	x	x	x	x	x	5/5	1
26	x	x	x	x	x	5/5	1
27	x	x	x	x	x	5/5	1
28	x	-	x	x	x	4/5	0.8
29	x	-	x	x	x	5/5	1
30	x	x	-	x	x	4/5	0.8
S-CVI						27.9/30	0.93

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ
Symptom Management Behavior Scale (SMB)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นสอดคล้อง	I-CVI (รายชื่อ)
	1	2	3	4	5		
1	x	x	x	x	x	5/5	1
2	x	-	x	x	x	5/5	1
3	x	x	x	-	x	4/5	0.8
4	x	-	x	x	x	4/5	0.8
5	x	x	x	x	x	5/5	1
6	x	x	-	x	x	4/5	0.8
7	x	x	x	x	x	5/5	1
8	x	x	x	x	x	5/5	1
9	x	x	x	x	x	5/5	1
10	x	x	x	x	x	5/5	1
11	x	x	x	x	x	5/5	1
12	x	x	x	x	x	5/5	1
13	x	x	x	x	x	5/5	1
14	x	x	x	x	x	5/5	1
15	x	x	x	-	x	4/5	0.8
16	x	-	x	x	x	4/5	0.8
17	x	x	x	x	x	5/5	1
18	x	x	x	x	x	5/5	1
19	x	x	x	x	x	5/5	1
20	x	x	x	x	x	4/5	1
21	x	x	x	x	x	5/5	1
22	x	x	x	x	x	5/5	1
23	x	x	x	x	x	5/5	1
24	x	x	x	x	x	4/5	1
25	x	x	x	x	x	5/5	1
26	x	x	x	x	x	5/5	1
27	x	x	x	x	x	5/5	1
28	x	x	x	x	x	4/5	1

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นสอดคล้อง	I-CVI (รายชื่อ)
	1	2	3	4	5		
29	x	x	x	x	x	5/5	1
30	x	x	x	x	x	5/5	1
31	x	x	x	x	x	5/5	1
32	x	x	x	x	x	5/5	1
33	x	x	x	x	x	5/5	1
34	x	x	x	x	x	5/5	1
35	x	x	x	x	x	5/5	1
36	x	x	x	x	x	5/5	1
37	x	x	x	x	x	5/5	1
38	x	x	x	x	x	5/5	1
39	x	x	x	x	x	5/5	1
40	x	x	x	x	x	5/5	1
41	x	x	x	x	x	5/5	1
42	x	x	x	x	x	5/5	1
43	x	x	x	x	x	5/5	1
44	x	x	x	x	x	5/5	1
45	x	x	x	x	x	5/5	1
46	x	x	x	x	x	5/5	1
S-CVI						44.16/46	0.96

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

Health Related Quality of Life for Brain Tumor

(HRQOL-BT)

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นสอดคล้อง	I-CVI (รายชื่อ)
	1	2	3	4	5		
1	x	x	x	x	x	5/5	1
2	x	x	x	-	x	4/5	0.8
3	x	x	x	x	x	5/5	1
4	x	x	x	x	x	5/5	1
5	x	x	x	x	x	5/5	1
6	x	x	x	x	x	5/5	1
7	x	x	x	x	x	5/5	1
8	x	x	x	x	x	5/5	1
9	x	x	x	x	x	5/5	1
10	x	x	x	x	x	5/5	1
11	x	x	x	x	x	5/5	1
12	x	x	x	x	x	5/5	1
13	x	x	x	x	x	5/5	1
14	x	x	x	x	x	5/5	1
15	x	x	x	x	x	5/5	1
16	x	x	x	x	x	5/5	1
17	x	x	x	x	x	5/5	1
18	x	x	x	x	x	5/5	1
19	x	x	x	x	x	5/5	1
20	x	x	x	x	x	5/5	1
21	x	x	x	x	x	5/5	1
22	x	x	x	x	x	5/5	1
23	x	x	x	x	x	5/5	1
24	x	x	x	x	x	5/5	1
25	x	x	x	x	x	5/5	1
26	x	x	-	x	x	4/5	0.8
27	x	x	x	-	x	4/5	0.8
28	x	x	x	x	x	5/5	1

ข้อ ที่	ผู้เชี่ยวชาญคนที่					จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เห็นสอดคล้อง	I-CVI (รายชื่อ)
	1	2	3	4	5		
29	x	x	x	x	x	5/5	1
30	x	x	x	x	x	5/5	1
31	x	x	-	x	x	4/5	0.8
32	x	x	x	x	x	5/5	1
33	x	x	x	-	x	4/5	0.8
34	x	x	x	x	x	5/5	1
35	x	x	x	x	x	5/5	1
36	x	x	x	x	x	5/5	1
37	x	x	x	x	x	5/5	1
38	x	x	x	x	x	5/5	1
39	x	-	x	x	x	4/5	0.8
40	x	x	-	x	x	4/5	0.8
S-CVI						38.4/40	0.96

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ข้อคำถาม (ข้อ)	ระดับคะแนน	ค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ
แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ	30	1-4	0.882
แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ	46	1-4	0.924
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	48	1-4	0.941

หมายเหตุ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ คำนวณจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอภาค

แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ Symptom Distress Scale

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SDS 1	0.857
SDS 2	0.855
SDS 3	0.857
SDS 4	0.864
SDS 5	0.872
SDS 6	0.859
SDS 7	0.856
SDS 8	0.854
SDS 9	0.860
SDS 10	0.863
SDS 11	0.856
SDS 12	0.863
SDS 13	0.859
SDS 14	0.854
SDS 15	0.863
SDS 16	0.869
SDS 17	0.868
SDS 18	0.861
SDS 19	0.860
SDS 20	0.863
SDS 21	0.863
SDS 22	0.860
SDS 23	0.863
SDS 24	0.856
SDS 25	0.842
SDS 26	0.842
SDS 27	0.850
SDS 28	0.860
SDS 29	0.862
SDS 30	0.866
Cronbach's Alpha	0.882

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ
Symptom Management Behavior Scale (SMB)

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMB 1	0.946
SMB 2	0.943
SMB 3	0.933
SMB 4	0.937
SMB 5	0.937
SMB 6	0.939
SMB 7	0.936
SMB 8	0.938
SMB 9	0.936
SMB 10	0.946
SMB 11	0.947
SMB 12	0.951
SMB 13	0.946
SMB 14	0.941
SMB 15	0.951
SMB 16	0.937
SMB 17	0.935
SMB 18	0.934
SMB 19	0.935
SMB 20	0.950
SMB 21	0.937
SMB 22	0.950
SMB 23	0.947
SMB 24	0.945
SMB 25	0.945
SMB 26	0.950
SMB 27	0.954
SMB 28	0.946
SMB 29	0.948
SMB 30	0.944
SMB 31	0.947

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMB 32	0.947
SMB 33	0.943
SMB 34	0.940
SMB 35	0.941
SMB 36	0.947
SMB 37	0.946
SMB 38	0.946
SMB 39	0.946
SMB 40	0.947
SMB 41	0.947
SMB 42	0.947
SMB 43	0.947
SMB 44	0.947
SMB 45	0.947
SMB 46	0.947
Cronbach's Alpha	0.95

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

Health Related Quality of Life for Brain Tumor

(HRQOL-BT)

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HRQOL-BT 1	0.924
HRQOL-BT 2	0.951
HRQOL-BT 3	0.938
HRQOL-BT 4	0.941
HRQOL-BT 5	0.936
HRQOL-BT 6	0.934
HRQOL-BT 7	0.931
HRQOL-BT 8	0.929
HRQOL-BT 9	0.943
HRQOL-BT 10	0.948
HRQOL-BT 11	0.927
HRQOL-BT 12	0.929
HRQOL-BT 13	0.949
HRQOL-BT 14	0.923
HRQOL-BT 15	0.926
HRQOL-BT 16	0.951
HRQOL-BT 17	0.929
HRQOL-BT 18	0.928
HRQOL-BT 19	0.927
HRQOL-BT 20	0.935
HRQOL-BT 21	0.929
HRQOL-BT 22	0.929
HRQOL-BT 23	0.929
HRQOL-BT 24	0.931
HRQOL-BT 25	0.955
HRQOL-BT 26	0.928
HRQOL-BT 27	0.936
HRQOL-BT 28	0.950

Item	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HRQOL-BT 29	0.960
HRQOL-BT 30	0.950
HRQOL-BT 31	0.920
HRQOL-BT 32	0.947
HRQOL-BT 33	0.929
HRQOL-BT 34	0.932
HRQOL-BT 35	0.960
HRQOL-BT 36	0.932
HRQOL-BT 37	0.954
HRQOL-BT 38	0.925
HRQOL-BT 39	0.929
HRQOL-BT 40	0.952
HRQOL-BT 41	0.965
HRQOL-BT 42	0.939
HRQOL-BT 43	0.950
HRQOL-BT 44	0.952
HRQOL-BT 45	0.920
HRQOL-BT 46	0.925
HRQOL-BT 47	0.934
HRQOL-BT 48	0.957
Cronbach's Alpha	0.942

ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
2. เอกสารรับรองโครงการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถี
3. เอกสารรับรองโครงการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 014/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 161/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมกา
จัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
: THE PREDICTION OF PERSONAL STATUS, SYMPTOM DISTRESS, AND
SYMPTOM MANAGEMENT BEHAVIORS AFFECTING THE QUALITY OF
LIFE OF BRAIN TUMOR PATIENTS
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิมพ์พญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice (ICH-GCP)
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 กุมภาพันธ์ 2561

วันหมดอายุ : 19 กุมภาพันธ์ 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 20 สิงหาคม 2561

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 61052
เอกสารเลขที่ 057/2561

ชื่อโครงการ “มีปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล, ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง”

(ภาษาอังกฤษ) “The prediction of personal status, symptom distress, and symptom management behaviors affecting the quality of life of brain tumor patients.”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวพิมพ์ภาภรณ์ ทรัพย์มีชัย

ตำแหน่ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต)

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 เมษายน 2561
2. แบบสอบถามการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2561
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 เมษายน 2561
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2561

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี คือ
สิ้นสุดวันที่ 16 เดือนเมษายน พ.ศ. 2563



ลงนาม.....

(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารเลขที่ ...034.../2561

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
หมายเลขโครงการ	61025
ผู้วิจัยหลัก	น.ส.พิมพ์ฤาภรณ์ ทรัพย์มีชัย
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 7 มิถุนายน 2561 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ฉบับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561 5. แบบเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้วิจัย version date: 15/02/2561 6. หลักฐานผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ฉบับวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2561
วันที่พิจารณาอนุมัติ	20 มิถุนายน 2561

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัย
ฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้
ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก

ประธานคณะกรรมการ

(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)

กรรมการและเลขานุการ

(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่

20 มิถุนายน 2561

ถึงวันที่

19 มิถุนายน 2562

ภาคผนวก ง

เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย

ภาษาไทย ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ภาษาอังกฤษ THE PREDICTION OF PERSONAL STATUS, SYMPTOM DISTRESS, AND SYMPTOM MANAGEMENT BEHAVIORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF BRAIN TUMOR PATIENTS

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพิมพ์ภาภรณ์ ทรัพย์มีชัย นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 206 หมู่ 4 ตำบล บางกระสอ อำเภอ เมือง
จังหวัด นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-5284567 โทรศัพท์มือถือ 086-0458575

E-mail: pimmyspersian@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ผู้วิจัยทำการวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองโดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองจึงขอความร่วมมือและความสมัครใจจากท่าน เพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อคำถามใดๆ เกี่ยวกับการวิจัย รวมถึงสิทธิต่างๆ ของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ผู้วิจัยยินดีจะตอบคำถามและอธิบายให้ท่านเข้าใจ

ได้ โดยท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เนื่องเอกสมองปฐมภูมิพบในช่วงประชากรวัยทำงาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เกิดภาวะทุพพลภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเนื่องเอกสมองแตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่นๆ เนื่องจากเนื้องอกเกิดอยู่ภายในกะโหลกศีรษะที่มีพื้นที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง บางคนไม่ยอมมีชีวิตอยู่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมานกับอาการของเนื้องอกสมองและผลกระทบจากความเจ็บป่วยส่งผลทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เกิดความเครียด ความทุกข์ร่วมกับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พยาธิสภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองปฐมภูมิ ทำให้สมองได้รับบาดเจ็บเป็นบริเวณกว้างมากกว่าเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีเป้าหมายที่การรักษาชีวิต การควบคุมหรือจำกัดขนาดของเนื้องอกเพื่อคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญ ไม่ใช่การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค ผลกระทบจากอาการและอาการแสดง ได้แก่ การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การมองเห็น การสื่อสาร การพูด ความคิด ความจำ ส่งผลต่อสถานะการทำหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นดั่งแปรสำคัญของการดำเนินชีวิตอยู่หรือการมีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้จากแนวคิดคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า แม้บุคคลมีสถานะการเจ็บป่วยก็สามารถที่จะดำรงภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตได้ แต่พบว่าผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตถูกคุกคามทุกวัน เวลาในช่วงที่มีชีวิตอยู่จากผลของโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองปัจจุบันมุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อนเพื่อลดอัตราเสียชีวิตไม่ได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการอาการ และการเผชิญกับความทุกข์ทรมานกับอาการ ซึ่งผู้ป่วยเมื่อเกิดพยาธิสภาพแล้วส่งผลต่อการเกิดอาการ และถ้าผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ เมื่อมีก้อนเนื้องอกขยายขนาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีผลทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม การไหลเวียนของเลือดและน้ำในสมองบกพร่อง ซึ่งกลไกเหล่านี้ ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่พบบ่อยและคุกคามผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่สำคัญ 5 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อาการชักและความรู้สึกตัวลดลง การเกิดอาการทั้ง 5 ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอาการอื่นๆ รวมทั้งเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับกลไกของภาวะความดันในสมองที่สูงขึ้น ดังนั้นความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดย่อมส่งผลต่อความรู้สึกความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผลสะท้อนของความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง สามารถนำไปพัฒนาในการจัดการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ผลการวิจัยที่น่าจะเป็นประโยชน์ทำให้ทราบความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ พฤติกรรมการจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง
ลักษณะของอาสาสมัครวิจัย

อาสาสมัครในโครงการนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกสมองแบบปฐมภูมิอายุ 19 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันประสาท และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวนทั้งสิ้น 143 คน โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมและระยะเวลาที่อาสาสมัครต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์โดยมีแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 4 ชุด ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สภาวะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ชุดที่ 2 แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ 5 อาการ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ 5 อาการ ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการอาการ ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ใช้เวลา 30 นาที การเก็บข้อมูลครั้งนี้ทำโดยผู้วิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย (เช่น แบบสัมภาษณ์ เป็นต้น)

ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

หากท่านเกิดอาการผิดปกติ เช่น รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ สามารถแจ้งกับผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยจะดูแลช่วยเหลือประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้น การวัดสัญญาณชีพ และดูแลให้กลุ่มตัวอย่างปลอดภัยก่อน หรือให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลหรือส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป ซึ่งทางผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผลของการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเกิดความพร้อมจึงจะให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยจะนำผู้ป่วยมาตรวจตามนัดจนเสร็จสิ้นก่อนแล้วจึงให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แต่งานวิจัยนี้อาจจะช่วยให้ท่านทราบปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและการปฏิบัติการจัดการอาการทุกข์ทรมานจากอาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่มีความผิด หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งท่านพึงจะได้รับ หากท่านมีความไม่สบายหรือมีภาวะทางสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นขณะการเข้าร่วมโครงการ ท่านมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นผลจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน โดยข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข จะมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผลจากการศึกษาจะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ท่านจะได้รับการบริการให้คำปรึกษา หากท่านมีความไม่สบายหรือมีภาวะทางสุขภาพ ผู้วิจัยและพยาบาลจะประเมินภาวะสุขภาพของท่านและจะดูแลจนปกติ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการตอบแทนค่าใช้จ่ายให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวพิมพ์พญานกรณ์ ทรัพย์มีชัย ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-0458575 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรา เลี้ยงแขวงวงศ์ สามารถติดต่อได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 02-9869213 ต่อ 7333 โทรสาร 02-5165381 ในวันและเวลาราชการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสาร ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โครงการวิจัย ปัจจัยทำนายสภาวะส่วนบุคคล ความทุกข์ทรมานจากอาการ และพฤติกรรมการ
อาการ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามสภาวะบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
- ชุดที่ 2 แบ่งเป็น 2 ส่วน
ส่วนที่ 1. แบบสอบถามความถี่และระดับความรุนแรงของอาการ 5 อาการ
ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการ 5 อาการ
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

คะแนน		ความหมาย
0	ไม่เลย ไม่ดีเลย	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านน้อยที่สุด หรือไม่ตรงเลย
1	น้อย	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านน้อย หรือตรงเพียงส่วนน้อย
2	ปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านปานกลาง หรือตรงประมาณครึ่ง
3	มาก	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านมากหรือตรงประมาณ 3/4
4	มากที่สุด	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านมากที่สุด หรือเกือบทั้งหมด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสภาวะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1 () ชาย 2 () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
 - 1 () พุทธ 2 () คริสต์ 3 () อิสลาม 4 () อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 - 1 () โสด 2 () คู่ 3 () หม้าย/แยกกันอยู่
 - 4 () อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 - 1 () ไม่ได้รับการศึกษา 2 () ประถมศึกษา
 - 3 () มัธยมศึกษา 4 () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ปวช/ปวส
 - 5 () ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 6 () อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานภาพในครอบครัว
 - 1 () ผู้นำครอบครัว 2 () สมาชิกในครอบครัว
7. อาชีพก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมอง
 - 1 () รับราชการ 2 () ค้าขาย/เจ้าของกิจการ
 - 3 () พนักงานรัฐวิสาหกิจ 4 () เกษตรกรรม
 - 5 () รับจ้างทั่วไป 6 () พนักงานบริษัทเอกชน
 - 7 () แม่บ้าน 8 () เกษียณ
 - 9 () อื่นๆ (โปรดระบุ).....
8. อาชีพภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมอง
 - 1 () ประกอบอาชีพเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย
 - 2 () เปลี่ยนแปลงอาชีพ เนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ระบุ.....
 - 3 () ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ เนื่องจากการเจ็บป่วย
9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนภายหลังการเจ็บป่วย
 1. () ต่ำกว่า 5,000 บาท 2. () 5,000–10,000 บาท
 3. () 10,001–15,000 บาท 4. () 15,000–20,000 บาท
 5. () มากกว่า 20,000-30,000 บาท 6. () มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป

5. การรักษาโรคเนื้องอกสมอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. () การผ่าตัด จำนวน.....ครั้ง
 2. () เคมีบำบัด จำนวน.....ครั้ง
 3. () ฉายแสง จำนวน.....ครั้ง
 4. () อื่นๆ ระบุ.....
 5. () การรับประทานยา (ได้แก่ Prednisolone)
6. ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ
1. () สูบบุหรี่
 2. () ดื่มสุรา
 3. () รับประทานอาหารรสเค็ม
 4. () รับประทานอาหารหวาน
 5. () ไม่ออกกำลังกาย
 6. () ไม่รับประทานผักผลไม้
 7. () อื่นๆ ระบุ.....
7. ท่านมีผู้ดูแล
- 7.1 () ไม่มีผู้ดูแล
 - 7.2 () มีผู้ดูแลหลัก จำนวน.....คน

คนที่ 1	อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย เป็น.....
คนที่ 2	อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย เป็น.....
 - 7.3 ช่วงเวลาดูแล
 1. () อยู่ด้วยกันตลอด
 2. () เฉพาะช่วงกลางวัน
 3. () เฉพาะช่วงกลางคืน
8. การได้รับความช่วยเหลือ อำนาจความสะดวกในด้านต่างๆ จากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคคลรอบข้างหลังการเจ็บป่วย
- () 1. ไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ
 - () 2. ได้รับ จาก
 - () 2.1 คนในครอบครัว
 - () 2.2ญาติ-มิตรสหาย
 - () 2.3 เพื่อนบ้าน อสม./อสค./ผู้นำชุมชน
 - () 2.4 บุคลากรสุขภาพ/โรงพยาบาล
 - () 2.5 อื่นๆ ระบุ.....
9. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังป่วยเป็นโรคเนื้องอกสมอง
- () 1. ทำเองได้ทั้งหมด
 - () 2. ทำเองได้บางส่วน ต้องมีผู้ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ให้
 - () 3. ทำเองได้น้อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่
 - () 4. ทำเองไม่ได้เลย ต้องมีคนทำให้
10. ความสามารถในการสื่อสาร ความจำ สมารถในการทำงานหรือกิจกรรม ภายหลังการเจ็บป่วย

- () 1. ไม่เปลี่ยนแปลง
- () 2. เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ทำได้เกือบเหมือนเดิม
- () 3. เปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก เป็นผลให้ทำกิจกรรมหรืองานได้น้อยลงมาก
- () 4. เปลี่ยนแปลงมาก ทำกิจกรรมหรืองานไม่ได้เลย

เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 แบบสอบถามความทุกข์ทรมานจากอาการ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้อาการ ความรุนแรงของการเกิดอาการและความถี่ในการเกิดอาการ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นการสอบถามอาการที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง.....สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีความรุนแรงต่อท่านมากน้อยเพียงใดและอาการดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดให้ท่านตอบตามความเป็นจริง โดยการใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน*หากตอบ **ไม่มี** อาการให้ข้ามไปตอบข้อต่อไป

ส่วนที่ 1 การประเมินการเกิดอาการและการรับรู้อาการ

	ไม่มี อาการ	อาการ รุนแรงน้อย			ปานกลาง			อาการ รุนแรงมากที่สุด				
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อาการอ่อนแรง												
1. อ่อนแรงเฉพาะแขน ขาส่วนใดส่วนหนึ่ง												
2.												
อาการปวดศีรษะ												
3. ความรุนแรงของอาการ ปวดศีรษะแบบปวดซีกใด ซีกหนึ่ง												
4.												
5. ปวดทั่วศีรษะ												
อาการคลื่นไส้ อาเจียน												
6. ความรุนแรงของอาการเกิด เฉพาะอาการคลื่นไส้												
7. ความรุนแรงเฉพาะอาการ อาเจียน												
8.												
อาการชัก												
9. ความรุนแรงของอาการชัก กระตุ้นเฉพาะร่างกายส่วน ใดส่วนหนึ่ง เช่น ตา												
10.												

	ไม่มี อาการ	อาการ รุนแรงน้อย			ปานกลาง			อาการ รุนแรงมากที่สุด				
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อาการความรู้สึกตัวลดลง	0											
11. ความรุนแรงของอาการรู้สึก ง่วง ซึมลงเป็นบางเวลา												
12.												
13. ความรุนแรงของอาการ หมดสติ หรืออูบเป็นช่วง นั้นๆ												

ส่วนที่ 2 การประเมินความถี่ของการเกิดอาการ

	ความถี่ของการเกิดอาการ				
	ไม่เคย เกิด 0	นานๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 2	เกิด บ่อย 3	บ่อย ที่สุด 4
อาการอ่อนแรง					
1. ความถี่ของการเกิดอาการอ่อนแรงเฉพาะ แขนขาส่วนใดส่วนหนึ่ง					
2.					
อาการปวดศีรษะ					
3. ความถี่ของการเกิดอาการ ปวดศีรษะแบบ ปวดซีกใดซีกหนึ่ง					
4.					
5. ความถี่ของอาการปวดทั่วศีรษะ					
อาการคลื่นไส้ อาเจียน					
6. ความถี่ของการเกิดเฉพาะอาการคลื่นไส้					
7.					
8. ความถี่ของการเกิดทั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน					

	ความถี่ของการเกิดอาการ				
	ไม่เคย เกิด 0	นานๆ ครั้ง 1	บางครั้ง 2	เกิด บ่อย 3	บ่อย ที่สุด 4
อาการอ่อนแรง					
9. ความถี่ของการเกิดอาการชัก กระจุกเฉพาะ ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ตา ขา					
10.					
อาการความรู้สึกตัวลดลง					
11. ความถี่ของอาการรู้สึกง่วงซึมลงเป็นบางเวลา ใดส่วนหนึ่ง					
12.					
13. ความถี่ของอาการหมดสติหรืออูบเป็นช่วง สั้นๆ					

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตอบสนองความทุกข์ทรมานจากอาการ 1 เดือนที่ผ่านมา คำชี้แจง
โปรดตอบข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยกาเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อตัวเลข

การเกิดอาการ	ระดับความทุกข์ทรมาน										
	ไม่ รู้สึก	น้อย			ปานกลาง			มากที่สุด			
อาการอ่อนแรง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อาการอ่อนแรงทำให้ท่านรู้สึกแย่ เนื่องจากทำอะไรด้วยตนเองลำบากขึ้น											
2.											
3. อาการอ่อนแรงทำให้ท่านเกิดความรู้สึก ทุกซี้ใจ ที่จะต้องเป็นภาระต่อคนรอบ ข้าง											
อาการปวดศีรษะ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อาการปวดศีรษะ ทำให้ท่าน รู้สึกทำงานไม่ได้											
2.											
3. อาการปวดศีรษะ ทำให้ท่าน เกิดความรู้สึกทุกซี้ใจ											
อาการคลื่นไส้ อาเจียน	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ท่านเบื่อ อาหาร ร่างกายไม่มีแรง											
2.											
3. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ ท่านทุกข์ทรมาน											

การเกิดอาการ	ระดับความทุกข์ทรมาน										
	ไม่ รู้สึก	น้อย			ปานกลาง			มากที่สุด			
อาการชัก	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อาการชัก ทำให้ท่านรู้สึกหวาดวิตก และกลัวที่จะเกิดอันตราย											
2.											
3. อาการชักรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ของท่าน หรือทำให้ท่านต้องงดกิจกรรม บางอย่างที่เคยทำได้											
อาการความรู้สึกตัวลดลง	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อาการความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ ท่านรู้สึกกลัว และหวาดวิตกว่า อาการของท่านอาจรุนแรงขึ้น											
2.											
3. อาการความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ท่านรู้สึก เศร้า ทุกข์และ ทรมานใจ											

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการอาการ 1 เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง โปรดตอบข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย✓ในแต่ละข้อ

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ตรง เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 1 การจัดการอาการอ่อนแรง					
1. ท่านใช้ยาแผนปัจจุบันและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อแก้ไขอาการอ่อนแรง					
2.					
3. ท่านใช้วิธีพัก เช่น นิ่ง นอนพัก เมื่อรู้สึกอ่อนแรง					
4.					
5. ท่านงดการทำกิจกรรมหรืองดการออกกำลังกายทุกประเภทเมื่อรู้สึกอ่อนแรงเพื่อให้ท่านฟื้นตัวเร็วขึ้น					
6.					
7. ท่านทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังเพลงเพื่อให้ลืมอาการอ่อนแรง					
8.					
9. ท่านรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น หรือเพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากกว่าปกติเพื่อให้ร่างกายมีกำลัง					
10.					

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ตรง เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 2 การจัดการอาการปวดศีรษะ					
1. เมื่อปวดศีรษะ ท่านรับประทานยาแก้ปวดตาม ที่แพทย์สั่งให้เท่านั้น					
2.					
3. ท่านรับประทานยาสมุนไพร เช่น ยาลูกกลอน ยาหม้อเพื่อลดอาการปวดศีรษะ					
4.					
5. ท่านใช้การนั่งพักทุกครั้งที่เกิดอาการปวดศีรษะ					
6.					
7. ท่านใช้การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลาย และลดอาการ ปวดศีรษะ					
8. ท่านออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน การวิ่ง เพราะจะทำให้อาการปวดศีรษะดีขึ้น					
9. ท่านมักพูดคุยกับคนใกล้ชิด เพื่อให้ลืมอาการ ปวดศีรษะที่เป็นอยู่					
10.					

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ตรง เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 3 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน					
1. เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ท่านรับประทานยาแก้ อาการตามที่แพทย์สั่งให้ท่านนั้น					
2.					
3. ท่านรับประทานยาสมุนไพร เช่น ยาลูกกลอน ยาหม้อเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน					
4. ท่านใช้การนวด หรือ นวดกดจุด การนวดคลายเส้น เพื่อบรรเทาอาการ					
5.					
6. ท่านใช้วิธีรับประทานผลไม้รสเปรี้ยว อมลูกอม เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน					
7. ท่านใช้วิธีการอมน้ำแข็ง หรือบ้วนปากเพื่อลด อาการคลื่นไส้ อาเจียน					
8.					
9. ท่านจำกัดอาหาร เครื่องดื่มที่กระตุ้นให้เกิด ความรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน เช่น อาหารมัน อาหารที่มีกลิ่นฉุน					

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ตรง เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 4 การจัดการอาการชัก					
1. ท่านรับประทานยาและปฏิบัติตามการรักษา ของแพทย์เพื่อป้องกันอาการชักอย่างเข้มงวด					
2.					
3. ท่านรับประทานยาสมุนไพร เช่น ยาลูกกลอน ยาหม้อเพื่อป้องกันภาวะชัก					
4. ท่านใช้การนวด หรือ นวดกดจุด การนวดคลาย เส้นเพื่อป้องกันภาวะชัก					
5.					
6. ท่านรีบออกจากสถานที่ที่อาจเกิดอันตราย เมื่อมีสัญญาณว่าจะชัก					
7. ท่านลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการชัก ได้แก่ การออกไปอยู่ในที่ที่อากาศร้อน หรือเย็นมาก สภาพแออัด มีความเครียด					
8.					
9. ท่านดื่มน้ำ และเครื่องดื่มต่อวันอย่างเหมาะสม					
10. ท่านนอนพักหลังมีอาการชักและตรวจสอบ การบาดเจ็บ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม					

ข้อความ	ตรงกับตัวท่าน				
	ไม่ตรง เลย	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 5 การจัดการอาการความรู้สึกตัวลดลง					
1. คนในครอบครัว หรือผู้ดูแลมีความรู้เพื่อป้องกัน อันตรายให้กับท่านเมื่อมีความรู้สึกตัวลดลง					
2.					
3. ท่าน/ผู้ดูแลควบคุมอาหารที่มีผลต่อความดันใน กะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เพราะทำให้ความรู้สึกตัว ลดลง ได้แก่ อาหารเค็ม อาหารรสจัด					
4.					
5. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อป้องกัน ภาวะท้องผูก					
6.					
7. ท่านปฏิบัติตัวเรื่องการดื่มน้ำได้เหมาะสมกับที่ ร่างกายต้องการ ไม่มากเกินไป					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง 1 เดือนที่ผ่านมา

คำชี้แจง โปรดตอบข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย ✓ ในแต่ละข้อ
ตัวเลข

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของท่าน				
	ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	0	1	2	3	4
ด้านที่ 1 ความด้านร่างกาย					
1. ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2. ท่านมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน					
3.					
4. ท่านมีอาการปวด					
5. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับอาการข้างเคียงของยาที่รักษา					
6. ท่านรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการป่วยที่รบกวน					
7.					
ด้านที่ 2 ด้านสังคมและครอบครัว					
8. ถึงแม้จะเจ็บป่วยท่านยังรู้สึกใกล้ชิดกับเพื่อนๆ					
9. ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว					
10.					
11. ครอบครัวของท่านยอมรับการเจ็บป่วยของท่าน					
12.					
13. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลหรือคนที่คอยช่วยเหลือ					
14. การเจ็บป่วยไม่ส่งผลต่อชีวิตคู่และด้านเพศสัมพันธ์					
ด้านที่ 3 ด้านจิตใจและอารมณ์					
15.					
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจและปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้					
17.					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของท่าน				
	ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	0	1	2	3	4
18. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจ					
19.					
20. ท่านรู้สึกวิตกกังวลว่าอาการจะแย่ลงเรื่อยๆ					
ด้านที่ 4 ด้านการทำหน้าที่					
21. ท่านสามารถทำงานทั่วไปได้ (เช่น ทำงานบ้าน)					
22.					
23. ท่านสามารถมีความสุขในชีวิต					
24. ท่านยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่					
25.					
26. ท่านยังทำสิ่งสนุกและเพลิดเพลินใจได้เช่นเดิม					
27. ท่านพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้					
ด้านที่ 5 ด้านอาการที่เกี่ยวข้อง					
28. การเจ็บป่วยรบกวนสมาธิในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ					
29.					
30. ท่านสามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ได้					
31.					
32. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะเกิดอาการชัก					
33.					
34. ท่านรู้สึกว่าคุณยังสามารถพึ่งตนเองได้					
35. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน					
36.					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นของท่าน				
	ไม่เห็นด้วย	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	0	1	2	3	4
37. ท่านรู้สึกลำบากในการคิดหรืออธิบาย					
38.					
39. ท่านรู้สึกเป้าหมายที่สามารถทำกิจกรรมกับครอบครัวได้					
40.					
41. ท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร					
42. ท่านสามารถคิด และทำสิ่งต่างๆได้					
43.					
44. ท่านสามารถขับรถยนต์ได้ตามปกติ					
45. ท่านมีปัญหาการรับรู้ความรู้สึกของ แขน มือ และขา					
46. ท่านมีอาการอ่อนแรงของ แขน ขา					
47.					
48. ท่านปวดศีรษะ					

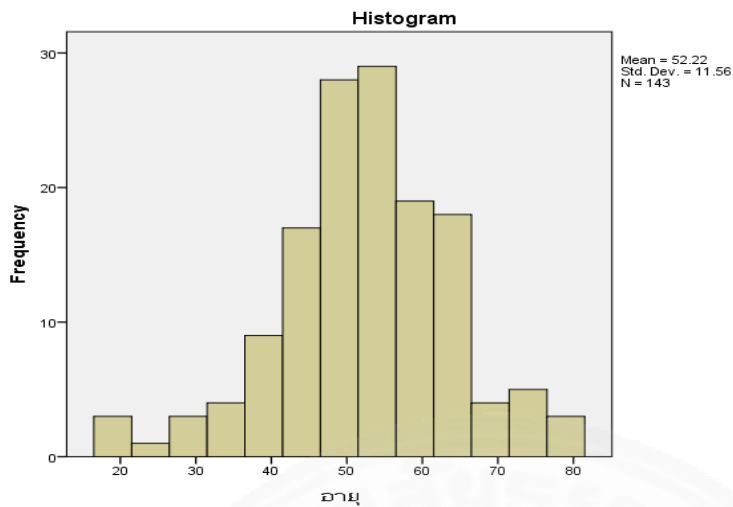
ภาคผนวก ฉ**ผลการตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของข้อมูล**

Test of Normality Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
อายุ	143	100.0%	0	0.0%	143	100.0%

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
อายุ	Mean		52.22	.967
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	50.31	
		Upper Bound	54.13	
	5% Trimmed Mean		52.44	
	Median		53.00	
	Variance		133.626	
	Std. Deviation		11.560	
	Minimum		19	
	Maximum		81	
	Range		62	
	Interquartile Range		14	
	Skewness		-.302	.203
	Kurtosis		.689	.403

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
อายุ	.067	143	.200*	.983	143	.071
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						



อายุ Stem-and-Leaf Plot Frequency Stem & Leaf

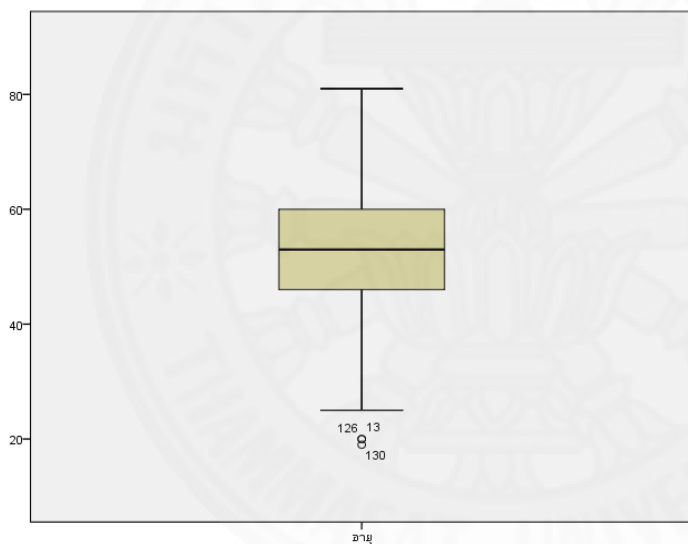
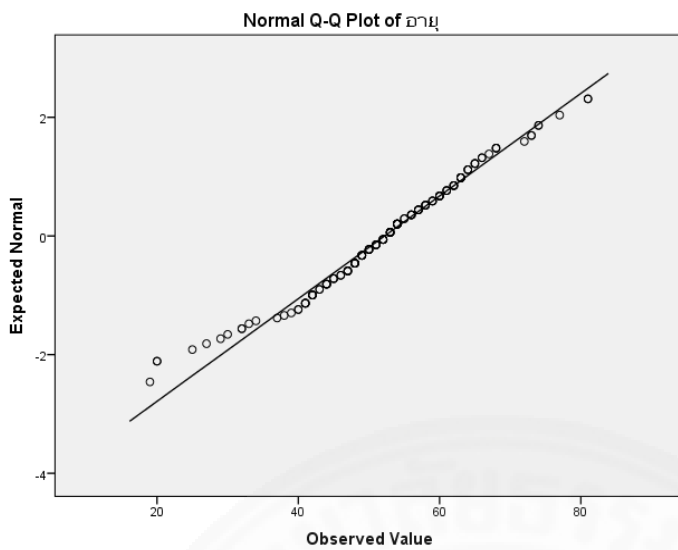
3.00 Extremes (= <20)

```

.00      2 .
3.00     2 . 579
5.00     3 . 02234
3.00     3 . 789
18.00    4 . 001111222223344444
24.00    4 . 55566777778888888999999
31.00    5 . 00000111122222233333334444444
18.00    5 . 55666677778888999
21.00    6 . 000001112222333333444
 9.00     6 . 555667888
 5.00     7 . 23344
 1.00     7 . 7
 2.00     8 . 11
    
```

Stem width: 10

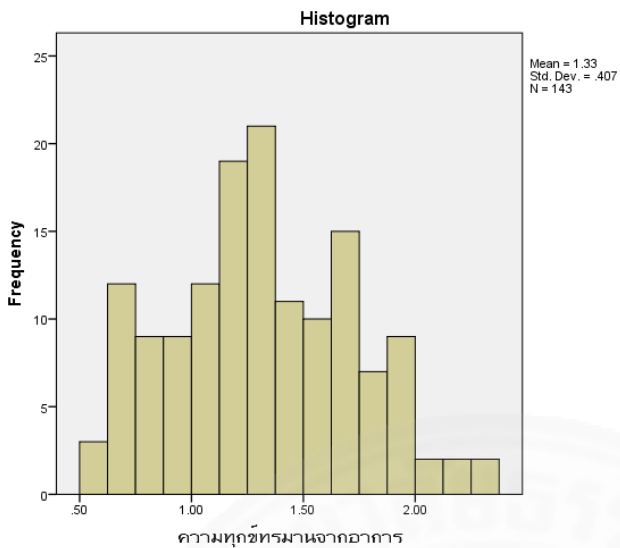
Each leaf: 1 case(s)



Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	143	100.0%	0	0.0%	143	100.0%

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
ความทุกข์ทรมาน จากอาการ	Mean		1.3258	.03407
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.2584	
		Upper Bound	1.3931	
	5% Trimmed Mean		1.3198	
	Median		1.3187	
	Variance		.166	
	Std. Deviation		.40745	
	Minimum		.58	
	Maximum		2.33	
	Range		1.75	
	Interquartile Range		.58	
	Skewness		.119	.203
	Kurtosis		-.618	.403

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ความทุกข์ทรมานจาก อาการ	.056	143	.200 [*]	.982	143	.064
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						

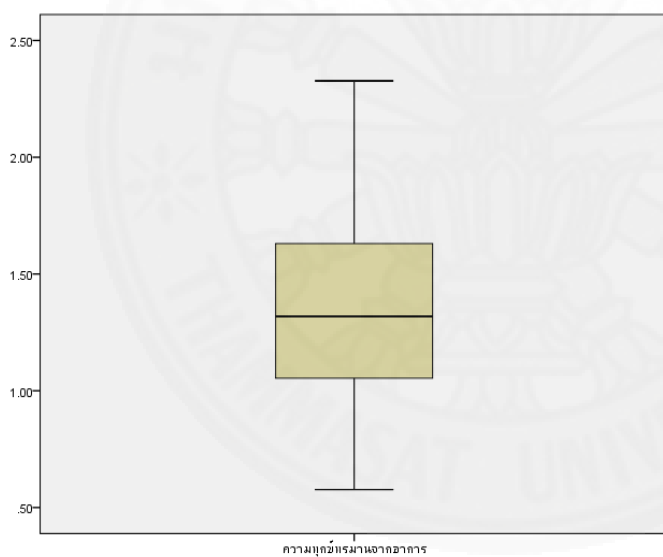
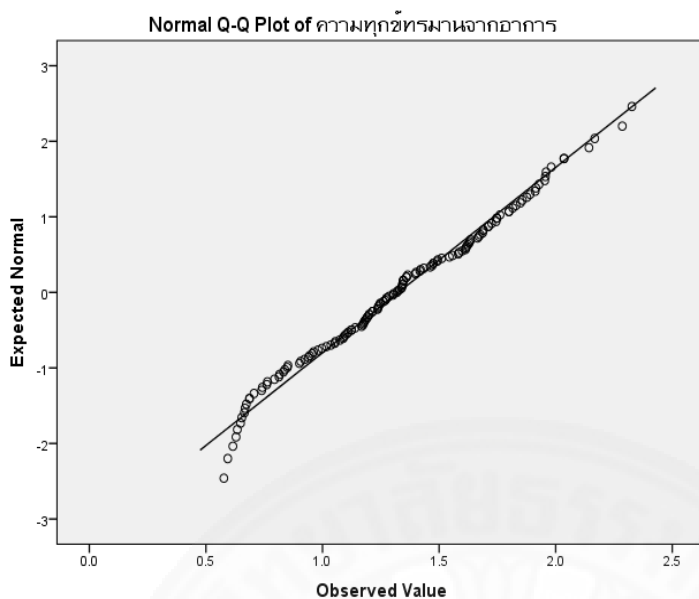


ความทุกข์ทรมานจากอาการ Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
2.00	5 . 79
10.00	6 . 1234566788
6.00	7 . 034669
6.00	8 . 113345
9.00	9 . 002345689
8.00	10 . 13557899
13.00	11 . 0022467778899
15.00	12 . 0011333444466778
17.00	13 . 00122344444445569
10.00	14 . 0123667799
6.00	15 . 145889
13.00	16 . 1112233677888
9.00	17 . 112444699
6.00	18 . 124579
7.00	19 . 1125558
2.00	20 . 33
2.00	21 . 46
1.00	22 . 8
1.00	23 . 2

Stem width: .10

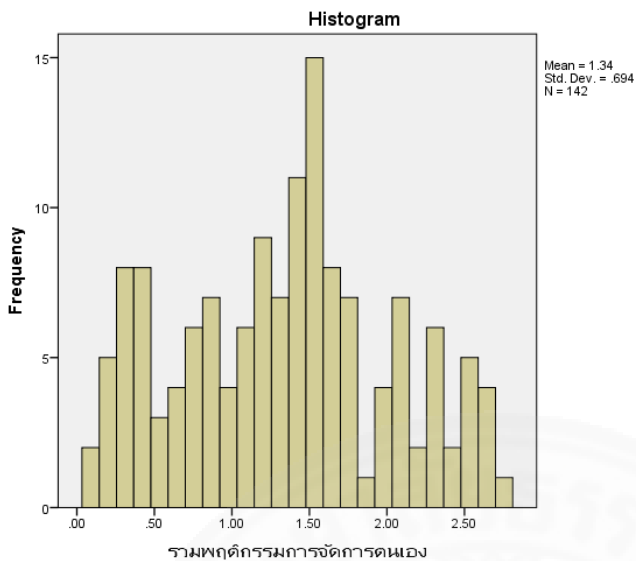
Each leaf: 1 case(s)



Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	143	99.3%	0	0.7%	143	100.0%

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	Mean	1.3396	.05820	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.2245	
		Upper Bound	1.4547	
	5% Trimmed Mean	1.3315		
	Median	1.3778		
	Variance	.481		
	Std. Deviation	.69359		
	Minimum	.09		
	Maximum	2.76		
	Range	2.67		
	Interquartile Range	1.00		
	Skewness	.081	.203	
	Kurtosis	.783	.404	

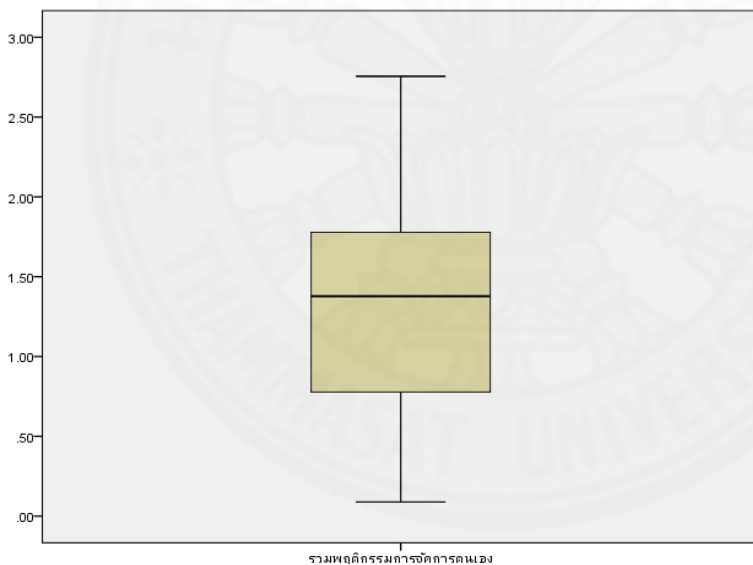
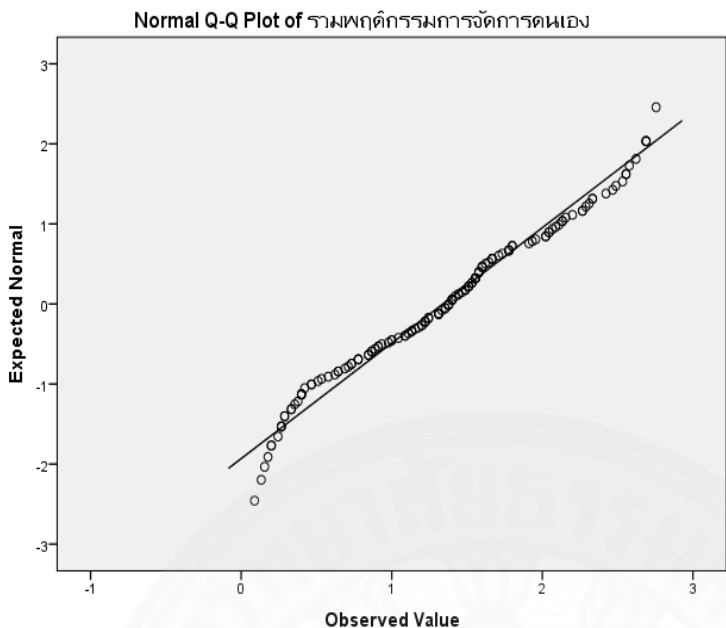
Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง	.058	142	.200 [*]	.972	142	.005
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						



พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
4.00	0 . 0111
12.00	0 . 22222223333
10.00	0 . 4444444555
10.00	0 . 6666777777
9.00	0 . 888889999
10.00	1 . 0000011111
17.00	1 . 2222223333333333
23.00	1 . 4444444444555555555555
13.00	1 . 666666677777
5.00	1 . 88999
10.00	2 . 000001111
7.00	2 . 2222333
7.00	2 . 4445555
5.00	2 . 66667

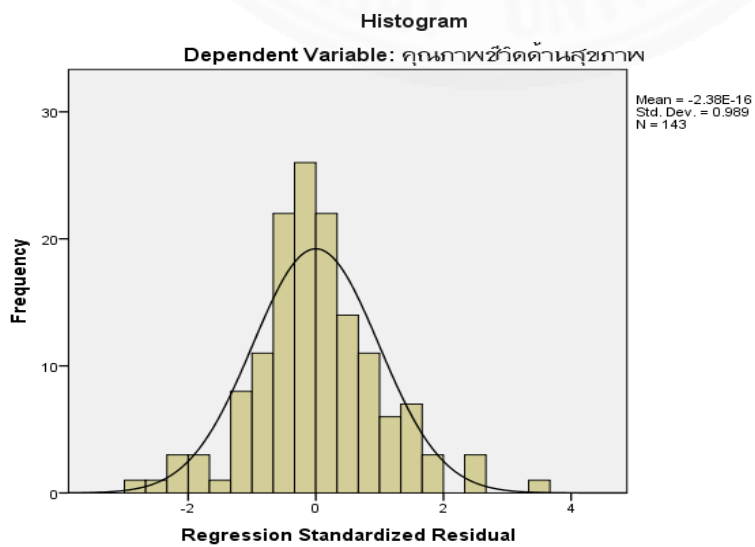
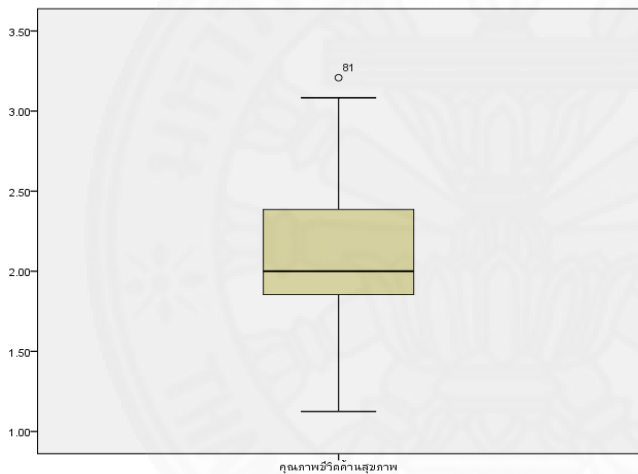
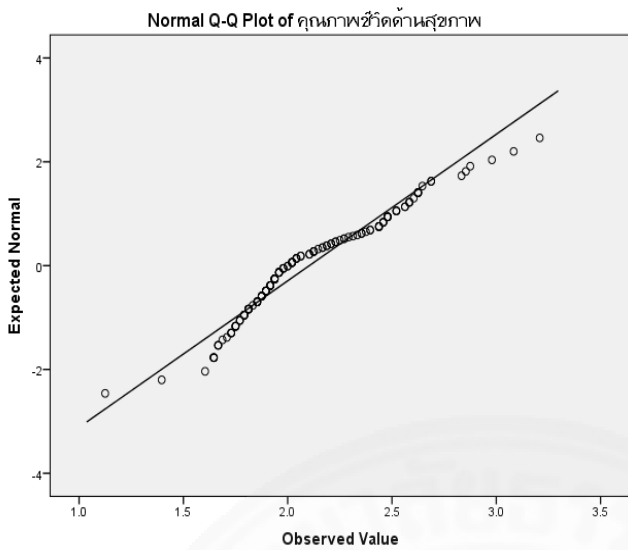
Stem width: 1.00
Each leaf: 1 case(s)



Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	143	100.0%	0	0.0%	143	100.0%

Descriptives				
		Statistic	Std. Error	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	2.1036	.02963	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.0450	
		Upper Bound	2.1622	
	5% Trimmed Mean	2.0896		
	Median	2.0000		
	Variance	.126		
	Std. Deviation	.35434		
	Minimum	1.13		
	Maximum	3.21		
	Range	2.08		
	Interquartile Range	.54		
	Skewness	.600	.403	
	Kurtosis	.230	.403	

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.138	143	.564	.953	143	.532
a. Lilliefors Significance Correction						



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพิมพ์พญาภรณ์ ทรัพย์มีชัย
วัน เดือน ปีเกิด	5 กุมภาพันธ์ 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2544 – 2552 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลอุทัย พ.ศ. 2553 – ปัจจุบัน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า