

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง Factors related to unpleasant symptoms among postoperative brain tumor persons

บุญสิตา ติงาเครือ* และนพมาศ พัดทอง**

Boonsita Thingakrue* and Noppamat Pudtong**

*หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

*Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการไม่พึงประสงค์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน เลือกรูปแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบประเมินได้ในช่วง 0.86 - 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และอีต้า ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์โดยรวม เท่ากับ 2.54 (SD = 1.47) โดยอาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และเหนื่อยล้า ตามลำดับ และพบว่า ภาวะโรคร่วม ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.467$, $r = -0.444$, $r = -0.355$ และ $r = -0.242$ ตามลำดับ) ส่วน เพศ อายุ ตำแหน่งเนื้องอกสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์, ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมอง, การพยาบาลหลังการผ่าตัด

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding author E-mail: nongboontathingakrue@gmail.com

วันที่รับบทความ: 16 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ: 22 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ: 28 กรกฎาคม 2568

Abstract

This study aimed to examine unpleasant symptoms and the factors associated with such symptoms among individuals with brain tumors following surgical intervention. The investigated variables included gender, age, tumor location, comorbidities, physical activity, nutritional status, resilience, and social support. Participants of 120 individuals were recruited through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Research instruments included a personal data form, illness record form, Unpleasant Symptom Assessment Scale, Charlson Comorbidity Index (CCI), International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF), Mini Nutritional Assessment (MNA), Resilience Quotient (RQ-20), and the Social Support Questionnaire (SSQ Part 2). The content validity of all instruments was evaluated by five experts, and reliability coefficients ranged from 0.86 to 0.99. Data analysis was performed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and Eta. The results indicated that the mean overall severity score of unpleasant postoperative symptoms was 2.54 (SD = 1.47), reflecting a mild level of symptom severity. The most commonly reported symptoms were headache, insomnia, and fatigue, respectively. Significant correlations were found between unpleasant symptoms and comorbidities ($r = 0.467$), nutritional status ($r = -0.444$), resilience ($r = -0.355$), and physical activity ($r = -0.242$), all at the .05 level of significance. However, gender, age, tumor location, and social support were not significantly associated with unpleasant symptoms following brain tumor surgery.

Keywords: Unpleasant Symptoms, Brain Tumor Patients, Postoperative Nursing Care

ความสำคัญของปัญหา

โรคเนื้องอกสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง หรือเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น มีอุบัติการณ์สูงของการกลับมาเป็นซ้ำ และมีอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวที่ต่ำลงจากเดิม (Bates et al., 2018) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ผู้ป่วยยังต้องทุกข์ทรมานกับอาการไม่พึงประสงค์ที่หลากหลาย และมักพบอาการในช่วง 6 เดือนแรกหลังผ่าตัด (Hannegan, 1989) ซึ่งเป็นระยะของการฟื้นตัว และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด (Bowyer & Royse, 2016) อาการที่มีความรุนแรง

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ (อำนาจพร อาษานอก, 2549; ภัทรา พิมสาร และชนกพร จิตปัญญา, 2559) Lenz และคณะ (1997) กล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์ประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน และคุณลักษณะของอาการ การศึกษานี้มุ่งเน้นมิติความรุนแรงของอาการ เนื่องจากเป็นมิติที่สามารถบ่งชี้ระดับผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ชัดเจนที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสถานการณ์ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ โดย เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับ

ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมากกว่าเพศชาย (Valko et al., 2015) อายุ ผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่มีอายุมากมีระดับคะแนนของอาการไม่พึงประสงค์สูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Zhang et al., 2023) ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มีรอยโรคบริเวณตำแหน่งของ infratentorial เกิดอาการทางระบบประสาทและภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีรอยโรคในบริเวณ supratentorial (Steinruecke et al., 2023) ภาวะโรคร่วม คะแนนความรุนแรงของภาวะโรคร่วม (CCI ≥ 5 คะแนน) มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัด Craniotomy (Choi et al., 2023) กิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยเนื้องอกสมองประเภท glioma ที่ได้รับการรักษาในกลุ่มที่มีความทนต่อกิจกรรมทางกายต่ำ เกิดอาการนอนไม่หลับและอาการเหนื่อยล้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความทนต่อกิจกรรมทางกายสูง (Miklja et al., 2022) ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยเนื้องอกสมองภายหลังการผ่าตัดในระดับปานกลาง (ภิญญาภร โตญาคติมาก และคณะ, 2562)

2) **ปัจจัยด้านจิตใจ** ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยเนื้องอกทางระบบประสาทที่ได้รับการผ่าตัด (Ilgen et al., 2008) และ

3) **ปัจจัยด้านสถานการณ์** ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Zhao et al., 2022) แม้เป็นรายงานการศึกษาในต่างประเทศ แต่ได้สะท้อนกลไกการเจ็บป่วยที่ใกล้เคียงกับภาวะในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดในประเทศไทย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังมีจำกัด ทั้งในแง่ของชนิดของเนื้องอก ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษารวมถึงระยะเวลาที่เน้นการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นในช่วงหลังผ่าตัด 6 เดือน มากกว่าช่วงฟื้นตัวระยะแรก ขณะเดียวกันงานวิจัยในต่างประเทศมักให้ความสำคัญกับปัจจัย

พื้นฐานหรืออาการเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งเป็นหลัก ส่งผลให้ยังไม่มีองค์ความรู้ที่มีความครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาที่อิงกรอบแนวคิดทางทฤษฎี เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อการประเมิน ป้องกัน และบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง
2. ความเข้มแข็งทางใจ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมองที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการคัดกรองว่าไม่มีภาวะบกพร่องทางความรู้คิด ด้วยแบบประเมิน Mini-Cog) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่เกิน 6 เดือน ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และไม่มีอาการทางระบบประสาทรุนแรง เช่น ชัก ปวดศีรษะ สับสน หรืออ่อนแรง จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในขณะเก็บข้อมูล

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (.15) สำหรับตัวแปร 8 ตัวแปร จำนวนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 109 คน เพื่อรองรับการสูญเสียหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 120 คน

เครื่องมือวิจัย

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย** ข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ชนิดของเนื้องอกสมอง ระยะและความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ได้แก่ Supratentorial และ Infratentorial ลักษณะการผ่าตัด ระดับความพิการหลังการผ่าตัด และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2. **แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์** ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่พัฒนาโดย อำนวยพร อาชานอก (2549) ประเมินความรุนแรงของอาการทั้ง 10 อาการ ลักษณะการตอบในรายอาการ ใช้เส้นตรง กำกับด้วยตัวเลขตั้งแต่ 0 (ไม่มีเลย) ถึง 10 (มากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ แปลผล เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (0-3.33) ปานกลาง (3.34-6.66) สูง (6.67-10)

3. **แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson**

Comorbidity Index [CCI]) พัฒนาโดย Charlson และคณะ (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดย เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์ (Utriyaprasit, 2001) ประกอบด้วยโรค 21 รายการ ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละโรค รวมคะแนนได้ตั้งแต่ 0-39 คะแนน โดยยิ่งได้คะแนนสูงเท่าใด ยิ่งสะท้อนถึงภาวะโรคร่วมที่รุนแรงมากขึ้น

4. **แบบประเมินกิจกรรมทางกาย (IPAQ-Thai Short Form)** ฉบับแปลเป็นไทยโดย พรพิมล รัตนาวีวัฒน์พงศ์ และคณะ (2549) ประเมินกิจกรรมทางกาย 3 ประเภท ได้แก่ เดิน ออกแรงปานกลาง และออกแรงมาก ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา คำนวณเป็น MET-min/week แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเบา (< 600) ระดับปานกลาง (600-1,500) และระดับหนัก (> 1,500)

5. **แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini-Nutritional Assessment [MNA])** พัฒนาโดย Guigoz และคณะ (1994) แปลโดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย 18 ข้อ คะแนนรวม 0-30 แบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการ (< 17) เสี่ยงต่อทุพโภชนาการ (17-23.5) และโภชนาการปกติ (> 23.5)

6. **แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient [RQ20])** พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2567) มี 20 ข้อ 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการปัญหา ใช้ Likert scale 4 ระดับ คะแนนรวม 20-80 แปลผลเป็น ต่ำ (< 55) ปกติ (55-69) และสูงกว่าเกณฑ์ (> 69)

7. **แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire[SSQ Part 2])** พัฒนาโดย Schaefer และคณะ (1981) แปลพร้อมดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ใช้ประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และสิ่งของหรือบริการ จำนวน 7 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 7-35 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์คะแนนรวมดังนี้

ต่ำ (7.00-11.67 คะแนน) ปานกลาง (11.68-23.34 คะแนน) และสูง (23.35-35.00 คะแนน)

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ กิจกรรมทางกาย ความเข้มแข็งทางใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ ด้านศัลยกรรมประสาท 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 คน และพยาบาลด้านศัลยกรรมประสาท 2 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88, 0.93, 0.93 และ 0.97 ตามลำดับ นำแบบประเมินใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังผ่าตัด (คนละกลุ่มกับกลุ่มศึกษาหลัก) ณ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 15 คน หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.99, 0.99, 0.97, 0.86 และ 0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มาตรวจตามนัด หลังจาก que ตรวจสอบกับแพทย์เสร็จแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินทั้ง 7 ชุดด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ที่ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาที่ไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันที่ 11 กันยายน 2567 เลขที่ COA No.1236/2024 ของสถาบันประสาทวิทยา วันที่ 16 ตุลาคม 2567 เลขที่ 67054 และของโรงพยาบาลรามธิบดี วันที่ 28 ตุลาคม 2567 เลขที่ COA No. MURA2024/761 โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้สิทธิ์การปฏิเสธการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นของข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov และ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson's correlation สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ และอีตา (Eta) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า อาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 61.70 รองลงมาคือ อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 60.00 และอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 53.30 ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีความรุนแรงของอาการโดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย ในรายอาการ พบอาการปวดศีรษะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอีก 9 อาการ พบว่าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน (f) และร้อยละ (%) ของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมองภายหลังการผ่าตัดที่มีอาการไม่พึงประสงค์ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความรุนแรงของอาการ (n = 120)

อาการ	f	%	ความรุนแรงของอาการ		ระดับ
			M	SD	
1. อาการปวดศีรษะ	74	61.70	3.48	3.26	ปานกลาง
2. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น	57	47.50	3.22	3.74	เล็กน้อย
3. อาการชัก	10	8.30	0.46	1.66	เล็กน้อย
4. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	16	13.30	0.72	2.02	เล็กน้อย
5. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการพูดและการสื่อสาร	17	14.20	1.01	2.69	เล็กน้อย
6. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน	21	17.50	1.38	3.14	เล็กน้อย
7. อาการเหนื่อยล้า	64	53.30	2.83	3.20	เล็กน้อย
8. อาการนอนไม่หลับ	72	60.00	2.83	2.99	เล็กน้อย
9. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์	61	50.80	2.27	2.60	เล็กน้อย
10. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการแสดงออก	24	20.00	0.70	1.48	เล็กน้อย
ความรุนแรงของอาการโดยรวม			2.54	1.47	เล็กน้อย

* ผู้ป่วย 1 คน สามารถมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้มากกว่า 1 อาการ

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ ความเข้มแข็งทางใจ และ แรงสนับสนุนทางสังคม กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง

2.1 ผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.80 มีอายุเฉลี่ย 53.93 ปี (SD = 13.49) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิดปฐมภูมิ ร้อยละ 92.50 มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ WHO Grade 1 ร้อยละ 70.80 และตำแหน่งของเนื้องอกสมอง ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ supratentorial ร้อยละ 70.00 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 68.20 และระยะเวลาหลังผ่าตัดอยู่ในช่วง 90-120 วัน ร้อยละ

69.20 ร้อยละ 50.00 มีภาวะโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.55, SD = 2.34) โรคร่วมที่เกิดขึ้น คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 24 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.67 และโรคมะเร็งแพร่กระจาย ร้อยละ 5.83 ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.5 มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเบา (M = 168.40, SD = 299.75) ร้อยละ 43.30 มีภาวะทุพโภชนาการ (M = 19.26, SD = 3.37) ร้อยละ 51.70 มีความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าปกติ (M = 59.40, SD = 7.59) และ ร้อยละ 73.3 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M = 25.52, SD = 5.49) และมีอาการไม่พึงประสงค์โดยรวมอยู่ในระดับเล็กน้อย

2.2 อาการไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะโรคร่วม ($r = 0.467$) มีและ

มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะโภชนาการ ($r = -0.444$) และความเข้มแข็งทางใจ ($r = -0.355$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับอาการไม่พึงประสงค์

($r = -0.242$) แต่เพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และ แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัด (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r / η^2) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้ Pearson's correlation และ Eta ($n = 120$)

ตัวแปรที่ศึกษา	r / η^2	p -value	ระดับของความสัมพันธ์
1. เพศ	0.062†	.544	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.117	.202	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง	0.403†	.197	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ภาวะโรคร่วม	0.467	.001	ระดับปานกลาง
5. กิจกรรมทางกาย	-0.242	.008	ระดับต่ำ
6. ภาวะโภชนาการ	-0.444	.001	ระดับปานกลาง
7. ความเข้มแข็งทางใจ	-0.355	.001	ระดับปานกลาง
8. แรงสนับสนุนทางสังคม	0.017	.855	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมองมีอาการไม่พึงประสงค์โดยรวมในระดับเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับระดับความพิการหลังผ่าตัดที่อยู่ในเกณฑ์น้อยถึงปานกลาง ทำให้ยังคงสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ (Reponen et al., 2015) อีกทั้งช่วงเวลาหลังผ่าตัด 90-120 วันเป็นระยะฟื้นตัวของระบบประสาท ส่งผลให้อาการเฉียบพลันลดลง (Duffau, 2014) สำหรับความรุนแรงของอาการ พบว่าอาการปวดศีรษะและการมองเห็นผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งเนื้องอก โดยเฉพาะ supratentorial และฐานสมองที่อาจกดเบียดโครงสร้างสำคัญ ขณะที่อาการเหนื่อยล้าและนอนไม่หลับสัมพันธ์กับการรักษา รวมทั้งนี้ตามทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ (1997) อาการต่าง อาจเกิดขึ้นร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและ

กัน โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมองมีอาการปวดศีรษะในระดับปานกลาง อาจประสบภาวะนอนไม่หลับเนื่องจากความไม่สุขสบายทางกาย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในภายหลัง และอาจทำให้อาการต่าง ๆ ทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเกิดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดของผู้ที่เป็นโรคเนื้องอกสมอง ได้แก่ ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ และความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในข้อ 3 และสนับสนุนแนวคิดของ Lenz และคณะ (1997) ดังนี้ **ภาวะโรคร่วม** กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งกระตุ้นการอักเสบเรื้อรังผ่านกลไกการผลิต $TNF-\alpha$

และลด IL-10 ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเจ็บป่วย เช่น ปวด เหนื่อยล้า และการนอนหลับผิดปกติ (Dantzer et al., 2008) **กิจกรรมทางกาย** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายในระดับเบา มีพฤติกรรมออกกำลังกายก่อนซำงน้อย อาจเป็นผลจากความไม่มั่นใจ และมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหลังการผ่าตัด (Koelwyn et al., 2017) **ภาวะโภชนาการ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอต่อร่างกายในการฟื้นฟูสภาพ การมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีส่งผลให้เพิ่มความเปราะบางของระบบประสาทต่อภาวะเครียดจากการผ่าตัด เกิดอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวนได้ (Cederholm et al., 2019) **ความเข้มแข็งทางใจ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าปกติ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญต่อภาวะวิกฤตของตนได้เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอารมณ์ ความเครียด และการฟื้นตัวทางกายภาพ โดยการลดการหลังสารคอร์ติซอลและกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Knezevic et al., 2023)

3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ในส่วนของ **เพศ** อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการแสดงออกของอาการ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบท เช่น ความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพ หรือกลไกการเผชิญปัญหา ไม่ได้แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างเพศ แม้สมองของเพศชายและเพศหญิงมีความต่างในด้านฮอร์โมนและการเผาผลาญ

แต่ในระดับโครงสร้างและการทำงานกลับไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้การรับรู้และประสบการณ์ต่ออาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยทั้งสองเพศอาจไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกัน (Duffau, 2014) **ตำแหน่งของเนื้องอกสมอง** อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่ไม่จำเพาะต่อบริเวณเนื้องอกแต่สะท้อนกลไกการอักเสบ การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองโดยรอบ และการตอบสนองของตัวสมอง มากกว่าผลจากตำแหน่งเนื้องอกโดยตรง ซึ่งความเหนื่อยล้าและความผิดปกติด้านการรับรู้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยตัวสมองมากกว่าตำแหน่งเฉพาะที่ (Schei et al., 2023) **แรงสนับสนุนทางสังคม** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยสูง และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลและการฟื้นตัวของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ โดยเน้นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ และสุขภาพทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวต่อภาวะการทำหน้าที่และความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจผลกระทบของอาการได้อย่างรอบด้าน และลึกซึ้งยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2567). *แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ*. <https://mhc5.dmh.go.th/appcenter/rq/index.php>

พรพิมล รัตนวิวัฒน์พงศ์, อารมณี ขุนภาษี, ฉกาจ ผ่องอักษร, และภัทรารุช อินทรกำแหง. (2549). ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้น ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 16(3), 147-160.

- ภัทรา พิมสาร และชนกพร จิตปัญญา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่สุขสบาย วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองหลังผ่าตัด. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ*, 20(39), 57-68.
- ภิญากร โตญาติมาก, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, วัลย์ลดา ฉันทวีเรืองวณิชย์, บรรพต สิทธินามสุวรรณ, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. (2562). ปัจจัยทำนายความบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเนื้องอกสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(4), 64-79.
- อำนวยการ อาษานอก. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคเนื้องอกสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]*, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bates, A., Gonzalez-Viana, E., Cruickshank, G., Roques, T. , & Guideline Committee (2018). Primary and metastatic brain tumours in adults: Summary of NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 362, Article k2924. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2924>
- Bowyer, A. J., & Royse, C. F. (2016). Postoperative recovery and outcomes-What are we measuring and for whom. *Anaesthesia*, 71(Suppl. 1), 72-77. <https://doi.org/10.1111/anae.13312>
- Cederholm, T., Volkert, D., Beck, A. M., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10-47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Choi, H. R., Song, I. A., Park, H. Y., & Oh, T. K. (2023). Association between insomnia disorder and mortality among patients who underwent craniotomy for brain tumor resection: A South Korean nationwide cohort study. *Sleep Breath*, 27(1), 329-336. <https://doi.org/10.1007/s11325-022-02586-2>
- Dantzer, R., O'Connor, J. C., Freund, G. G., Johnson, R. W., & Kelley, K. W. (2008). From inflammation to sickness and depression: When the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(1), 46-56. <https://doi.org/10.1038/nrn2297>
- Duffau, H. (2014). The huge plastic potential of adult brain and the role of connectomics: New insights provided by serial mappings in glioma surgery. *Cortex*, 58, 325-337. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2013.08.005>
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P. J. (1994). Mini nutritional assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Research of Gerontology*, 4(2), S15-S59.
- Hannegan, L. (1989). Transient cognitive changes after craniotomy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 21(3), 16-170. <https://doi.org/10.1097/01376517-198906000-00005>
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand* [Unpublished doctoral dissertation]. Wayne State University.

- Ilgen, M., Zivin, K., McCammon, R. J., & Valenstein, M. (2008). Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *General Hospital Psychiatry, 30*(6), 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.003>
- Knezevic, E., Nenic, K., Milanovic, V., & Knezevic, N. N. (2023). The role of cortisol in chronic stress, neurodegenerative diseases, and psychological disorders. *Cells, 12*(23), Article 2726. <https://doi.org/10.3390/cells12232726>
- Koelwyn, G. J., Quail, D. F., Zhang, X., White, R. M., & Jones, L. W. (2017). Exercise-dependent regulation of the tumour microenvironment. *Nature Reviews Cancer, 17*(10), 620-632. <https://doi.org/10.1038/nrc.2017.78>
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science, 19*(3), 14-27. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>
- Miklja, Z., Gabel, N., Altshuler, D., Wang, L., Hervey-Jumper, S. L., & Smith, S. (2022). Exercise improves health-related quality of life, sleep, and fatigue domains in adult high- and low-grade glioma patients. *Supportive Care in Cancer, 30*(2), 1493-1500. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06566-2>
- Reponen, E., Tuominen, H., Hernesniemi, J., & Korja, M. (2015). Postoperative complications and functional outcome after surgery for brain tumors. *Acta Neurochirurgica, 157*(10), 1765-1773.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406. <https://doi.org/10.1007/BF00846149>
- Schei, S., Sagberg, L. M., Bø, L. E., Reinertsen, I., & Solheim, O. (2023). Association between patient-reported cognitive function and location of glioblastoma. *Neurosurgical Review, 46*(1), 282. <https://doi.org/10.1007/s10143-023-02177-z>
- Steinruecke, M., Pronin, S., Gherman, A. V., Emelifeonwu, J., & Liaquat, I. (2023). Survival and complications following supra- and infratentorial brain metastasis resection. *The Surgeon, 21*(5), Article e279-e286. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2023.01.006>
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients* [Unpublished doctoral dissertation]. Case Western Reserve University.
- Valko, P. O., Siddique, A., Linsenmeier, C., Zaugg, K., Held, U., & Hofer, S. (2015). Prevalence and predictors of fatigue in glioblastoma: A prospective study. *Neuro-oncology, 17*(2), 274-281. <https://doi.org/10.1093/neuonc/nou127>
- Zhang, X., Li, Y., Zhang, D., Zhong, Y., & Li, T. (2023). Fatigue and its contributing factors in Chinese patients with primary pituitary adenomas. *Journal of Oncology, 2023*, Article 9876422. <https://doi.org/10.1155/2023/9876422>
- Zhao, Y., Hu, B., Liu, Q., Wang, Y., Zhao, Y., & Zhu, X. (2022). Social support and sleep quality in patients with stroke: The mediating roles of depression and anxiety symptoms. *International Journal of Nursing Practice, 28*(3), Article e12939. <https://doi.org/10.1111/ijn.12939>