

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

อ.พ. บุตรีพินดา

นางสาวอรชร บุติพินดา

ผู้วิจัย

ว.ศ.ค. ฉัตรเรืองอนันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัชรศักดิ์ ฉันทเรืองอนันต์,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บรรพต สิทธินามสุวรรณ

อาจารย์บรรพต สิทธินามสุวรรณ,

พ.บ., ว.ว. วิทยาศาสตร์สุขภาพ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อ.พ.น. โตสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ โตสิงห์,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อ.พ.น. นร

ศาสตราจารย์บรรจง นโฬสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อ.พ.น. ชัยมงคล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2553

อัสภาณ ศักดิ์เรืองนิษฐ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลย์ลดา จันทน์เรืองนิษฐ์,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อชช บุติพันดา

นางสาวอชช บุติพันดา

ผู้วิจัย

บรรพต สิริทินามสุวรรณ

อาจารย์บรรพต สิริทินามสุวรรณ,

พ.บ., ว.ว. ประสาทศัลยศาสตร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. Sirinam

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ปณณ อิงค

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภาพร จินันทุยา,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. Pongka

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพรณ โตสิงห์,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Dr. Pongka

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Dr. Pongka

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ และอาจารย์นายแพทย์บรรพต สิทธินามสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำชี้แนะข้อบกพร่องและให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งมอบกำลังใจและความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยมีความประทับใจอย่างสุดซึ้งในการได้รับความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง และบุคคลที่รัก ที่คอยให้กำลังใจ ความรักความห่วงใยและให้การสนับสนุนเรื่อยมา ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 50 ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่ได้เอื้อนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอมอบแด่ บุพการี คณาจารย์และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองทุกท่าน

อรชร บุติพินดา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
เนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL
STATUS IN POSTOPERATIVE BRAIN TUMOR PATIENTS

อรชร บุติพินดา 5037321 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.,
บรรพต สิทธินามสุวรรณ, พ.บ., ว.ว. (ประสาทศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2000) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วัยผู้ใหญ่ มีระดับการรู้คิดระดับ 7-8 มารับการตรวจตามแพทย์นัดหลังผ่าตัดครั้งล่าสุดในระยะเวลา 1 เดือนถึง 1 ปี ที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2552 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65.9%) มีอายุระหว่าง 19-79 ปี อายุเฉลี่ย 48.76 ปี สถานภาพสมรสคู่ (79.5%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (55.7%) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (29.5%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกสมองชนิด meningioma (47.7 %) มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (60.2%) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็น (29.5%) และพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในระดับสูง ($r = .76, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .01$)

ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และมีข้อเสนอแนะว่า ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญของการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การฟื้นตัวด้านภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การสนับสนุนทางสังคม/ ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง/ ภาวะการทำหน้าที่

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION, SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS IN POSTOPERATIVE BRAIN TUMOR PATIENTS

ORACHORN BOOTTIPANDA 5037321 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WALLADA CHANRUANGVANICH, D.N.S.,
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., BUNPOT SITTHINAMSUWAN, M.D. M.Sc.**ABSTRACT**

This was a descriptive research study to examine the relationship between health perception, social support and functional status in postoperative brain tumor patients, using the conceptual framework of transition theory (Meleis et al., 2000). The sample consisted of 88 adult postoperative brain tumor patients, with a cognitive level of 7-8, whose most recent postoperative appointment was between 1 month to 1 year prior. The data collection occurred from July to October, 2009. The research instruments used were a personal data questionnaire, illness records, a health perception questionnaire, a social support questionnaire and a functional status questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

The results revealed that most of the participants were female (65.9%), between 19-79 years of age, with the average being 48.76 years. Most were married (79.5%), had at least an elementary educational level (55.7%), and many were unemployed (29.5%). The most common kind of brain tumor was meningioma (47.7%). Most patients had physical problems after treatment (60.2%), with the major problem being visual disturbance (29.5%). Health perception had a positive relationship with functional status at a high level with statistic significance ($r = .76$, $p < .01$), whereas social support had a positive relationship with functional status at a moderate level with statistic significance ($r = .56$, $p < .01$).

The research results supported the concept of transition theory and suggested that the health care team should emphasize the assessment of health perception and social support of patients in order to find ways to support health perception and social support which could lead to improved recovery in terms of functional status in postoperative brain tumor patients.

KEY WORDS: BRAIN TUMOR PATIENTS / FUNCTIONAL STATUS /
HEALTH PERCEPTION / SOCIAL SUPPORT /

143 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	12
อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	12
สาเหตุของเนื้องอกสมอง	12
การเปลี่ยนแปลงของสมองจากเนื้องอก	13
การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา	14
ภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง	15
การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง	16
ผลกระทบของเนื้องอกสมองต่อผู้ป่วย	18
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่	22

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	24
ปัจจัยด้านตัวบุคคล	25
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	27
การสนับสนุนทางสังคม	29
ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) และผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	34
แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน	34
แนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	40
สรุป	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	43
แหล่งเก็บข้อมูล	44
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	44
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4 ผลการวิจัย	53
บทที่ 5 การอภิปรายผล	63
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	77
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	79
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	96
รายการอ้างอิง	115
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้วิจัย	143

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	54
2. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย	57
3. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัด จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน	60
4. พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน	61
5. คะแนนเฉลี่ยและร้อยละของภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายหมวด	62
6. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด	62

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

1. แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเนื้องอกสมองเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และเป็นโรคทางระบบประสาทสมองที่สำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองขึ้นกับเพศ อายุ และเชื้อชาติ ประชากรในวัยผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบประมาณ 43,800 คน (Buckner et al., 2007) ข้อมูลจาก The Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTURS) ในปี 2007-2008 พบ primary non-malignant tumors และ malignant tumors คือ 16.5 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี จำแนกเป็น primary non-malignant tumors 9.2 คนต่อ 100,000 คนต่อปี และ malignant tumors 7.3 คนต่อ 100,000 คนต่อปี อัตราการเกิดในเพศหญิงคือ 17.2: 100,000 และในเพศชายคือ 15.8: 100,000 (Buckner et al., 2007) โรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่ทำให้เสียชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วย 12,740 คนหรือคิดเป็น 2.4% ต่อปี ที่เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ในปี 2007 (Bernstein & Berger, 2008)

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 - 2550 มีผู้ป่วยเนื้องอกจำนวน 646, 686, 834, 660 และ 714 คน ตามลำดับ เนื้องอกสมองเป็นโรคที่มีมากเป็นอันดับหนึ่งใน 5 อันดับแรกของโรคที่มากที่สุดของหอผู้ป่วย คิดเป็น 35% ของโรคทางศัลยกรรมประสาท (หน่วยสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2550)

ชนิดของเนื้องอกสมองจำแนกเป็น malignant brain tumor, benign primary brain tumor และ metastatic brain tumor ผู้ป่วยแต่ละคนมีการวินิจฉัยเนื้องอกสมองได้หลายชนิด เนื้องอกสมองที่พบได้บ่อยที่สุดคือ glioma พบได้มากที่สุดถึง 50% และรองลงมาคือ meningiomas 30% ของเนื้องอกสมองทั้งหมดและเป็นชนิด primary brain tumor (Black & Loeffler, 2005)

การรักษาเนื้องอกสมองให้ได้ผลดีนั้นจะต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็วตั้งแต่เริ่มแรกและเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อควบคุมโรคให้ได้มากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่การรักษาที่ได้รับ คือการผ่าตัด แม้ว่าการผ่าตัดสมองจะเป็นวิธีการที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แต่ภายหลังการผ่าตัดพบว่าการก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพสมองและเส้นเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีและกระบวนการเมตาบอลิซึมของสมอง ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่างๆ ไปต่อ

เนื้อเยื่อของสมอง การที่สมองมีการบาดเจ็บและเสียหายที่ ส่งผลทำให้มีปัญหาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive functioning) เปลี่ยนแปลงไปด้วย (Murrey, Hale & Williams, 2005; Gobout et al., 2005) ซึ่งมีการแสดงออกเกี่ยวกับ การเคลื่อนไหว และการรับรู้สึกผิดปกติ เช่น การสื่อสารลำบาก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ความสามารถในการมองเห็นเสื่อม มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร และการรู้คิดผิดปกติ (Huang, Wartella, Kreutzer, Broaddus & Lyckhotm, 2001) โดยพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 57% มีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร (Whittle, Pringle, & Taylor, 1998) การศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) พบผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) การศึกษาของ Sinclair (1991) พบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) 37% การศึกษาของ Matin และคณะ (2000) ได้ศึกษาประเมินผลลัพธ์ อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acoustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96% และสูญเสียการทรงตัว 78% อาการต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความสามารถในการทำหน้าที่และบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Vives & Piepmeier, 1999) นอกจากนั้นพบว่าหลังเกิดอาการเหล่านี้แล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และกลัวว่าอาการของโรคจะลง (Heimans & Taphoorn, 2002)

ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) คือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การไปเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร และความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ (Barsevick, Much, & Sweeney, 2001) ภาวะการทำหน้าที่ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต และจำเป็นต้องประเมินภาวะนี้ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยเพื่อให้สามารถกำหนดแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของการรักษา (Allard, Dionne, & Potvin, 1995) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ (Sinclair, 1991) ทำให้มีการเสียหายที่หรือภาวะเบี่ยงเบนไปจากปกติ เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานและอาจมีความพิการ กล่าวคือพยาธิสภาพนั้นไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายและจิตใจ ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Meyers, Weitzner, Valentine, & Levin, 1998) มีการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมตามมา

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีประสบการณ์แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่ปรากฏอาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาเริ่มแรกและต่อเนื่องไปถึงการฟื้นฟูหลังการรักษา ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง

ไป จนกระทั่งหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่น (Chick & Meleis, 1986) การเจ็บป่วยในแต่ละช่วงเวลาที่ผู้ป่วยประสบเริ่มจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งนั้นเป็นกระบวนการซึ่งไม่คงที่ (Schumacher & Meleis, 1994) ผู้ป่วยนี้ออกสมองกับการเปลี่ยนแปลงในด้านภาวะการทำหน้าที่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เริ่มจากการมีสุขภาพดีจนถึงมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมระหว่าง การเปลี่ยนผ่าน ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคคลใน ครอบครัวส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่ง Meleis (2000) ได้สรุปว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง และการให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่าน ในครั้งนั้น และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว สังคม หรือจากทีมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ เมื่อ ผู้ป่วยนี้ออกสมองมีปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่ครบถ้วนก็จะสามารถฟื้นตัวและผ่านจาก สุขภาพดีจนถึงเจ็บป่วยได้ และจะได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ที่ดี หรือมีภาวะการทำ หน้าที่ (functional status) ดีด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception) เป็นความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการ แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ ถูกต้องจะส่งผลต่อความสามารถในการใช้เหตุผลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ (Brook et al., 1979) สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดนี้ออกสมองต้องใช้เวลา ในการฟื้นฟูเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ ในระยะแรกหลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนจาก การผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด ปวดศีรษะ แผลติดเชื้อ แผลแยก อาการชัก แขนขาอ่อนแรง การ เคลื่อนไหวบกพร่อง การมองเห็นผิดปกติ สูญเสียการได้ยิน เปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สูญเสียความ ทรงจำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ในการที่ผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวได้ดีและ ยอมรับความพิการได้ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือปรับปรุง ระดับสุขภาพที่เสื่อมถอย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เพราะการดำเนินโรคที่เป็นไปในทางเสื่อมยังคง มีอยู่ จากภาวะความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดังกล่าว และแผนการรักษาอื่นๆ ที่ ตามมา เช่น การฉายรังสี หรือการให้ยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือมีการรับรู้ ภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ (Mainio et al., 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนผ่านสู่การ ทำหน้าที่ได้เหมาะสม ถ้ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง หรือเกินความเป็นจริง เพราะการรับรู้ ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะ

นำไปสู่การฟื้นฟูที่ดีขึ้น และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย (Burgess & Hartman, 1996) จากการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .210, p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .472, p < .001$) (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) ดังนั้นผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ได้ดีหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเสียก่อน

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับรับรู้ภาวะสุขภาพ แต่การที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดีด้วย (Wilson & Cleary, 1995) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์หรือการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบุคคลในสังคม ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงานหรือวัตถุสิ่งของที่ช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาหรือความเจ็บป่วยได้ และยังส่งผลให้พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Cobb, 1976; Kahn, 1979; Thoits, 1982) ซึ่งสอดคล้องกับ House (1985) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นในสังคมทางด้านอารมณ์ การประเมินค่า การให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรสิ่งของ แรงงาน เงินทอง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนความต้องการของตนเองให้สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้สามารถก่อเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นการศึกษาของ Newton และ Mateo (1994) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญของญาติต่อความไม่แน่ใจความไม่มั่นใจเกี่ยวกับโรคพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้นสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กระบวนการกลุ่มของครอบครัวสนับสนุนผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ดีภายหลังจากรับการรักษา (Leavitt, Lamb, & Voss, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาพรธ นามอาษา (2545) ที่พบว่าสถานทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และด้านการรู้คิดของผู้ป่วย

บาดเจ็บสมอง ($r = .233, p < .01$) และการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำนวนน้อย โดยเฉพาะเรื่องภาวะการทำหน้าที่อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งรวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ผู้ป่วยระบบประสาทสมองมีปัญหาด้านนี้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะหลังผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพเหล่านี้ยังคงหลงเหลืออยู่แม้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ นอกจากนั้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลยังมิได้มีการติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างไร จนกว่าผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านโดยมี การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่าน และตัวแปรทั้งสองนี้เป็นตัวแปรสำคัญในทฤษฎีที่จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่สถานการณ์ใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ ช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว และช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรก รวมถึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยการบำบัด กระตุ้นให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนการจำหน่ายหรือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแล ซึ่งเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดต่อไป

คำถามการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดหรือไม่ และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

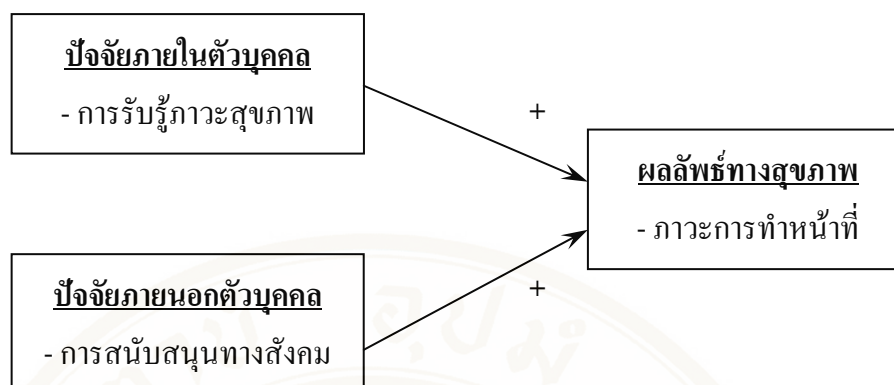
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis และคณะ (2000) ซึ่งได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นการเปลี่ยนจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่สถานการณ์หนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต ตั้งแต่การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป จุดเน้นของทฤษฎีคือการประเมินและช่วยเหลือบุคคล และครอบครัว ให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ประกอบไปด้วย มโนทัศน์ 4 อย่าง คือ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition) รูปแบบของการตอบสนอง (patterns of response) และ การบำบัดทางกายภาพ (nursing therapeutics) ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย คือ การเกิดเนื้องอกในสมองและเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากว่าบุคคลทุกคนมีการประสบกับสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งในทุกช่วงของชีวิต และกระบวนการนั้นไม่คงที่ (Chick & Meleis, 1986) กล่าวคือ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำเป็นต้องปรับตัวให้สามารถเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกสมองต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับสุขภาพของตนและการเจ็บป่วย ผู้ป่วยควรเข้าใจการเชื่อมต่อระหว่างเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านถึงสถานการณ์ใหม่ในแต่ละช่วงของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดคือ ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) เพราะการเตรียมพร้อมที่ดี โดยได้รับการดูแลที่เหมาะสม การได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพและครอบครัว และมีการเฝ้าระวังหรือป้องกันผลกระทบด้านลบที่อาจจะเกิดขึ้น จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านขึ้นกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition

condition) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยภายในของตัวบุคคล (personal condition) และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (environment condition) ซึ่งแบ่งออกเป็น เงื่อนไขทางด้านชุมชน (community condition) และเงื่อนไขทางด้านสังคม (society condition)

ปัจจัยภายในของตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง และการให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่านในครั้งนั้นๆ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception) เป็นปัจจัยที่กำหนดอยู่ในทฤษฎีและเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคลที่สำคัญเนื่องจาก ผู้ป่วยเมื่อออกสมองหลังผ่าตัดจะมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ดีเนื่องจากการดำเนินของโรคและแผนการรักษา (Mainio et al., 2003) การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพและมีพฤติกรรมดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) สำหรับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว สังคม หรือจากทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นอย่างมากในเรื่องภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย (อานวยพร, 2549) เช่นในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยได้รับความรักความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา จากคนในครอบครัวหรือจากทีมสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหัวใจวายเลือดกั่งมีการดูแลตัวเองและยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Geest, Renteln-Kruse, Steeman, Degraeve, & Abraham, 1998) การสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงาน เช่นค่ารักษาหรือค่ายา บุคคลดูแล หรือยานพาหนะในการเดินทางมาตรวจรักษา ทำให้ผู้ป่วยเมื่อออกสมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อานวยพร, 2549) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ดีร่วมกับได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ ก็จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่งจากสภาพที่ไม่มั่นคง (instability) ไปสู่อีกสถานะที่มั่นคงได้โดยง่าย

การศึกษานี้ในผู้ป่วยเมื่อออกสมองหลังผ่าตัด ที่จำหน่ายและฟื้นฟูที่บ้าน ปัจจัยการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่กระบวนการเปลี่ยนผ่านยังดำรงอยู่ลักษณะของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่อาจพบได้มีหลายชนิดขึ้นอยู่กับสภาพการในขณะนั้น ผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคือภาวะการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยเมื่อออกสมองหลังผ่าตัด สามารถอธิบายได้ดังรูปประกอบ



แผนภูมิ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการตรวจรักษาตามนัดที่ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ เดือนเมษายน 2552 ถึง เดือนตุลาคม 2552

นิยามตัวแปร

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพตนเอง (Brook et al., 1979) ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ประเมินโดยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย สุพร พริ้งเพริศ (2538) ตามแนวคิดของ Brook และคณะ (1979) จำนวน 20 ข้อ และผู้วิจัยปรับข้อความจากการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความด้านทานโรค / การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วย

ทั้งหมด เห็นด้วยเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก และไม่เห็นด้วยทั้งหมด ค่าคะแนนต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ไม่ดี คะแนนสูง แสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี

การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง (House & Kahn, 1985) ในการศึกษา หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจหรืออารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ และด้านการประเมินค่า จากสิ่งแวดล้อมอื่นหรือเครือข่ายทางสังคม และความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์นี้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ตามแนวคิดของ House (1985) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด มีคำตอบ 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย และค่าคะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก

ภาวะการทำหน้าที่ (functional status) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ (Barsevick, Much & Sweeney, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตัวเอง เช่นการอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การไปเข้าห้องน้ำ การปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัว การงานและการปฏิบัติกิจกรรมในสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) ที่สร้างโดย Bergner และคณะ (1981) โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีผลมาจากการเจ็บป่วย แปลโดย เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร (2541) จำนวน 76 ข้อ ซึ่งแบบประเมินผลกระทบความเจ็บป่วยที่ใช้ทั้งหมดมี 6 หมวด ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว หมวดปฏิกิริยาทางสังคม หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง หมวดการรับประทานอาหาร การตอบแบบสอบถามในแต่ละหมวดจะให้เลือกตอบ “ได้” หรือ “ไม่ได้” แต่ละข้อมีระดับคะแนนของผลกระทบจากการเจ็บป่วยนั้น แต่ละข้อมีค่าไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบจากความเจ็บป่วย ค่าคะแนนสูง หมายถึง เกิดผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือ

ความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติมาก สะท้อนถึงภาวะการทำหน้าที่ไม่ดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติน้อย สะท้อนถึงภาวะการทำหน้าที่ดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลโดยนำเอาปัจจัยในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี
2. เพื่อให้พยาบาลใช้ผลจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมในเรื่องภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด มีการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

- 1.1 อุดบัติการณ์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
- 1.2 สาเหตุของเนื้องอกสมอง
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงของสมองจากเนื้องอก
- 1.4 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา
- 1.5 ภาวะความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง
- 1.6 การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

2. ผลกระทบของเนื้องอกสมองต่อผู้ป่วย

- 2.1 ผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกาย
- 2.2 ผลกระทบต่อด้านจิตใจ
- 2.3 ผลกระทบด้านบทบาททางสังคม
- 2.4 ผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

5. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) และผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

- 5.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
- 5.2 แนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

6. สรุป

1. ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

1.1 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

เนื้องอกสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่สำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองขึ้นกับเพศ อายุ และเชื้อชาติ ในวัยผู้ใหญ่มีประมาณ 43,800 คนในสหรัฐอเมริกา อัตราการเกิดในเพศหญิงคือ 17.2: 100,000 และในเพศชายคือ 15.8: 100,000 (Buckner, 2007) ซึ่งในปี ค.ศ. 1998 เนื้องอกสมองถูกพบเป็นอันดับ 2 รองจาก กลูติเมีย ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และในกลุ่มอายุ 15-34 ปี เนื้องอกสมองถูกพบมากเป็นอันดับ 3 และในกลุ่มอายุ 35-54 ปี ถูกพบมากเป็นอันดับ 4 ในวัยผู้ใหญ่พบเนื้องอกมากในตำแหน่ง anterior และ middle fossa (supratentorial region) เนื้องอกสมองชนิด glioma มีมากกว่า 40 % ของ neoplasm ทั้งหมดในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) (Sugar & Israel, 1998) ชนิดของเนื้องอกสมองจำแนกเป็น malignant brain tumor, benign primary brain tumor และ metastatic brain tumor ผู้ป่วยแต่ละคนมีการวินิจฉัยเนื้องอกสมองได้หลายชนิด เนื้องอกสมองที่พบได้บ่อยที่สุดคือ glioma พบได้มากที่สุดถึง 50% และรองลงมาคือ meningiomas 30% ของเนื้องอกสมองทั้งหมดและเป็นชนิด primary brain tumor เนื้องอกสมองเป็นโรคที่อยู่ใน 10 อันดับแรกในโรคมะเร็งที่ทำให้เสียชีวิต ในสหรัฐอเมริกาปีประมาณ 2.4% ต่อปีที่เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ ในปี 2007 มีคนที่เสียชีวิตเกี่ยวกับเนื้องอกสมองในสหรัฐอเมริกถึง 12,740 คน (Black & Loeffler, 2005)

เนื้องอกสมองพบได้ในกลุ่มอายุมากกว่า 10 ปีถึงวัยกลางคน meningioma และ glioma พบได้มากที่สุดและผู้ป่วยวัยกลางคน มีอัตราการเกิด meningioma สูงในเพศหญิง และ glioma สูงในเพศชาย (Bernstein & Berger, 2008) เนื้องอกสมองชนิด glioblastoma และ metastatic tumors พบมากในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ตำแหน่งและขนาดของเนื้องอกคือปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดำเนินโรคต่างกัน ส่วนมากพบเนื้องอกสมองที่สมองส่วนหน้า (frontal lobe) และมีจำนวนเล็กน้อยที่พบในสมองส่วนหลัง (occipital lobe) (Black & Loeffler, 2005)

1.2 สาเหตุของเนื้องอกสมอง

สาเหตุการเกิดเนื้องอกสมองยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมการเกิดเนื้องอกสมองได้ แบ่งสาเหตุได้ดังนี้ (Bernstein & Berger, 2008)

1.2.1 การเจริญผิดปกติของ embryonal cells เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นเนื้องอก ซึ่งมักจะพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่ ตามปกติแล้วจะมีเซลล์เป็นส่วนสมองที่มีหน้าที่ต่างๆ กันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือกลายพันธุ์ และต่อมาเซลล์เหล่านี้กลับเจริญผิดปกติกลายเป็นเนื้องอกสมอง

มักจะเกิดในแนวกลางของสมองเป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างที่พบเห็นเสมอๆ ได้แก่ dermoid, epidermoid, teratoma, craniopharyngioma, chordoma, medulloblastoma ฯลฯ (Bondy, Wiencke, Wrensch, & Kyritsis, 1994)

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม มีเนื้องอกสมองที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมอยู่ ซึ่งชนิดที่จัดอยู่ในกลุ่ม phakomatoses ประกอบด้วยความผิดปกติที่มีอาการทางผิวหนัง ตา ระบบประสาท และถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้แก่ von Recklinghausen's neurofibromatosis หรือโรคเท้าแสนปม นับว่าเป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดว่าเป็นโรคเนื้องอกของระบบประสาทซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม อาจพบได้หลายคนในครอบครัวเดียวกัน เนื้องอกที่เกิดขึ้นนั้นเป็นได้ทั้งในสมองเส้นประสาทส่วนปลาย และผิวหนัง (Ohgaki & Kleihues, 2005)

1.2.3 การบาดเจ็บของสมอง การบาดเจ็บของสมองน่าจะเป็นปัจจัยหรือสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดเนื้องอกสมองของ meninges และ glial cells แต่ก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจน เพียงมีรายงานว่าพบเนื้องอกสมองในตำแหน่งที่เคยมีประวัติว่าได้รับบาดเจ็บสมองในบริเวณนั้นซึ่งก็นับว่าพบได้น้อยมากเมื่อคิดถึงจำนวนเนื้องอกทั้งหมด (Preston-Martin, Pogoda, & Shlehofer, 1998)

1.2.4 การฉายรังสี (radiation) การฉายรังสีที่ระบบประสาทสมองส่วนกลาง (CNS) สามารถทำให้เกิด brain necrosis ตรงตำแหน่งที่มีการฉายรังสีในระยะเวลาต่อมาระยะเวลาที่จะเกิดมีเนื้องอกหลังการฉายรังสีจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของรังสีที่ให้ ยิ่งมีขนาดสูงระยะเวลาการเกิดมีเนื้องอกจะสั้นลง (Wrensch, Bondy, Wiencke, & Yost, 1993)

1.2.5 Immunological disorders พบว่า การกดภูมิคุ้มกันของร่างกายมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดเนื้องอกภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ (transplantation) ดังจะเห็นได้ในรายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตและมี complete immuno-suppression บางรายเกิดมีเนื้องอกสมองซึ่งส่วนมากเป็น lymphoma และ sarcoma (Wrensch, Minn, Chew, Bondy, & Berger, 2002)

1.2.6 สารเคมี ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีใครทราบได้ว่าสารเคมีใดเป็นต้นเหตุให้เกิดเนื้องอกสมองในคน อย่างไรก็ตามมีสารเคมีหลายอย่าง เช่น ethyl และ methylnitrosourea สามารถทำให้เกิดเนื้องอกของระบบประสาทได้ในสัตว์ทดลอง (Baldwin & Preaton-Martin, 2004)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของสมองจากเนื้องอก

1.3.1 สมองบวม (brain edema) รอบๆ ก้อนเนื้องอกซึ่งเป็นผลมาจากการที่ก้อนเนื้องอกกดเบียดหลอดเลือด ทั้งหลอดเลือดแดงและดำ ทำให้เลือดแดงไหลช้าและเลือดดำถูกอุดตันเกิดภาวะ hypoxia ของเนื้อสมองโดยรอบ และมี blood brain barrier เสียไป ดังจะเห็นได้ในขณะผ่าตัดว่าหลอดเลือดฝอยจะถูกเบียดมีขนาดเล็กและเนื้องอกสมองมีลักษณะซีดบวมนอกจากนั้นการ

เกิดสมองบวมยังขึ้นอยู่กับ ธรรมชาติ ชนิด ขนาดและตำแหน่งของเนื้องอกอีกด้วย ซึ่งเนื้องอกแต่ละชนิดจะทำให้มีภาวะ toxic ต่อสมองต่างกัน จึงเกิดสมองบวมมากน้อยไม่เหมือนกัน

1.3.2 displacement effect เป็นผลเนื่องจากสมองถูกก้อนเนื้องอกเบียดและความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนตัวของเนื้อสมองจากตำแหน่งที่มีความดันสูงกว่าไปสู่ตำแหน่งที่มีความดันต่ำกว่า เกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) ในตำแหน่งต่างๆ

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา

เมื่อเนื้องอกในสมองหรือก้อนที่ขยายตัวได้อย่างอื่นเกิดขึ้นภายในช่องกะโหลกศีรษะ จะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของสมองได้หลายอย่าง ที่สำคัญคือ

1.4.1 อาการลมชัก อาการลมชักที่เป็น focal seizure จะแสดงถึงตำแหน่งของเนื้องอกที่ผิวของสมอง เนื้องอกพวก extraaxial เช่น meningioma จะมีอาการลมชักนำมาก่อนอาการอื่นๆ แต่เนื้องอกพวก intraaxial จะมีอาการ focal neurologic deficit หรือ papilloedema นำมาก่อนอาการลมชัก (Chang, Parney, & Wuang, 2005)

1.4.2 ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง (increased intraaxial pressure, increased intracranial pressure: IICP)

1.4.3 ระบบประสาทเสียหายที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) การเสียหายที่ระบบประสาทเฉพาะที่จะบ่งถึงตำแหน่งของเนื้องอก กลไกของเนื้องอกที่ไปทำให้ระบบประสาทเสียหาย มีหลายแบบ เช่น (Bernstein & Berger, 2008)

- การทำลายเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma บริเวณ internal capsule ทำให้แขนขาตรงข้ามอ่อนแรง

- การเบียดดันเนื้อที่สมอง ตัวอย่างเนื้องอก glioma ที่ temporal lobe ทำให้แขนขาตรงข้ามอ่อนแรง ถ้าผ่าตัด temporal lobectomy อาการอ่อนแรงของแขนขาจะหายไป

- การบวมของเนื้อสมอง ตัวอย่างเนื้องอกทุติยภูมิ (metastasis) มีเนื้องอกสมองรอบๆ บวม ทำให้แขนขาอ่อนแรงถ้าให้ยาสเตียรอยด์ ทำให้ยุบบวม อาการอ่อนแรงของแขนขาก็หายไป

- การขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื่องจากเส้นเลือดถูกกดหรืออุดตันจากเนื้องอก ตัวอย่าง parasagittal meningioma ที่ลามเข้าไปอุดตัน superior sagittal sinus ทำให้ขาดสองข้างอ่อนแรง medial sphenoid ridge meningioma ไปกดรัด internal carotid artery เกิด cerebral ischemia และแขนขาตรงข้ามอ่อนแรง

- การเกิด brain herniation ตัวอย่าง tentorial และ foramen magnum herniation

- การกดเส้นประสาทสมองโดยตรง ตัวอย่าง acoustic neuroma ไปกด trigeminal nerve, facial nerve ทำให้เสียน้ำที่เป็นต้น

1.4.4 ระบบประสาทเสียน้ำที่ทั่วๆ ไป (diffuse neurologic deficit) การเสียน้ำที่ของระบบประสาททั่วๆ ไปอาจมีเพียงสติปัญญาและความสนใจเสื่อมจนถึงไม่รู้สติ ทั้งนี้เป็นผลของความดันสูงในโพรงกะโหลกและมีไฮโดรเซฟาลัส (hydrocephalus) ร่วมด้วย (Taphoorn & Klein, 2004)

1.5 ภาวะความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure: IICP)

โดยทั่วไปแล้วก้อนที่ขยายตัวได้เพียงอย่างเดียวมักไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะมากนัก แต่ความดันที่สูงมักจะเป็นผลรวมของการขยายตัวของตัวก้อนนั้นกับพยาธิสภาพที่เกิดตามหลังการมีก้อน อันได้แก่ สมอสมอง (brain edema), การไหลเวียนของเลือดภายในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ และมีการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลัง การมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้นั้นเกิดจาก (Schiff & O'Neill, 2005)

- เนื่องจากมีการขยายตัวร่วมกับสมอสมองกรณีนี้ได้แก่ malignant tumor ซึ่งสมอสมองจากกลไกสองอย่าง คือ primary toxic ของเนื้อร้ายที่มีต่อเนื้อสมอง และจากความผิดปกติของการไหลเวียนของเลือดในบริเวณที่มีก้อน

- การไหลเวียนในช่องกะโหลกศีรษะผิดปกติ ก้อนเนื้องอกอาจกดเบียดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอย ตรงตำแหน่งที่มีเนื้องอก ทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วยจึงเป็นเหตุให้สมอสมอง

- การอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลัง (CSF obstruction) การอุดตันของน้ำไขสันหลังอาจเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดก็ได้ในทางเดินของน้ำไขสันหลัง ทำให้เกิด obstructive hydrocephalus อาการของผู้ป่วยอาจเลวลงจนถึงกับหมดสติได้ในระยะสั้น การอุดตันทางเดินน้ำไขสันหลังอาจเกิดจากเนื้องอกขนาดเล็กที่อยู่ภายใน ventricular system หรือเนื้องอก ventricular system แล้วโตไปเบียดทางเดินของน้ำไขสันหลังในตำแหน่งที่แคบ เช่นบริเวณ aqueduct of sylvius หรือ ทางออก (foramen) ต่างๆ ของ ventricles

ปัจจัยทั้ง 3 อย่าง ที่กล่าวมานี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้ทันทั่วทั้งความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลาที่ผ่านไป การแก้ไขที่สำคัญที่สุดก็คือการรักษาต้นเหตุ แต่ในบางรายก็ไม่สามารถรักษาต้นเหตุได้ ทำให้ยังคงมีการอุดตันทางเดินของน้ำไขสันหลังอยู่ในกรณีเช่นนี้ต้องระบาย น้ำไขสันหลังออกเพื่อลดความดันในช่องกะโหลกศีรษะ เพราะหากปล่อยให้มี

ความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมองที่สำคัญ 2 อย่างคือ มีปริมาณเลือดที่ไปสู่สมองลดลง และเกิดภาวะ brain herniation กดก้านสมอง (brain stem) ทำให้หน้าที่ของก้านสมองเสียไป ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด

1.6 การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

เนื้องอกสมองเป็นสาเหตุทำลายสมองและการทำงานของสมองเสียไป เป้าหมายของการจัดการรักษาคือการเอาก้อนเนื้องอกออกจากสมองโดยทำให้การทำหน้าที่ของสมองเสียน้อยที่สุดและเพื่อให้การทำงานของสมองกลับมาปกติมากที่สุดเท่าที่จะสามารถเอานเนื้องอกออกได้ (Newton & Mateo, 1994) วิธีการจัดการรักษาที่พบบ่อยคือ การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด หรือทั้งสามวิธีผสมกัน

1.6.1 การผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดคือ การเอาก้อนเนื้องอกออกหรือทำลายก้อนเนื้องอก โดยไม่ให้เกิดความบกพร่องทางสมอง การผ่าตัดที่เฉพาะขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้องอกและตำแหน่งของเนื้องอก หรือเพื่อลดอาการต่างๆ (Smeltzer, 2004) การผ่าตัดมีดังนี้

1. การผ่าตัดเนื้องอกสมองทั้งหมด (total brain tumor surgery) คือถ้าก้อนเนื้องอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถเอากออกได้อย่างสมบูรณ์โดยไม่เกิดอาการบกพร่องทางระบบประสาท
2. การผ่าตัดเนื้องอกสมองบางส่วน (partial brain surgery) คือการเอาก้อนเนื้องอกสมองออกเท่าที่สามารถทำได้โดยไม่เกิดอาการบกพร่องทางระบบประสาท วิธีนี้เป็นการลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเนื้องอกสมองและเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกสมองได้ทั้งหมด แพทย์ผ่าตัดจะตัดสินใจโดยดูเกี่ยวกับหน้าที่การทำงานของสมองและช่วยชีวิตช่วงแรก
3. shunt หรือ ventriculostomy คือ การระบายน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid: CSF) ในรายที่ทางระบายน้ำไขสันหลังอุดตันโดยไม่สามารถเอาก้อนเนื้องอกออกได้ทั้งหมด เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure) จึงเป็นการรักษาชีวิตผู้ป่วยและเพิ่มการทำหน้าที่ของสมอง
4. biopsy เป็นการค้นหาชนิดของเนื้องอกและใช้เป็นข้อมูลสำหรับการรักษา เช่น การผ่าตัดหรือวิธีผสมกัน

หลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ผลของการผ่าตัดขึ้นกับตำแหน่ง ขนาด และชนิดของเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดสมองภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูง สมองบวม และสมองซ้ำจากเนื้องอก

สมองลดลงแต่อาการบกพร่องทางสมองอาจยังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้นได้ (Vives, 1999) อาการต่างๆ หลังการผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันหรือภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

1.6.2 การฉายรังสี (Radiation therapy)

การฉายรังสี เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) อีกวิธีหนึ่ง เหมาะสำหรับ metastasis brain tumors ที่เป็นชนิด radiosensitive เช่น lymphoma, germ cell tumor ในรายที่มีเนื้องอกแห่งเดียว แต่การผ่าตัดเอาออกไม่หมด เนื้องอกที่อยู่ลึกเช่นที่ชลาสมัส หรือ basal ganglia หรือรายที่ไม่สามารถผ่าตัดของผู้ป่วยไม่เหมาะแก่การดมยาสลบและผ่าตัด การฉายรังสีทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวขึ้น บางรายอาจอยู่ได้นานเกิน 1 ปี เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีตามหลังการผ่าตัด metastasis brain tumor ที่มีอยู่จุดเดียวออกนั้น จะได้ผลให้มีอายุยืนยาวขึ้น (Schiff & O'Neill, 2005)

แสงที่ใช้รักษาเนื้องอกรวมถึงเนื้องอกสมองชนิดร้ายและไม่ร้ายนั้น คือ x-rays และ gamma rays จุดมุ่งหมายในการรักษาคือให้แสงไปทำลายเนื้องอก แต่เนื้อเยื่อที่ปกติต้องทนต่อแสงได้ การฉายรังสีเป็นการรักษาเพิ่มในรายที่ทำผ่าตัดแบบบางส่วน มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเนื้องอกที่เหลือ การฉายรังสีเริ่มทำเมื่อแผลจากการผ่าตัดหายแล้ว ใน 2-4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด มีทั้งแบบการฉายแสงแบบเฉพาะที่ และการฉายแบบทั้งหมด แบบหลังส่วนมากใช้ในรายที่มีการกระจายของเนื้องอก ขนาดของรังสีประมาณ 5000-5500 rads โดยแบ่งให้วันละไม่เกิน 180-200 rads จะทำอันตรายต่อเนื้อสมองปกติน้อยที่สุดและสามารถทำลายเนื้องอกได้มากที่สุด (Schultheiss, Ang, Stephens, 1995) ในปัจจุบันนิยมใช้แสง gamma จาก Cobalt (megavoltage) ในการรักษาเพราะมีอำนาจทะลุทะลวงเข้าถึงที่อยู่ส่วนลึกได้ดี รังสีจะถูกดูดซึมที่กะโหลกและกระจายออกไปบริเวณรอบๆ น้อยกว่าแสง x-ray

การรักษาด้วยการฉายรังสีมีผลกระทบต่อหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบเกิดขึ้นได้ตั้งแต่เริ่มการฉายรังสีหรือจนถึง 1 ปีหลังการได้รับรังสี (Bell, 1998) ผู้ป่วย low grade glioma ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่าทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า และมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการทำงานประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Taphoorn & Klein, 2004) ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ได้แก่ การตกเลือดภายในก้อนเนื้องอกและสมองบวม และภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างหนึ่งที่เกิดหลังฉายรังสีแล้วประมาณ 2 ปีขึ้นไปจะพบ necrosis ของสมองหรือ leukoencephalopathy ซึ่งการฉายรังสีจะก่อกำหนดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำลง

1.6.3 เคมีบำบัด (Chemotherapy)

การนำยาเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง หลังจากที่ยกย่องมะเร็งนั้นถูกเอาออกไปแล้วโดยการผ่าตัดหรือโดยการฉายรังสี (adjuvant chemotherapy) เป็นการรักษาเพิ่มเติมในรายที่มีการกระจายของเนื้องอกและในเนื้องอกสมองชนิด high grade glioma จุดมุ่งหมายของเคมีบำบัด คือ ควบคุมการเจริญของเนื้องอกและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Newton, 2006) การตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองขึ้นอยู่กับ ชนิดของเนื้องอก, อายุ, สภาพะปัจจุบันของผู้ป่วย ขนาดที่เหลือของเนื้องอกหลังจากผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าวัยผู้ใหญ่ (Flowers & Lavin, 2001)

ยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือกลุ่ม alkylating agents ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของ DNA และ RNA ทำให้เกิดการระงับการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์ ตลอดจนการสังเคราะห์โปรตีน (Campos et al., 2009) ยาในกลุ่มนี้เช่นพวก nitrosourea ได้แก่ carmustin (BCNU) หรือ lomustine (CCNU) เคมีบำบัดจะเริ่มให้พร้อมหรือหลังการฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือการกดไขกระดูกเกิดในช่วง 3-6 สัปดาห์ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้สูง พิษต่อระบบทางเดินอาหาร โรคทางระบบประสาทปลายประสาท และชาตามปลายมือปลายเท้า (Hickey, 2003)

2. ผลกระทบของเนื้องอกสมองต่อผู้ป่วย

เนื้องอกสมองก่อให้เกิดการทำงานของสมองผิดปกติซึ่งขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่งและ การทำลายเนื้อเยื่อสมองที่กว้างออกไปและมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของหลายระบบ เช่น ระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก สติปัญญา ความจำ การติดต่อสื่อสาร ทักษะด้านภาษา ฯลฯ ความผิดปกติทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายและด้านจิตใจ บทบาทส่วนบุคคล กิจกรรมประจำวัน ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยด้วยดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยเนื้องอกที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคและความพิการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

2.1.1 ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (speech and language deficit)

เนื่องจากขณะผ่าตัดมีการไหลเวียนของเลือดสู่สมองลดลง หรือมีการกระทบกระเทือนบริเวณสมอง

ส่วนที่ควบคุมการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย ซึ่งถือว่าเป็นสมองซีกที่เด่นในคนที่ถนัดขวา จะเกิดความบกพร่องทางด้านคำพูดและสื่อภาษา ผู้ป่วยนี้ออกสมอ 57% มีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสาร (Whittle, Pringle, & Taylor, 1998) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (receptive or sensory aphasia) ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนขมับ (temporal lobe) ซึ่งเป็นที่ตั้งของ เวนนิคส์ (Wernick's area) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำความเข้าใจภาษา การฟังและการอ่าน จึงสามารถพูดได้แต่ไม่สอดคล้องกับการสนทนา

2. ไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อภาษา (motor expressive aphasia) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการพูดหรือเขียนเพื่อสื่อภาษา โดยสามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียนหรือสัญลักษณ์ต่างๆ และรู้ว่าจะต้องตอบสนองอย่างไร แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่ว อาจพูดตะกุกตะกักหรือเขียนไม่เป็นประโยค จะพบในรายที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณโบรคา (Broca's area)

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

2.1.2 ความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) และการรับรู้ความรู้สึก เกิดกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่กลีบสมองส่วนบนซีกที่ไม่เด่น มักพบความบกพร่องในการรับรู้ หรือขาดความสนใจในความผิดปกติของร่างกายด้านที่เสียหายที่ และอาจพบร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพที่เปลือกสมอง เช่น ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส (astereogenesis) การศึกษาของ Taphoorn และ Klein (2004) พบว่าผู้ป่วยนี้ออกสมอที่มีพยาธิสภาพที่ left parietal lobe ไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส และการสูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุดสองจุด (two-point discrimination) แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกเด่น (cerebral dominance) อาจเกิดกลุ่มอาการไม่สบาย Gerstman's syndrome ได้แก่ อ่านหนังสือไม่ได้ (alexia) เขียนไม่ได้ (agraphia) คำนวณไม่เป็น (acalulia) จำชื่อนิ้วแต่ละนิ้วไม่ได้ (fingeragnosia) ไม่รู้จักซ้ายขวา (right-left disorientation) จึงทำให้มีปัญหาด้านการแต่งกาย ไม่สามารถสวมใส่กางเกงได้ ทั้งๆ ที่เคลื่อนไหวแขนขาได้ (Taphoorn & Klein, 2004) รวมถึงปัญหาการตัดสินใจ การคาดคะเนระยะทาง ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Hickey, 2003)

2.1.3 การสูญเสียการมองเห็น ผู้ป่วยอาจมองเห็นเพียงด้านเดียวและมีความบกพร่องของลานสายตา (visual field) อีกด้านหนึ่ง พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในสมองส่วนบนและส่วนขมับ รอยโรคที่หลงเหลือจากการผ่าตัด ที่มีผลกระทบต่อ การมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะ

ส่งผลยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมด้านซ้าย ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และอาจเกิดร่วมกับการมองเห็นภาพซ้อน (diplopia) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการมองเห็นที่ผิดปกติ 49.1% (Intarasomchai, 2004)

2.1.4 ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออัมพาตของแขนขา (quadriplegia) อัมพาตครึ่งล่าง (paraplegia) หรืออัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) ถ้ามีรอยโรคในส่วนซีรีเบลลัมจะทำให้เกิดความบกพร่องของการพูด กล้ามเนื้อบริเวณปากสั่นกระตุกจนทำให้พูดตะกุกตะกัก (dysarthria) และอาจพบมีการเดินเซในส่วนลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับแขนไปด้านตรงข้ามได้ตามปกติ (dysdiadochokinesia) อาการสั่นร้าว (intention tremor) และอาจมีอาการตึงตัวอย่างรุนแรงร่วมกับการเคลื่อนไหว ถ้ามีรอยโรคกดทับแกนสมอง (Sinclair, 1991)

2.1.5 อาการชัก (seizures) คืออาการที่พบได้บ่อยในเนื้องอกสมอง และมีพยาธิสภาพที่ตำแหน่ง supratentorial พบอาการชักในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมอง 35% สาเหตุของการชักยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะมีอิทธิพลจากสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ (Keles & Berger, 2001)

2.1.6 การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ (personal change) อาจเกิดจากการทำลายของสมองโดยตรง หรืออาจมีปัจจัยทางจิตร่วมด้วย ครอบครัวผู้ป่วยมักยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้ดีกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่เกิดขึ้น เช่น ความสะเพร้ามง่าย มักหงุดหงิด ขอบทะเลาะวิวาท แยกตัว วิตกกังวล เป็นต้น (Hickey, 2003)

2.2 ผลกระทบต่อด้านจิตใจ

ปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านจิตใจ รวมถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในโรคที่เป็น สาเหตุหลักของความรู้สึกไม่แน่นอนคือผู้ป่วยไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในเวลาต่อมาและไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของการเจ็บป่วย (Newton & Mateo, 1994) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองก่อนผ่าตัดมีความรู้สึกกลัวและมีอาการซึมเศร้า และภายหลังผ่าตัดรูปลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปจากแพทย์ที่ศีรษะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (Lepola, Toljamo, Aho, & Lonet, 2001) ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจจากสมรรถภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Shaw, 2006) ทำให้สูญเสียหน้าที่ทางสังคมทำให้รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Intarasomchai, 2004) และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองนั้นส่วนมากการรักษาที่ได้รับคือ การผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ได้แก่การทำหน้าที่

ด้านร่างกายบกพร่อง สมาธิสั้น เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัดเกิดความวิตกกังวล (Mainio et al., 2003)

2.3 ผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (activities daily living)

ผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัดมีการทำงานทางสมองบกพร่อง ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายๆ อย่าง เช่น มีอาการอ่อนแรงของแขนขา การเคลื่อนไหวบกพร่อง การมองเห็นผิดปกติ สูญเสียการได้ยินและอื่นๆ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้รบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน (Heimans & Taphoorn, 2002) และเนื่องจากผลจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำให้เกิดกลุ่มอาการไม่สบายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น อาการปวดศีรษะ อาการชัก การมองเห็นผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด สูญเสียความทรงจำ มีบุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง (Weinert, 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง มีข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการมองเห็น (optic tract) ซึ่งจะส่งผลไปยังสมองส่วนท้ายทอย เกิดการละเลยไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin และคณะ (2000) ได้ศึกษาประเมินผลลัพธ์ อาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื่องอกสมองชนิด acoustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96% และสูญเสียการทรงตัว 78% และพบว่า 20% มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38% พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13% มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการและอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านสังคม

ผลกระทบของผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัดในด้านภาวะการทำหน้าที่จึงมีความสำคัญอย่างมาก และยังไม่มียารักษาถึงความสัมพันธ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่หรือการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและบทบาททางสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัดส่วนใหญ่มักจะมีความบกพร่องและความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการออกจากงาน และปัญหาเศรษฐกิจที่ตามมา จากการศึกษาของ Fox และ Lantz (1998) พบว่าผู้ที่มียาบทบาทหน้าที่เป็นสามี-ภรรยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หัวหน้าครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ

และสังคม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรค ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เกิดปัญหาด้านการเงิน ในเรื่องของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ที่นาน ค่ารักษาพยาบาล จากลักษณะของผู้ป่วยเนื่องออกมางหลังผ่าตัดต้องมีการพักผ่อนและมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีผลทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น หลังผ่าตัดเนื่องออกมางผู้ป่วยมีการมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจและค่ายา จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยทำให้มารับบริการทางสุขภาพน้อย (Cockerham, 2001) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิมทำให้รายได้หายไป นอกจากนี้ผู้ป่วยเนื่องออกมางหลังผ่าตัดที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และมีปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากต้องสูญเสียเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมลงหรืออาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดความมั่นใจในตัวเอง มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่

ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องออกมางเป็นสิ่งสำคัญโดยโรคเนื่องออกมางและการรักษามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วย วิธีการรักษารอบคลุมทั้งการผ่าตัด การได้รับรังสีและการให้ยาเคมีบำบัด โดยทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงในเรื่องการทํากิจกรรรมที่เป็นปกติเป็นเวลานาน

3.1 ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ (functional status)

คำว่า functional status มีบุคคลที่ให้ความหมายไว้มากมายโดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความหมายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

คำว่า functional status เป็นคำที่มาจากคำว่า functional และ คำว่า status รวมกัน โดย Longman Dictionary (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า function หมายถึง การทำงานในทางที่คาดหวัง ส่วนคำว่า status หมายถึง สถานะขั้นสูงทางสังคมที่ทำให้คนรู้และนับถือ เมื่อนำสองคำนี้มารวมกันจะมีความหมายว่า สถานการณ์ทำงาน

ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย คำว่าสภาวะ มีความหมายเท่ากับคำว่าสภาพ และมีความหมาย เท่ากับคำว่า ภาวะ โดยให้ความหมายว่า ลักษณะในตัวเอง และให้ความหมายของคำว่า หน้าที่ ว่าหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ เมื่อนำคำว่าภาวะการทำหน้าที่มารวมกันจะหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่จำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม การใช้สติปัญญา และบทบาท (Wang, 2004)

Barsevick, Much, และ Sweeney (2001) ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ว่า หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความรับผิดชอบในบทบาทหรือหมายถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดูแลครอบครัว บ้านหรือการงาน

Cooley (1998) ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ว่า ความสามารถในการดำรงบทบาทในชีวิตแบ่งได้ 2 อย่างคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน และอีกอย่างคือ การปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร ซื่อซนและการทำงาน

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ว่า หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การไปเข้าห้องน้ำ และการนอนหลับพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัวการงานและการปฏิบัติกิจกรรมในสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด

3.2 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

3.3.1 แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) สร้างโดย Karnofsky, Abelmann, Craver และ Barchenal ในปีค.ศ. 1948 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระบบประสาทสมอง แต่เป็นการวัดเฉพาะทางกายเพียงอย่างเดียวแต่เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดภาวะการทำหน้าที่ โดยวัดการปฏิบัติทางกายและระดับความต้องการความช่วยเหลือถ้าคะแนนสูง 90-100% แสดงว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่มีข้อจำกัด ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีข้อจำกัดเป็นอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลตนเอง และในปี 2549 อำนวยพร อายานอก ได้ศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

3.3.2 Functional Independence Measure (FIM instrument) เป็นการวัดความสามารถพื้นฐานในการทำหน้าที่ด้านการเคลื่อนไหว (motor function) และ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (cognitive function) ซึ่งพัฒนาโดย the Uniform Data System for Medical Rehabilitation (National Institute on Disability and Rehabilitation Research, 2000) มีทั้งหมด 6 ด้าน คือ การดูแล

ตัวเอง การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตัวเอง การเคลื่อนไหวไปไหนมาไหน การติดต่อสื่อสาร และการรับรู้ทางสังคม

3.3.3 Sickness Impact Profile: SIP พัฒนาโดย Bergner และคณะ (1981) ใช้ประเมินผลกระทบจากการเจ็บป่วยและ/หรือจากการรักษา ต่อภาวะการทำหน้าที่ (functional status) SIP ฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วย 12 หมวด รวม 136 คำถามย่อย ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน (7 ข้อ) หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ (9 ข้อ) หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว (23 ข้อ) หมวดการจัดการบ้าน (10 ข้อ) หมวดการเคลื่อนย้าย (10 ข้อ) หมวดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (20 ข้อ) หมวดการเคลื่อนไหวร่างกาย (12 ข้อ) หมวดพฤติกรรมแสดงถึงการตื่นตัว (10 ข้อ) หมวดการสื่อสาร (9 ข้อ) หมวดการทำงาน (9 ข้อ) หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง (8 ข้อ) และหมวดการรับประทานอาหาร (9 ข้อ) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร (2542) ซึ่งนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังใส่เครื่องดาะย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.9

การศึกษาครั้งนี้เลือกแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามผลกระทบความเจ็บป่วย Sickness Impact Profile: SIP มาใช้ในการประเมินครั้งนี้โดยเลือกใช้ 6 หมวด (76 ข้อ) ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน, หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์, หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว, หมวดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง และหมวดการรับประทานอาหาร ซึ่งสะท้อนถึงระดับของการรบกวนต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยและครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่สามารถปฏิบัติได้จริงในขณะนั้น ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดภาวะการทำหน้าที่อื่นอื่น เช่น Functional Independence Measure (FIM instrument) พบว่า FIM ไม่มีในด้านจิตใจ อารมณ์ และปฏิกิริยาทางสังคม และในการใช้ FIM ในการวัดภาวะการทำหน้าที่ต้องใช้เครื่องมืออื่นในการประเมินร่วมด้วย คือ Functional Assessment Measure (FAM) ซึ่งทำให้มีความซับซ้อนในการใช้เครื่องมือนี้

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดพบว่า นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย เมื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2000) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีหลายประการ ได้แก่

4.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา กลุ่มอาการไม่สบาย

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจในการดูแลตัวเองซึ่งจะแตกต่างตามพัฒนาการของอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา และในวัยที่สามารถตัดสินใจได้เหมาะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพชีวิตที่ดีคือวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้น มีความเอาใจใส่ต่อตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาสูง (Orem, 1985) อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ต่างกันออกไป เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นบุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัย ไตร่ตรอง และการตัดสินใจเลือกวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤตมีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Klein และคณะ (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะทางระบบประสาทกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดชนิด high-grade glioma พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในระดับต่ำ

เพศ

ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว มีร่างกายที่แข็งแรง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอ อีกทั้งเพศหญิงก็ให้ความเคารพในเพศชาย จึงทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบกับบทบาทของเพศชาย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไม่มีคุณค่าไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงก็เกิดผลกระทบเช่นกันแต่น้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านต่างๆ และความคาดหวังจากสังคมน้อยกว่า (นิริวิดิเมธารักษ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตาย (ประภา รัตนเมธานนท์, 2535) และจากการศึกษาของ Slew-Younan และคณะ (2004) ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 334 คน อายุระหว่าง 5-65 ปี พบว่าเพศหญิงมีการฟื้นตัวและกลับไปทำงานได้ดีกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ (นิวัติ เมธาจารย์, 2544) การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและภาวะสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาดีจะสามารถเข้าใจปัญหาและวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งจากการศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของ Weinert และคณะ (1995) โดยการประเมินด้วย PAIS-SR พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2535) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาค่ำ

กลุ่มอาการไม่สบาย (symptom cluster)

เนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมองก่อให้เกิดอาการไม่สบายสบายจากก้อนที่ขยายตัวได้ภายในช่องกะโหลก (intracranial expanding lesion) ทำให้เกิดมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองตามตำแหน่งที่เกิดมีเนื้องอกขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางระบบประสาทได้ต่างๆ กัน และก่อนเนื้องอกก็เป็นสาเหตุให้มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งมีอาการสำคัญ 3 อย่างคือ (symptom triad) ปวดศีรษะ อาเจียน และตาบวม เนื่องจากมี papilledema (choked disc) เมื่อเนื้องอกเหล่านี้ขยายใหญ่ขึ้นจะเกิดอาการอื่นร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong และ Gilbret (1996) พบว่าเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในสมอง จะมีอาการที่แสดงจากกลไก 4 ด้านคือ การขยายของเนื้องอก การกดของสมอง การอุดตันของน้ำไขสันหลัง และการเกิด brain herniation ซึ่งกลไกทั้ง 4 นี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อเนื้องอกมีการขยายตัวเกิดการเบียดดันเนื้อสมอง ทำให้ระบบประสาทเสียหน้าที่เฉพาะที่ (focal neurologic deficit) และทำให้เกิดมีความดันภายในช่องกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้

การศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด และปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัดที่มีมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Matin และคณะ (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบ อาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด acoustic พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน 96% และสูญเสียการทรงตัว 78% และพบว่า 20% มีอาการ 2-3 อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน 38% พบว่ามีอาการเกิดขึ้น 4-6 อาการ และ 13% มีอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน 10 อาการทำให้คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกด้านอารมณ์

ผลกระทบจากกลุ่มอาการไม่สบายดังกล่าว จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน เช่นการทำหน้าที่ด้านร่างกาย คือ ทำให้เกิดการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว หรือมี papilledema (choked disc) บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความรู้สึกลดลง (Intarasomchai, 2004) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยการแปลความหมายของสิ่งเร้า โดยอาศัยประสบการณ์เดิม ความจำ หรือความรู้เดิม ตลอดจนสถานการณ์ในขณะนั้นมาเป็นเครื่องช่วย โดยใช้กระบวนการจัดการกระทำกับข้อมูล (information processing) คือเมื่อสิ่งเร้าหรือข้อมูลที่ป้อนเข้ามา กระบวนการภายในที่จะดำเนินการจัดการข้อมูลเหล่านั้นเป็นลำดับหลายขั้นตอน ข้อมูลหรือตัวป้อน (input) จะถูกละรหัส (code) แล้วเก็บรวบรวมไว้และนำไปใช้ภายหลัง (Brook et al., 1979)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพตนเอง (Brook et al., 1979) บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยตรงตามสภาพความเป็นจริงด้วยตนเอง แต่บางคนอาจจะรับรู้จากการตรวจของแพทย์ แล้วแพทย์บอกในบางคนมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยและรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้เจ็บป่วยอาจปล่อยทิ้งไว้ โดยไม่ได้ทำอะไร แต่บางคนมีอาการเจ็บป่วยก็รับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยอาจจะมองภาวะสุขภาพของตนเองจากความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกทัศนคติที่ผ่านมาในชีวิตของบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยจะได้จากอาการและอาการแสดง และการรับรู้ต่อตนเองมีความสามารถหรือไม่อย่างไรในการที่จะดูแลตนเองตามที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1985)

ภายหลังการผ่าตัดยังพบการดำเนินโรคเป็นไปในทางเสื่อม ร่วมกับภาวะความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และแผนการรักษาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเนืองอกสมองหลังผ่าตัดมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง (Maimio et al., 2003) ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเพื่อปรับกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนผ่านสู่การทำหน้าที่ได้เหมาะสม ควรมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (health perception) ที่ถูกต้องด้วย เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการแปรสภาพการณ์แวดล้อม หรือความต้องการด้านสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดอาจทำให้การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้มีการฟื้นฟูที่ดีขึ้น และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังมี

อิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย (Burgess & Hartman, 1996) ดังนั้นผู้ป่วยเนื่องออกมาหลังผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้ให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเสียก่อน

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แนวทางในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ก็คือการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-assessment of health) ซึ่งเป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้ต่ออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง รวมทั้งการตัดสินใจความรุนแรงของอาการเหล่านั้นว่าส่งผลกระทบและก่อให้เกิดความกดดันตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินการรับรู้สุขภาพด้วยตนเองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บุคคลและคณะ (Brook et al., 1979) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ประสบการณ์ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การรับรู้ในอดีตอาจจะทำให้การรับรู้ในปัจจุบันบิดเบือนไปจากความจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพและอาการต่างๆ ทางร่างกายที่ปรากฏ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นมากนักซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้เช่นกัน

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของตนเองย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองซึ่งจะส่งผลถึงความหวัง หรือความหมดหวังของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง ก็จะทำให้มีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง ก็จะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตไปในทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่า ตนเองสามารถต้านทานโรคหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา

5. ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตน บุคคลที่เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองในทางที่จะควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการจากโรคได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยสลับกันไป การที่บุคคลยอมรับและเข้าใจว่ามีความเจ็บป่วย และแสวงหาความรู้ ตลอดจนทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการแก้ปัญหา และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของสุพร พริ้งเพริศ (2538) ที่สร้างจากแนวคิดของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของ Brook และคณะ (1979) ประเมินตามการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีจำนวน 20 ข้อคำถาม ซึ่งได้นำแบบสอบถามไปใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วย โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

4.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่งคั่งกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดี นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen & Wills, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับ Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ในชีวิตตลอดจนความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่างๆ กัน ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะงานวิจัยแต่ละครั้ง จึงมีทั้งความหมายที่แตกต่างกันและความหมายที่คล้ายคลึงกัน

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan, Cassel และ Gore (1997) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคิด โดยแนวคิดแรก หมายถึงความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่อง นับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ส่วนแนวคิดที่สอง หมายถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ทำให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล จะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เป็นการยอมรับหรือการเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง ตลอดจนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ หรืออื่นๆ

Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (coping reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

House และ Kahn (1985) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังการผ่าตัดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจหรืออารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ และด้านการประเมินค่า จากสิ่งแวดล้อมอื่นหรือเครือข่ายทางสังคม และความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์นี้ ใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) เนื่องจากครอบคลุมการให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมมีการแบ่งประเภทและให้รายละเอียดไว้ดังนี้

Cobb (1976) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) คือการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและมีความรักใคร่ผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเป็นเจ้าของ ในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ในรูปของความรักใคร่ผูกพัน การเคารพยกย่อง การยอมรับ
2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น
3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการให้วัตถุ สิ่งของ เงิน ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Schaefer, Coyne และ Lazarus (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการบริการต่างๆ ที่จำเป็น

House (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและการเรียนรู้ตนเอง ได้แก่การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทาง สังคม (social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึงการให้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญ อยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อประเภท ปริมาณ ขนาด และเป็นสิ่ง ที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือบทบาทและความรักใคร่ความผูกพัน มากกว่าสิ่งที่ให้ในการ ช่วยเหลือ หรือประเภทของการสนับสนุน ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้ดังนี้

แนวคิดของ Kaplan, Cassel และ Gore (1997) ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่ง ของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่งคือ ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) ได้แก่ กลุ่มบุคคล ที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงาน ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ
3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึงผู้ที่อยู่ ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

เครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ) ของ Brandt และ Weinert (1981) เป็นแบบสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการช่วยเหลือด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ของ Norbeck (1981) เป็นแบบวัดโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้นๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การสูญเสียเครือข่าย (network) คือ เป็นจำนวนเครือข่าย ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการปฏิสัมพันธ์ 3) ความสูญเสีย (loss) ประกอบด้วยแหล่งของการสนับสนุนที่ไม่ยาวนาน หรือต้องสูญเสียไป และการรับรู้ปริมาณความสูญเสียเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึงไม่ทั้งหมด ถึง 5 คะแนนหมายถึงที่สุด

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยทั้งหมด เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ และไม่เห็นด้วยทั้งหมด มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1985) ซึ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เพราะผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดมีความเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาจึงควรได้รับการสนับสนุนจากทั้ง 4 ด้าน มี 20 ข้อคำถาม โดย ทศนีย์ อิทธิสมใจ (2547) ได้นำไปปรับปรุงใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่น .71 และเนื่องจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ไม่ได้มีการประเมินในด้านการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ แรงงาน หรือ

การเงิน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากมองหลังผ่าตัด และมีความลำบากในการเลือกตอบคำถามที่มีระดับ 7 ระดับทำให้แยกความแตกต่างออกได้ยากในความหมายของแต่ละระดับ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้

อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้ป่วยด้านตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาได้มีผู้ศึกษาหาความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสมอง ได้ทราบถึงแนวโน้มของความสัมพันธ์แล้วดังที่กล่าวไว้ข้างต้น ยังขาดปัจจัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่กำหนดอยู่ในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเนื่องจากมองมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งได้โดยง่าย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

5. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) และผู้ป่วยเนื่องจากมองหลังผ่าตัด

5.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis (2000) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory) ที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับศาสตร์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนผ่านมีผลต่อสุขภาพ จุดเน้นของทฤษฎีมุ่งที่จะประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชน ให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิตทั้งนี้เพราะมนุษย์จำเป็นต้องมีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น จากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ จากผู้ใหญ่เข้าสู่ผู้สูงอายุ จากหญิงสาวเข้าสู่บทบาทการเป็นภรรยา การตั้งครรภ์ การเป็นมารดา ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเป็นม่าย การต้องเปลี่ยนบทบาทในการปฏิบัติงานหรือการศึกษา หรือจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่นจากผู้ที่เคยมีสุขภาพดีเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วย จากผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้าสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งดังกล่าวเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ถ้าหากบุคคลทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวแล้ว ก็จะเป็นผลให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานการณ์ใหม่ๆ และมีการเตรียมตัวที่ดีมีการเฝ้าระวังหรือการป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวแล้ว ก็จะเป็นผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส ได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งของชีวิตหรือเปลี่ยนผ่านช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อต่างๆ ของบุคคล โดยเสนอโมโนทัศน์ส่วนหนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาล คือ พยาบาลและผู้ใช้บริการจะมาพบกันในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะใดสภาวะหนึ่งเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล และที่สำคัญคือการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

เริ่มพัฒนาทฤษฎีนี้ด้วยวิธีการวิเคราะห์หัมโนทัศน์ (concept analysis) ของการเปลี่ยนผ่าน และได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการการเคลื่อน การผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่มีบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน มีลักษณะแบบเปิด คือ มีสิ่งนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (output) โดยได้กล่าวถึงสิ่งนำเข้าหรือที่เรียกว่าปัจจัยชักนำให้เกิดการเปลี่ยนผ่าน (antecedent events) ว่ามี 3 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (developmental transition)
2. การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transition)
3. การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) และ

กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของบุคคลว่าเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะสิ้นสุด (ending process) เป็นระยะที่บุคคลพบว่าชีวิตและความเป็นอย่างอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว

ระยะที่ 2 ระยะเป็นกลาง (neutral phase) เป็นระยะที่บุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาพปกติเพื่อที่จะเผชิญหรือเข้าสู่ระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะที่เริ่มเข้าสู่สภาวะใหม่ (new beginning phase) เป็นระยะที่บุคคลพร้อมยอมรับและแสดงบทบาทใหม่

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตามจะมีโครงสร้างของกระบวนการที่เกิดขึ้นเหมือนกัน คือเริ่มระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่ม (entry) ตามด้วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพยายามปรับเปลี่ยนเข้าสู่สภาวะใหม่ (passage) และสิ้นสุดด้วยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นทางออก (exit) ของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

กระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคลจะเป็นไปได้โดยง่ายหรือยากนั้น ให้พิจารณาจากมิติ (dimension) ต่างๆ ของการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นไปในลักษณะใด กล่าวคือ

- เป็นการเปลี่ยนผ่านชนิดเดียวหรือหลายชนิดที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน

- มีทางเข้าและออกจากกระบวนการชัดเจนหรือคลุมเครือ
- หนทางในการเปลี่ยนผ่านอาจถูกขัดขวางหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง
- มีความยุ่งยากมากน้อยเพียงใด
- มีความยุ่งยากในบางเรื่องหรือทุกเรื่อง
- ระยะเวลาของกระบวนการสั้นหรือยาว
- เกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร
- มีค่าหรือไม่มีค่า
- ทำให้เกิดความยินดีหรือไม่ยินดี
- ต้องการหรือไม่ต้องการ ให้เกิดขึ้น
- สามารถวางแผนและพยากรณ์ผลลัพธ์ได้หรือไม่ได้

นอกจากนี้ ต้องพิจารณาปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน (mediating factors) ด้วยว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มาจากภายในของตัวบุคคล (individual) ที่จะต้องเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่ง ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่านในครั้งนั้นๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว สังคม หรือจากพยาบาลเป็นต้น ดังนั้นถ้าบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ดีร่วมกับได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ก็จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านจากสภาพที่สั่นคลอนความเป็นอยู่เดิมของบุคคล (disconnectedness/Instability) ไปสู่อีกสถานะหนึ่งได้โดยง่าย

บทบาทพยาบาลจะทำหน้าที่ประเมินตั้งแต่ชนิดต่างๆ ของการเปลี่ยนผ่านที่บุคคลเผชิญอยู่ ตลอดจนมิติต่างๆ ของการเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเอื้ออำนวยที่มีในตัวบุคคลและแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมภายนอกและวางแผนให้การช่วยเหลือซึ่งแบ่งการช่วยเหลือเพื่อป้องกันในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่เกิดขึ้น หรือการช่วยเหลือด้วยการบำบัดรักษาในกรณีที่การเปลี่ยนผ่านนั้นบังเกิดผลแล้ว ส่วนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcomes) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ซึ่งผลลัพธ์จากกระบวนการเปลี่ยนผ่านจะแสดงออกมาใน 4 รูปแบบ คือ

1. มีการฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นได้ดังเดิม (Restoration)
2. คงสภาพเดิม (Maintenance)
3. สามารถป้องกันการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Protection)
4. สามารถส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Promotion)

พยาบาลควรพิจารณาปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านว่ามีอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มาจากภายในของตัวบุคคลที่ต้องเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

ในปี ค.ศ. 1994 Schumacher และ Meleis ได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 ถึง ค.ศ. 1992 ได้สรุปและเสนอเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต (A Nursing Model of Transition) ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ดังนี้คือ

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (type of transition)
2. ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (universal properties of transition)
3. เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (transition condition)
4. ตัวบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (indicators of healthy transition)
5. การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 Meleis และคณะ ได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึง ค.ศ. 1997 และได้พัฒนารอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ว่าประกอบไปด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้คือ

1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of the transition)
 - 1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (types)
 - 1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (patterns)
 - 1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (properties)
2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition condition: facilitators & inhibitors)
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal)
 - 2.1.1 การให้ความหมาย (meanings)
 - 2.1.2 ความเชื่อและทัศนคติ (cultural beliefs & attitudes)
 - 2.1.3 สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status)
 - 2.1.4 การเตรียมตัวและความรู้ (preparation & knowledge)
 - 2.2 ชุมชน (community)
 - 2.3 สังคม (society)
3. รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)
 - 3.1 ตัวบ่งชี้กระบวนการ (process indicators)

3.2 ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (outcome indicators)

4. การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutics)

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of the transition)

ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านเป็นมโนทัศน์ที่ประกอบไปด้วยชนิด, รูปแบบ และลักษณะของการเปลี่ยนผ่านดังนี้

1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (type of transition) ช่วยในการแบ่งชนิดหรือความครอบคลุมของปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิตซึ่งมี 4 ชนิด ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transition) การเปลี่ยนตามสถานการณ์ (situational transition) การเปลี่ยนตามสุขภาพ/การเจ็บป่วย (health/illness transition) การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organizational transition)

1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (patterns of transition) การเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบที่สลับซับซ้อนและมีหลากหลายรูปแบบประกอบด้วย รูปแบบเดี่ยว รูปแบบหลากหลาย รูปแบบที่มีลำดับขั้นตอน รูปแบบที่เกิดขึ้นพร้อมกันและรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กัน

1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transition) เป็นลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่านที่มีความหลากหลาย หรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งมีทิศทางและการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะ บทบาทความสัมพันธ์ ความสามารถ และแบบแผนของพฤติกรรม ได้แก่ การตระหนักรู้ (awareness) การเตรียมพร้อม (engagement) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (change and difference) ช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่าน (transition time span) เป็นการระบุจุดสิ้นสุดของชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมเป็นเริ่มต้นใหม่ จุดหรือเหตุการณ์วิกฤต (critical points and events)

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition: facilitators & inhibitors)

เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นตัวทำนายได้ว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิด จะผ่านพ้นไปได้โดยง่าย หรือจะมีความยากลำบาก ซึ่งมีเงื่อนไขต่างๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal Condition) ได้แก่ การให้ความหมาย (meanings) เป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่าจะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ความเชื่อและทัศนคติ (cultural beliefs & attitudes) เมื่อเกิดตราบาปจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน อาจยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic

status) อาจส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น การเตรียมตัวและความรู้ (preparation & knowledge) มีความสัมพันธ์ความคาดหวังในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น

2.2 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (environment condition) ซึ่งแบ่งออกเป็น เงื่อนไขทางด้านชุมชน (community condition) และเงื่อนไขทางด้านสังคม (society condition) ซึ่งแหล่งประโยชน์ทางชุมชนมีส่วนในการสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of response)

เป็นรูปแบบหรือตัวบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ว่าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ คือ

3.1 ตัวบ่งชี้กระบวนการ (process indicators) ประกอบด้วย มีความต่อเนื่อง (feeling connected) เป็นความผูกพันของการกระทำใหม่ที่ต่อเนื่องจากการกระทำเก่า การมีปฏิสัมพันธ์ (Interacting) เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นก็จะมีการพัฒนาพฤติกรรมอย่างเปิดเผย ชัดเจน และยอมรับในการเปลี่ยนผ่าน สถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (location and situated) เป็นการทำความเข้าใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในสถานที่ใหม่โดยเปรียบเทียบกับอดีต การพัฒนาความมั่นใจและการจัดการ (developing confidence and coping) เป็นการแสดงถึงระดับของความเข้าใจของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น

3.2 ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย สามารถอยู่ในบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย (role mastery) เป็นความสามารถของบุคคลในด้านทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม (fluid integrative identities) เป็นผลจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของแต่ละบุคคล เช่น ผลของการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

เป็นมโนทัศน์ที่กล่าวถึงวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (assessment of readiness) ซึ่งต้องมีการประเมินแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านก่อน

4.2 การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (preparation for transition) ได้แก่ การให้ความรู้หรือฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่

4.3 บทบาทเสริม (role supplementation) ได้แก่ การเตรียมบทบาทของผู้ดูแล (caregiver) เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยภายหลังผ่านภาวะฉุกเฉินของชีวิต

จากการศึกษาแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) ที่ได้อธิบายว่ามนุษย์ทุกคนที่เกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถเข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น เมื่อทำความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพที่เป็นไปอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจะเกิดการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น และคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้อย่างสมบูรณ์

5.2 แนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

หลังผ่าตัดเนื้องอกสมองผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความผิดปกติด้านร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง สูญเสียการรับความรู้สึก อพาเซีย สูญเสียการได้ยิน การมองเห็นผิดปกติ และการกลืนลำบาก และความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น ความกลัว กังวล ซึมเศร้า ความผิดปกติทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัวและสังคม ลักษณะของมารุนแรงและการแพร่กระจายระยะที่ต่างกันของเนื้องอกสมองทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาที่แตกต่างกันและจากโรค การรักษา การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา ผู้ป่วยจะเกิดความบกพร่องทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด หรือความพิการนั้นส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังจากการผ่าตัดไม่เพียงแต่คงสภาพการทำงานที่ด้านต่างๆ แต่ต้องสามารถพอใจในชีวิตหลังการผ่าตัดด้วย (Kalkanis, Quinones, Hinojosa, Buzney, Ribaud, & Black, 2000) การเกิดเนื้องอกในสมองมีผลทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอธิบายได้ตรงกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของซิกและเมลิส (Chick & Meleis, 1986) ได้ว่าการมีเนื้องอกสมองเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (health/illness transition) กระบวนการเริ่มตั้งแต่การเริ่มมีเนื้องอกสมอง และมีอาการแสดงออกต่างๆซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากภาวะสุขภาพดีไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยและจากสภาพร่างกายปกติไปสู่การสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย

กระบวนการเปลี่ยนผ่านเกิดต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงระยะของการฟื้นตัว ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ การออกจาก

โรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน การต้องกลับไปอยู่ในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมเดิมในสภาพที่ร่างกายยังไม่สามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ในระดับเดียวกับก่อนการเกิดเนื้องอกสมองแม้จะได้รับการรักษาและกำลังเปลี่ยนเข้าสู่ระยะของการฟื้นตัวแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังมีสภาพการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายยังไม่คืนสู่สภาพปกติ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น บุคคลอาจไม่สามารถยอมรับสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ได้และทำให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสุขภาพดีไม่สามารถผ่านไปได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) เกี่ยวกับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้น ทั้งเงื่อนไขภายในของตัวบุคคล (personal condition) เงื่อนไขทางด้านชุมชน (community condition) และเงื่อนไขทางสังคม (society condition) ในการศึกษาครั้งนี้เงื่อนไขสำคัญภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในระยะของการฟื้นฟูคือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนเงื่อนไขภายนอกที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เงื่อนไขด้านชุมชนคือการสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) ถ้าบุคคลมีความเข้าใจในปัจจัยที่หลากหลายของการเปลี่ยนผ่านถึงด้านที่เกิดใหม่ในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดี

6. สรุป

จากการทบทวนรายงานการวิจัย พบว่าอัตราการเกิดเนื้องอกในสมองสูงขึ้นทุกปีในหลายประเทศ และยังไม่ทราบถึงสาเหตุที่แน่ชัดในการเกิดเนื้องอกสมอง การรักษาโรคเนื้องอกสมองมีการรักษาที่หลากหลาย คือ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด สำหรับการผ่าตัด เป็นการรักษาที่ประสบผลสำเร็จและเป็นวิธีการที่นิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ หลังผ่าตัดเนื้องอกสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่และอยู่ในตำแหน่งที่สำคัญในสมอง หรือการเป็นมะเร็งที่มีการกระจายของเนื้องอก ปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในด้าน การเคลื่อนไหว การรับรู้ลึก การมองเห็น การได้ยิน การกลืน และอื่นๆ ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เศรษฐกิจ และบทบาทการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

หลังผ่าตัดเนื้องอกสมองผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจากภาวะสุขภาพดีไปสู่ภาวะการเจ็บป่วย นี่ก็ระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วยเริ่มต้นจาก ค้นหาความผิดปกติ การวินิจฉัย การผ่าตัด และการฟื้นฟูที่นานในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวมถึงการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองส่วนใหญ่มิโรคที่ซับซ้อนและปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่ทั้งปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้มีความ

บกพร่องทั้งจากตัวโรคและการรักษาต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนกระทั่งต้องไปฟื้นฟูที่ที่บ้าน ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนผ่านและเผชิญกับปัญหาที่มีอยู่ ถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมตัวที่ไม่ดีไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านและปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลของการเปลี่ยนผ่าน เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หรือการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความสุขในชีวิต เพราะการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ปัจจัยที่จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปด้วยดีมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจในปัจจัยทั้งภายในและภายนอกในการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านดีตามที่คาดหวังไว้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งก็คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นอย่างไร ซึ่งพยาบาลคือนักวิชาการที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญในการประเมินปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เมื่อพยาบาลมีความรู้และทักษะถึงการเปลี่ยนผ่านต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันของภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา การดูแลช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านไปได้ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านคือการมีภาวะการทำหน้าที่และภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังให้เกิดขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเนื้องอกสมองและได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ามารับการตรวจตามนัด แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัดที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มประชากร โดยใช้วิธีการเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8 โดยประเมินด้วย Ranchos Los Amigos Scale ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ด้านความรู้คิด มีทั้งหมด 8 ระดับ
2. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองในระยะเวลา 1 เดือน – 1 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถเห็นการฟื้นตัวที่หลากหลาย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ป่วยขอลอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Power analysis โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.3 เนื่องจาก Polit & Beck (2008) แนะนำว่าวิจัยทางการพยาบาลสามารถใช้ขนาดอิทธิพลปานกลาง ดังนั้นจากการเปิดตารางจะได้กลุ่มตัวอย่าง 88 คน

แหล่งเก็บข้อมูล (Settings)

การศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัด ที่เข้ามารับการติดตามการรักษา ณ ตึกผู้ป่วยนอกหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท รับผู้ป่วยเนื้องอกสมองทุกชนิดจากทั่วประเทศ และมีการผ่าตัดที่หลากหลาย หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ เปิดทำการวันเวลาราชการ 9.00-12.00 น. ยกเว้นวันอังคารปิดทำการ ตามที่หน่วยทะเบียนและสถิติ ในปี พ.ศ. 2546-2550 มีจำนวนผู้ป่วย 646, 686, 834, 660 และ 714 คน ที่มาตรวจตามนัด พบว่า มีผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัด ที่มาเข้ารับการตรวจตามนัดประมาณ 5-7 คนต่อวัน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ มือข้างที่ถนัด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ก่อนได้รับการเจ็บป่วย อาชีพในปัจจุบัน รายได้ของผู้ป่วยในปัจจุบัน สิทธิในการรักษา การมาตรวจตามนัด

แบบประเมินระดับการรู้จัก Ranchos Los Amigos Scale พัฒนสำหรับการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้จักในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดย Hagen และคณะ (1979) มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .82-.89 แปลเป็นภาษาไทยโดย โสพรรณ โพทะยะ (2544) มีการแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1: ไม่มีอาการ คือ ผู้ป่วยจะไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเลย ทั้งทางสายตา เสียงหรือความเจ็บปวด

ระดับที่ 2: มีการตอบสนองทั่วไป คือ ผู้ป่วยมีการตอบสนองทั่วไปต่อการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ตอบสนองต่อการกระตุ้นทางโสตประสาทช้าๆ โดยมีกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง และตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

ระดับที่ 3: มีการตอบสนองเฉพาะที่ คือ ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบรับ หรือออกเสียงต่อการกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีการหันตามเสียง หรือหันหน้าหนีจากเสียงกระตุ้น กระพริบตาเมื่อถูกแสงจ้า มีการมองตามวัตถุที่ผ่านเข้ามาในลานสายตา ตอบสนองต่อความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น ค้างท่อย่อยหายใจ หรือสิ่งผูกมัด และมีการตอบสนองไม่ตรงตามคำสั่งง่ายๆ

ระดับที่ 4: การตอบสนองสับสนกระสับกระส่าย คือ ผู้ป่วยมีความตื่นตัวและมีกิจกรรมในลักษณะที่รุนแรง ความสามารถในการดำเนินการกับสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก

ตอบสนองต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง มีกิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่มีจุดหมายไม่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาด

ระดับที่ 5: การตอบสนองสับสน ไม่กระสับกระส่าย การตอบสนองไม่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยมีความตื่นตัว แสดงความสนใจในภาพรวม แต่ไม่สามารถเลือกสนใจในรายละเอียดได้ มีความทรงจำบกพร่องอย่างรุนแรง ตอบสนองไม่ตรง และไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ สับสน และไม่มีเป้าหมาย แสดงอาการกระสับกระส่าย ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก เดินไปเดินมาไม่มีจุดหมาย และไม่ปฏิบัติตามใดๆ เพื่อการเรียนรู้ที่มีจุดหมาย ต้องช่วยเหลือดูแลอย่างมากในการทำกิจกรรม

ระดับที่ 6: การตอบสนองสับสนแต่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้เรื่องกาล เวลา และสถานที่ แต่ไม่แน่นอน ความทรงจำในระยะสั้นบกพร่องในเรื่องรายละเอียดและความลึกซึ้งของข้อมูล

ระดับที่ 7: คือ การตอบสนองเป็นไปอย่างอัตโนมัติแต่เหมาะสม คือ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ และทำตามคำสั่งได้ดีเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่จัดให้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ โดยอาจมีอาการสับสนเล็กน้อยหรือไม่มีเลย สามารถเรียนรู้เรื่องใหม่ได้แต่ช้า ต้องการการดูแลช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยสำหรับการเรียนรู้และเกี่ยวกับความปลอดภัย

ระดับที่ 8: การตอบสนองมีจุดมุ่งหมายและเหมาะสม คือ ผู้ป่วยมีความตื่นตัว สามารถทบทวนความจำในอดีตและความจำในระยะสั้นได้ สามารถเรียนรู้ การปฏิบัติกิจกรรมใหม่ เมื่อเรียนรู้แล้วก็สามารถทำเองได้โดยลำพังเท่าที่ความสามารถทางร่างกายจะอำนวย กำหนดเป้าหมายอนาคตของตนเองได้ และจะพัฒนาความสามารถสู่การฟื้นฟูสภาพเพื่อการทำงานได้ และมีการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์และเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและสภาวะทางสังคมที่สัมพันธ์กับก่อนได้รับการบาดเจ็บ

สำหรับคำถามที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้ป่วยต้องมีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8 คือเกณฑ์ในการคัดเข้าในการศึกษา และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในคลินิกศัลยกรรมประสาทมีระดับการรู้คิดที่ 7-8 ที่แสดงว่าผู้ป่วยมีสติ มีความตื่นตัวและสามารถตอบคำถามได้ ผู้วิจัยมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือ และเครื่องมือนี้ได้ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทสมอง พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทสมองสามารถใช้เครื่องมือนี้อย่างชำนาญในหอผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งเนื้องอก

(จากผล CT หรือ MRI) การวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงการผ่าตัดครั้งแรก จำนวนครั้งของการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลายาหลังการผ่าตัดครั้งล่าสุดถึงวันเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ระดับการรู้คิด และความผิดปกติทางระบบประสาท

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย สุพร พริงเพริศ (2538) โดยปรับข้อความจากการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นการผ่าตัดเนื้องอกสมอง แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย Brook และคณะ (1979) ที่ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบว่าตรงกับข้อความในแบบวัดมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 16, 18

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7, 10, 20

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 14

การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 17

ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 8, 12, 13

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 15, 19

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ

หมายเลข 5 หมายถึง เห็นด้วยทั้งหมด คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ

หมายเลข 4 หมายถึง เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก

หมายเลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้สึกความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น

หมายเลข 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนมาก คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย

หมายเลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยทั้งหมด คือ ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,6,9,10,12,13,14,15,19,20

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 7, 8, 11, 16, 17, 18

การกำหนดให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ถ้าเลือกหมายเลข (5)	คะแนนเป็น 5	คะแนนเป็น 1
ถ้าเลือกหมายเลข (4)	คะแนนเป็น 4	คะแนนเป็น 2
ถ้าเลือกหมายเลข (3)	คะแนนเป็น 3	คะแนนเป็น 3
ถ้าเลือกหมายเลข (2)	คะแนนเป็น 2	คะแนนเป็น 4
ถ้าเลือกหมายเลข (1)	คะแนนเป็น 1	คะแนนเป็น 5

การแปลผล คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะมีช่วงคะแนนสูงสุด 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ไม่ดี คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดย ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ได้นำมาปรับปรุงใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมี 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ โดยอาศัยแนวคิดของ House (1985) ซึ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้ให้การสนับสนุนคือ สมาชิกในครอบครัวญาติ เพื่อน พยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นๆ มีคำตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย การให้คะแนนมีดังนี้

มากที่สุด	=	5 คะแนน
มาก	=	4 คะแนน
ปานกลาง	=	3 คะแนน
เล็กน้อย	=	2 คะแนน
ไม่มีเลย	=	1 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดของการประเมินการสนับสนุนทางสังคม คือ อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย และคะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งใช้แบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) ที่สร้างโดย Bergner และคณะ (1981) เพื่อระบุ ผลการงาน (2541) แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) และใช้ประเมินในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีผลมาจากการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 12 หมวด 114 ข้อ ซึ่งแบบประเมินผลกระทบความเจ็บป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 6 หมวด ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว หมวดปฏิกิริยาทางสังคม หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง และหมวดการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 76 ข้อ ดังนี้

1) หมวดการนอนหลับพักผ่อน	7	ข้อ
2) หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์	9	ข้อ
3) หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว	23	ข้อ
4) หมวดปฏิกิริยาทางสังคม	20	ข้อ
5) หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง	8	ข้อ
6) หมวดการรับประทานอาหาร	9	ข้อ

แบบสอบถามผลกระทบความเจ็บป่วยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้ทั้งสัมภาษณ์และให้ตอบเอง ซึ่งแบบสอบถามจะอธิบายถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย ซึ่งการตอบแบบสอบถามในแต่ละหมวดจะให้เลือกตอบ “ได้” หรือ “ไม่ได้” สำหรับการคิดคะแนนของผลกระทบจากการเจ็บป่วยนั้น แต่ละข้อมีระดับคะแนนของผลกระทบจากการเจ็บป่วยนั้น แต่ละข้อมีระดับคะแนนเป็นทศนิยม และมีค่าไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย โดยมีขั้นตอนการคิดคะแนนดังนี้ (Bergner, Bobbit, Carter, & Gilson, 1981)

1. ค่าของระดับคะแนนในแบบสอบถาม จะมีรหัสในแต่ละข้อคำถามเป็นทศนิยม ดังนี้

1.1 ในแต่ละข้อคำถามจะมีเลขที่ของข้อคำถามและค่าคะแนนแสดงไว้ เช่น 070-083 แสดงว่าเป็นคำถามข้อที่ 70 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0.83

1.2 รหัสในแต่ละหมวดที่อยู่ด้านบนสุดมุมขวาแสดงถึงคะแนนรวมทั้งหมดของหมวดนั้น เช่น SR-0499 แสดงว่าคะแนนรวมทั้งหมดของหมวด SR (หมวดการนอนหลับพักผ่อน) คือ 49.9

2. คะแนนของแต่ละหมวดคำนวณโดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อที่ผู้ป่วยเลือกและหารด้วยคะแนนรวมของหมวด แล้วนำมาคูณด้วย 100 เพื่อให้คะแนนของแต่ละหมวดเป็นร้อยละ

3. การคำนวณคะแนนรวมทั้งหมดของผลกระทบบจากความเจ็บป่วย โดยการรวมคะแนนในแต่ละข้อที่ผู้ป่วยเลือกในทุกหมวดแล้วหารด้วยคะแนนรวมทั้งหมด แล้วคูณด้วย 100 เพื่อทำคะแนนรวมให้เป็นร้อยละ

การแปลผลคะแนน ถ้าคะแนนสูง หมายถึง เกิดผลกระทบบจากความเจ็บป่วยหรือความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติมาก สะท้อนถึงภาวะการทำหน้าที่ไม่ดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติน้อย สะท้อนถึงภาวะการทำหน้าที่ดี

สำหรับในประเทศไทย เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนกร (2541) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back translation) และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยนำแบบสอบถามผลกระทบบความเจ็บป่วยไปทดสอบกับผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และผู้ป่วยที่รักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน จำนวน 12 ราย และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.9

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

นำเครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ (Content validity) ได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาทสมอง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาทสมอง	1 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทสมอง	1 ท่าน

หลังจากได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.80

ความเชื่อมั่น (Reliability)

เครื่องมือทั้ง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้ไป

หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85, 0.86 และ 0.79 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบแพทย์หัวหน้าหน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์ หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์ ดึงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลในหน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์ ดึงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ของกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบรายชื่อและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งหนึ่ง

3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ณ หน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และใช้แบบประเมินระดับการรู้คิด (Rancho Los Amigos Scale) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติผู้ป่วยตามเกณฑ์ จากนั้นชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการวิจัยและเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายโครงการวิจัยตามเอกสารคำอธิบายโครงการ พร้อมทั้งแจ้งสิทธิแก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา ตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยว่า ประโยชน์ที่จะได้รับหากเข้าร่วมการวิจัยอาจไม่มีในขณะนี้แต่จะมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับท่านในอนาคต การเสนอข้อมูลจะทำโดยภาพรวม ไม่มีการเสนอเป็นบุคคล ไม่มีการเสนอชื่อหรือสิ่งใดๆ ที่จะทำให้ทราบได้ว่าเป็นใคร การเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะเก็บแยกจากแบบสอบถามที่เป็นข้อมูล โดยไม่มีข้อมูลใดที่จะเชื่อมโยงกันให้ทราบว่าเป็นของใคร

หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยผู้ป่วยและ / หรือญาติ ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ (ถ้ามี) จากนั้นให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยอาจเป็นก่อนพบแพทย์ หรือช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วยเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลหากถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาดูแลและติดตามผลการรักษาจากแพทย์ได้ทันที และผู้ป่วยสามารถกลับมาตอบแบบสอบถามได้อีกครั้งภายหลังการเข้าพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้วตามความสะดวกของผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก่อนเสมอ

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20-40 นาที ในส่วนของแบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยขณะตอบแบบสอบถามหากผู้ป่วยต้องการพักหรือหยุดหรือทำแบบสอบถามไม่หมด ผู้ป่วยสามารถทำได้หรือกลับมาทำแบบสอบถามใหม่ได้ตามความสะดวกของผู้ป่วย ผลของการเว้นช่วงการทำแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย

6. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอีกครั้งและตอบให้ผู้ป่วยหายสงสัย

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศิริราช ใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและมีการอธิบายวัตถุประสงค์ ให้กับกลุ่มตัวอย่างเข้าใจการศึกษาครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยก็ได้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์ และการ

พยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับโดยตรงแต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในอนาคต และในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อร่างกายและการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเพียงแต่อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 20-40 นาที ผู้วิจัยมีความพยายามในการจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด เท่าที่จะสามารถทำได้ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในขณะที่ให้ข้อมูลจะขออนุญาตจดบันทึกเพื่อความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาคำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะอภิปรายผลของข้อมูลในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกและแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื่องออกมาหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจโรคประสาท ศัลยศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 88 ราย มีระดับการรู้คิดโดยประเมินด้วย Ranchos Los Amigos Scale ที่ระดับ 7-8 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเดือน กรกฎาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2552 ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตาราง ประกอบคำบรรยาย เป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 19-79 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 48.76 ปี (S.D. = 12.20) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 61.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคนมีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 93.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.5) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือ ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.8) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.7) รองลงมา อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 20.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.5 และหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้ ร้อยละ 60.2 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) และที่มีรายได้ส่วนใหญ่ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-15,000

บาทต่อเดือน (ร้อยละ21.6) รายได้เฉลี่ย 6372.95 บาทต่อเดือน (S.D. =7719.93) ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในรอบครัว (ร้อยละ 55.7) สิทธิในการรักษาพยาบาลครึ่งหนึ่งใช้ สิทธิบัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือ สิทธิเบิกข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 34.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีญาติพามาตรวจตามนัดคิดเป็นร้อยละ 89.8 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
19-20	1	1.1
21-40	18	20.5
41-60	54	61.4
> 60	15	17.0
(Mean=48.76, S.D.=12.20, Min=19, Max=79)		
เพศ		
หญิง	58	65.9
ชาย	30	34.1
มือข้างที่ถนัด		
ขวา	82	93.2
ซ้าย	6	6.8
สถานภาพสมรส		
โสด	12	13.7
คู่	70	79.5
หม้าย/หย่า/แยก	6	6.8
ศาสนา		
พุทธ	85	96.8
คริสต์	2	2.1
อิสลาม	1	1.1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื่องจกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	2.3
ประถมศึกษา	49	55.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	12	13.5
อนุปริญญา/ปวส.	7	8.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	18	20.5
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	11.4
รับจ้าง	23	26.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	18.2
เกษตรกรกรรม	12	13.6
พระภิกษุ	1	1.1
แม่บ้าน/เกษียณ/นักศึกษา/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	29.5
อาชีพในปัจจุบัน		
ประกอบอาชีพเหมือนเดิม	53	60.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย	35	39.8
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มี	44	50.0
≤ 5,000	6	6.7
5,001-10,000	5	5.7
10,001-15,000	19	21.6
15,001-20,000	7	8.0
≥ 20,000	7	8.0
(Mean=6,732.95, S.D.=7,719.93, Min=0, Max=25,000)		

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว		
เพียงพอ	39	44.3
ไม่เพียงพอ	49	55.7
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	4	4.5
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30	34.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45	51.2
สิทธิประกันสังคม	8	9.1
ประกันชีวิต	1	1.1
ผู้ดูแลมาตรวจตามนัด		
มาคนเดียว	9	10.2
ญาติพามา	79	89.8

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้จากข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีผลพยาธิวิทยา คือ meningioma (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ pituitary adenoma (ร้อยละ 20.5) และตามด้วย acoustic schwannoma, craniopharygioma, glioblastoma multiforme และ glioma ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 8 (ร้อยละ 80.7) ตำแหน่งเนื้องอกส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณ Frontal lobe (ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือตำแหน่ง sellar and suprasellar (ร้อยละ 23.9) และตามด้วยตำแหน่ง temporal, parietal, cerebellum, occipital และ thalamus ซึ่งตำแหน่งเนื้องอกส่วนใหญ่จะอยู่ด้านขวาของสมอง คิดเป็นร้อยละ 46.6 การรักษาส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดอย่างเฉียบ (ร้อยละ 90.1) นอกนั้นเป็นการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี (ร้อยละ 9.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 83.0) ส่วนในกลุ่มที่มีโรคร่วม (ร้อยละ 17.0) โรคร่วมส่วนใหญ่ที่เป็นคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาหลังจากมีอาการจนถึงวันผ่าตัดครั้งแรกน้อยกว่า 4 เดือน (ร้อยละ 63.6) สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 1 ครั้ง (ร้อยละ 75.0) และมีการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 2 ครั้งหรือมากกว่า ร้อยละ 25 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ

craniotomy with tumor removal (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ transphenoidal approach with tumor removal (ร้อยละ 21.6) ระยะเวลาหลังการผ่าตัดถึงวันเก็บข้อมูลจำนวนครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 1-3 เดือน (ร้อยละ 52.3) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 เดือน (S.D.=3.46) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดเนื้องอกสมองครั้งล่าสุดอยู่ระหว่าง 5-31 วัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.93 (S.D. = 3.99) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 60.2) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงพบร้อยละ 21.6 ตามมาด้วย ความผิดปกติด้านการทรงตัว การได้ยิน การเดิน และการดมกลิ่น (ร้อยละ 15.9, 12.5, 6.8, 2.3 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (N=88)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค (ผลพยาธิวิทยา)		
Meningioma	42	47.7
Pituitary adenoma	18	20.5
Acoustic schwannoma	12	13.6
Glioma	6	6.8
Craniopharyngioma	4	4.5
Glioblastoma multiforme	4	4.5
อื่นๆ	2	2.4
ระดับการรู้คิด		
ระดับ 7	17	19.3
ระดับ 8	71	80.7

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูล การเจ็บป่วย (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งของเนื้องอก		
Frontal lobe	35	39.8
Sellar and suprasellar	21	23.9
Temporal lobe	13	14.8
Parietal lobe	10	11.4
Cerebellum	5	5.6
Occipital lobe	3	3.4
Thalamus	1	1.1
ตำแหน่งเนื้องอกตามด้านของสมอง		
Right cerebral hemisphere	42	47.7
Left cerebral hemisphere	37	42.0
Midline cerebral hemisphere	9	10.2
ชนิดของการรักษา		
การผ่าตัด	80	90.9
การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี	8	9.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	73	83.0
มี	15	17.0
จำนวนครั้งของการผ่าตัดเนื้องอกสมอง		
1 ครั้ง	66	75.0
2 ครั้งหรือมากกว่า	22	25.0
ระยะเวลาจากมีอาการถึงวันผ่าตัดครั้งแรก (เดือน)		
≤ 4	56	63.6
5-8	22	25.0
9-12	8	9.1
13-16	2	2.3

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการผ่าตัด		
Craniotomy with tumor removal	55	62.5
Transphenoidal approach with tumor removal	19	21.6
Suboccipital craniotomy with tumor removal	14	15.9
ระยะเวลาหลังผ่าตัดถึงวันเก็บข้อมูล (เดือน)		
1-3	46	52.3
4-6	24	27.3
7-9	10	11.4
10-12	8	9.1
(Mean=4.36, S.D.=3.46, Min=1.00, Max=11.92)		
ความผิดปกติทางระบบประสาท		
ไม่มี	35	39.8
ความผิดปกติด้านการมองเห็น	26	29.5
ความผิดปกติมีอาการอ่อนแรง	19	21.6
ความผิดปกติด้านการทรงตัว	14	15.9
ความผิดปกติด้านการได้ยิน	11	12.5
ความผิดปกติด้านการเดิน	6	6.8
ความผิดปกติด้านการรับกลิ่น/รส	2	2.3

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ระหว่างช่วงคะแนนจาก 56-90 คะแนน จากคะแนนเต็มซึ่งมีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 76.54 คะแนน (S.D.=7.47) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

รับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน (N=88)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Range	Mean	S.D.
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	3-15	5-14	9.40	2.00
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	5-25	10-25	18.92	2.78
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต	3-15	9-15	11.69	1.24
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย	2-10	4-9	6.48	1.18
ด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ	4-20	11-19	15.52	1.93
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	3-15	10-15	12.57	0.93
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	20-100	56-90	74.54	7.47

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจาก 67-95 คะแนน จากคะแนนเต็มซึ่งมีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 78.63 คะแนน (S.D.=6.39) เมื่อพิจารณาตามรายด้านซึ่งมีทั้ง 4 ด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยมากเป็นอันดับแรกคือ มีช่วงคะแนนจาก 15-25 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.10 คะแนน (S.D.=2.56) ด้านที่สองคือ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มีช่วงคะแนนจาก 14-25 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.77 คะแนน (S.D.=1.89) ด้านที่สามคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีช่วงคะแนนจาก 16-22 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.4 คะแนน

(S.D.=1.41) และด้านสุดท้ายคือ การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน มีช่วงคะแนน จาก 12-22 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 คะแนน (S.D.=2.31) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนสูงกว่าการสนับสนุนด้านการประเมินและการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ดังแสดงไว้ในตาราง 4

ตาราง 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายด้าน (N=88)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Range	Mean	S.D.
การสนับสนุนทางสังคม				
การสนับสนุนด้านอารมณ์	5-25	15-25	20.10	2.56
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	5-25	14-25	18.77	1.89
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	5-25	16-22	19.4	1.41
การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน	5-25	12-22	17.82	2.31
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	20-100	67-95	78.63	6.39

2.3 ภาวะการทำหน้าที่

การศึกษานี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 65.64, S.D.=31.52) โดยพบว่า ภาวะการทำหน้าที่หมวดที่มีปัญหามากที่สุดคือหมวด ปฏิบัติทางสังคม (mean= 21.57, S.D.=16.30) รองลงมาคือ หมวดนั้นทนทานและการใช้เวลาว่าง (mean=11.96, S.D.=5.93) หมวดการนอนหลับ/พักผ่อน (mean=10.38, S.D.=7.23) หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ (mean=8.42, S.D.=5.81) หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว (mean=7.09, S.D.=8.39) และหมวดการรับประทานอาหาร (mean=6.22, S.D.=3.60) ตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง หลังผ่าตัดจำแนกตามคะแนนโดยรวมและรายหมวด (N=88)

ภาวะการทำหน้าที่ที่รายหมวด / รวม	Mean	S.D.
การนอนหลับ / พักผ่อน	10.38	7.23
พฤติกรรมทางอารมณ์	8.42	5.81
การดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว	7.09	8.39
ปฏิกิริยาทางสังคม	21.57	16.30
นันทนาการและการใช้เวลาว่าง	11.96	5.93
การรับประทานอาหาร	6.22	3.60
คะแนนโดยรวม	65.64	31.52

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดระดับสูง ($r = .759$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดระดับปานกลาง ($r = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (N=88)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1		
2. การสนับสนุนทางสังคม	.663**	1	
3. ภาวะการทำหน้าที่	.759**	.561**	1

** $p < .01$

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยอภิปรายผลตามหัวข้อของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 61.4 มีอายุ 41-60 ปี อายุเฉลี่ยคือ 48.76 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุวัยกลางคน เป็นเพศชายร้อยละ 34.1 และเพศหญิงร้อยละ 65.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ The Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTURS) (2007) และ Buckner และคณะ (2002) พบอัตราการเกิดเนื้องอกสมองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในการศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในประเทศไทย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นกัน และพบในกลุ่มอายุวัยกลางคนเป็นส่วนใหญ่ (ทัศนีย์ อินทรมใจ, 2547; อำนวยพร อาษานอก, 2549) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.5) และมีญาติพามาตรวจ (ร้อยละ 89.8) อธิบายได้ว่าการอยู่ร่วมกับคู่สมรส และญาติพี่น้อง รวมทั้งการนับถือศาสนาพุทธ เป็นผลมาจากประเพณีและวัฒนธรรมไทย สำหรับระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 55.7) ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ ส่วนในด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 29.5) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน ซึ่งทำงานเป็นแม่บ้านในครอบครัว จึงทำให้ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) ส่งผลให้มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 55.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชำระค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 51.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ให้สิทธิในการ

รักษาพยาบาลแก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะประชาชนที่มีรายได้น้อยได้มีโอกาสในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาล (ชาตรี บานชื่น, 2547)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยจากผลพยาธิวิทยาคือ meningioma สอดคล้องกับงานวิจัยของ Buckner และคณะ (2007) และงานวิจัยของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่พบเนื้องอกสมองชนิด meningioma เป็นส่วนมาก แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่าเนื้องอกสมองชนิด glioma เป็นชนิดที่พบมาก ซึ่งพบ 50% รองลงมาคือ meningioma 30% (Black & Loeffler, 2005) ซึ่งจากสถิติของสถาบันประสาทวิทยาที่พบเนื้องอกสมองชนิด glioma มากเป็นอันดับ 1 เช่นกัน อธิบายได้ว่าในการศึกษารุ่นนี้ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการรู้คิด ที่ระดับ 7-8 ซึ่งผู้ป่วย glioma ส่วนมากมีการดำเนินโรคที่ไม่ดี ทำให้มีระดับการรู้คิดต่ำกว่าระดับ 7 จึงไม่ถูกคัดเลือกเข้าในการศึกษารุ่นนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.9) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งยังไม่มีการรักษาอื่นร่วมด้วย โดยมีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงวันผ่าตัดครั้งแรก น้อยกว่า 4 เดือน เกือบครึ่งหนึ่งเป็น meningioma (ร้อยละ 47.7) และรองลงมาคือ pituitary adenoma (ร้อยละ 20.5) ชนิดของเนื้องอกสมองเป็นเนื้องอกชนิด primary brain tumor ซึ่งไม่รุนแรงมากและมีการดำเนินโรคที่ดี (McDermott et al., 2002)

ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ frontal lobe (ร้อยละ 39.8) และอยู่ทางด้านขวาของสมองเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 46.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Palese และคณะ (2008) พบว่าขนาดตำแหน่งของเนื้องอก และระดับความรุนแรงโรคมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากถนัดมือซ้าย เนื้องอกส่วนใหญ่อยู่บริเวณ frontal lobe และอยู่ในสมองซีกขวาซึ่งส่งผลจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองซีกซ้าย ซึ่งต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้นี้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากถนัดมือขวา (ร้อยละ 93.2) จึงทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ดีกว่า นอกจากนั้นผลลัพธ์ของการผ่าตัดยังขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ถ้าเนื้องอกสมองขนาดใหญ่จะมีการทำลายเนื้อสมองและ/หรือทำให้เกิดความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น เนื้องอกที่อยู่ในตำแหน่งของฐานกะโหลก (skull base) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ cavernous sinus และ petroclival และ tentorial meningioma ทำให้การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกทำได้ลำบาก ผลลัพธ์ของการผ่าตัดจึงไม่ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีตำแหน่งเนื้องอกสมองในบริเวณดังกล่าวจะมีปัญหาด้านการมองเห็น (Buatti et al., 2001)

การศึกษารุ่นนี้ ร้อยละ 60.2 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังได้รับการรักษาและการฟื้นฟูที่บ้าน ความผิดปกติทางระบบประสาทส่วนใหญ่ที่พบคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (ร้อยละ 29.5) สาเหตุมาจากเนื้องอกทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (optic nerve) ซึ่งสาเหตุของอาการมาจากเนื้องอกเหล่านี้ olfactory groove meningioma, pituitary tumor,

craniopharyngioma หรือ tuberculum meningioma มีอาการอ่อนแรง (ร้อยละ 21.6) เช่น แขนขาอ่อนแรง มาจากการที่เนื้องอกทำลายเส้นประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว (motor nerve) ในตำแหน่ง frontal lobe หรือมีกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรง (facial palsy) นอกจากนั้นยังพบความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน (ร้อยละ 12.5) เช่น การได้ยินลดลง หรือ หูหนวก ซึ่งเกิดจากเนื้องอกทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (auditory nerve) จากการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2547) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัด (70.4%) ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) สูญเสียการได้ยินร้อยละ 25 การเคลื่อนไหวผิดปกติร้อยละ 15.5 นอกจากนั้นการศึกษาของ Mugand และคณะ (2001) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูที่พบมากที่สุดคือ อาการอ่อนแรง (ร้อยละ 78) รองลงมาคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็นและการสูญเสียประสาทรับความรู้สึก (sensory loss) (ร้อยละ 53 และ 38 ตามลำดับ) และยังพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เนื้องอกอยู่ตำแหน่ง frontal lobe จะมีระดับการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป (cognitive impairment) (Taphoorn & Klein, 2004) แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษาในครั้งนี้ต้องมีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ระหว่างช่วงคะแนนจาก 56-90 คะแนน จากคะแนนเต็มซึ่งมีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 76.54 คะแนน (S.D. = 7.47) ซึ่งในแต่ละด้านของการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ก็คือ ความเห็นของสังคมที่ว่า โรคเนื้องอกสมองเป็นโรคร้ายที่น่าหวาดกลัวนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน เป็นโรคที่รักษาให้หายยาก รวมทั้งอาจกลายเป็นมะเร็งซึ่งต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม การฉายรังสีหรือเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองไปในทางที่รุนแรงเกินความเป็นจริง ทั้งนี้เพราะความไม่รู้และการได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์นั้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว รวมทั้งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยคาดการณ์เหตุการณ์โดยการรับรู้อย่างผิดๆ หรือเบี่ยงเบนจาก

ความเป็นจริง (Beland & Passon, 1991) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้วจะมีสุขภาพดีขึ้นมากก็ตาม แต่ประสบการณ์ในอดีต เช่น อาการปวดศีรษะ ตามัว คลื่นไส้ อาเจียน หรือความกังวลต่างๆ ยังทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่ตนเองเคยประสบมา ได้แก่ การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดเนื้องอกสมองทำให้เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน และก่อนได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพอ่อนแอมาก และเจ็บป่วยบ่อยๆ จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผลสืบเนื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ทำให้ผู้ป่วยคาดเดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตไปตามความรู้สึกของตนเอง อาจจะทำให้ผู้ป่วยหมดความหวัง ไม่มีความเชื่อมั่น เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ก็จะลดลง (Brook et al., 1979)

การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนที่สูง อธิบายได้ว่าการรับรู้ของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับการรับรู้ตามสถานการณ์ที่ผ่านมา หรือการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพของตนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและอาการต่างๆทางร่างกายที่ปรากฏ (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2005) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัดที่อยู่ในระยะฟื้นฟู มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบมาแล้วก่อนการผ่าตัด เช่น อาการปวดศีรษะ ตามัว อาการอ่อนแรง ลดลงหรือหายไป คือมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดบางรายอาจมีการรับรู้ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ดังนั้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจากอาการผิดปกติต่างๆ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีตามด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูง ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร พริงเพรศ (2538) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคตมีคะแนนสูงกว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตและด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการรับรู้ว่าเป็นสามารถรักษาให้หายได้และโอกาสในการกลับเป็นอีกจะลดลงหรือไม่เกิดถ้าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตสูง แต่สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองแม้หลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังคงมีความกังวลว่าเนื้องอกสมองสามารถเกิดขึ้นได้อีก และการผ่าตัดสมองทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าหลังผ่าตัดจะมีอาการปกติ

เหมือนเดิม รวมถึงอาจมีแผนการรักษาหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น เช่น การฉายรังสี หรือการให้เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตที่ต่ำกว่า

ผลการศึกษาต่างจากของ จุฬารักษ์ ช้างเผือก (2001) ซึ่งศึกษาผลของการดูแลในระยะปรับเปลี่ยนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นครั้งแรกในระยะปรับเปลี่ยนมีคะแนนสูงในด้านด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ด้านความวิตกกังวลและด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการรับรู้โรคที่ตัวเองเป็นโรคที่ทราบสาเหตุการเกิดโรค และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใหม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และในอนาคต สูงกว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด สำหรับคะแนนการรับรู้ด้านความวิตกกังวลและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับเดียวกับผลการวิจัยครั้งนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในการศึกษานี้มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{mean} = 78.63$, $\text{S.D.} = 6.39$) โดยมีคะแนนแตกต่างกันในแต่ละด้าน ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ รองลงมาคือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงานได้รับน้อยที่สุด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด อธิบายได้ว่า หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามของโรค ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษา ทำให้ได้รับความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา จากสมาชิกในครอบครัวและจากทีมสุขภาพ (Wideheem et al., 2002) ร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามิภรรยา และบุตร รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร กล่าวได้ว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง นอกจากการผ่าตัดแล้ว เนื้องอกบางชนิดยังมีการรักษาเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการลุกลามออกไป ซึ่งอาจเป็นการฉายรังสีเพิ่มเติม การให้เคมีบำบัด ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 9.1 มีการผ่าตัดเนื้องอกสมองร่วมกับการฉายรังสี ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องร่วมด้วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆ

รวมถึงการให้คำแนะนำในการทำกิจกรรม การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 94.60)

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) อายุเฉลี่ย 48.76 ซึ่งเป็นวัยทำงานหรือเป็นแม่บ้านในครอบครัว หลังการเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองลดลง เป็นภาระให้กับครอบครัวต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่แม่บ้านได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกลดความมั่นใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (Newton & Mateo, 1994) ครอบครัวจึงให้กำลังใจ ชมเชยและยืนยันถึงคุณค่าของผู้ป่วย โดยได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงานเป็นด้านที่ได้รับการสนับสนุนต่ำที่สุด ผลจากโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดลง หรือไม่มีเลย ในการศึกษาพบว่าร้อยละ 39.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากการเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดทำให้ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) และรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 55.7) และส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ จึงให้การช่วยเหลือเกื้อกูลด้านแรงงานน้อย

งานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2004) ศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำนวน 108 ราย พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้รับน้อยที่สุดและพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด แต่ต่างกับการศึกษาของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีการสนับสนุนด้านการรับรู้คุณค่าของตัวเองสูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามลำดับ

ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.64 (S.D.=31.52) หมายถึงมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับทฤษฎีของการฟื้นตัวซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ในระยะท้าย (late phase) ของการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (postoperative recovery) เป็นระยะเวลาตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงการกลับคืนสู่

ภาวะการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย (Allvin et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidinger และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด meningioma มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี เพราะชนิดของเนื้องอกเป็นชนิดปฐมภูมิและไม่รุนแรงมีการดำเนินโรคที่ดี (McDermott et al., 2002) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ธนาภรณ์ เปรมสัย (2003) ศึกษาติดตามการปรับตัวและผลกระทบของการบาดเจ็บที่มีผลต่อชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 ของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย จำนวน 60 ราย โดยวัดพบว่าผู้ป่วย 8 รายที่ไม่มีความผิดปกติของภาวะการทำหน้าที่ และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดี (mean = 11.29, S.D. = 12.05) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยรวมมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีการดำเนินของโรคและการรักษาที่มากกว่า กล่าวคือเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาหลักด้วยการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังต้องเผชิญกับปัญหา ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมที่มีผลรบกวนต่อภาวะการทำหน้าที่ปกติ ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะดีกว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 มีความผิดปกติทางระบบประสาท โดยพบความผิดปกติด้านการมองเห็นมากที่สุด (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ อาการอ่อนแรงและความผิดปกติด้านการทรงตัว (ร้อยละ 21.6 และ 15.9 ตามลำดับ) จึงมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ (2006) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่สบายต่างๆ สูงมีผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ เช่น ด้านการลดลงของพลังงาน ความยากลำบากในการทำงาน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การศึกษาของ Santos, Resmini, Martinez, Marti, Ybarra และ Webb (2009) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด pituitary adenoma ซึ่งประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายด้วยเครื่องมือ Karnofsky Performance Status Scale (KPS) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้ (KPS=70) แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราว แต่ยังตอบสนองความต้องการของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้ ไม่ได้พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด สามารถรับประทานอาหารได้เอง แต่มีความอยากอาหารที่ลดลง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหวลำบากมากที่สุด แต่กิจกรรมประจำวันยังสามารถทำได้เองเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.8 มีเนื้องอกที่ตำแหน่ง frontal lobe เนื้องอกมีการทำลายบริเวณนี้ซึ่งควบคุมการ

แสดงออกเกี่ยวกับ การเคลื่อนไหว และ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ทำให้มีการสื่อสารลำบาก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ความสามารถในการมองเห็นเสื่อม มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร (Huang, Wartella, & Kreutzer, 2001) ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการนอนหลับหรืองีบหลับในช่วงเวลากลางวันและใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อนอนพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังการผ่าตัดในระยะฟื้นฟูช่วงแรกยังมมีอาการอ่อนเพลียจากภาวะของโรคและแผนการรักษา และยังพบว่าผู้ป่วยที่นอนไม่หลับในกลางคืน ผู้ป่วยบางรายบอกว่านอนหลับในช่วงกลางวันแล้วทำให้ตอนกลางคืนนอนไม่หลับ และในบางรายมีอาการไม่สุขสบาย เช่นปวดศีรษะและมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกังวล กระสับกระส่าย และรู้สึกตื่นตกใจง่ายขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Heimans และ Taphoorn (2002) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื่องอกสมองจะเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และยังคงกลัวอาการของโรคเลวลงอีกด้วย นอกจากนั้นในการศึกษาของ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมน้อยลงและลดระยะเวลาในการเยี่ยมเพื่อนลง เนื่องมาจากผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงต้องฟื้นฟูเป็นเวลานาน รู้สึกไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีอาการอ่อนเพลีย สูญเสียภาพลักษณ์ และไม่มั่นใจในการออกไปข้างนอกบ้านคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ จันทรวง (2534) เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 54 ไม่ต้องการไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อย่างไรก็ตามผลที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งในด้านการพบปะสมาคมกับญาติพี่น้อง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล มีผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดที่อยู่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่ได้รับการผ่าตัดหรือฉายรังสี จึงยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ในผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด ต้องมีการโกนผมอาจทั้งศีรษะหรือบางส่วน ทำให้มีการสูญเสียภาพลักษณ์และผู้ป่วยส่วนใหญ่ของการศึกษานี้เป็นเพศหญิงทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะออกไปพบปะผู้คนหรือทำกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้มีภาวะการทำหน้าที่หมวดปฏิบัติการทางสังคมต่ำ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกจากบ้านเพื่อไปเที่ยวสวนกุสนนน้อยลงและใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจแทนกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยทำ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยเนื่องอกสมองได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยระยะเวลาหลังการผ่าตัด 1 ปี แรกนั้นอยู่ในระยะฟื้นฟูตัวหลังการผ่าตัดระยะท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวด้านต่างๆ เพื่อคืนสู่ภาวะการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย (Allvin et al., 2006) ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการใช้เวลาในการนอนพักผ่อนมากขึ้นตามความต้องการของสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะนอนพักอยู่ที่บ้านมากกว่าออกไปเที่ยวหรือทำกิจกรรม

อื่นๆ นอกบ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lovely, Miaskowski และ Dodd (1999) ศึกษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด glioblastoma multiforme พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดจะมีอาการเหนื่อยล้าซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องการนอนหลับพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่

สมมุติฐานข้อที่ 1: การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($r = .759$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) ซึ่งตรงกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีหรือถูกต้องเหมาะสม จะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีด้วย และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ไม่ดีหรือไม่ถูกต้องเหมาะสม จะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ไม่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปรสภาพการณ์แวดล้อม หรือความต้องการด้านสังคม ที่จะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ดีขึ้น (Brook et al., 1979) ผู้ป่วยส่วนมากในการศึกษานี้ (ร้อยละ 93) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเนื้องอกสมองกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคที่ต่างจากนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดที่ดี จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยภายในบุคคลซึ่งจะเป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่าจะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ความเชื่อ/ทัศนคติ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น (Melies et al, 2000) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย (Burgess & Hartman, 1996)

สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระประภา ภาวิไล (2535) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .210, p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .472, p < .001$) (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต

เทียม พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .205, p < .01$) โดยการเรียนรู้จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักและการเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ การรับรู้ ภาวะสุขภาพจึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ได้ ผู้ป่วยเฝ้า ระวังเฝ้าระวังหลังผ่าตัดที่มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองก็จะแสดงการกระทำ ซึ่งเป็นไปในทางที่ดีหรือเหมาะสมกับเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย

สมมุติฐานข้อที่ 2: การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยเฝ้าระวังหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยเฝ้าระวังหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งตรงกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือผู้ป่วยเฝ้าระวังหลังผ่าตัดที่มีการสนับสนุนทาง สังคมดี จะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีด้วย และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี จะมีภาวะการทำ หน้าที่ที่ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านชุมชนและสังคมของแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน ซึ่ง เป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Melies et al, 2000) กล่าวคือการสนับสนุนทาง สังคมมีประโยชน์โดยตรง (direct effect) ต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลต้องอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มในสังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (interaction) ใน สังคม ซึ่งมีทั้งการให้และการรับความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความพอใจทั้ง 2 ฝ่าย ส่งผลให้เกิดความ พึงพอใจความรู้สึกรับประกัน และรู้สึกปลอดภัยในการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะ สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่ดี (Cohen & Wills, 1985) และเมื่อบุคคลกำลังประสบกับความเครียด ก็จะมีการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการ สนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะเป็นกันชน (buffering effect) ในการลดความเครียดที่เกิดขึ้น เนื่องจากมีการให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ทำให้มีการรับรู้ปัญหาต่างๆ ดีขึ้น ประกอบ กับบุคคลรู้สึกว่าคุณค่าจากการมีผู้ให้การช่วยเหลือ ทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและ เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น (Norbeck, 1981)

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งเป็นสถานการณ์ใหม่สำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเฝ้าระวังหลังผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้อง พึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ

พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมโดยการใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนให้กับผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองและครอบครัวทำให้ดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีภายหลังการเริ่มเข้ารับการรักษา (Leavitt, 1996) สำหรับผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน บุคคลเหล่านี้จะให้ความอบอุ่นเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่รับฟังปัญหา และคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจทางจิตใจเพิ่มขึ้น

บุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ซึ่งจะให้ข้อมูลในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แหล่งบริการด้านสุขภาพ ดังทฤษฎีที่ Schumacker และ Meleis (1994) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและกิจกรรมประจำวัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขอยู่ในสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงานจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองแล้ว มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากมีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนด้านนี้เป็นอย่างมาก ทั้งด้านการเงินหรือคนดูแลช่วยเหลือการกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนพาไปติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ อาภาพรธ นามอาษา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระยะเวลาหลังการบาดเจ็บสมองอยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ถึง 8 ปี พบว่าสถานะทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และด้านารรู้คิดของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ($r = .233, p < .01$) แต่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนด้านนี้น้อยที่สุดจากทั้งหมดซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามมา

การศึกษาที่ผ่านมาสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้คือ กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .375, p < .05$) โดยคุณภาพชีวิตประเมินในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา (อานวยพร อาษานอก, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2004) ศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่อยู่ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านร่างกาย ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .211, p < .05$) และงานวิจัยของ Sammarco (2001) พบว่าการสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ รวมทั้งงานวิจัยของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์การทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้

สรุปได้ว่าผลการวิจัยนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากบุคคลทุกคนต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่ง การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจะต้องอาศัยปัจจัยที่ช่วยในการเปลี่ยนผ่าน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านต้องอาศัยปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งก็คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกด้านชุมชนและสังคมของผู้ป่วยคือการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน ถึงแม้จะอยู่ในระดับที่ดี แต่การคาดการณ์ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตผู้ป่วยยังไม่มั่นใจในการดำเนินโรค และรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเกิดเนื้องอกสมองขึ้นได้อีก และหลังผ่าตัดยังไม่มั่นใจว่าจะสามารถกลับไปปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเดิม จึงอาจทำให้การเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสุขภาพดีไม่สมบูรณ์ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน เป็นด้านที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด และสำหรับการฟื้นฟูภาวะการทำหน้าที่ในระยะ 1 ปีหลังการผ่าตัดยังต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงอาจทำให้การเปลี่ยนผ่านมีปัญหาล่าช้าได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพคือบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย ควรมีการประเมินและส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด รวมถึงระยะฟื้นฟูที่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพและภาวะการทำหน้าที่ที่ดีต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (2000) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ 1 เดือน -1 ปี อายุมากกว่า 18 ปี มีระดับการรู้คิด ระดับ 7-8 ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร มาตรวจตามนัดที่ตึกผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2552

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ส่วน โดยใช้เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เท่ากับ .80, .91 และ .76 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85, .86 และ .79 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์หรือหลังจากเข้าพบแพทย์หรือติดต่อเจ้าหน้าที่ในการตรวจเรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีอายุ 19 - 79 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.76 ปี โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 61.4) เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.7) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 20.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.5 และหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้ ร้อยละ 60.2 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) และที่มีรายได้ส่วนใหญ่ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.6) รายได้เฉลี่ย 6372.95 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.7 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในรอบครัว ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือสิทธิเบิกข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 34.1) การมาตรวจตามนัดมีญาติเป็นผู้พามาตรวจคิดเป็นร้อยละ 89.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น meningioma ร้อยละ 47.7 ส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 8 ร้อยละ 80.7 มีตำแหน่งเนื้องอกอยู่ที่บริเวณ frontal lobe (ร้อยละ 39.8) การรักษาที่ได้รับเกือบทั้งหมดคือ การผ่าตัดอย่างเดี่ยว (ร้อยละ 90.1) นอกนั้นเป็นการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี (ร้อยละ 9.1) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 83.0) สำหรับกลุ่มที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่ที่เป็นคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 1 ครั้งมี ร้อยละ 75.0 ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ craniotomy with tumor removal (ร้อยละ 62.5) ระยะเวลาหลังการผ่าตัดถึงวันเก็บข้อมูลเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 เดือน และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดเนื้องอกสมองครั้งล่าสุดเฉลี่ย 9.93 วัน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 60.2) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (ร้อยละ 29.5)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยรวมการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 76.54 (S.D. =7.47) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 78.63 (S.D. =6.39) โดยได้รับการสนับสนุนมากที่สุดคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ รองลงมาคือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงานได้รับน้อยที่สุด และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมของภาวะการทำหน้าที่เท่ากับ 65.64 (S.D. =31.52) โดยมีภาวะการทำหน้าที่ในหมวดการรับประทานอาหารดีที่สุด และหมวดปฏิกิริยา

ทางสังคมต่ำสุดในทั้งหมด 6 หมวด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .759, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัดระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .759, p < .01$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับการรับรู้ที่อยู่ในระดับดีที่สามารถให้การสอนได้ จึงควรจัดสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มเกี่ยวกับภาวะของโรค และแนวทางในการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองทั้งในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด โดยจัดทำโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐาน มีสื่อทัศนูปกรณ์ในการสอน เช่น หุ่นจำลอง ภาพพลิก สไลด์ มีการฉายวิดีโอประกอบการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตามข้อเท็จจริงได้ดี และควรมีการพูดคุย ซักถามผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อให้ได้รู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านดังกล่าว

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด และในการศึกษากครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ภายหลังการผ่าตัดเนื่องจากสมอง พยาบาลควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ตรงกับความต้องการโดย เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษา เกี่ยวกับภาวะของโรค ผลของการรักษา และวิธีปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด ให้ความสนใจ เอาใจใส่ ให้ความมั่นใจ ตลอดจนยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง พุดซ้ำหรือแก้ไขเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ส่งเสริมแนะนำให้บุคคลรอบข้างผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย

3. เนื่องจากผลการวิจัยสนับสนุนว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยตั้งแต่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล ก่อนการ จำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวางแผนให้การ ช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะ พื้นฟู 1 เดือน-1 ปี หลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเนื้องอก สมองชนิดต่างกันมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับไม่แตกต่างกันเนื่องจากการฟื้นตัวใน ระยะแรกของการผ่าตัด จึงควรมีการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดใน เชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)

2. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดเนื้องอก สมองและศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านใด มากน้อยเพียงใด และได้รับการสนับสนุนจากใครในเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด เพื่อประเมินและให้การพยาบาลแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และได้รับการ สนับสนุนทางสังคมที่ดีอันจะนำไปสู่การมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีต่อไป

3. ควรมีการพัฒนางานวิจัยต่อโดยการศึกษาถึงอำนาจการทำนายของการรับรู้ภาวะ สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ทำการวิจัยใน รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล (intervention) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลใน รูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผน การให้คำปรึกษาในกลุ่มช่วยเหลือ ชึ่งกันและกัน เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับ การรู้คิดต่ำกว่าระดับ 7 เพื่อให้สามารถเห็นถึงภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ โดยใช้แบบ วัดภาวะการทำหน้าที่ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS IN POSTOPERATIVE BRAIN TUMOR PATIENTS

อรชร บุติพินดา 5037321 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลย์ธดา ฉันทะเรืองวนิชย์, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค., บรรพต สิทธินามสุวรรณ, พ.บ., ว.ว. (ประสาทศัลยศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

หลักการและเหตุผล

โรคเนื้องอกสมองเป็นโรคที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากโรคเกิดในตำแหน่งที่ควบคุมการทำงานต่างๆ ของร่างกายร่วมกับผลกระทบจากการรักษาทำให้เกิดความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Berbstein & Berger, 2008) ชนิดของเนื้องอกสมองจำแนกเป็น malignant, benign primary brain tumor และ metastatic brain tumor ชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดคือ glioma พบได้มากที่สุดถึง 50% และรองลงมาคือ meningiomas 30% และเป็น primary brain tumor (Black & Loeffler, 2005)

สถิติผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 - 2550 มีจำนวน 646, 686, 834, 660 และ 714 คนตามลำดับ ซึ่งเนื้องอกสมองเป็นโรคที่มีมากเป็นอันดับหนึ่งใน 5 อันดับแรกของโรคที่มากที่สุดของหอผู้ป่วย คิดเป็น 35% ของโรคทางศัลยกรรมประสาท (หน่วยสถิติโรงพยาบาลศิริราช, 2550) การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ การผ่าตัด และแม้ว่าการผ่าตัดสมองจะเป็นวิธีการที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แต่ภายหลังการผ่าตัดพบว่าก่อให้เกิดการทำลายหรือการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพสมองและเส้นเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมี ทำให้เกิดการบาดเจ็บทั่วๆ ไปต่อเนื้อเยื่อของสมอง ซึ่งจะส่งผลให้มีปัญหาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning) และปัญหาการทำหน้าที่ด้าน

การรู้คิด (cognitive functioning) เปลี่ยนแปลงไปด้วย (Murrey, Hale & Williams, 2005; Gobout et al., 2005) ทำให้มีการแสดงออกเกี่ยวกับ การเคลื่อนไหว และ การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ เช่น การสื่อสารลำบาก กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ความสามารถในการมองเห็นเสื่อม มีความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสาร และการรู้คิดผิดปกติ (Huang, Wartella, Kreutzer, Broaddus & Lyckhotm, 2001) อาการต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ (functional status) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการทำกิจกรรมต่างๆ (Vives & Piepmeier, 1999) นอกจากนี้พบว่าหลังเกิดอาการเหล่านี้แล้วยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และยังคงมีอาการของโรคเรื้อรังอีกด้วย (Heimans & Taphoorn, 2002)

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง และความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ (Barsevick, Much & Sweeney, 2001) และภาวะการทำหน้าที่ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (Allard, Dionne, & Potvin, 1995) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตสังคม อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพ (Sinclair, 1991) ซึ่งจะมีการเสียหน้าที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานเกิดขึ้นอย่างถาวรมีความพิการหลงเหลืออยู่และพยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนได้ดังเดิม ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากนี้พยาธิสภาพดังกล่าวทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง (Meyers, Weyers, Weitzner, Valentine, & Levin, 1998) จะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง และมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นจนเกิดความรู้อีกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีประสบการณ์แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของการเจ็บป่วย คือ เริ่มตั้งแต่ปรากฏอาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาเริ่มแรกและต่อเนื่องไปถึงการฟื้นฟูหลังการรักษา ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งต้องมีการพึ่งพามนุษย์คนอื่น (Chick & Meleis, 1986) สิ่งที่มีบุคคลประสพจะเริ่มจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งในทุกช่วงของชีวิตและเป็นกระบวนการซึ่งไม่คงที่ (Schumacher & Meleis, 1994) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองกับการเปลี่ยนแปลงในด้านภาวะการทำหน้าที่ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เริ่มจากการมีสุขภาพดีจนถึงมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมระหว่างการเปลี่ยนผ่าน มีการรับรู้ที่ถูกต้อง เมื่อได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถฟื้นตัวเปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วย มีภาวะการทำหน้าที่ดี นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ที่ดีด้วย

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ เพราะการดำเนินโรคที่เป็นไปในทางเสื่อมยังคงมีอยู่ เนื่องจากภาวะความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการรักษา รวมถึงแผนการรักษาอื่นๆ ที่ตามมา เช่น การฉายรังสี หรือ การให้ยาเคมีบำบัด ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่ามีสุขภาพไม่ดี (Mainio et al., 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อย่างไรก็ตามความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถมีการปรับตัวหรือเปลี่ยนผ่านสู่การทำหน้าที่ที่เหมาะสม ถ้ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception) ไม่ถูกต้อง เกิดความเป็นจริงอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจึงจะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ดีขึ้น (Burgess & Hartman, 1996)

ระยะฟื้นฟูสุขภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นๆเป็นอย่างมาก การสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นประกอบด้วยการสนับสนุนสังคมทางด้านอารมณ์ การประเมินค่า การให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรสิ่งของ แรงงาน เงินทอง (House, 1985) จากการศึกษาของ Newton & Mateo (1994) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองกับการเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและญาติต่อความไม่แน่ใจ ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับโรค พบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การช่วยเหลือของกลุ่ม การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาจะทำให้มีความมั่นใจในการรักษาเพิ่มมากขึ้นสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ และปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ได้ดีหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดจำนวนน้อย โดยเฉพาะเรื่องภาวะการทำหน้าที่ซึ่งครอบคลุมในด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งๆที่ปัญหาด้านนี้ยังคงมีอยู่ แต่มิได้มีการติดตามหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากตัวแปรทั้งสองนี้เป็นตัวแปรที่กำหนดไว้ในทฤษฎีว่าสามารถช่วยให้การเปลี่ยนผ่านสู่สถานการณ์ใหม่ ทำได้อย่างสมบูรณ์ (Meleis et al., 2000) การทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับประเมินปัญหาผู้ป่วยแต่เริ่มแรกเพื่อวางแผนส่งเสริมภาวะการทำ

หน้าที่ของผู้ป่วย โดยพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนการจำหน่ายหรือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแล ซึ่งเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ามารับการตรวจตามนัดที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกหน่วยตรวจคัดกรอง โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2552 เกณฑ์ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ Power analysis โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.3 จากการเปิดตารางจะได้กลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 88 คน และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. มีระดับการรู้คิด 7-8 โดยประเมินด้วย Ranchos Los Amigos Scale
2. มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองในระยะเวลา 1 เดือน – 1 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ มือข้างที่ถนัด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ก่อนได้รับการเจ็บป่วย อาชีพในปัจจุบัน รายได้ของผู้ป่วยในปัจจุบัน สิทธิในการรักษา การมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งเนื้องอก (จากผล CT หรือ MRI) การวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงการผ่าตัดครั้งแรก จำนวนครั้งของการผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดครั้งล่าสุดถึงวันเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ระดับการรู้คิด และความผิดปกติทางระบบประสาท

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย สุพร พริงเพริศ (2538) โดยปรับข้อความจากการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นการผ่าตัดเนื้องอกสมอง แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย Brook และคณะ (1979) ที่ใช้เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้ตอบว่าตรงกับข้อความในแบบวัดมากน้อยเพียงใด ทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย ทศนีย์ อินทรสมใจ (2004) ได้นำมาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดของมี 20 ข้อคำถาม โดยอาศัยแนวคิดของ House & Kahn (1985) ซึ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้ให้การสนับสนุนคือ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน พยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นๆ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ซึ่งใช้แบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile: SIP) ที่สร้างโดย Bergner และคณะ (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร (2541) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่มีผลมาจากการเจ็บป่วยมีทั้งหมด 12 หมวด ซึ่งแบบประเมินผลกระทบความเจ็บป่วยที่ใช้ในครั้งนี้มี 6 หมวด ได้แก่ หมวดการนอนหลับพักผ่อน หมวดพฤติกรรม

ทางอารมณ์ หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว หมวดปฏิกิริยาทางสังคม หมวดนันทนาการ และใช้เวลาว่าง และหมวดการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถามรวมทั้งหมด 76 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วจึงนำคะแนนที่ได้ไปหาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85, 0.86 และ 0.79 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการทำหนังสือทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุมัติในการเก็บข้อมูลแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจจากแพทย์ ณ หน่วยตรวจประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงและอธิบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือผู้ป่วยในการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20-40 นาที และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศิริราช ใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและมีการอธิบายวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่างเข้าใจการศึกษาครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยก็ได้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์ และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอม ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับโดยตรงแต่ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในอนาคต และในการวิจัยครั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อร่างกายและการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเพียงแต่อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 20-40 นาที ผู้วิจัยพยายามจัดสถานที่ในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด และขออนุญาตผู้ป่วยจดบันทึกเพื่อความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาคำตอบ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การอภิปรายผลของข้อมูลในลักษณะของภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 19 - 79 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.76 ปี (S.D. = 12.20) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 61.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.9) เกือบทั้งหมดคนดัดมือขวา (ร้อยละ 93.2) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 5.7) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 20.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 29.5) และหลังผ่าตัดเนื้องอกสมองสามารถกลับไปประกอบอาชีพตามเดิมได้ (ร้อยละ 60.2) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) สำหรับผู้ที่มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 21.6) รายได้เฉลี่ย 6372.95 บาทต่อเดือน (S.D. = 7719.93) ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในรอบครัว (ร้อยละ 55.7) สิทธิในการรักษาพยาบาลครึ่งหนึ่งใช้ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือสิทธิเบิกข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 34.1) สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีญาติพามาตรวจตามนัด (ร้อยละ 89.8)

การศึกษาครั้งนี้จากข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลพยาธิวิทยาคือ Meningioma (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ Pituitary adenoma (ร้อยละ 20.5) และตามด้วย Acoustic schwannoma, Craniopharygioma, Glioblastoma multiform และ Glioma ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 8 (ร้อยละ 80.7) ตำแหน่งเนื้องอกส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณ Frontal lobe (ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือตำแหน่ง Sellar and Suprasellar (ร้อยละ 23.9) และตามด้วยตำแหน่ง Temporal, Parietal, Cerebellum, Occipital และ Thalamus โดยมีตำแหน่งเนื้องอกส่วนใหญ่อยู่ด้านขวาของสมอง (ร้อยละ 46.6) การรักษาส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดอย่างเดียว (ร้อยละ 90.1) นอกนั้นเป็นการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี (ร้อยละ 9.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 83.0) สำหรับกลุ่มที่มีโรคร่วม (ร้อยละ 17.0) ส่วนใหญ่ที่เป็นคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาหลังจากมีอาการจนถึงวันผ่าตัดครั้งแรกน้อยกว่า 4 เดือน (ร้อยละ 63.6) สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 1 ครั้ง (ร้อยละ 75.0) และมีการผ่าตัดเนื้องอกสมอง 2 ครั้งหรือมากกว่า (ร้อยละ 25) ชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่คือ Craniotomy with tumor removal (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ Transphenoidal approach with tumor removal (ร้อยละ 21.6)

ระยะเวลาหลังการผ่าตัดถึงวันเก็บข้อมูลอยู่ระหว่าง 1-3 เดือน (ร้อยละ 52.3) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 เดือน (S.D. = 3.46) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของการผ่าตัดเนื้องอกสมองครั้งล่าสุดอยู่ระหว่าง 5-31 วัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.93 (S.D. = 3.99) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติทางระบบประสาทหลังการผ่าตัด (ร้อยละ 60.2) ความผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงพบร้อยละ 21.6 ตามมาด้วย ความผิดปกติด้านการทรงตัว การได้ยิน การเดิน และการดมกลิ่น (ร้อยละ 15.9, 12.5, 6.8, 2.3 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวการณ์ทำหน้าที่ของผู้ป่วย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในช่วงคะแนนจาก 56-90 คะแนน จากคะแนนเต็มซึ่งมีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 74.54 คะแนน (S.D. = 7.47) ในแต่ละด้านของการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูง

กว่า ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

2.2 การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจาก 67-95 คะแนน จากคะแนนเต็มซึ่งมีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 78.63 คะแนน (S.D. =6.39) เมื่อพิจารณาตามรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนสูงกว่าการสนับสนุนด้านการประเมินค่าและการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน

2.3 ภาวะการทำหน้าที่

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมของภาวะการทำหน้าที่เท่ากับ 65.64 (S.D. =31.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายหมวดพบว่าภาวะการทำหน้าที่หมวดที่มีปัญหามากที่สุดคือหมวดปฏิบัติการทางสังคม รองลงมาคือ หมวดนั้นหนาและการใช้เวลาว่าง หมวดการนอนหลับ/พักผ่อน หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์ หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว และหมวดการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดระดับสูง ($r = .76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดระดับปานกลาง ($r = .56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด (N=88)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1		
2. การสนับสนุนทางสังคม	.663**	1	
3. ภาวะการทำหน้าที่	.759**	.561**	1

**p < .01

การอภิปรายผล

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด มีช่วงอายุ 41-60 ปี เฉลี่ยประมาณ 48.76 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุวัยกลางคน พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ The Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTURS) (2007) และ Minn และคณะ (2002) ที่พบอัตราการเกิดเนื้องอกสมองในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบเนื้องอกสมองชนิด meningioma มากที่สุด และเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Buckner และคณะ (2007) ที่พบเนื้องอกสมองชนิด Meningioma เป็นส่วนมาก ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ Frontal lobe (ร้อยละ 39.8) และอยู่ทางด้านขวาของสมองเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 46.6) นอกจากนั้นผลลัพธ์ของการผ่าตัดยังขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของเนื้องอก ถ้าเนื้องอกสมองขนาดใหญ่จะมีการทำลายเนื้อสมองและ/หรือทำให้เกิดความดันในสมองเพิ่มมากขึ้น เนื้องอกที่อยู่ในตำแหน่งของฐานกะโหลก (skull base) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณ cavernous sinus และ petroclival) และ tentorial meningioma ทำให้การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกทำได้ลำบาก ผลลัพธ์ของการผ่าตัดจึงไม่ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีตำแหน่งเนื้องอกสมองในบริเวณดังกล่าวจะมีปัญหาด้านการมองเห็น (Buatti et al., 2001) กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทางระบบประสาทส่วนใหญ่ที่พบคือ ความผิดปกติด้านการมองเห็น (ร้อยละ 29.5) สาเหตุมาจากเนื้องอกทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (optic nerve) มีอาการอ่อนแรง (ร้อยละ 21.6) เช่น แขนขาอ่อนแรง มาจากการที่เนื้องอกทำลายเส้นประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว (motor nerve) ในตำแหน่ง Frontal lobe หรือมีกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าอ่อนแรง (facial palsy) นอกจากนั้นยังพบความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน (ร้อยละ 12.5) เช่น การได้ยินลดลง หรือ หูหนวก ซึ่งเกิดจากเนื้องอกทำลายเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (auditory nerve) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ (2004) พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมองร้อยละ 70.4% ปัญหาที่พบมากที่สุด

คือ การมองเห็นผิดปกติ (49.1%) และยังพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่เนื้องอกอยู่ตำแหน่ง frontal lobe จะมีระดับการรู้คิดเปลี่ยนแปลงไป (cognitive impairment) (Taphoorn & Klein, 2004) แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการรู้คิด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษาในครั้งนี้ต้องมีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัดที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด การรับรู้ของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับการรับรู้ตามสถานการณ์ที่ผ่านมา หรือการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพของตนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพและอาการต่างๆทางร่างกายที่ปรากฏ (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2005) ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัดที่อยู่ในระยะฟื้นฟู มีภาวะสุขภาพดีขึ้นและจากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบมาแล้วก่อนการผ่าตัด เช่น อาการปวดศีรษะ ตามัว อาการอ่อนแรง ลดลงหรือหายไป คือมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดบางรายอาจมีการรับรู้ว่า ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ดังนั้นตามการรับรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจากอาการผิดปกติต่างๆ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีตามด้วย

ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกถึงความเจ็บป่วยจากอาการไม่สุขสบายต่างๆ เป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของตนเองเป็นอย่างมาก ผลที่ตามมาคือความกลัว ความท้อแท้ ทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และทำให้การทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันบกพร่องไปทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันไม่ดี เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นการคาดการณ์ไปล่วงหน้าในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษาและระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษา ความไม่สุขสบายและความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ซึ่งการรับรู้เหล่านี้เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Murdaugh & Hinshaw, 1996) ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ติดตามผลของความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังในการปฏิบัติกิจกรรมต่างได้มากขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร พริ้งเพริศ (2538) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตและด้านการรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ดี แต่ที่ต่างกันคือกลุ่มผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการรับรู้สุขภาพอนาคตอยู่ในระดับดี เนื่องจากว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาให้หายได้และโอกาสในการกลับเป็นอีกจะลดลง ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยเนื้องอกสมองแม้หลังผ่าตัดแล้วผู้ป่วยยังกังวลว่าเนื้องอกสมองสามารถเกิดขึ้นได้อีก และการผ่าตัดสมองทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าหลังผ่าตัดจะมีการปกติเหมือนเดิม รวมถึงอาจมีแผนการรักษาหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น เช่น การฉายรังสี หรือการให้เคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตอยู่ในระดับไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองและต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา แสดงความเห็นใจและได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและจากทีมสุขภาพ (Wideheem, et al., 2002) โดยร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี/ภรรยา และบุตร การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 94.60) เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆ รวมถึงการให้คำแนะนำในการทำกิจกรรม การสังเกตอาการผิดปกติทางระบบประสาทสมองที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.9 เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 48.76 ซึ่งเป็นวัยทำงานหรือเป็นแม่บ้านในครอบครัว หลังการเจ็บป่วยการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ เป็นภาระให้กับครอบครัวต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่แม่บ้านได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง (Newton & Mateo, 1994) ครอบครัวจึงให้ความเอาใจใส่ดูแล พูดยให้กำลังใจผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านเป็นส่วนใหญ่ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดลง หรือไม่มีเลย ในการศึกษาพบว่าร้อยละ 39.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากการเจ็บหลังการผ่าตัดทำให้ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 50) และรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว (ร้อยละ 55.7) และส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ จึงให้การช่วยเหลือเกื้อกูลด้านแรงงานกันได้น้อย

งานวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาของ พัทสนีย์ อินทรสมใจ (2004) ศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด จำนวน 108 ราย พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้รับน้อยที่สุดและพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวยพร อาษานอก (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีการสนับสนุนด้านการรับรู้คุณค่าของตัวเองสูงสุด รองลงมาคือการสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการรับรู้ตัวตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามลำดับ

ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmidinger และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด meningioma มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดี เพราะชนิดของเนื้องอกเป็นชนิดปฐมภูมิและไม่รุนแรงมีการดำเนินโรคที่ดี (McDermott et al., 2002) ยังอธิบายได้อีกว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการรู้คิดที่ระดับ 7-8 อย่างไรก็ตามในการศึกษาของ ธนาภรณ์ เปรมสัย (2003) ศึกษาติดตามการปรับตัวและผลกระทบของการบาดเจ็บที่มีผลต่อชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 8 ของผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยจำนวน 60 ราย โดยวัดพบว่ามีผู้ป่วย 8 รายที่ไม่มีความผิดปกติของภาวะการทำหน้าที่ และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดี (mean = 11.29, S.D. = 12.05) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยรวมมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะใกล้เคียงกันแต่ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีการดำเนินของโรคและการรักษาที่มากกว่า และแม้ว่าเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาหลักด้วยการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังต้องเผชิญกับปัญหา ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมที่มีผลรบกวนต่อภาวะการทำหน้าที่ปกติ ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยดีกว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผิดปกติทางระบบประสาท (ร้อยละ 60.2) โดยพบความผิดปกติด้านการมองเห็นมากที่สุด (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือ อาการอ่อนแรงและความผิดปกติด้านการทรงตัว (ร้อยละ 21.6 และ 15.9 ตามลำดับ) จึงมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz และคณะ (1999) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ด้านร่างกายต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และ

คณะ (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่สบายต่างๆ สูงมีผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ เช่น ด้านการลดลงของพลังงาน ความยากลำบากในการทำงาน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การศึกษา ของ Santos, Resmini, Matinez, Marti, Ybarra และ Webb (2009) ทำการศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Pituitary adenoma ซึ่งประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกายด้วยเครื่องมือ Karnofsky Performance Status Scale (KPS) พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้ (KPS=70) แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราว แต่ยังคงตอบสนองความต้องการของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดอยู่ในระดับสูง ($r = .759$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีหรือถูกต้องเหมาะสม จะมีภาวะการทำหน้าที่ดีด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Brook et al., 1979)

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแปรสภาพการณ์แวดล้อม หรือความต้องการด้านสังคม ที่จะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ดีขึ้น (Burgess & Hartman, 1996) ผู้ป่วยส่วนมากในการศึกษานี้ (ร้อยละ 93) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเนื้องอกสมองกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคที่ต่อนอกจากนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการรู้คิดดีด้วย จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยภายในบุคคลซึ่งจะเป็นการประเมินตัดสินใจเปลี่ยนผ่านว่าจะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ความเชื่อ/ทัศนคติ และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น (Melies et al, 2000) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่มารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .210$, $p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .472$, $p < .001$) (สุพร พริ้งเพริศ, 2538) นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ คาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .205, p < .01$) โดยการเรียนรู้จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การตระหนักและการเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังและเฝ้าติดตามหลังผ่าตัดปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ผู้ป่วยเฝ้าระวังและเฝ้าติดตามหลังผ่าตัดที่มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองก็จะแสดงการกระทำซึ่งเป็นไปในทางที่ดีหรือเหมาะสมกับเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเฝ้าระวังและเฝ้าติดตามหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ ผู้ป่วยเฝ้าระวังและเฝ้าติดตามหลังผ่าตัดที่มีการสนับสนุนทางสังคมดี จะมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีด้วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Melies et al, 2000) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งเป็นสถานการณ์ใหม่สำหรับผู้ป่วย และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทีมสุขภาพจะเป็นผู้ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำกิจกรรมได้ดีขึ้น

ผู้ป่วยในการศึกษารุ่นนี้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน บุคคลเหล่านี้จะให้ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางจิตใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยในการศึกษารุ่นนี้ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุด โดยข้อมูลในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แหล่งบริการด้านสุขภาพดังทฤษฎีที่ Schumacher และ Meleis (1994) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพในระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและกิจกรรมประจำวัน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขอยู่ในสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี ในส่วนของการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงานจาก สมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านนี้เป็นอย่างมาก ทั้งด้านการเงินหรือคนดูแลช่วยเหลือการกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนพาไปติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะจะช่วยให้ฟื้นตัวเป็นไปด้วยดีและมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Schwarz, 2000)

การศึกษาที่ผ่านมาจำนวนมากได้ผลสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ กล่าวคือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยเฝ้าระวังและเฝ้าติดตามหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .375, p < .05$) (อานวยพร อาษานอก, 2549) การสนับสนุน

ทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองปฏิบัติหน้าที่ทางด้านร่างกายได้ดีขึ้น (Leavitt et al., 1996) งานวิจัยของ Sammarco (2001) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์ความพึงพอใจในความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภาพรรณ นามอาษา (2545) ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งพบว่าสถานทางการเงินของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และด้านการรู้คิดของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ($r = .233, p < .01$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง โดยจัดโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐาน มีสื่อทัศนูปกรณ์ในการสอน เช่น หุ่นจำลอง ภาพพลิก สไลด์ มีการฉายวิดีโอประกอบการสอน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตามข้อเท็จจริงได้ดี และควรมีการพูดคุยซักถามผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ความด้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้รู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านดังกล่าวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และติดตามประเมินการรับรู้เป็นระยะ โดยเฉพาะหลังผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ยังคงเป็นปัญหามาก
2. ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโดยตรงด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยเมื่อมารับการตรวจรักษา เกี่ยวกับภาวะของโรค ผลของการรักษา และวิธีปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด ให้ความสนใจ เอาใจใส่แก่ผู้ป่วย ตลอดจนยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง หรือทักท้วงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง
3. เนื่องจากผลการวิจัยสนับสนุนว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยตั้งแต่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล ก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองในระยะฟื้นฟู 1 เดือน-1 ปี หลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิดต่างกันมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับไม่แตกต่างกันเนื่องจากการฟื้นตัวใน

ระยะแรกของการผ่าตัด จึงควรมีการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)

2. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมองและศึกษาความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังการผ่าตัด หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านใด มากน้อยเพียงใด และได้รับการสนับสนุนจากใครในเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด เพื่อประเมินและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีอันจะนำไปสู่การมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีต่อไป

3. ควรมีการพัฒนางานวิจัยต่อโดยการศึกษาถึงอำนาจการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ทำการวิจัยในรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้การพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผน การให้คำปรึกษาในกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีระดับการรู้คิดต่ำกว่าระดับ 7 เพื่อให้สามารถเห็นถึงภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ โดยใช้แบบวัดภาวะการทำหน้าที่ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION SOCIAL SUPPORT
AND FUNCTIONAL STATUS IN POSTOPERATIVE BRAIN TUMOR PATIENTS

ORACHORN BOOTTIPANDA 5037321 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WALLADA CHANRUANGVANICH, D.N.S.,
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., BUNPOT SITTHINAMSUWAN, M.D. M.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the study

Brain tumor is one of the top ten cancer diseases which affects the death rate of patients because brain tumor originates from the position that controls all function of human's body together with the effects derived from treatment which makes the patients face both physical and mental deficits (Berbstein & Berger, 2008). The type of brain tumor can be divided into malignant, benign primary brain tumor and metastatic brain tumor. The type found the most is glioma (50%), the second is meningiomas (30%) and this is a kind of primary brain tumor (Black & Loeffler, 2005).

According to the statistics, there were 646, 686, 834, 660 and 714 brain tumor patients, respectively from 2003 to 2007 that admitted in the neurosurgery care unit, Siriraj Hospital. It can be seen that brain tumor is one of the five diseases found the most in the patients unit or 35% of neurosurgery diseases (Statistic Unit of Siriraj Hospital, 2007). The treatment mostly was carried out by operation. Although brain surgery is the way to be able to rescue patients, it is found that the post operation the patients will be suffered from destruction of change of the brain pathology and brain vessel. Moreover, the operation will make a result of chemical change and it will affect general injury towards brain tissue and cause the problem of changeable physical functioning and cognitive functioning (Murrey, Hale, & Williams, 2005;

Gobout et al., 2005). When the functioning is changed, it will cause the expression in terms of movement and abnormal cognition such as hard communication, disharmony muscles, deteriorated vision ability, impaired speaking as well as language communication and abnormal cognition (Huang, Wartella, Kreutzer, Broaddus, & Lyckhotm, 2001). These symptoms will affect the functional status including ADL and various activities (Vives & Piepmeier, 1999). Moreover, it is found that after these symptoms, it will make the patients feel worried, depressed and fear that their disease symptoms will be worse (Heimans & Taphoorn, 2002).

Functional status is the ability to do any activities related to self-treatment and responsibility of roles and duties (Barsevick, Much, & Sweeney, 2001) and functional status is also being an important element of life quality (Allard, Dionne, & Potvin, 1995) in post operative brain tumor patients and this will change physical and psychosocial aspects which is the result from pathologies (Sinclair, 1991) and this will affect the loss of functioning or status deviated from normal conditions. It will become long terms or permanent illness and remain existed disorder and the pathologies cannot be recovered as the previous time. The result makes the deficit of physical and mental functioning which will affect the reduced daily life. Moreover, the mentioned pathologies make the decrease of ability to work (Meyers, Weyers, Weitzner, Valentine, & Levin, 1998) which will affect the decrease of doing activities and the increase of dependence to others which makes the patients feel that they are the burdens of family and society.

Patients in brain tumor have different experiences depending on each time of illness, which is starting from appearance of illness symptoms, disease analysis, initial and continuous treatment to recovery after the treatment. These phenomena are signs of transition according to the health status and changed illness. After the discharge from hospital, the patients still have to be treated consistently at home that makes the patients have to rely on other persons (Chick & Meleis, 1986). Things that a person encounters start from a situation to another in every life time and it is regarded as non-stable process (Schumacher & Meleis, 1994). For the brain tumor patients, they will encounter the change of functional status according to the transition theory starting from good health to the illness. If the patients understand environments between the transition and correct perception, they will recover and pass the time of

transition and have good functional status. These will lead them to the good health outcome further if they get correct and appropriate help from health team or the persons in their family.

Patients in postoperative brain tumor need recovery time to be able to rely on themselves because the deteriorated continuity of disease still exists because of disease violence status or complicated status which occur after the treatment including other consequent treatment plans, such as irradiation or chemotherapy that make patients perceive that they are having bad health status (Mainio et al., 2003). Although patients get knowledges about the disease and how to take care of themselves in activities when going back home, only knowledges and understanding are not sufficient and cannot make patients be able to adapt or transit themselves to real appropriate functioning if they still have health perception inappropriate way or exaggerated and this may cause the patients treat themselves inappropriately. Therefore, correct perception of health status will lead the better recovery to the patients (Burgess & Hartman, 1996).

Stage of health recovery is the stage that the patients need help and support from other members in their family or other persons very much. The required social support includes affective, value assessment, information resources of properties, labor and financial support (House, 1985). According to the study of Newton & Mateo (1994) in patients analyzed to be brain tumor with the encountering in crisis of patients and relatives towards certain and uncertainty about the disease was found that the postoperative brain tumor patients who got good enough social supports, such as help from group, consultancy to patients and family as well as opportunity of patients to participate in their treatment could help them feel confident with the treatment more and could encounter the crisis with confidence as well as could adapt themselves appropriately according to the change of health status. Hence, the postoperative brain tumor patients will have good functional status or do the activities in their daily life appropriately to their changed body status depends on their good perception about their health status and good social supports.

According to the literature reviews in Thailand, it is found only a few studies about postoperative brain tumor patients especially in terms of functional status which covers all affective, emotional and social status. Despite existing of the

problem, it has not been followed the case after the discharge from hospital until the patients come to see the doctor according to their appointment. Therefore, the researcher is interested to study about the factors related to functional status of the postoperative brain tumor patients when they patients go back home or discharge from the hospital by using the transition conceptual framework which includes health perception and social support. Both of the mentioned variables are determined in the theory which can help the transition to new situations being done completely (Meleis et al., 2000). To make understanding to the relationship of the basic factors can be the way to assess the problems of patients since the initial time in order to plan and support the functional status of patients by developing the good health perception and increasing the social support to patients and families before discharge or when patients back home in order to make the best outcomes for the care taking which is the basis to nursing quality development in the group of postoperative brain tumor patients further.

Objective of the study

1. To study the relationship between health perception and functional status of the postoperative brain tumor patients.
2. To study the relationship between social support and functional status of the postoperative brain tumor patients.

Methodology

The study is about Descriptive Correlational Research in order to study the relationship between health perception, social support and functional status of the postoperative brain tumor patients.

Population and Sample of the study

The population of this study was patients who were analyzed from physicians that they were suffered from brain tumor and treated by operation, age 18 year-old up, both male and female, came to hospital according to the physician's appointment at out-patients unit, surgery department of Siriraj Hospital between July and October, 2009. The criteria of samples size determination was Power Analysis by

setting the reliability level (α) at .05, the power of test was equal to 0.80 and the moderate effect size was equal to 0.3. According to the table, there were 88 samples (Polit & Beck, 2008), therefore the samples of the study was equal to 88 persons. The criteria of patients were as follows:

Inclusion criteria

1. The samples had cognitive level 7-8 assessed by Ranchos Los Amigos Scale.
2. The samples had understanding and could communicate with Thai language.
3. The samples who came for check-up appointment of their postoperative brain tumor within 1 month – 1 year.

Exclusion criteria

During the data collection, there were patients who requested to withdraw from the research.

Research Instruments

The instruments used for data collection included 5 parts as follows:

Part 1: Questionnaire of personal information; the researcher is the person who self created the questionnaire. It had 11 items including gender, age, left- right handed, marital status, educational level, religion, occupation before getting illness, occupation at the present time, present income, treatment right, check-up according to the appointment.

Part 2: Illness record form of the postoperative brain tumor patients; the researcher is the person who self created the questionnaire. It had 10 items including disease analysis, brain tumor position (from CT or MRI result), co-diagnosis, session starting from illness symptoms to the first operation, the number of times of the operation, kind of operation, session after the latest operation to the date of data collection, the latest session of being treated in the hospital, cognitive level and nervous system disturbance.

Part 3: Questionnaire of health perception of the postoperative brain tumor patients; the research improved the questionnaire of health perception developed by Supaporn Pringprerd (1997) by adapting the contents from operation of

coronary red blood cell to be the brain tumor operation. This questionnaire was developed by Brook et.al., (1979) which used for assessing the general health perception. It consisted of contents which let the interviewees assess themselves about health status and answer the questions in accordance to their opinions both positive and negative views. The questions were 20 items.

Part 4: Social support measurement form: This questionnaire was developed by Tassanee Intarasomchai (2004) used for assessing social support in postoperative brain tumor patients. It had 20 items using the concept of House & Kahn (1985) which was about social supports in 4 aspects including affective support, news and information support, properties, things, financial or labor support and value assessment support. The supporters were family members, relatives, friends, nurses, physicians or other persons.

Part 5: Functional status questionnaire of the postoperative brain tumor patients; The questionnaire used the assessment form of Sickness Impact Profile: SIP created by Bergner et.al.,(1981) translated into Thai by Penrung Phonkanjanakorn (1998). The basic concept of the profile was from personal behavioral change affected from illness. There were all 12 sections. However, only 6 sections of SIP were used in this study including sleep and relax section, affective behavior section, physical care and movement section, social interaction, recreation and leisure time section and meal section. There were all 76 items of questions.

Questionnaire of health perception, questionnaire of social support and questionnaire of functional status were taken to test the instruments reliability by testing with 30 patients who had the qualifications like the samples, then the scores were taken to find the reliability by Cronbach's Alpha Coefficient equal to 0.85, 0.86 and 0.79, respectively.

Data collection procedure

The researcher self-collected data by doing a letter to request for data collection cooperation from the dean of Graduate School, Mahidol University to propose the director of Siriraj Hospital in order to ask for an approval of collecting data together with research project to make a consideration from the Siriraj Institutional Review Board (SIRB), Mahidol university. When the approval was

approved, the researcher collected the data at the data resource by requesting for data collection and cooperation from the authorities of care unit of neurological surgery during the time that patients were waiting for physician's check-up at the neurosurgery department, Siriraj Hospital. The research self-introduced, talked to make a relationship with the patients, then informed and explained the purposes, procedures of data collection and asked the patients for the research cooperation. The researcher used the questionnaire for data collection including personal information questionnaire, illness record form questionnaire, health perception questionnaire, social support questionnaire and functional status questionnaire, respectively. The time used for answering the questionnaire was about 20-40 minutes. The personal information, illness record form information, health perception information, social support information and functional status information of the postoperative brain tumor patients were analyzed by using frequency, percentage, mean and standard deviation. Whereas the relationship between health perception, social support and functional status, it was analyzed by using Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

Protection of human rights

The researcher emphasizes and respects the right of samples by making a proposal of research project via the consideration of Siriraj Institutional Review Board (SiRB) using the principle of individuality respect, benefits principle and fairness principle. The researcher self-introduced and explained the purposes of the research to the samples to make understanding. The samples had the right either accept or refuse the research participation and this would not affect the physicians and nurses' treatment. When the samples understood the purposes and procedure of research as well as accepted to participate in the research, the samples had to sign their name for agreement. The researcher explained the benefits of research that the samples might not receive them directly but the research results would be beneficial to the patients who had the same characteristics with the samples in the future. Moreover, the research would not get any physical and nursing effect but the samples might have to sacrifice time for giving information about 20-40 minutes. The researcher tried to set the most private place for the samples to give information and asked the allowance from the patients to record the answers in order to get them correct and complete.

Every information details would be confidential and the results would be reported by overall image and applied for research purpose only. The most important, the sample could cancel the research participation all the time before the research would be finished which was not necessary to give or explain any reasons or explanation.

Research Results

Part 1: Personal information and illness information of postoperative brain tumor patients

The samples were 19 - 79 years old, the average age was equal to 48.76 years old (S.D. = 12.20). It was found that more than a half of the samples were between 41-60 years old (61.4%). Most of the samples were female (65.9%) and most of them were right-handed (93.2%). More than a half of the samples had couple marital status (79.5%), the religion was Buddhism (96.6%), the highest educational level was elementary (5.7%), the second level was bachelor or higher (20.5%), most of the samples were unemployment (29.5%) but when passing the postoperative brain tumor, the samples could be back to work as usual (60.2%). The samples more than a half had no income (50%) and for the ones who had income, most of the incomes were between 10,000-15,000 baht per month (21.6%), the average income was 6372.95 baht per month (S.D. = 7719.93). More than a half of the samples had income not sufficient to the expenses in the family (55.7%), a half of the samples used the right of universal health card (51.1%), the second was the right of governmental officials or State Enterprises (34.1%), two of third of the samples had relatives to take them for check-up appointment (89.8%).

According to the illness information, it was found that the samples mostly had the result of pathologies Meningioma (47.7%), the second was Pituitary adenoma (20.5%) and Acoustic schwannoma, Craniopharygioma, Glioblastoma multiform and Glioma, respectively. The samples mostly had the level of cognition at the 8th level (80.7%). The position of brain tumor was mostly around Frontal lobe (39.8%), the second was Sellar and Suprasellar (23.9%) and Temporal, Parietal, Cerebellum, Occipital and Thalamus position and most of them were at the right side of the brain (46.6%). Most of the treatment was single operation (90.1%) and the rests were

operation together with irradiation (9.1%). Most of the samples had no co-morbidity (83.0%). For the samples who had co-morbidity (17.0%), most of the co-morbidity were high-blood pressure disease, diabetes and heart disease. Most of the samples had session after having the symptoms until the first day of operation less than 4 months (63.6%) and the third of fourth of the samples had the brain tumor operation for 1 time (75.0%) and had the brain tumor operation for 2 times or more (25%). Most of the type of operation was Craniotomy with tumor removal (62.5%), the second was Transphenoidal approach with tumor removal (21.6%). The session of post operation until the day of data collection was between 1-3 months (52.3%), the average was equal to 4.36 months (S.D. = 3.46) and the numbers of the days the patients admitted in the hospital for the latest brain tumor operation was 5-31 days, the average was equal to 9.93 (S.D. = 3.99). Most of the samples had the disturbance of nervous system after the operation (60.2%). The disturbance found the most was about vision (29.5%), the second was muscle weakness (21.6%) and Disquilibrium, auditory disturbances, walking and smelling (15.9, 12.5, 6.8 and 2.3, respectively).

Part 2: Health perception, social support and functional status of the patients

2.1 Health Perception

The samples had the scores of health perception with the score range of 56-90 from the full scores which had the score range between 20-100 and had the overall average scores of health perception equal to 74.54 (S.D.=7.47). When considering in each aspect, it was found that the health perception at present time had the most scores equal to the average scores of 18.92 from the full scores which had the score range equal to 5-25. Whereas the health perception in terms of the perception of disease resistance/risk of illness had the least average score equal to 6.48 from the full scores which had the score range equal to 2-10.

2.2 Social Support

The samples had the score range of social support from 67-95 from the full score which had the score range equal to 20-100. The average score of the overall

social support was equal to 78.63 (S.D. = 6.39). When considering in each aspect of all 4 items; affective support, assessment support, news and information, properties, things, financial or labor support, it was found that the affective support and news and information support had higher score than the news and information, properties, things, financial or labor support.

2.3 Functional Status

The functional status of the samples was at the moderate level by having the overall average scores in 6 sections equal to 65.54 (S.D. = 31.52). When considering in each section, it was found that the functional status section which had the problem the most was social interaction section, the second was the recreation section and leisure time, sleep and relax section, affective behaviors section, physical treatment and movement section and having meal section

Part 3: Relationship between health perception, social support and functional status

Health perception had positive relationship with the functional status of the postoperative brain tumor patients at a high level ($r = .76$) by statistic significance at the 0.01 level. The social support had positive relationship with the functional status of the postoperative brain tumor patients at the moderate level ($r = .56$) by statistic significance at the 0.01 level as shown in the table 1.

Table 1 Co-efficient correlation value between health perception, social support and functional status of the postoperative brain tumor patients (N=88)

Variables	1	2	3
1. Health perception	1		
2. Social support	.663**	1	
3. Functional status	.759**	.561**	1

**p < .01

Discussion of the Findings

Health perception, social support and functional status of the patients

For this study, the samples were the brain tumor patients of post operation, age between 41-60 years old, the average age was about 48.76 years old, middle-aged range, female more than male. The study was in accordance to the study of The Central Brain Tumor Registry of the United States (CBTURS) (2007) and Minn et.al., (2002) which found the brain tumor rate in female more than male and found the brain tumor in the kind of meningioma the most. This is the same as the research of Buckner et.al.,(2007) which found the type of brain tumor in terms of meningioma to be the main. The position found the most was Frontal lobe (39.8%) and it was mostly on the right of the brain (46.6%). Moreover, the outcomes of operation also depended on size and position of the tumor. If the brain tumor had a big size, there would have the destruction of the brain and/or made the pressure in the brain more. The tumor which was at the position of skull base, especially around the cavernous sinus and petroclival and tentorial meningioma, it made the tumor operation difficult, therefore the outcome of the operation was not good. Most of the patients who had the brain tumor would have the problem of vision (Buatti et al., 2001). The samples with nervous system disturbance usually had the problem of vision (29.5%). The cause was from tumor which destroyed the optic nerve and had the weak symptom (21.6%) such as weak arms and legs from the tumor which destroyed the motor nerve in the position of Frontal lobe or had the facial palsy. Moreover, it also found the disturbance of hearing (12.5%) such as reduced hearing or deaf which cause from the auditory nerve. This is in accordance to the study of Tassanee Intarasomchai (2004) found that the patients had health problem on the post operation of brain tumor for 70.4% and the problem found the most was vision disturbance (49.1%) and it was also found that 80% of the brain tumor patients with the tumor was at the position of frontal lobe would have cognitive impairment (Taphoorn & Klein, 2004). However, the samples had no problem of cognition because the inclusion criteria determined the cognition at the 7-8 level.

Health perception of postoperative brain tumor patients

Health perception of postoperative brain tumor patients at the transition stage according to the health status and illness was the important factor which influenced the postoperative recovery and the perception of each person would be different depending on the previous situations or news and information about their own health from health authorities and various physical symptoms appeared (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2005) in postoperative brain tumor patients during the time of better health status and from the patients' experiences before the operation, such as headache, blear-eyed and weak symptom was reduced or disappeared; the alteration about symptom was better. Some cases of postoperative brain tumor patients might feel that the illness happened to them was a little disturbance and this would not be the obstructions for their life. Therefore, according to the perception of these patients, illness from various disturbance symptom are normal status which happens at that time and it makes a result of postoperative brain tumor patients to have good health perception, consequently.

Some patients may feel that the illness from various uncomfortable symptoms disturb and threaten life of patients very much. The consequence is the fear and discouragement which causes patients to lack of spirit to solve the problems and also causes the deficit of patients' daily life activities which makes bad health perception at the present time about the effects from illness and varied obstructions regarded as advanced prediction in the negative attitudes, such as the difficulty of medical service, treatment expenses, complication and difficulty of treatment plan and long session of treatment, uncomfortable and inconvenience to do various activities, physical and mental effects from complication of the treatment. These perceptions are the thought of persons towards illness which make the patients feel worried (Murdaugh & Hinshaw, 1996). The brain tumor patients anxious about their health at the appropriate level will make them have power to learn, perceive all events, follow the illness outcomes and do activities much better.

Health perception at the present time of the samples is in accordance to the study of Suporn Pringprerd (1995) about health perception of postoperative patients of coronary red blood cell found that the patients had present health perception but for the past health perception and disease resistance perception/illness risk was bad. The

difference was the postoperative patients of coronary red blood cell had the future health perception at the good level because the disease could be completely cured and the relapse was reduced. This is opposite to the brain tumor patients, although postoperative, the patients still have the anxiety that their brain tumor can occur again. Moreover the brain operation makes the patients unsure that whether postoperative will make them have normal symptoms or not. It includes the treatment plan of postoperative, such as irradiation, chemotherapy which makes the brain tumor patients had the bad level of future health perception.

Social support of postoperative brain tumor patients

After patients were diagnosed that they were suffering from brain tumor and had to be treated by operation, the patients got sympathy, care taking, problem listening and encouragement from the members in family as well as health team (Wideheem et al., 2002). 96% of the samples got affective support from the members in family including husband/wife and their children. According to the social support and news and information, the patients got from physicians and related medical personnel (94.60%), the persons giving instructions about any activities practice and observing the possible brain nervous system disturbances, most of the patients (65.9%) were female with the average age of 48.76 years old within labor age or housewife of the family. After the illness, all alteration and loss which occurred made patients feel that they were disability and burden of the family or had to rely on others, they couldn't work or do the duty of housewife as usual and this made them feel that their self-esteem was reduced (Newton & Mateo, 1994). Therefore the family took care and encouraged patients by speaking to them and they got value assessment support from the members in family, colleagues and neighbors to be the main. Postoperative patients had to be treated consistently, patients had to pay the expenses of travel for seeing physician, had to pay treatment expenses including the decrease or non-income of patients. The study found that 39.8% had no any occupation because of their postoperative illness operation which made them had not income (50%) and the income they got was not sufficient with the expenses of the family (55.7%). Moreover most of the members in the family had to earn a living as well, therefore it could help to one another only a little in terms of labor support.

According to the researches in accordance to the study, the study of Tassanee Intarasomchai (2004) which studied 108 patients in postoperative brain tumor found that the postoperative brain tumor patient got social support at the moderate level by getting the affective support the most whereas the least support was news and information support and most of the news and information that the patients got was from the members in family the most. Moreover, this is in accordance to the study of Amnuayporn Arsanok (2006) which found that brain tumor patients got social support at a high level by supporting the perception of self-esteem the most, the second was affective support, news and information support, emotional support and perception that the patients were the parts of society, respectively.

Functional status of postoperative brain tumor patients

Postoperative brain tumor patients had functional status at the moderate level. This is in accordance to the study of Schmidinger et.al.,(2003) found that brain tumor patients the type of meningioma had good life quality which these patients functioned good physical, mental and social aspects. This was because the type of meningioma was only primary level and it was not serious with good continuity of disease (McDermott, et al., 2002). Moreover, this can be explained that all samples had the cognitive level at 7-8. However, the study of Tanaporn Premesai (2003) about adaption and effect of injury which affects the daily life in the 2nd and 8th week of 60 patients after trauma injury at a little level was found that 8 patients who had no functional status disturbances and most of the patients in little trauma injury had good functional status level (mean = 11.29, S.D. = 12.05). When compared with this study, the postoperative brain tumor patients as a whole had functional status lower than little trauma patients although the samples had similar aspects but the brain tumor patients had the continuity of disease and treatment more. The postoperative brain tumor patients still had to face all physical, mental and social problems which disturb their normal functional status. This reason makes the result that the functional status of little trauma injury patients better than the functional status of the postoperative brain tumor patients.

Most of the samples had nervous system disturbances (60.2%) by finding the vision disturbances the most (29.5%), the second was muscles weakness and

vestibular impairment (21.6% and 15.9%, respectively). This affects the functional status of patients in accordance to the study of Kurtz et.al.,(1999) found that the cancer patients group which had high complication after treatment would have low functional status in terms of physical aspect by statistic significance. This is in accordance to the study of Wang et.al.,(2002) found that the patients with high uncomfortable symptoms affected the low level of functional status, such as reduced energy, or difficult to work, limited activities. The study of Santos, Resmini, Matinez, Marti, Ybarra and Webb (2009) about brain tumor patients the type of Pituitary adenoma which assessed the physical function by Karnofsky Performance Status Scale (KPS) found that the brain tumor patients had functional status at a stage of self-dependence (KPS=70) but they couldn't do the activities which had to use forces and needed help sometimes, however mostly still could respond their needs by themselves.

Relationship between health perception, social support and functional status of postoperative brain tumor patients

Health perception had positive relationship with the functional status of the postoperative brain tumor patients at a high level ($r = .759$) by statistic significance at the 0.01 level. That is, if the postoperative brain tumor patients have good or appropriate health perception, they will have good functional status, consequently.

Health perception is the incident which occurs within the individuals. It is about the care taking of individuals to choose to respond towards their illness occurred (Brook et al., 1979). Health perception is the important factors for changing environmental conditions or social needs which leads good recovery (Burgess & Hartman, 1996). Most of the patients in this study (93%) were diagnosed to be brain tumor at a primary level. Therefore their continuity of the disease was good. Moreover, most of the patients had good cognitive level and this affected the patients to have a perception of their disease and treatment direct to the reality. Health perception is regarded as internal factor of individual which will be the assessment of transition which the patient will have among positive, negative or moderate results. Moreover, the belief/attitude and cognition had relationship with the expectation of transition which will support the possible transition process (Melies et al, 2000). Health perception is also influenced the spirit of patients in order to fight the disturbed

problems. This is in accordance to the study of Jiraprapa Pawilai (1992) found that the health perception had positive relationship with the level of daily life activities in postoperative valve replacement patients by statistic significance ($r = .210, p < .01$). Moreover, health perception had positive relationship with the behavior of self-care in postoperative coronary blood vessel patients by statistic significance ($r = .472, p < .001$) (Suporn Pringprerd, 1995). Moreover, it is also in accordance to the study of Dowrung Supakorn (1997) studied in patients of Chronic renal failure who were treated by purify blood with Hemodialysis Machine found that the health perception had positive relationship with the behaviors of health practice by statistic significance ($r = .205, p < .01$). The perception will make the person understand the occurred circumstance which will lead them to the awareness and understand the importance of things that they perceive about the case. Therefore, health perception is the drive or push to the postoperative brain tumor patients to be able to do their activities. The postoperative brain tumor patients who have good perception about all occurred events to themselves will express their behaviors in good or appropriate way with the case.

Social support had positive relationship with the functional status of the postoperative brain tumor patients at the moderate level ($r = .561$) by statistic significance at the 0.01 level. That is, postoperative brain tumor patients who have good social support will have good functional status, consequently because the social support is an important factor which will make the patients have good health outcomes (Melies et al, 2000). The postoperative patients have to get the recovery further at their own home, this is the new situation for them and they have to rely on other persons with their daily activities, the supporters of patients were members in the family, relatives, neighbors and colleagues as well as health team personnel which will encourage the patients to do their activities better.

The patients in this study got affective support the most from the members in family and friends. These persons give them warmth and consideration which could help the patients increasing the security of strong mind. The patients in this study got news and information support from physicians and nurses the most. The information was about knowledges of the disease, correct practice and health service resources. As the theory of Schumacher and Meleis (1994) said that getting information from the health team at the stage of transition could help the patients get knowledge and skills

in order to practice appropriate to their disease status and their daily activities. Moreover, it encourages the patients to be happy with their society. Social support is an important factor which can help the patients have good functional status. In terms of properties, things, financial or labor support, most of the patients got this kind of support from their members in family the most because the patients needed this support very much for all financial support or persons who helped them do their daily activities as well as took them for check-up appointment consistently. This will help them to recover better and will cause the decreasing of relapse or admission in the hospital again (Schwarz, 2000).

Several studies in the past time support this study, namely, social support had positive relationship with the happiness of physical, functional, mental and spiritual, social/family, related symptoms and treatment of postoperative brain tumor patients by statistic significance ($r = .375, p < .05$) (Amnuayporn Arsanok, 2006). Social support by using group process can help patients in brain tumor do their physical function better (Leavitt et al., 1996). The research of Sammarco (2001) found that the social support had positive relationship as well as had the power to predict the happiness satisfaction in terms of physical, mental and social aspects of patients in breast cancer at the adult age. This is the same as the study of Arpapan Namarsa (2002) in trauma injury patients found that the financial status had positive relationship with the health status both physical and cognitive aspects of trauma injury patients ($r = .233, p < .01$).

Research Recommendations and Applications

Implication for Nursing practice

1. Encourage the patients to have correct health perception according to the reality. This can be done by setting the standard teaching or coaching program, having materials of audio-visual-aids to help for teaching, such as dummy, flip charts, slide, video in order to help patients perceive the situations according to the reality well. Moreover, it should have talking with, asking patients about their health perception in the past time, perception on disease resistance/illness risk in order to

realize or aware their real health perception since before operation and follow as well as assess the perception periodically, especially the postoperative status which is regarded as a lot of problematic stage.

2. Give social support to patients directly in terms of news and information about disease status, treatment outcomes and the appropriate way to practice with their physical status after the operation as soon as they come to the hospital for getting treatment, pay attention to them as and praise them when they can practice correctly or warn them when they practice incorrectly.

3. To be the medium for patients to set the Self Help group in order to share views between patients and families of operation brain tumor patients in order to let them learn and receive beneficial news and information, help to each other according to the real situations which will make the patients and their family be able to predict or change their life in the appropriate way.

Implication for Nursing Research

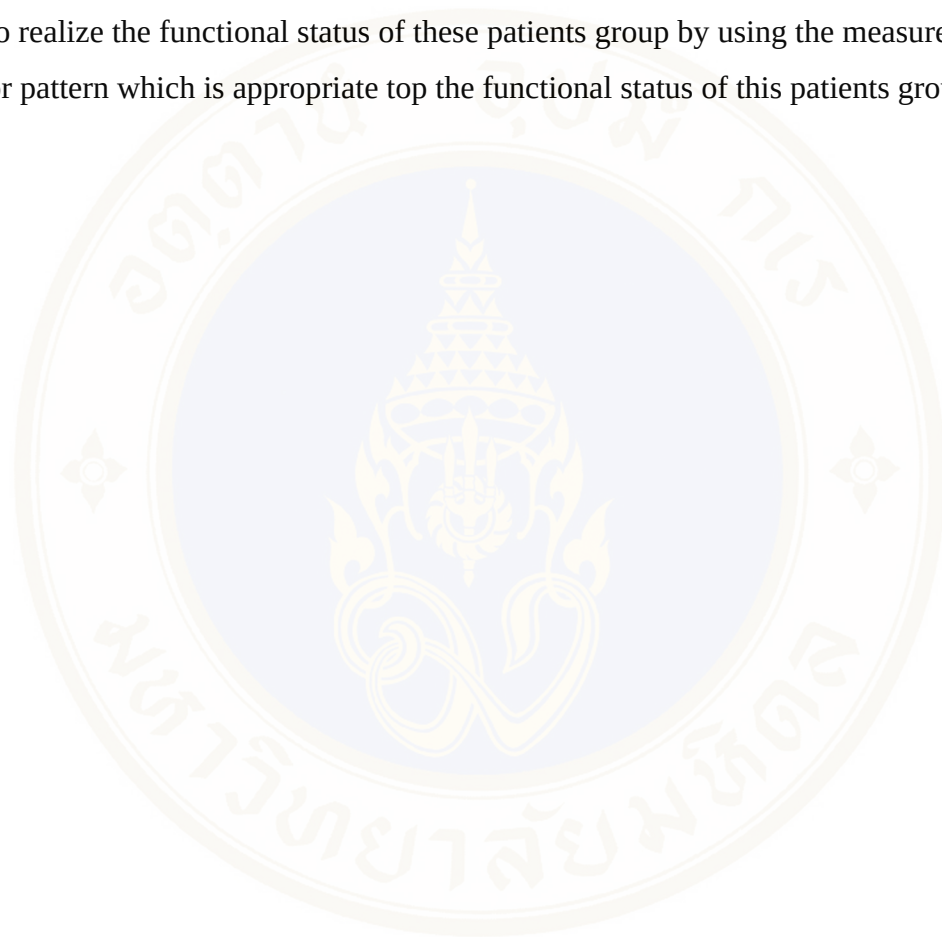
1. This study is about functional status of the brain tumor patients at the recovery stage between 1 month -1 year after the operation which is the only time assessment. Therefore, this may affect the different kind of brain tumor patients to have functional status at the same level because this is the initial recovery of the operation, therefore, it should have the study in terms of functional status of the postoperative brain tumor patients in terms of longitudinal study.

2. Study and compare the health perception both before and after the operation of brain tumor and study the needs of social support of the postoperative brain tumor patients after discharge from hospital that which aspect the patients get from social support and how much they get including whom they get from the social support in the social network the most. This is in order to assess and give nursing to the patients and their family for encouraging them to have a correct health perception and get qualitative social support which will lead them to have qualitative functional status accordingly.

3. It should have the research development further by studying the prediction power between the health perception, social support and functional status in order to be able to apply for the research of intervention by comparing the outcomes of

various nursing in order to support the health perception and functional status of the postoperative brain tumor patients appropriately, such as giving instruction systematically, giving consultancy among Self Help Group, etc.

4. It should have the study of functional status in the group of postoperative brain tumor patients who have the cognition lower than 7th level in order to realize the functional status of these patients group by using the measurement model or pattern which is appropriate top the functional status of this patients group.



รายการอ้างอิง

- ชาตรี บานชื่น. (2547). *ประมวลการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 12 (การพยาบาล บทบาทภารกิจสู่ความสำเร็จในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)*. กรุงเทพฯ: เอลทีเพรสจำกัด.
- ดาวรุ่ง สุภากรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิธิดี เมฆาจารย์. (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด कोरोนารี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภา รัตนเมฆานนท์. (2535). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา กุปตจิต. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฝ่ายจัดพิมพ์แพร์พิทยา. (2539). *Medical dictionary*. กรุงเทพมหานคร: แพร์พิทยา.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมี อาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังใส่เครื่องช่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร: นามมีบุคลิกะชั่นจำกัด.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. *หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดง. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- อำนวยพร อาษานอก. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- Allard, P., Dionne, A., & Potvin, D. (1995). Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care, 11*(3), 20-24.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2006). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 57*(5), 552-558.
- Armstrong, T. S., & Gilbret, M. R. (1996). Glial neoplasms: classification, treatment and pathway for the future. *Oncology Nursing Forum, 23*(4), 615-625.
- Baldwin, R., & Preaton-Martin, S. (2004). Epidemiology of brain tumors in childhood: A review *Journal of Toxicology Application Pharmacology, 199*, 118-131.
- Barsevick, Much, & Sweeney. (2001). Psychosocial to cancer. In C. Yarbrow (5th ed). *Cancer nursing: Principle and practices*, 1538.
- Beland, L. L., & Passon J. Y. (1991). Clinical nursing pathophysiology and psychological approach. (4th ed.). New York: Mcmillan Publishing.
- Bell, J. M. (1977). Stressfull life events and coping methods in mental illness and wellness behaviors. *Nursing Research, 26*, 133-137.

- Bell, K. (1998). Rehabilitation of the patients with brain tumor. *Archieve of Physical Medicine&Rehabilitation*, 79, 337-346.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. C. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final reversion of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-806.
- Bernstein, M., & Berger, M. S. (2008). *Neuro-oncology the essentials* (2nd ed.). New York: Thieme Medical Publishers.
- Black, P. M., & Loeffler, J. S. (2005). *Cancer of the nervous system* (2nd ed.). Boston: A Wolters Kluwer Company.
- Bondy, M., Wiencke, J., Wrensch, M., & Kyritsis, A. (1994). Genetic of primary brain tumors: A review. *Journal of Neuro-Oncology*, 18, 69-81.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2005). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brook, H. R., Ware, J. E., Davies-Avery, A., A.L.Stewart, Donald, C. A., Roger, W. H., et al. (1979). Over view of adult health status measures fields in Rand's health. *Medical Care*, 17, 1-131.
- Buatti, J. M., Friedman, W. A., Muks, S. L., Bova, F. J., & Foote, K. D. (2001). Radiation therapy and radiosurgery for brain tumors. In A. H. Kaye & E. R. Laws (Eds.), *Brain tumors: An encyclopedic approach* (2nd ed.). St.Louis: Churchill Livingstone.
- Buckner, JC. et al. (2007). Central nervous system tumors. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 82(10), 1271-1286.
- Burgess, A. W., & Hartman, C. R. (1996). Patients perception of the cardiac crisis: Key to recovery. *American Journal of Nursing*, 1, 569-570.
- Campos, S., & et al. (2009). Brain metastasis from an unknown primary, or primary brain tumour? A diagnostic dilemma. *Current Oncology*, 16(1), 62-61.
- Chang, S., Parney, I., & W. Uang, e. a. (2005). Patterns of care for adult with newly diagnosed malignant glioma. , *Journal of the American Medical Association*, 293, 557-564.

- Changperk, P. (2001). *The effects of transitional care on health perception and health behaviors in coronary artery disease patients*. Unpublished master's thesis in nursing science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn. *Nursing research methodology*, 237-257.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cockerham, W. C. (2001). *Medical sociology* (8th ed.). New Jersey: Practical Hall.
- Cohen, S., & Wills, T. S. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(9), 310-357.
- Cooley, M. E. (1998). Quality of life in person with non-small cell lung cancer: A concept analysis. *Cancer Nursing*, 21(3), 151-161.
- Dember, W. N., & Warm, J. (1979). *Psychology of Perception*. Holt: Rinchart and Wiston.
- Flowers, A., & Lavin, V. A. (2001). *Chemotherapy for brain tumor : An encyclopedic approach*. In A.H.Kaye & E.R.Laws (Eds.), *Brain tumors: An encyclopedic* (2nd ed.): St.Louis: Churchill Livingstone.
- Fox, S., & Lantz, C. (1998). The brain tumor experience and quality of life: A qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(4), 245-252.
- Geest, S. D., Renteln-Kruse, W., Steeman, E., Dgraeve, S., & Abraham, I. L. (1998). Complication issues with geriatric population. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 467-479.
- Godbout, T. (2005). Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activity of daily living. *Brain Injury*, 19(5), 337-348.
- Heimans, J. J., & Taphoorn, M. J. (2002). Impact of brain tumor treatment on quality of life. *Journal of Neurology*, 249(8), 955-960.
- Hickey, J. V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (5th ed). Philadelphia: A Walters Kluwer Company.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). *Measures and concepts of social support*. In S. Cohan & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando: Academic Press.

- Huang, M. E., Wartella, J. E., & Kreutzer, J. S. (2001). Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors. *Archieve of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(11), 1540-1546.
- Intarasomchai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in postoperative phase*. Unpublished master's thesis in nursing science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Jordhoy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: The impact of sociodemographic and medical characteristics. *British Journal of Cancer*, 85(10), 1478-1485.
- Kahn, R. L. (1979). Aging and Social Support. In M.W. Riley (Eds), *Aging from birth to death interdisciplinary perspectives*. Corolado: Westview press.
- Kalkanis, S. N., Quinones-Hinojosa, A., Buzney, E., Ribaud, H. J., & Black, P. M. (2000). Quality of life following surgery for intracranial meningiomas at Brigham and Women's Hospital: A study of 164 patients using a modification the functional assessment of cancer therapy-brain questionnaire. *Journal of Neuro-Oncology*, 48, 233-241.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1997). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 50-51.
- Karnofsky, D. A., Abelmann, W. H., Craver, L. F., & Burchenal, J. H. (1948). The use of nitrogen mustsds in the palliative treatment of carcinoma with particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer*, 1, 634-656.
- Kate, S., & Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. *Journal of American Geriatrics Society*, 37, 267-271.
- Keles, G. E., & Berger, M. S. (2001). Epilepsy associated with brain tumors. In A.H.Kaye & E.R.Laws Jr (Eds.), *Brain tumors: An encyclopedic approach*. Churchill Livingstone: Harourt Publishers.
- Klein, M. (2000). Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *Journal of Clinical Oncology*, 19(20), 4037-4047.

- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. (1999). The influence of symptom, age, comorbidity and cancer site on physical functioning and mental health of geriatric women patients. *Women & Health, 29*(3), 1-12.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publish.
- Leavitt, M. B., Lamb, S. A., & Voss, B. S. (1996). Brain tumor support group: Content themes and mechanism of support. *Oncology Nursing Forum, 23*(8), 1247-1256.
- Lepola, I., Toljamo, M., Aho, R., & Lonet, T. (2001). Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Neuroscience Nursing, 33*(3), 143-147.
- Longman, B. (2003). *Longman dictionary of contemporary english: The living dictionary*. China: Pearson Educatio Limited.
- Lovely, M. P., Miaskowski, C., & Dodd, M. (1999). Relationship between fatigue and quality of life in patients with glioblastoma multifoemae. *Oncology Nursing Forum, 26*(5), 921-925.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemela, A., Tunrinkoski, T., Koivukangas, J., & Rasanen, P. (2003). The effect of brain tumor laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *Journal of Neurology, 74*, 1278-1282.
- Matin, H. C., Sethi, J., Lang, D., Neil-Dwyer, G., Lutman, M. E., & Yardley, L. (2000). Patient-assessed outcomes after excision of acoustic neuroma: Postoperative symptoms and quality of life. *Journal of Neurosurgery, 94*, 211-216.
- McDermott, M. W., Sneed, P. K., Zakhary, R., & Lason, D. A. (2002). Radiosurgery for brain Tumors. In G.D. Streele, T.L. Phillips & B. A. Chabner (Eds). *American cancer society Atlas of clinical oncology: Brain cancer*. B.C. Decker Inc. Hamilton: Canada.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., & Messias, D. K. H. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.
- Meyers, C. A., Weitzner, M. A., Valentine, A. D., & Levin, V. A. (1998). Methylphenidate therapy improves cognition, mood, and function of brain tumor patients. *Journal of Clinical Oncology, 16*, 2522-2527.
- Mugand, J. A., Blackinton, D. D., Cricoli, M.G., Lee, J. J., & Santos, B. B. (2001). Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 80*(5), 346-350.

- Murdaugh, C., & Hinshaw, A. (1996). Theoretical model testing to identify personality variables effect on preventive behaviors. *Nursing Research*, 35, 19-23.
- Murrey, G. J., Hale, F. M., & Williams, J. D. (2005). Assessment of anosphrasia in person with frontal lobe damage: Clinical utility of the Mayo-Portland Adaptability Inventory (MPAI). *Brain Injury*, 19(8), 599-603.
- Newton, C., & Mateo, M. A. (1994). Uncertainty: Strategies for patients with brain tumor and their family. *Cancer Nursing*, 17(2), 137-140.
- Newton, H. B. (2006). *Handbook of brain tumor chemotherapy*. Amsterdam: Academic Press Publishers.
- Norbeck, J. S., Lindsey, M. A., & Cafrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Ohgaki, H., & Kleihues, P. (2005). Epidemiology and etiology of gliomas. *Acta Neuropathologica*, 109, 93-108.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concepts of practise* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and methods* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Premasai, T. (2003). *Follow up study of patient adaptation after mild head injury*. Unpublished master's thesis in nursing science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Preston-Matin, S., Pogoda, J., & B. Schlehofer. (1998). An international case-control study of adult gliomas and meningioma: the role of head trauma. *Journal Epidemiology*, 27, 579-586.
- Santos, A., Resmini, E., Martinez, M. A., Marti, C., Ybarra, J., & Webb, S. M. (2009). Quality of life in patients with pituitary tumors. *Journal Current opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 16(4), 299-303.
- Sarna, L. (1994). Functional status in women with lung cancer. *Cancer Nursing*, 17(2), 87-93.
- Schaefer, C., Coyne, C. J., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(19), 381-402.

- Schiff, D., & O'Neill, B. (2005). *Principles of neuro-oncology*. New York: The McGraw-Hill company.
- Schultheiss, T., Ang, K., & Stephens, L. (1995). Radiation response of the central nervous system. *Journal of Radiation Oncology Biology Physiology*, 31, 1093-1112.
- Schumacher, S. C., & Meleis, A. I. (1994). Transition : A central concept in nursing image. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schwarz, K. A. (2000). Predictors of early hospital readmission of older adults who are functionally impaired. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(6), 29-36
- Scmidt, E. V., Smirnor, V. E., & Ryabova, V. S. (1998). Results of the seven-year perspective study of stroke patients. *Stroke*, 19, 942-949.
- Shaw, E. G. (2006). Phase II study of donepezil in irradiated brain tumor patients: Effect on cognitive function, mood, and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 24(9), 1415-1420.
- Sinclair, G. M. (1991). *Nursing the neurosurgical patient*. London: Buittenworth Heinemann.
- Smeltzer, S. (2004). *Textbook of medical surgical nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugar, S. M., & Israel, M. A. (1998). Tumors of the nervous system. In A. S. Fauci (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (pp. 2398). New York: Mc Graw-Hill.
- Taphoorn, M. J., & Klein, M. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *The Lancet Neurology*, 3, 159-168.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health Social Behavior*, 23, 145-150.
- Vives, K. P. (1999). Complications and expected outcome of glioma surgery. *Journal of Neuro-Oncology*, 42, 289-302.
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457-462.
- Wang, S. X., Fairclough, D. L., Liao, Z., Komaki, R., Chang, J. Y., Mobley, G. M., et al. (2006). Longitudinal study of the relationship between chemoradiation therapy for non-small-cell lung cancer and patients symptom. *Journal of Clinical Oncology*, 24(27), 4485-4491.

- Weinert, M. A. (1999). Psychosocial and neuropsychiatric aspects of patients with primary brain tumors. *Cancer Investigation*, 75(5), 115-161.
- Weinert, M. A., Meyer, C. A., Gelke, C. K., Byrne, K., Celld, D. F., & Levin, V.A. (1995). The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: Development of a brain tumor subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patient with primary brain tumors. *Cancer*, 75(5), 155-161.
- Whittle, I. R., Pringle, A.-M., & Taylor, R. (1998). Effect of resective surgery for left-sided intracranial tumors on language function: A prospective. *The Lancet Neurology*, 351(4), 1014-1018.
- Wideheim, A. K., Edvaedsson, T., Pahlson, A., & Ahlstrom, G. (2000). A family's perspective on living with a highly malignant 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 outcome. *Journal of the American Medication Association*, 273, 59-65.
- Wrensch, M., Bondy, M., Wiencke, J., & Yost, M. (1993). Environmental risk factors for primary malignant brain tumors: A review. *Journal of Neuro-Oncology*, 17, 47-64.
- Wrensch, M., Minn, Y., Chew, T., Bondy, M., & Berger, M. (2002). Epidemiology of primary brain tumors: Current concepts and review of the literature. *Journal of Neuro-Oncology*, 4, 278-299.



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม
เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด

1. อ. ดร. นพ. ศรัณย์ นันทอารี
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์
หัวหน้าสาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. เกศรินทร์ อุทรียะประสิทธิ์
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวทัศนีย์ อินทรสมใจ
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยศาสตร์ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอรชร บุติพินดา

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ชั้น 3 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยรังสิต คณะพยาบาลศาสตร์

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 086-1412461

E-mail address: ora_chon_1@hotmail.com

ผู้ให้ทุน -

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยคือ ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การ

สนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด และนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีภาวะการทำหน้าที่ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการทำ
ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และร่วมเสนอกับผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเนื่องจากสมองหลังผ่าตัด ด้าน
อื่นๆ ในระดับนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาระบบการพยาบาล เพื่อการดูแลที่เป็นเลิศในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการ
วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเนื้องอกสมองและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดอยู่ในระยะ 1 เดือนถึง 1 ปี
หลังการผ่าตัด มารับการตรวจตามนัดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระดับการรู้คิดที่สามารถตอบ
แบบสอบถาม ไม่มีประวัติทางจิตเวชหรือโรคทางระบบประสาทอยู่เดิม

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 88 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยโดยการให้ท่านตอบ
แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วย
เนื้องอกสมองหลังผ่าตัด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง
หลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นจำนวน 116 ข้อ จะใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที นอกจากนี้ผู้วิจัยจะขอเก็บ
ประวัติการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนที่แพทย์และพยาบาล
บันทึกไว้แล้ว

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการให้
ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเพราะฉะนั้นความเสี่ยงที่ร้ายแรงอาจจะไม่มี แต่อาจจะส่งผลให้
ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 30-40 นาที ซึ่งระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบ
แบบสอบถามถ้าพบว่ามีคามผิดปกติใดๆเกิดขึ้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลเบื้องต้นและการ
ส่งต่อที่เหมาะสมต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและ
รักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาว
อรชร บุติพันดา ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ในตอนต้นของเอกสาร

ในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้
ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอคูยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02) 419-6405-6 FAX (02) 419-6405 ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะ
สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย
รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการ
วิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิด
อันตรายขึ้น โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ และได้อ่านข้อความที่มี
รายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อ
สงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวอรรช บุดิพันดา โทรศัพท์
086-1412461 ได้ 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่
สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ. ศิริราช โทร. (02)
419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางคำปรึกษาและโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลโดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/ วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูล โดยการทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี (ถ้าเกิน 6 เดือน ปัดเป็น 1 ปี)
3. มือข้างที่ถนัด ☐ ขวา ☐ ซ้าย ☐ 2 ข้าง
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย
☐ หย่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา/ปวช.
☐ ปวส. / อนุปริญญา ☐ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. ศาสนา.....
7. อาชีพก่อนได้รับการเจ็บป่วย.....
- 10.....
- 11.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำชี้แจง ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลจากเพิ่มประวัติผู้ป่วยแล้วบันทึกข้อมูล โดยการทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. การวินิจฉัยโรค (ชนิดของเนื้องอกคุณผลพยาธิวิทยาเป็นหลัก).....

☐ benign

☐ malignant

2. ตำแหน่งเนื้องอก (จากผล CT หรือ MRI)

ข้าง

☐ ขวา

☐ ซ้าย

☐ ตรงกลาง

☐ 2 ข้าง

ตำแหน่ง

☐ frontal

☐ temporal

☐ parietal

☐ occipital

☐ cerebellum

☐ brain stem

☐ basal ganglia

☐ thalamas

☐ intra ventricular

☐ pineal region

☐ sellar and suprasellar

☐ อื่นๆ.....

3. การวินิจฉัยโรคร่วม.....

4. ระยะเวลาจากมีอาการถึงวันผ่าตัดเนื้องอกสมองครั้งแรก.....เดือน

5. จำนวนครั้งของการผ่าตัดเนื้องอกสมอง.....ครั้ง

6. การผ่าตัดเนื้องอกสมองครั้งสุดท้าย วันที่.....เดือน.....ปี.....

ชนิดการผ่าตัด.....

7.....

8.....

9.....

10.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่านภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ และทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยทั้งหมด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็น เกี่ยวกับ
สุขภาพของตนเองทุกประการ

เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับ
สุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น

ไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับ
สุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยทั้งหมด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับ
สภาพของตนเองเลย

ข้อความ	เห็นด้วย ทั้งหมด	เห็นด้วย ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย เป็น ส่วนมาก	ไม่เห็น ด้วย ทั้งหมด
1. สุขภาพโดยทั่วไปของฉันดีขึ้นมากหลังจาก ได้รับการผ่าตัดเนื้ออกสมอง					
2. ฉันรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
3. ฉันรู้สึกว่าคุณเองแข็งแรงกว่าคนอื่น ๆ ที่ ได้รับการผ่าตัดเช่นเดียวกับฉัน					
4.....					
5.....					
6.....					
19.....					
20. ขณะนี้ฉันรู้สึกแข็งแรงเท่าๆ กับก่อนที่จะ เจ็บป่วยด้วยโรคเนื้ออกสมอง					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบว่า หลังจากที่ท่านได้รับการผ่าตัดแล้วจนถึงปัจจุบัน ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเล็กน้อยเพียงใด โดยการทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบของการได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีให้ท่านเลือกตอบดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นปานกลาง

เล็กน้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุน หรือมีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเล็กน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุน หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อคำถามนั้นเลย

และการสนับสนุนช่วยเหลือที่ท่านได้รับในแต่ละข้อคำถาม ท่านได้รับจากใครบ้าง โดยผู้วิจัยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ข้างหน้าบุคคลใกล้ชิดกลุ่มต่างๆ ที่เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือท่าน ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน พยาบาล แพทย์ และบุคคลอื่นๆ ซึ่งท่านสามารถเลือกได้มากกว่า 1 กลุ่ม

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน					ผู้ให้การสนับสนุน
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	
1. ท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่มากนักน้อยเพียงใด (จากใครบ้าง)						() สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... ()ญาติ ระบุ..... ()เพื่อน ()พยาบาล ()แพทย์ ()อื่นๆ ระบุ.....
2. ท่านได้รับความรักและห่วงใยมากนักน้อยเพียงใด (จากใครบ้าง)						() สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... ()ญาติ ระบุ..... ()เพื่อน ()พยาบาล ()แพทย์ ()อื่นๆ ระบุ.....
3.....						() สมาชิกในครอบครัว ระบุ..... ()ญาติ ระบุ..... ()เพื่อน ()พยาบาล ()แพทย์ ()อื่นๆ ระบุ.....
20.ท่านได้รับการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากนักน้อยเพียงใด (จากใครบ้าง)						() สมาชิกในครอบครัว ()ญาติ ระบุ..... ()เพื่อน ()พยาบาล ()แพทย์ ()อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องนอกสมองหลังผ่าตัด

แบบสอบถามผลกระทบความเจ็บป่วย (Sickness Impact Profile)

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบว่า หลังจากที่ท่านได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง ท่านมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับใด โดยให้ท่านกาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่อง “ใช่” ถ้าคำถามนั้นบรรยายถึงตัวคุณในปัจจุบันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคุณ หรือ กาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่อง “ไม่ใช่” ถ้าคำถามนั้นไม่ได้บรรยายถึงตัวคุณในปัจจุบันและไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคุณ

แบบสอบถามมีจำนวน	76	ข้อ
แบ่งออกเป็นหมวดต่างๆ 6 หมวด ดังนี้		
หมวดการนอนหลับพักผ่อน	7	ข้อ
หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์	9	ข้อ
หมวดการดูแลร่างกายและการเคลื่อนไหว	23	ข้อ
หมวดปฏิกิริยาทางสังคม	20	ข้อ
หมวดนันทนาการและการใช้เวลาว่าง	8	ข้อ
หมวดการรับประทานอาหาร	9	ข้อ

หมวดการนอนหลับและการพักผ่อน

(SR-0499)

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) เฉพาะคำถามที่คุณแน่ใจว่าบรรยายถึงตัวคุณในปัจจุบัน
และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคุณ

1. ในวันหนึ่งๆ ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อนอนพักผ่อน _____ (070-083)
2. ฉันนั่งเกือบตลอดทั้งวัน ไม่ค่อยลุกไปไหน _____ (062-049)
3. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอนหลับหรืองีบหลับทั้งกลางวัน กลางคืน _____ (063-104)
4. ฉันเอนตัวลงนอนในช่วงกลางวันบ่อยๆ เพื่อที่จะพักผ่อน _____ (066-058)
5. ฉันมักจะนั่งครึ่งหลับครึ่งตื่น _____ (065-084)
6. ฉันนอนหลับได้น้อยในตอนกลางคืน เช่น ตื่นกลางดึก
แล้วนอนหลับยาก และตื่นบ่อยๆ _____ (069-061)
7. ฉันมักจะนอนหลับหรืองีบหลับ ในช่วงเวลากลางวัน _____ (071-060)

ทำเครื่องหมายถูก (✓) เมื่อคุณได้อ่านคำถามหมดทุกข้อในหน้านี้แล้ว

☐

หมวดพฤติกรรมทางอารมณ์

(SR-0499)

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) เฉพาะคำถามที่คุณแน่ใจว่าบรรยายถึงตัวคุณในปัจจุบัน
และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคุณ

1. ฉันรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและเป็นภาระให้กับผู้อื่น _____ (274-087)
2. ฉันหัวเราะหรือร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล _____ (272-068)
3. ฉันมักจะร้องเนื่องจากมีความเจ็บปวดและมีความรู้สึก _____ (269-069)
ไม่สุขสบาย ไม่สบายตัว
4. ฉันเคยพยายามที่จะฆ่าตัวตาย _____ (281-132)
5. ฉันรู้สึกกังวลใจ หรือกระสับกระส่าย _____ (284-046)
6. ฉันนอนหลับหรือหลับคล้ำบริเวณร่างกายที่เจ็บปวด หรือ _____ (262-062)
ไม่สุขสบายบ่อยๆ
7. ฉันรู้สึกโกรธและรำคาญตนเองบ่อยๆ เช่น พุดถึงสิ่งที่ไม่ดี _____ (273-078)
เกี่ยวกับตนเอง คำตัวเอง คำหนัดตัวเองในสิ่งที่เกิดขึ้น
8. ฉันพุดเกี่ยวกับอนาคตของตนเองในทางที่สิ้นหวัง _____ (283-089)
9. ฉันรู้สึกตื่นตกใจง่ายขึ้นกว่าเดิม _____ (278-074)

กาเครื่องหมายถูก (✓) เมื่อคุณได้อ่านคำถามหมดทุกข้อในหน้านี้แล้ว

□

ภาคผนวก ง

การได้รับอนุญาต

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 301/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื้อ
งอกสมองหลังผ่าตัด

รหัสโครงการ : 263/2552(EC2)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : น.ส.อรชร บุติพินดา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 18 มิถุนายน 2552

วันหมดอายุ : 17 มิถุนายน 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศอรชรขยมนี่)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

22 มิถุนายน 2552
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

24 มิถุนายน 2552
วันที่

Page 1 of 2

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no.Si 301/2009

Protocol Title : THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION, SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS IN POSTOPERATIVE BRAIN TUMOR PATIENTS

Protocol number : 263/2552(EC2)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Orachorn Boottipanda
Faculty of Nursing, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

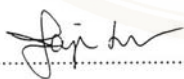
Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : June 18, 2009

Expired date : June 17, 2010

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


.....
(Prof. Jariya Lertakyamanee, M.D.)
Chairperson

June 22, 2009
.....
date


.....
(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

June 24, 2009
.....
date



สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย สำนักงานคณบดี
ตึกอนันตราช ชั้น 3 โทร. 0 2419 9407, 9409

ที่ ศธ 0517.07/ **9882**

วันที่ 1 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวอรรช บุติพินดา นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัดที่มารับการตรวจตามนัด ที่หน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ จำนวน 88 ราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเนื่องอกสมองหลังผ่าตัด” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้นางสาวอรรช บุติพินดา ทำการเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2552

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

Act

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย

โทร. 0 2419 9407-9 โทรสาร 0 2418 3307

สำเนาเรียน ผอ.รพ., รองคณบดีฝ่ายวิจัย, หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล นางสาวอรรช บุตีพندا
วัน เดือน ปีเกิด 17 กุมภาพันธ์ 2523
สถานที่เกิด อุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543-2547
พยาบาลศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและการผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2552
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
ที่อยู่ปัจจุบัน 450/7 ม.9 ถ.วิจิตรนคร ต.โพธิ์ อ.เมือง
จ.ศรีสะเกษ 33000
E-mail-address: ora_chon_1@hotmail.com