

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง

ทัศนีย์ อินทรสมใจ, พย.ม. *

นุชสรุา เพชรบุตร, พย.ม. **

*พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วย 72/4 ตะวันตกใต้

**พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วย 72/4 ตะวันตกเหนือ





คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมอง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมองหลังได้รับการผ่าตัดและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมไต้สมองที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัด ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2546 - 2551 จำนวน 110 ราย โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (FACT-Br) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีส่งแบบสอบถามไปให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ และให้ผู้ป่วยส่งกลับมา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมองหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 73.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.58) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ด้านอาชีพ และสถานภาพทางเศรษฐกิจมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$ และ $.00$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านโรค ได้แก่ การรักษาร่วมและอาการผิดปกติมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$ และ $.00$ ตามลำดับ) ส่วนที่ 2 และเมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ อาการผิดปกติและระยะเวลาหลังการรักษา ($p = .01$, $.00$ และ $.01$ ตามลำดับ) ด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p = .00$) ด้านอารมณ์ ได้แก่ อาการผิดปกติ ($p = .00$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และอาการผิดปกติ ($p = .00$, $.01$, $.03$, $.00$ และ $.00$ ตามลำดับ) และสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชนิดของการผ่าตัด การรักษาร่วม ชนิดของการรักษาร่วม และอาการผิดปกติ ($p = .01$, $.01$, $.01$, $.00$, $.02$, $.01$, $.01$ และ $.00$ ตามลำดับ)

ผลจากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดตั้งทีมสหสาขาเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยเน้นการให้ความรู้ ข้อมูลด้านโรคและการรักษา ซึ่งพยาบาลควรประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตและอาชีพของผู้ป่วยด้วย โดยให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และเป็นพี่ปรึกษาหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / เนื้องอกต่อมไต้สมอง / การผ่าตัดทางโพรงجمู/ FACT-Br



QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PITUITARY TUMOR

MISS. TASANEE INTARASOMCHAI, MRS. NUCHSARA BECHBUCH

This cross-sectional descriptive study was aimed to study the quality of life in post-operative patients with pituitary tumors and related factors, i.e., demography, pathological factors on quality of life. The subsets were patients with pituitary tumor aged 15 years underwent surgery during 2003-2008 totally 110 samples. The samples who met the qualification were recruited. The research instrument comprised of demographic data questionnaire, FACT-Br for patients with pituitary tumors' quality of life measurement. Data were collected by sending the questionnaires to patients by mail and had the patient reply and mailed back. The data were analyzed by means of frequency, percentage, average, standard deviation, and ANOVA calculation.

The result of this study revealed that post-operative patients with pituitary tumors had moderate level of quality of life (Mean = 73.78, SD = 13.58). Regarding to the factor related quality of life, personal characteristics in terms of occupations and economic status significantly affected overall quality of life. ($p = .03$ and $.00$, respectively). When analyzed the quality of life score in each aspects, it was found that the factors affecting physical quality of life were economic status, irregular symptoms, and duration after therapy (p value = 0.01, $.00$, and $.01$ respectively). The factor affecting family quality of life, was marital status ($p = 0.00$). The factor affecting emotional quality of life was irregular symptom ($p = 0.00$), The factors affecting daily living activity quality of life were marital status, occupation, income, economic status, and irregular symptoms ($p = 0.00, 0.01, 0.03, 0.00, \text{ and } 0.01$, respectively). The factors affecting other related aspects of quality of life were education, occupations, income, economic status, types of surgery, adjuvant treatments, types of adjuvant treatment, and irregular symptoms.

According to the results of this study, the investigators recommended a multidisciplinary team to exploit the study results to develop a patient-care intervention in pre- and post- operative phases focused on education support in the diseases and therapy knowledge. Nurses should assess economic status, life styles, and occupations of patients in order to provide self – care education to the patients effectively during hospitalization and home-based rehabilitation, and to provide an appropriate counseling and supporting resources to promote patients' quality of life.

Key words : Quality of life / Pituitary tumor / Pituitary adenoma / Transphenoidal approach / FACT-Br





ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื้องอกต่อมใต้สมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ ส่งผลให้ร่างกายเกิดปัญหาหลายประการ ผู้ป่วยบางคนได้รับการวินิจฉัยโรคช้า ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ในต่างประเทศ โรคนี้พบได้ประมาณ 10 % ของเนื้องอกสมองทั้งหมด เกิดในเพศหญิง 70 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน ในเพศชาย 28 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรงพยาบาลศิริราช หอผู้ป่วย 72/4 ประสาทศาสตร์ ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 15 คน พ.ศ. 2547 มีจำนวน 23 คน พ.ศ. 2548 มีจำนวน 31 คน และในปีพ.ศ. 2549 มีจำนวน 43 คน โดยเฉลี่ยคิดเป็น 9 % ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองทั้งหมด และในแต่ละปียังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลด้วยมีภาวะการกลับมาของโรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign tumor) ขนาดของก้อนเนื้อจะส่งผลถึงโครงสร้างโดยรอบ (mass effect) ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติหลายอย่าง ได้แก่ ตามัว ลานสายตาแคบ ปวดศีรษะ รวมถึง ต่อมใต้สมองสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนต่างๆได้ตามปกติ อาจมีการหลั่งมากเกินไป เช่น ถ้าเป็นชนิดหลั่งฮอร์โมน prolactin มาก ผู้ป่วยจะมีอาการ amenorrhea หรือ galactorrhea และเป็นหมันในเพศหญิง สำหรับเพศชาย ทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ความรู้สึกทางเพศชายลดลง หรือหากมีการหลั่ง growth ฮอร์โมน มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีโครงกระดูกที่ใหญ่ ส่งผลให้มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ ผลของการรักษา ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบางรายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ Peace และคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดชนิด transfrontal craniotomy จะมีภาวะอารมณ์ การตัดสินใจและสภาพจิตใจที่แย่กว่า ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดชนิด transphenoidal approach Heald และคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วย Cushing's disease ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านจิตใจ นอกจากนี้ Noad และคณะ ยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา มีภาวะระดับการรู้คิดบกพร่อง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ทศนิยม ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลัง ผ่าตัดโดยไม่ได้รับบุประเภทของเนื้องอก พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง คิดเป็น 9.4 % และยังพบอีกว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และประเภทของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้มีการศึกษาประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นพบว่า วีระชัยและคณะ ศึกษาผลของการผ่าตัดผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง ในระยะ 5 ปี สมลักษณ์ และสารัช ติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองชนิด Cushing's disease ด้วยการผ่าตัด และอวยพรและนราวุฒ ศึกษาถึงผลการรักษาเป็น case report ในผู้ป่วย galactorrhea

ในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ระบบสุขภาพในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปมาก ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกัน เน้นความคุ้มค่าและคุณภาพการดูแล โรงพยาบาลศิริราช เช่นเดียวกัน ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงนำวิธีการรักษาใหม่ๆมาใช้ในการรักษาโรค ส่วนในเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ยังมี การศึกษาหรือติดตามกันน้อยมาก สิ่งที่น่าปฏิบัติอยู่เป็นการติดตามในแต่ละส่วนของการดูแลรักษา ทำให้ไม่ทราบว่า ระบบการดูแลรักษาที่คิดว่าได้รับการพัฒนาแล้ว แท้ที่จริงส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นจริงหรือไม่ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลกระบวนการดูแลที่ปฏิบัติอยู่และนำไปพัฒนาสิ่งที่ยังพบว่ายังบกพร่องอยู่ให้ดีขึ้นต่อไป โดยมีคำถามการวิจัยว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกของต่อมใต้สมองหลังผ่าตัดเป็นอย่างไร

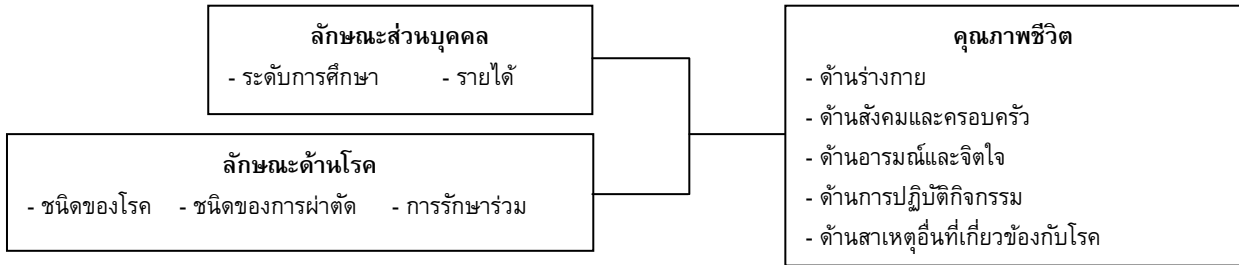
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะด้านโรค คือ ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด และการรักษา



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาตัวแปรอิสระ คือ ลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะด้านโรค ได้แก่ ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด และการรักษา ร่วม ที่มีผลต่อตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองหลังผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ เป็นผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองหลังผ่าตัดและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีระดับการรู้คิดปกติ ไม่มีปัญหาในการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียน มารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่สังกัดงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี 2547-2551 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์รับเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี 2546-2551 โดย ผู้ป่วยจะต้องรู้สึกตัวดี สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามได้ และผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของโรค และการรักษาที่ได้รับ ส่วนเครื่องมือวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ใช้ FACT-Br (Functional Assessment of Cancer Therapy - Brain) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Weitzner และคณะ ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านความผาสุกทางด้านร่างกาย ด้านความผาสุกในครอบครัว/สังคม ด้านความผาสุกทางอารมณ์ ด้านความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และด้านความรู้สึกรู้สึกที่มีต่ออาการต่างๆ ที่เกิดจากโรคเนื้องอกสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มจากยื่นหนังสือต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล สืบจากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองจากสมุดบันทึกของหอผู้ป่วย จากนั้นโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามในเบื้องต้น ส่งหนังสือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามพร้อมซองติดตราไปรษณียากรของผู้วิจัยไปให้ตามที่อยู่ ผู้ป่วยและญาติให้ไว้ เมื่อผู้ป่วยตอบตกลง ในการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ อันเนื่องมาจากปัญหาสายตาหรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แนะนำญาติผู้ป่วยสามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกลงในแบบสอบถาม ซึ่งในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งแบบสอบถามกลับมาตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ส่งไปให้ผู้ป่วยพร้อมซองติดตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้วและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for Windows และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป คำนวณหาค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้(บาท/เดือน)ของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของโรค การรักษาร่วม กับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ ANOVA





ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 และเพศชายร้อยละ 30 มีอายุระหว่าง 18 – 73 ปี เฉลี่ย 49.25 ปี ส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 66.4) รองลงมา คือ โสด (ร้อยละ 20) หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 12.7) เป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 60 และเป็นผู้นำครอบครัวร้อยละ 38.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 47.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษาร้อยละ 20.9 และปริญญาตรีร้อยละ 19.1 เป็นแม่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.9 รองลงมาคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทร้อยละ 30.9 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3,000 บาทร้อยละ 20 รายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือไม่พอใช้และมีหนี้สินร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก 85 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 โดยไม่ได้รับการรักษาพร้อม 97 รายคิดเป็นร้อยละ 88.2 ระยะเวลาหลังการผ่าตัดจนถึงวันสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 1 ปี เป็นเนื้องอกต่อมใต้สมองแบบ nonfunctioning tumor จำนวน 85 รายคิดเป็นร้อยละ 77.3 และเป็นชนิด functioning tumor จำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 22.7 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจำนวน 60 รายคิดเป็น ร้อยละ 54.5 และมีอาการผิดปกติจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอาการที่ยังอยู่กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ความรุนแรงลดลง ได้แก่ เรื่องของการมองเห็นที่ผิดปกติ เช่น ตามัว ลานสายตาแคบ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นข้างเดียว อาการเหล่านี้ เกิดจากเนื้องอกกดเบียดเส้นประสาทตาในระยะก่อนผ่าตัด สำหรับอาการอื่น ส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนในผู้ป่วยทั้ง nonfunctioning tumor และfunctioning tumor เช่น อาการร้อนวูบวาบตามตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลียบ่อยๆ อาการเฉื่อยชา รวมถึงอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยา steroid เป็นระยะเวลานาน ได้แก่ น้ำหนักขึ้นมากจากการรับประทานอาหารมากขึ้น โใบหน้าบวมๆ ปวดแสบในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีเพียง 1 หรือ 2 อาการเท่านั้น

ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองที่ได้รับการผ่าตัดและการรักษาพร้อมตามแผนการรักษามีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความผาสุกด้านร่างกายเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 80.25 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 73.21 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 76.25 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 68.92 และสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 75.92 เมื่อวิเคราะห์คะแนนรวมเฉลี่ยทั้ง 5 ด้านเท่ากับร้อยละ 73.78 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (FACT-Br) ของกลุ่มตัวอย่าง

ด้าน	Min	Max	Mean ± SD
ความผาสุกด้านร่างกาย	14.29	100	80.25 ± 17.29
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	14.29	100	73.21 ± 15.79
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	25.00	100	76.25 ± 18.62
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	10.71	100	68.92 ± 21.06
สาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง	30.56	100	75.92 ± 15.65
คะแนนคุณภาพรวม	37.5	97.83	73.78 ± 13.58

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต พบว่า อาชีพ สถานภาพทางเศรษฐกิจ การรักษาร่วม และอาการผิดปกติ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านร่างกาย ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ อาการผิดปกติและระยะเวลาหลังการรักษา ($p = .01, .00$ และ $.01$ ตามลำดับ) ด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ($p = .00$) ด้านอารมณ์ ได้แก่ อาการผิดปกติ ($p = .00$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และอาการผิดปกติ ($p = .00, .01, .03, .00$ และ $.00$ ตามลำดับ) และ ด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชนิดของการผ่าตัด การรักษาร่วม ชนิดของการรักษาร่วม และอาการผิดปกติ ($p = .01, .01, .01, .00, .02, .01, .01$ และ $.00$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านเพศและอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวม			คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย			คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสังคม/ครอบครัว			คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านอารมณ์ จิตใจ			คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านการปฏิบัติ กิจกรรม			คะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสาเหตุอื่นที่ เกี่ยวข้อง		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
สถานภาพสมรส																		
โสด (n= 22)	79.10	11.88	.23	80.19	18.85	.29	72.32	17.17	.00	80.49	17.64	.39	81.33	16.38	.00	81.16	13.00	.21
สมรส (n= 73)	74.27	13.94		79.01	17.97		75.91	12.39		74.71	19.62		67.27	21.13		74.47	16.41	
หม้าย/หย่า/แยก (n= 14)	71.88	13.74		86.98	9.25		60.92	23.58		78.86	14.00		57.39	19.63		75.21	15.12	
ระดับการศึกษา																		
ไม่ได้เรียน (n= 3)	67.50	15.88	.16	78.57	23.41	.25	70.83	4.16	.41	70.83	15.02	.91	50.00	18.89	.07	67.29	20.94	.01
ประถมศึกษา (n= 52)	71.98	13.20		77.12	16.80		70.65	16.62		76.04	18.15		64.56	19.45		71.55	16.71	
มัธยมศึกษา (n= 23)	77.20	13.93		82.91	14.12		73.13	14.89		76.81	19.69		73.44	22.27		79.72	13.08	
อนุปริญญา/เทียบเท่า (n= 8)	76.71	13.48		84.82	16.39		82.06	15.78		79.16	12.20		65.62	27.59		71.88	17.28	
ปริญญาตรี (n= 21)	80.53	12.49		85.54	15.33		76.87	15.99		77.38	20.48		77.89	19.15		84.98	10.60	
สูงกว่าปริญญาตรี (n= 3)	71.37	15.40		66.66	45.50		71.42	3.57		65.28	31.82		75.00	12.88		78.50	4.22	
อาชีพ																		
แม่บ้าน (n= 34)	71.69	14.43	.03	79.41	15.30	.67	73.21	17.79	.17	75.24	18.31	.44	60.39	23.66	.01	70.22	17.91	.01
นักเรียน/นักศึกษา (n= 2)	90.92	3.57		89.28	10.10		89.28	-		87.50	5.89		96.42	-		92.10	1.86	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (n=23)	74.48	15.85		78.10	23.69		72.38	17.06		71.19	21.82		71.42	23.61		79.28	13.66	
รับจ้าง (n= 15)	74.20	10.03		79.76	14.58		69.24	11.80		75.00	17.88		69.52	15.14		77.51	9.06	
ค้าขาย (n= 13)	75.09	14.18		81.31	17.07		72.80	12.43		77.56	20.66		71.15	19.90		72.62	19.17	
เกษตรกรกรรม (n= 15)	73.78	8.34		78.33	16.66		69.88	14.91		78.83	13.40		67.61	11.64		74.20	11.94	
อื่นๆ (n= 8)	88.98	6.38		90.62	10.78		85.93	12.88		87.50	17.10		88.83	6.99		92.02	5.91	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์/จิตใจ			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
รายได้																		
< 3,000 (n= 22)	70.71	13.52	.18	77.27	16.03	.86	69.10	15.96	.06	75.37	19.24	.99	64.44	20.30	.03	67.36	18.26	.01
3,001 – 5,000 (n= 13)	74.52	12.87		82.14	18.38		73.07	9.41		74.03	21.86		65.65	16.46		77.70	15.89	
5,001 – 7,000 (n= 6)	69.98	9.28		76.78	9.24		61.20	25.94		78.47	7.17		60.71	12.97		72.73	11.53	
7,001 – 10,000 (n= 13)	77.67	12.61		78.57	15.01		79.80	14.96		74.03	19.70		76.64	16.53		79.30	14.30	
> 10,000 (n= 34)	78.95	14.32		81.93	21.92		76.68	14.53		76.10	20.31		77.73	19.73		82.34	13.41	
สถานทางเศรษฐกิจ																		
พอใช้/มีเก็บสะสม (n = 22)	83.15	10.62	.00	85.38	13.98	.01	79.03	15.30	.20	83.90	17.07	.09	81.98	15.37	.00	85.45	12.34	.00
พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม (n = 42)	75.93	12.11		84.69	14.27		72.33	15.24		77.18	16.64		70.15	19.05		25.32	14.42	
ไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน (n = 17)	68.50	16.27		72.68	20.51		73.94	13.59		72.54	20.94		56.30	24.88		67.05	19.46	
ไม่พอใช้/มีหนี้สิน (n = 29)	70.94	12.91		74.38	18.92		69.64	17.53		71.26	19.83		64.65	20.30		74.75	14.02	
ชนิดของการผ่าตัด																		
ผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก (n = 85)	75.56	13.27	.57	80.75	17.71	.85	72.80	16.11	.88	77.15	18.54	.64	69.24	20.33	.68	77.88	14.16	.02
ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (n = 10)	70.96	11.11		79.28	16.81		74.16	8.65		73.75	18.74		63.57	18.03		64.03	15.74	
ผ่าตัดทั้งสองวิธี (n = 15)	73.84	16.62		78.09	16.02		74.88	18.17		72.77	19.72		70.71	27.20		72.73	20.20	
การรักษาร่วม																		
ไม่ได้รับ (n = 97)	75.95	13.52	.03	81.00	17.30	.22	74.02	15.58	.14	77.23	18.55	.13	70.17	20.88	.09	77.35	14.82	.01
ได้รับ (n = 13)	67.13	11.28		74.72	16.78		67.16	16.64		68.91	18.13		59.61	20.84		65.24	18.02	

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์/จิตใจ			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
ชนิดของการรักษา																		
ฉายรังสี (n = 7)	63.20	10.79	.10	70.40	17.70	.39	71.08	16.21	.25	61.90	17.74	.32	52.55	18.40	.14	60.08	19.21	.01
เคมีบำบัด (n = 1)	79.60	-		67.85	-		83.33	-		75.00	-		85.71	-		86.11	-	
ฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (n = 5)	70.13	11.41		82.14	16.17		58.45	22.06		77.50	18.06		64.28	22.58		68.28	15.93	
ระยะเวลาหลังการรักษา (เดือน)																		
< 12 (n = 47)	72.24	12.29	.15	74.24	17.28	.01	74.21	11.63	.72	73.04	19.11	.16	66.10	19.77	.24	73.62	14.13	.40
12 – 24 (n = 11)	79.75	11.04		85.06	17.11		74.94	22.21		84.46	13.05		77.92	15.05		76.38	13.92	
> 24 (n = 52)	76.30	14.76		84.68	15.93		71.94	17.62		77.40	18.78		69.57	22.93		77.89	17.22	
อาการผิดปกติ																		
ไม่มี (n = 60)	79.92	10.73	.00	87.08	11.70	.00	74.63	15.01	.30	81.80	15.94	.00	75.05	16.26	.00	81.03	12.46	.00
มี (n = 50)	68.90	14.19		72.07	19.35		71.51	16.66		69.58	19.54		61.57	23.81		69.79	16.95	



อภิปรายผล

ผลการศึกษารังนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เฉลี่ย ร้อยละ 73.78 (mean = 135.76 SD = 25.00) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกายมีระดับคะแนนมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 80.25 (mean = 22.47 , SD=4.84) เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้เป็นชนิดไม่ร้ายแรง และมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษา คือการผ่าตัด รวมถึงผลของการรักษาไม่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายที่ ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน แต่พบว่า ด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 45.5 บอกว่ามีอาการผิดปกติ ซึ่งอาการผิดปกติที่พบบ่อย คือเรื่องการมองเห็น ผู้ป่วยร้อยละ 8.2 มีอาการตามัว ร้อยละ 6.4 ตามองเห็นชัดเจนข้างเดียว ร้อยละ 3.6 มีอาการลานสายตาแคบ และร้อยละ 2.7 ตามองเห็นภาพซ้อน อาการผิดปกติเรื่องการมองเห็นที่เกิดขึ้นเนื่องจากก้อนเนื้องอกกดเบียดต่อเส้นประสาทตาและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 , 4 และ 6

สำหรับความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว มีระดับคะแนนต่ำเป็นอันดับรองลงมา เฉลี่ยร้อยละ 73.21 (mean = 19.54 , SD = 4.54) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 77.3 เป็นเนื้องอกชนิด nonfunctioning tumor ร้อยละ 22.7 เป็นเนื้องอกชนิด functioning tumor ทั้งสองชนิดมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในเพศหญิง ผู้ป่วยจะมี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ มีสี หรือมีขนตามตัวหรือใบหน้า เพิ่มขึ้น ในเพศชายมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกทางเพศลดลง อาการเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจและการดำเนินชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 33.6 ไม่ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของชีวิตทางเพศ ส่วนผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลส่วนใหญ่(ร้อยละ 35.6) รู้สึกพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เฉลี่ยร้อยละ 76.25 (mean = 18.30 , SD = 4.47) ผู้ป่วยโรคนี้ทั้งชนิด nonfunctioning tumor และ functioning tumor ผลของความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน มีบทบาทสำคัญต่อความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ด้วย ในผู้ป่วย functioning tumor ชนิด prolactinoma ผู้ป่วยจะมีภาวะวิตกกังวลสูง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) ไม่ว่าจะจากรูปร่างที่เปลี่ยนไป คือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีสี มีขนตามตัวหรือตามใบหน้า หรือมีความรู้สึกทางเพศลดลง ในการศึกษานี้ จากการประเมินด้านความผาสุกทางอารมณ์พบว่า มีผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าอาการจะแย่ลง เศร้าใจ และ หมดหวังร้อยละ 13.6 ร้อยละ 9 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยหลายรายรู้สึกดีใจที่มีโทรศัพท์จากโรงพยาบาลไปพูดคุยด้วย ทำให้มีโอกาสเล่าบรรยายความรู้สึกที่นอกเหนือ จากข้อคำถามในแบบสอบถาม

สำหรับความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เฉลี่ยร้อยละ 75.92 ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้มีสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องของการมองเห็น ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 15.5 และ 14.5 ตามลำดับ) การมองเห็นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้เหมือนเดิมรวมถึงการขับรถด้วย นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีความรู้สึกคับข้องใจกับการที่ไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 13.6 และ 5.5 ตามลำดับ)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .18) แต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .03 และ .01 ตามลำดับ) สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากในปัจจุบัน ระบบสุขภาพเอื้อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้เท่าเทียมกัน ไม่ว่าสถานะทางเศรษฐกิจจะเป็นอย่างไร ทุกคนได้รับการรักษาเหมือนกันหมด นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกายด้านการปฏิบัติ กิจกรรมและด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001 , .009 , .001 และ .002 ตามลำดับ) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Post hoc test โดยวิธี Bonferroni พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านการปฏิบัติกิจกรรม แตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้ (p = .003 และ .001) และกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอและมีหนี้ (p =.006 และ .02)



รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับสถานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ ไม่มีหนี้สินและมีเงินเหลือเก็บ จากผลการศึกษารายได้ของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 22 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 26.4 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ถึงแม้ว่า ระบบสุขภาพจะเอื้อต่อการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด ทั้งประสาทศัลยแพทย์ จักษุแพทย์ และแพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ รวมถึงมีรายได้ลดลง เนื่องจากร้อยละ 45.5 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติหลังได้รับการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ จากข้อคำถามด้านความผาสุกทางด้านการปฏิบัติกิจกรรม เรื่องความสามารถในการทำงานโดยทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 22.7 สามารถทำงานได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.3 สามารถทำงานได้ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 6.4 ไม่สามารถทำงานได้เลย นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 68.9 เท่านั้น

สำหรับระดับการศึกษา พบว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = .16$) แต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Post hoc test โดยวิธี Bonferroni พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ($p = .01$)

ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาของบุคคล ผลการศึกษารั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 47.3 มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 20.9 มีการศึกษาระดับมัธยม และร้อยละ 19.1 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่างกัน อาจอธิบายได้ว่า ความรู้ช่วยให้บุคคล มีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต และสามารถดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบอีกว่า อาชีพ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .031$ และ $.008$ ตามลำดับ) ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 30.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.9 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 13.6 มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรจำนวนเท่าๆกัน ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่วนผู้ที่มีอาชีพทุกอาชีพซึ่งก่อให้เกิดรายได้ของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย นอกจากนี้ปัจจัยด้านอาชีพแล้วยังพบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและด้านการปฏิบัติกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$ และ $.002$ ตามลำดับ) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ post hoc test โดยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .003$) การศึกษารั้งนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 67 มีสถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ จะมีความรู้สึกอบอุ่นที่ยังมีที่ปรึกษา คอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยและให้กำลังใจ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว แต่สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง ชนิด prolactinoma หรือชนิด hypopituitarism ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากระดับฮอร์โมนที่ผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสได้

ปัจจัยด้านโรคและการรักษา

ผลการศึกษพบว่า การรักษาร่วมมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .027$ และ $.008$ ตามลำดับ) ชนิดของการผ่าตัด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่มีผลต่อด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ส่วนชนิดของเนื้องอก มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .19$)

การรักษาร่วมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่างกัน การรักษาร่วมในผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองโดยการฉายรังสี เป็นวิธีที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 6.4 ได้รับการฉายรังสี ร้อยละ 4.5 ได้รับการฉายรังสีรักษาและเคมีบำบัด ซึ่งผลของการฉายรังสีในระยะยาว ส่งผลให้การมองเห็นของผู้ป่วยแยลง

สำหรับชนิดของการผ่าตัด มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .57$) ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 77.3 ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก ร้อยละ 13.6 ได้รับการผ่าตัดทั้งเข้าทางโพรงจมูก และเปิดทางกะโหลกศีรษะ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อขนาดเล็ก (microadenoma) แพทย์มักใช้วิธีผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก ส่วนการผ่าตัดเปิดทางกะโหลกศีรษะ มักทำในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อขนาดใหญ่และขยายเข้าไปใน suprasella region หรือผู้ป่วยที่มีการกลับมาของเนื้องอก (recurrence tumor) จาก ผลการศึกษพบว่า ชนิดของการผ่าตัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ($p = .02$) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ post hoc test โดยวิธี Bonferroni พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy)





มีคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาเนื้ออกออกทางจุมก (transphenoidal approach) ($p = .02$) อาจอธิบายได้ว่า การผ่าตัดเข้าทางโพรงจุมก ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีไข้การผ่าตัดใหญ่ ไม่มีบาดแผลให้เห็น มีแผลในโพรงจุมก เท่านั้น และผลของการผ่าตัด ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรง หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจุมกมักมีก้อนเนื้ออกขนาดเล็กกว่า และมีผลเสียหรือผลแทรกซ้อนจากก้อนเนื้อ ทำให้เกิดอาการผิดปกติเรื่องการมองเห็นน้อยกว่า

นอกจากนี้ ผู้วิจัยพบว่าบางปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางคลินิก แต่จากการศึกษาพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้น้อย อย่างไรก็ตามในกรณีตรงกันข้าม ถ้าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอ ก็อาจทำให้เพิ่มโอกาสที่จะทำให้ผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติ (non practical significance) เช่นกัน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตที่น้อย เช่น เพียง 1 คะแนน ก็ได้ แต่การทดสอบพบว่า กลับมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น ข้อมูลก็จะมีค่าแปรปรวนน้อยลง ดังนั้นมักพบว่าสมมติฐานที่ทดสอบจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติ ซึ่งในทางปฏิบัติความแตกต่างเพียง 1 คะแนนอาจนำไปใช้ในทางคลินิกค่อนข้างยาก ดังนั้นในทางปฏิบัติ อาจจะต้องมีการพิจารณาการแปลผลของคะแนนของคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางคลินิกว่าเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหรือแย่ลง ซึ่งโดยทั่วไป อาจใช้ค่า MID (Minimal importance difference) ประมาณ 5%-10% ของ instrument range หรือ 10% ของค่าคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปจากค่าเดิม (change from baseline value) ซึ่งเป็นค่าที่บอกความแตกต่างสำคัญน้อยที่สุดของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพชีวิตที่มีความสำคัญในทางคลินิก ซึ่งค่าดังกล่าวนี้ อาจทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางคลินิกง่ายขึ้น ที่จะบอกว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือแย่ลง

ที่น่าสนใจจากการนำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต มาประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมองหลังได้รับการผ่าตัด พบว่ามีข้อคำถามที่ประเมินคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมบางข้อ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลงได้ชัดเจน ส่วนข้อคำถามของคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ที่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถประเมินได้อย่างชัดเจน ซึ่งการนำเครื่องมือดังกล่าวนี้ไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก อาจต้องมีเครื่องมืออื่น ๆ ร่วมประเมิน Performance status ของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วย รวมทั้งอาจต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยร่วมกันกับคะแนนของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจต้องมีการซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติม หรือให้ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมด้วย นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตควรมีการประเมินซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบกับครั้งสุดท้ายว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือแย่ลง รวมทั้งควรประเมินในระยะที่เหมาะสม อันจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน คะแนนของคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม จะสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตว่า ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตีความหรือแปลผลคะแนนของคุณภาพชีวิตที่สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ง่ายขึ้น รวมทั้งใช้ในการอ้างอิงทางคลินิกได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านสังคม/ครอบครัว ผู้ป่วยมีระดับคะแนนน้อยกว่าด้านอื่นๆ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วย คู่สมรสและครอบครัว เข้าใจและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยในการประกอบอาชีพ เนื่องจากมี ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาทางด้านสายตา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม
3. ควรประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้รักษา เพื่อประเมินและวางแผนการรักษา รวมถึงวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้
4. การติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ อาจเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลรักษาและยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการประเมินซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร รวมทั้งควรมีการประเมินในระยะที่เหมาะสม เพื่อจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน



เอกสารอ้างอิง

- สมจิตต์ สุวรรณทัศน์และ นิภา มนูญปัจจุ. (2525). *ประชากรกับคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- สมลักษณ์ จึงสมานและ สารัช สุนทรโยธิน. (2547) . การตรวจวินิจฉัยโรคคushingและคำจำกัดความของการรักษาภายหลังการ
รักษาผ่าตัดต่อมใต้สมอง, *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 48(11) , 745-763.
- Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (1993). The function assessment of cancer
therapy scale:Development and validation of the general measure.*Journal of Clinical Oncology*,11(3),570-579.
- Chandler, W.F. (2000). Pituitary tumors In:M. Bernstein & M. S. Berger (Eds.), *Neuro-oncology : The essentials*.
Theme medical publishers. (p. 399), Inc. New York.
- Dekkers, O.M., van der Klaauw, A.A., Pereira, A.M., Biermasz, N.R., Honkoop, P.J., Roelfsema, F., et al. (2006).
Quality of life is decreased after treatment for nonfunctioning pituitary macroadenoma. *Journal of Clinical
Endocrinology Metabolism*,91,3364-3369.
- Heald, A.H., Ghosh, S., Bray, S., Gibson, C., Anderson, S.G., Buckler, H., et al. (2004). Long-term efficacy of
conventional radiotherapy in patient with GH-secreting pituitary adenomas. *Clin Endocrinol*,61,458-465.
- Intarasomchai, T. (2004). *Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in post operative
phase*. Master's thesis in Nursing Science, Faculty Graduate Studies, Mahidol University.
- Kijrunpaibul, V., & Pakawut, N.(2542). Surgical outcome of pituitary adenoma : 5 years experience in Ramathibodi
Hospital. *วารสารศัลยศาสตร์รามธิบดี*, 8 ,7.
- Noad, R., Howlett, K.R.N., Lincoln, T.N.B., Page, R.C.L. (2004). Evaluation of the effect of radiotherapy for pituitary
tumors on cognitive function and quality of life. *Clinical Oncology*, 16, 233-237.
- Okamoto, Y., Okamoto, F., Hiraoka, T., Yamada, S., Oshika, T. (2008). Vision-related quality of life in patients with
pituitary adenoma. *American Journal of Ophthalmology*,146,318-322.
- Panamonta, O., & Pakawut, N. (2006). Galactorrhea in a 14-year-old girl. *Journal of Medical Association Thailand*,
89(8),1304-1307.
- Peace, K.A., Orme, S.M., Sebastian, J.P., Thompson, A.R., Barnes, S., Ellis, A ., et al. (1997). The effect of treatment
variables on mood and social adjustment in adult patients with pituitary disease.*Clinical Oncology*,46,445-450.
- Ratanatharathorn, V., Sirilertakul, S., Jirajarus, S., Hanucharunkul, S., Sirachainan, E., Ninchaikovit, T. (2001).
Quality of life : functional assessment of cancer therapy-general. *Journal of Medical Association Thailand*,
84,1430-1442.
- Ringash, J., O'Sullivan, B., Bezjak, A. , Redelmeier, D.A. (2007). Interpreting clinically significant changes in patient-
reported outcomes. *Cancer*,110,196-202.
- Sloan, J.A., Frost, M.H., Berzon, R., Dueck, A., Guyatt, G., Moinpour, C., et al. (2006). The clinical significant of
quality of life assessments in oncology: a summery for clinicians. *Support care cancer*,14,988-998.
- Snead, F.E., Amdu,r R.J., Morris, C.G.,& Mendenhall, W.M. (2008). Long-term outcomes of radiotherapy for pituitary
adenomas. *Internal Journal of Radiation Oncology Biological Physics*,71(4),994-998.
- Stacey, R.J.,& Powell, M.P.(2005). Sellar and parasellar tumors. In J. Lumley, (Ed,pp.196), *Neurosurgery: Principles
and practice*. Springer-Verlag London limited.
- Thapar, K., Laws, Jr. (2001). Pituitary tumors. In: A.H. Kaye & E.R. Laws (Eds.), *Brain tumors:An encyclopedic
approach*.(2nd ed, pp. 803). Churchill Livingstone:Harcourt Publishers.
- Weitzner, M.A., Meyers, C.A., Gelke, C.K., Byrne, K., Cellid, 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 patients with
primary brain tumors. *Cancer*, 75(5), 1151-1161.

