



ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญ ความเครียดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด*

Relationships among Symptom Cluster, Method of Coping and Health Related Quality of Life In Brain Tumor Patients Receiving Brain Surgery

ภัทรา พิมสาร**

ชนกพร จิตปัญญา***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันประสาทวิทยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 110 ราย เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สุขสบาย แบบวัดการเผชิญความเครียด และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .64, .91 และ .90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ($\bar{x} = 77.08$) อยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิง ($\bar{x} = 68.88$). กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.520$)

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**มหบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วิธีการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำสำคัญ : การเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิต โรคเนื้องอกสมอง กลุ่มอาการ ผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

Abstract

The purpose of descriptive research was to investigate the relationships among symptom cluster, coping and health related quality of life in patients with brain tumor after surgery. The samples were 110 brain tumor patients, who were followed up at the Outpatient Department of Prasat Neurological Institute, Rajavithi Hospital and Police Hospital after surgery not more than 6 months. Research instruments included symptom cluster questionnaire, method of coping questionnaire and Thai version of EORCT C-30. Content validity was examined by five experts. The Instruments were tested by using reliability Conbach's alpha coefficient obtained at .64, 0.91 and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation and Pearson's product moment coefficient.

The major finding showed that mean of health related quality of life in brain tumor patients after brain surgery ($\bar{x} = 77.08$) was higher than the reference mean ($\bar{x} = 68.88$). Symptom cluster were negative significant correlated with health related quality of life in brain tumor patients after brain surgery ($r = -.520$). Method of coping were not correlated to health related quality of life in brain tumor patients after brain surgery.

Keyword : Quality of life, brain tumor, symptom cluster, method of coping, brain surgery patient

บทนำ

จากสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและส่วนอื่น ๆ ของระบบประสาท เมื่อปี พ.ศ. 2553 จำนวน 5,202 ราย และเมื่อปี พ.ศ. 2554 จำนวน 5,837 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ. 2553 จำนวน

1,786 ราย และเมื่อปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสียชีวิต 1,839 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (กระทรวงสาธารณสุข. 2554 : ออนไลน์) ซึ่งในปัจจุบันการผ่าตัดยังเป็นวิธีหลักของการรักษาเนื้องอกสมอง (ศรัณย์ นันททอารี. 2552 : ออนไลน์) แม้ว่าการผ่าตัดจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้มาก



แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ มักมีปัญหาสุขภาพและความผิดปกติทางระบบประสาท (อรชร บุติพินดา. 2553 : 1) โดยอาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่งเนื้องอก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาในการพูด การฟัง และการมองเห็น เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะพบในช่วง 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Hannegan. June 1989 : 165)

กลุ่มอาการไม่สุขสบาย เป็นอาการที่ปรากฏขึ้นมากกว่า 3 อาการ โดยเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ภายหลังผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัด ซึ่งแต่ละอาการมีความเกี่ยวข้องกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งกลุ่มอาการไม่สุขสบายนี้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ (Dodd et al. July 2004 : 77) จากงานวิจัยของ อำนวยพร อาษานอก (2549 : 116) พบว่า ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีกลุ่มอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก สูญเสียการได้ยิน บกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร คลื่นไส้ อาเจียน และชัก โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด นอกจากนี้ Lovely et al. (June 1999 : 921) ยังศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustafsson et al. (December 2006 : 1205) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด

นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดสะสม และต้องรับมือกับความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบของเนื้องอกสมองและการรักษาส่งผลคุกคามต่อผู้ป่วย ถ้าบุคคลใดมีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดมากขึ้น หากไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ ย่อมทำให้สูญเสียคุณค่าในตนเอง ล้มหวัง และนำไปสู่ความล้มเหลวในการดำเนินชีวิต (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2551 : 137) สำหรับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองนั้น Gustafsson et al. (December 2006 : 1205) ศึกษา พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น ผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยนำไปสู่การให้การบำบัดและการพยาบาลอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียด และ



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

อายุ การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมอง

นิยามศัพท์

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเซตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มจากผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง ไม่เกิน 6 เดือน ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 110 ราย จาก 3 โรงพยาบาล ได้แก่ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมองและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่เกิน 6 เดือน เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย พูดและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ รวมทั้งยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย มีอาการจากโรคจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ขณะเก็บข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบาย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินกลุ่มอาการไม่สบายของ อำนวยพร อาษานอก (2549 : 81) ซึ่งประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิด 10 อาการ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการตามัว อาการชัก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการบกร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการสูญเสียการได้ยิน อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออก ข้อคำถามเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง โดยปลายเส้นตรงทางด้านซ้ายมือสุดกำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุดกำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” คะแนนรวมของแบบประเมินมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงหมายถึง มีกลุ่มอาการไม่สบายอยู่ในระดับมากและคะแนนรวมต่ำหมายถึง มีกลุ่มอาการไม่สบายในระดับน้อย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 1.00 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .64

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญ

ความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งพัฒนาโดย Jalowiec et al. (May-June 1984 : 157) แปลและปรับปรุงโดยปราณี มิ่งขวัญ (2542 : 38) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้ง



ของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดย 1 คะแนน หมายถึง “ไม่เคย” ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง “เกือบทุกครั้ง” คะแนนรวม 36-180 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.01-1.00 ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน โดยคะแนนเฉลี่ยด้านใดมากแสดงถึงผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง EORTC QLQ-C30 (Aaronson. May 1988 : 69) ฉบับ

ภาษาไทย ที่แปลและพัฒนาโดย Silpakit et al. (February 2006:167) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และการทำหน้าที่ด้านสังคม มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของ EORTC (Scott et al. 2008 : Online) (ตารางที่ 1) เพื่อบอกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนที่มาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ดี และคะแนนที่น้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดี เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .90

ตารางที่ 1 เกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Scott et al. 2008)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งสมอง	Ref. Mean (Scott et al. 2008)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	68.88
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	75.80
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	58.10
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	70.90
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	72.80
การทำหน้าที่ด้านสังคม	66.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ของ สถาบันประสาท (เลขที่หนังสือรับรอง 013/2559) โรงพยาบาลราชวิถี (เลขที่หนังสือรับรอง 034/2558) และโรงพยาบาล

ตำรวจ (เลขที่หนังสือรับรอง จว. 94/2558) และได้รับการอนุมัติให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ กันยายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559



การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาหารไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's coefficient) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติ

การเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.05 ปี (SD = 9.38) มีการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (meningioma) รองลงมาคือ เนื้องอกต่อมใต้สมอง (pituitary adenoma) และเนื้องอกของสมอง (glioma) (ร้อยละ 49.10, 20.90 และ 10.00 ตามลำดับ) ซึ่งมีตำแหน่งของเนื้องอกสมองอยู่ที่ต่อมใต้สมอง ร้อยละ 23.60 และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนวันหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองเฉลี่ย 109 วัน (SD = 64) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตาม เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดสมอง (n = 110)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	79	71.80
	ชาย	31	28.20
อายุ (ปี)	18-40	30	27.20
	41-60	80	72.80
	($\bar{x}$ = 46.05 ปี, SD = 9.38)		
การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอก)	Meningioma	54	49.10
	Pituitary adenoma	23	20.90
	Glioma	11	10.00
	อื่นๆ	22	20.00
ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง	Pituitary gland	26	23.60
	Left Frontal lobe	14	12.70
	Right Frontal lobe	14	12.70
	อื่นๆ	56	51.00



ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ราย)	ร้อยละ
จำนวนวันหลังได้รับการรักษา	น้อยกว่า 90 วัน	44	40.00
ด้วยการผ่าตัดสมอง	มากกว่า 90 – 180 วัน	66	60.00
	($\bar{x}$ = 109 วัน, SD = 64)		

2. คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Scott et al. 2008 : Online) ($\bar{x}$ 69.06) ดัง
ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.08 ตารางที่ 3
(SD= 20.24) อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอก
สมองหลังผ่าตัด (n = 110)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	Ref. Mean (Scott et al. 2008 : Online)	($\bar{x}$ เทียบค่าอ้างอิง)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	77.08	20.24	69.06	สูงกว่า
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	78.90	27.80	58.10	สูงกว่า
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	78.80	22.17	76.70	สูงกว่า
การทำหน้าที่ด้านสังคม	76.40	29.21	66.80	สูงกว่า
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	75.40	22.56	70.90	สูงกว่า
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	75.90	25.50	72.80	สูงกว่า

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
ตัวแปรที่ต้องการศึกษา พบว่า กลุ่มอาการไม่สุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.520$)
สลายมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้าน ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ($n = 110$)

ปัจจัย	$\bar{x}$	SD	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
กลุ่มอาการไม่สุขสบาย	1.31	1.07	-.520	.000
วิธีการเผชิญความเครียด				
แบบมุ่งแก้ปัญหา	3.00	0.80	.178	.063
มุ่งปรับอารมณ์	2.85	0.65	-.162	.091
การเลือกการรับรู้ปัญหา	1.83	0.60	-.023	.808

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยอ้างอิง (ตารางที่ 2) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี สอดคล้องกับงานวิจัยของอำนาจพร อาษานอก (2549 : 101) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สุขสบาย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอยู่ในระดับดี อาจอธิบายได้ตามแนวคิดของ Aaronson et al. (May 1988 : 70) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถอธิบายผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ดังนั้น ถึงแม้ว่าบุคคลเกิดการเจ็บป่วยแต่สามารถคงความสามารถในการทำหน้าที่

ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ถึงความรู้สึก ความพึงพอใจและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีชนิดเนื้องอกเป็น เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (ร้อยละ 49.10) เช่นเดียวกับงานวิจัยของอำนาจพร อาษานอก (2549 : 79) ซึ่งเป็นเนื้องอกที่อยู่นอกเนื้อสมอง ที่เกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มสมอง ทำให้มีพยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรงเท่าเนื้องอกในส่วนของเนื้อสมอง ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

สำหรับตำแหน่งของเนื้องอกสมองที่พบมากที่สุดคือ ต่อมใต้สมอง (ร้อยละ 23.60) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านทางโพรงจุก มีแผลที่ผู้ป่วยมองไม่เห็นภายในโพรงจุก ผู้ป่วยจึงอาจมองว่าไม่ใช้การผ่าตัดใหญ่และไม่รุนแรงเท่าการผ่าตัดเปิดกะโหลก



ศีรษะ และผลของการผ่าตัด ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อย ดังจะเห็นได้จากด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ย 85.36 (SD = 9.05) ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และมีความพึงพอใจในชีวิต

นอกจากนี้ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มอาการไม่สุขสบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีระดับของกลุ่มอาการไม่สุขสบายมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีและผู้ป่วยที่มีระดับของกลุ่มอาการไม่สุขสบายน้อย จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี โดยกลุ่มอาการไม่สุขสบายอาจมีสาเหตุมาจากภาวะของโรคหรือผลกระทบจากการรักษา เป็นอาการที่ปรากฏภายหลังผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองได้รับการผ่าตัดสมอง โดยแต่ละอาการมีความเกี่ยวข้องกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน อาการและอาการแสดงของโรคจะเป็นไปตามตำแหน่งของรอยโรค สำหรับกลุ่มอาการไม่สุขสบายในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด รองลงมาคือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ตามัว การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สูญเสียการได้ยิน บกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร อาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงออก คลื่นไส้-อาเจียน และชัก ตามลำดับ ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์กัน (อำนวยการพยาบาล. 2549 : 12) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการ

ไม่สุขสบายมากจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงบทบาทในด้านต่าง ๆ ที่ต้องเป็นแปลงไป มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเองลดลงได้

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการไม่สุขสบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความรุนแรงของกลุ่มอาการไม่สุขสบายเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.31 (ตารางที่ 4) แสดงว่า โดยส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการไม่สุขสบายเพียงเล็กน้อยทำให้มีคุณภาพชีวิตดี ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติแม้ว่าจะมีการรบกวนของกลุ่มอาการไม่สุขสบายก็ตาม ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นในสุขภาพของตนเองและมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตน

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ แบบการเลือกการรับรู้ปัญหา และมีการใช้แบบมุ่งปรับอารมณ์ที่น้อยสุด (คะแนนสัมพัทธ์ = 0.39, 0.38 และ 0.24) (ตารางที่ 4) โดยวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .178$) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์และวิธีการเลือกการรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.162$ และ $-.023$) ซึ่ง



ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustafsson et al. (December 2006 : 1205) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองชนิด low grade glioma พบว่า การเผชิญความเครียดโดยการหนีปัญหา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษานี้ พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะดึงมาใช้ในการเลือกเผชิญความเครียด กล่าวคือ ในด้านภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 56.40) มีกลุ่มอาการไม่สบายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติและทำงานได้ไม่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ (ร้อยละ 90) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในสุขภาพและการดำเนินชีวิต มีภาวะพึ่งพาน้อยจึงทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวลน้อยลงไปด้วย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.90 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งการมีคู่ครองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ มีการเผชิญความเครียดโดยมีการคิด ตัดสินใจอย่างรอบคอบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี (วราภรณ์ นาครัตน์. 2533 : 81) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจของรายได้ (ร้อยละ 74.50) และมีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 46.40) ทำให้ไม่มีปัญหาในการใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ การเดินทางมาตรวจรักษาและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งนอกจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินสถานการณ์

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนว่ามีความเครียดหรือไม่ แล้วยังทำให้มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามการประเมินความรุนแรงของความเครียดไปด้วย เนื่องจากความเครียดและการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน (Lasalus and Folkman. 1984 : 117)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 72.8) ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 71.9) โดยวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะหรือประสบการณ์การเผชิญความเครียดมากกว่า จึงมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าวัยอื่นๆ (Moos and Schaefer. June 1989 : 5) รวมทั้งการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้มาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowiec et al. May-June 1984 : 161) ดังนั้นเมื่อกกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดที่ดี มีการประเมินและใช้วิธีการเผชิญความเครียดน้อย ย่อมส่งผลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยด้วย จึงทำให้วิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ทีมพยาบาลซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจึงควรส่งเสริมและวางแผนการ



พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการกับ
กลุ่มอาการไม่สุขสบายที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ

ขอขอบคุณ คณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการ
และเจ้าหน้าที่ของสถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาล
ราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ รวมถึงผู้ป่วยโรค
เนื้องอกสมองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และมี
ส่วนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554) “สถิติสาธารณสุขฉบับเต็ม ปี พ.ศ. 2554” [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html> (24 สิงหาคม 2556)
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542) **ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราภรณ์ นาครัตน์. (2533) **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรัณย์ นันทอารี. (2552) “การรักษาเนื้องอกในสมอง” [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.thai-braintumor.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=77 (24 สิงหาคม 2556)
- อรชร บุติพันธุ์. (2553) **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549) **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551) “การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย” **วารสารพฤติกรรมศาสตร์**. 14 (1) หน้า 135-150.
- Aaronson, N K. (May 1988) “Quality of life: What is it? How should it be measured?” **Oncology Willston Park** 2 (5) page 69-76.
- Dodd, M. J. et al. (July 2004) “Occurrence of symptom clusters” **Journal of the National Cancer Institute Monographs**. 32 page 76-78.
- Gustafsson, M. et al. (December 2006) “The relationship between function, quality of life and coping in patients with low-grade gliomas” **Support Care Cancer**. 14 page 1205-1212.
- Hannegan, L. (June 1989) “Transient cognitive changes after craniotomy” **Journal of Neuroscience Nursing**. 21 (3) page 165-170.
- Jalowiec, A. et al. (May-June 1984) “Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale” **Nursing Research**. 33 (3) page 157-161.
- Lazalus, R. S., and Folkman, S. (1984) **Stress, appraisal and coping**. New York : Spring Publish.
- Lovely, M. P. et al. (June 1999) “Relationship between fatigue and Quality of life in patients with glioblastoma multiformae” **Oncology Nursing Forum**. 26 (5) page 921.
- Moos, R. H. and Schaefer, J. A. (June 1989) **Coping with physical illness: New Perspectives (Vol. 2)**. New York : Plenum Press.
- Scott, N. W. et al. (2008) “EORTC QLQ-C30 Reference Values” [Online] Available : http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference__values__manual 2008.pdf (26 December 2014)
- Silpakit, C. et al. (February 2006) “The European Organization for Research and treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire(EORTC QLQ-C30) : validation study of the Thai version” **Journal of Quality of Life**. 15 (1) page 167-172.