

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมอง

ทัศนีย์ อินทรสมใจ พย.ม.

นุชสรุา เพชรบุตร พย.ม.

พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมอง หลังได้รับการผ่าตัดและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านโรคกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเนื้องอกต่อมไต้สมองที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 - 2551 จำนวน 110 ราย โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (FACT-Br) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมไต้สมองหลังผ่าตัด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 73.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.58) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .16$ และ $.18$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านโรค ได้แก่ การรักษาร่วม มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และเมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$ และ $.01$ ตามลำดับ) และรายได้ ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมอีกด้วย ($p = .03$) สำหรับปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด และการรักษาร่วม มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = .02$ และ $.01$ ตามลำดับ)

ผลจากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดตั้งทีมสหสาขาเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด โดยเน้นการให้ความรู้ ข้อมูลด้านโรคและการรักษาทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลควรประเมินสถานภาพทางเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตและอาชีพของผู้ป่วยด้วย โดยให้ข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และเป็นที่ยปรึกษาหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต เนื้องอกต่อมไต้สมอง การผ่าตัดทางโพรงجمูก

Quality of life in patients with pituitary tumor.

Tasanee Intarasomchai, M.N.S.

Nuchsara Bechbuch, M.N.S.

Registered Nurse, Surgical and Orthopedic Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract: 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 over 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 education and monthly income none significantly affected overall quality of life ($p = .16$ and $.18$, respectively). The pathological factors in terms of adjuvant treatments significantly affected overall quality of life ($p = .03$). When analyzed the quality of life score in each aspects, it was found that the factors affecting additional concerns dimension which associated with feelings to other relevant brain tumor symptoms were education, monthly income, types of surgery and adjuvant treatments ($p = .01$, $.01$, $.02$ and $.01$ respectively) furthermore monthly income significantly affected daily living activity quality of life.

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 to the patients and their families. 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.

Keywords: Quality of life, Pituitary tumor, Pituitary adenoma, Transphenoidal approach

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื้องอกต่อมใต้สมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ ในต่างประเทศ โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของเนื้องอกสมองทั้งหมด โดยพบในเพศหญิง 70 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคนและในเพศชาย 28 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทย จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ.2546, 2547, 2548, 2549 มีผู้ป่วยโรคนี้จำนวน 15, 23, 31 และ 43 คนตามลำดับ โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองทั้งหมด

เนื้องอกต่อมใต้สมอง ส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (benign epithelial neoplasms)² ขนาดของก้อนเนื้อจะส่งผลถึงโครงสร้างโดยรอบ (mass effect) ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติหลายอย่าง ได้แก่ ตามัว ลานสายตาแคบ ปวดศีรษะ รวมถึง ต่อมใต้สมองสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนต่างๆ ได้ตามปกติ อาจมีการหลั่งมากเกินไป เช่น ถ้าเป็นชนิดหลั่งฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารีด้านหน้าซึ่งกระตุ้นการหลั่งน้ำนม (prolactin) มาก ผู้ป่วยจะมีอาการภาวะขาดประจำเดือน (amenorrhea) หรือ น้ำนมไหลมากเกินไป (galactorrhea) และเป็นหมันในเพศหญิง สำหรับเพศชาย ทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ความรู้สึกทางเพศชายลดลง หรือหากมีการหลั่ง ฮอรโมนการเจริญเติบโต (growth hormone) มากเกินไป ผู้ป่วยจะมีโครงกระดูกที่ใหญ่ ส่งผลให้มีภาพลักษณะที่เปลี่ยนไป² นอกจากนี้ ผลของการรักษา ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบางรายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ Peace และคณะ³ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกะโหลกศีรษะด้านหน้า (transfrontal craniotomy) จะมีภาวะอารมณ์ การตัดสินใจและสภาพจิตใจที่แย่กว่าผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระทำผ่านกระดูกสันหลัง (transsphenoidal approach) Heald และคณะ⁴ ทำการศึกษาในผู้ป่วยคุชชิง (Cushing's disease) พบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านจิตใจ คือ มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ Noad และคณะ⁵ ยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับฉายรังสีรักษา มีภาวะระดับการรู้คิดบกพร่อง

จากผลของโรคและผลกระทบของการรักษาดังกล่าวที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้มีการศึกษาคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยจากการศึกษาของ Johnson และคณะ⁶ พบว่าผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองทั้งชนิดไม่สร้างฮอร์โมนหรือสร้างฮอร์โมนน้อยกว่าปกติ และชนิดที่สร้างฮอร์โมนมากเกินไป มีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ ในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดโดยไม่ได้ระบุประเภทของเนื้องอก⁷ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง คิดเป็นร้อยละ 9.4 และยังพบอีกว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงแสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต และประเภทของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงเป็นการติดตามประเมินผลกระบวนการดูแลที่ปฏิบัติอยู่และนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแล

วัตถุประสงค์

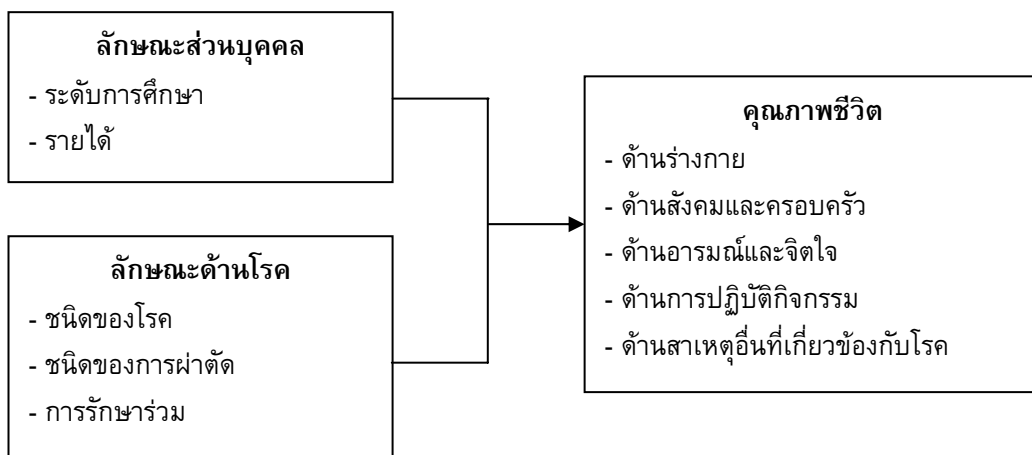
1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะด้านโรค คือ ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด และการรักษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีเงื่อนไขไขของการเปลี่ยนผ่านของ Chick & Meleis (1986)⁸ ซึ่งกล่าวไว้ว่า มนุษย์ทุกคน จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์หนึ่งไปสู่อีกสถานการณ์หนึ่งและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การเปลี่ยนผ่านจะง่ายหรือยาก ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านของแต่ละคน ที่มีทั้งปัจจัยเอื้อและที่เป็นอุปสรรค หากบุคคลมีการเตรียมพร้อมที่ดีหรือป้องกัน

ความเสียด่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้วย และในขณะเดียวกัน หากมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ บุคคล ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ระดับสมรรถภาพของหัวใจ ก่อนผ่าตัดและระยะเวลาหลังผ่าตัด ($p < .05$)⁹ ในผู้ป่วยแผลไหม้ระยะฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความพิการ ($r = -.414$, $p < .01$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .57$,

$p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .352$, $p < .01$)¹⁰ และในผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังผ่าตัดที่กลับไปพักฟื้นที่บ้าน พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .647$, $p < .01$) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ($r = -.452$, $p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .211$, $p < .05$) และรายได้ ($r = .165$, $p < .05$)⁷ ซึ่งปัจจัยที่คิดว่าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ชนิดของโรค ชนิดของการผ่าตัด และการรักษา



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองหลังผ่าตัดอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่สังกัดงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี 2546-2551 และภายหลังแพทย์จำหน่ายให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์รับเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยจะต้องรู้สึกตัวดี มีระดับการรู้คิดปกติ สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามได้ โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร Thorndike¹¹ คือ $n = 10k+50$ โดย n คือขนาดตัวอย่าง k คือจำนวนตัวแปร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ = 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของโรค การรักษาที่ได้รับ และอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ใช้แบบวัด FACT-Br (Functional Assessment of Cancer Therapy - Brain) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Weitzner และคณะ¹² จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G) ของ Cella¹³ ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน คือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกในครอบครัว/สังคม สัมพันธภาพกับแพทย์ผู้รักษา ความผาสุกทางอารมณ์

ความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในปี 1995 Weitzner¹² ได้นำเครื่องมือมาปรับเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง โดยได้เพิ่มเติมมิติทางด้านเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่ออาการต่างๆ ที่เกิดจากโรคเนื้องอกสมอง รวมเป็น 6 ด้าน โดยใช้ชื่อว่า FACT-BR ในปี 2003 (Online.)พบว่า ได้มีการปรับข้อคำถามเหลือครอบคลุม 5 ด้าน เหลือข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ ซึ่งส่วนของ FACT-G วรชัยและคณะ¹⁴ ได้แปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลมาตรฐานเครื่องมือจากต่างประเทศแล้ว ในส่วนของ additional concerns ที่เป็นข้อคำถามเฉพาะโรคเนื้องอกสมอง ทศนีย์⁷ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลมาตรฐานแล้วเช่นกัน และนำมาศึกษาถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเนื้องอกสมองในประเทศไทย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น = 0.9 และในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ ซึ่งได้รับการอนุญาตแล้ว สำหรับ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

- ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเลย
- เล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนน้อย
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่
- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

คำนวณหาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของคะแนนรวมโดยรวมแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้น¹⁵ ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 69 - 105 หมายถึง คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ
- คะแนน 106 - 143 หมายถึง คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 144 - 180 หมายถึง คุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง
ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ใช้วิธีการเดียวกับการหาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกต่อมใต้สมองจากสมุดบันทึกของหอผู้ป่วย จากนั้นโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย โดยบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรักษาข้อมูลผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามในเบื้องต้น จากนั้นส่งหนังสือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามพร้อมซองติดตราไปรษณียากรของผู้วิจัยไปให้ตามที่อยู่ของผู้ป่วยและญาติให้ไว้กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ อันเนื่องมาจากปัญหาสายตาหรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แนะนำญาติผู้ป่วยสามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกลงในแบบสอบถาม ซึ่งในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ให้ผู้ป่วยส่งแบบสอบถามกลับมาตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ส่งไปให้ผู้ป่วยพร้อมซองติดตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ระดับการศึกษา รายได้ ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของโรค การรักษา ร่วมกับคะแนนคุณภาพชีวิต ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 18-73 ปี เฉลี่ย 49.25 ปี สมรสแล้ว ร้อยละ 66.4 เป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.3 เป็นแม่บ้าน

ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.9 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 30.9 รายได้พอใช้แต่ไม่มีเก็บสะสม ร้อยละ 38.2

ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก ร้อยละ 77.3 โดยไม่ได้รับการรักษาร่วม ร้อยละ 88.2 ระยะเวลาหลังการผ่าตัดจนถึงวันสัมภาษณ์ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี เป็นเนื้องอกต่อมใต้สมองที่มีอาการของต่อมใต้สมองทำงานต่ำ (nonfunctioning tumor) ร้อยละ 77.3 และเป็นชนิดที่ต่อมมีการสร้างฮอร์โมนมากเกินไป (functioning tumor) ร้อยละ 22.7 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติจำนวน ร้อยละ 54.5 ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอาการที่ยังอยู่กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ความรุนแรงลดลง ได้แก่ เรื่องของการมองเห็นที่ผิดปกติ เช่น ตามัว ลานสายตาแคบ มองเห็นภาพซ้อน มองเห็นข้างเดียว อาการเหล่านี้ เกิดจากเนื้องอกกดเบียดเส้นประสาทตาในระยะก่อนผ่าตัด สำหรับอาการอื่น ส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนในผู้ป่วยทั้งชนิด nonfunctioning tumor และ functioning tumor เช่น อาการร้อนวูบวาบตามตัว ปวด

เมื่อย อ่อนเพลียบ่อยๆ อาการเฉื่อยชา รวมถึงอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยา steroid เป็นระยะเวลานาน ได้แก่ น้ำหนักขึ้นมากจากการรับประทานอาหารมากขึ้น โใบหน้าบวมจุก ปวดแสบในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีเพียง 1 หรือ 2 อาการเท่านั้น

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm SD = 135.76 \pm 25.00) ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (Mean \pm SD = 22.47 \pm 4.84) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm SD = 19.54 \pm 4.54) ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm SD = 18.30 \pm 4.47) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm SD = 19.30 \pm 5.89) และความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean \pm SD = 56.15 \pm 11.84) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ระดับคุณภาพชีวิต (FACT-Br) ของกลุ่มตัวอย่าง

ด้าน	Possible Range	Actual Range	Mean \pm SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ความผาสุกด้านร่างกาย	0 - 28	4 - 28	22.47 \pm 4.84	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	0 - 28	4 - 27	19.54 \pm 4.54	ปานกลาง
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	0 - 24	6 - 24	18.30 \pm 4.47	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0 - 28	3 - 28	19.30 \pm 5.89	ปานกลาง
ความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค	0 - 76	22 - 76	56.15 \pm 11.84	ปานกลาง
คะแนนคุณภาพโดยรวม	0 - 184	69 - 180	135.76 \pm 25.00	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์จิตใจ			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติงาน			คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค		
	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P	Mean	SD	P
ระดับการศึกษา																		
ไม่ได้เรียน (n= 3)	120.00	30.11	.05	22.00	6.56	.25	17.00	1.00	.06	17.00	3.61	.91	14.00	5.29	.07	50.00	14.42	.03
ประถมศึกษา (n= 52)	129.35	25.03		21.60	4.70		18.46	4.75		18.25	4.36		18.08	5.45		52.96	12.69	
มัธยมศึกษา (n= 23)	140.61	24.67		23.22	3.95		19.52	3.93		18.43	4.73		20.57	6.24		58.87	10.34	
อนุปริญญาเทียบเท่า (n= 8)	136.75	25.12		23.75	4.59		22.13	4.42		19.00	2.93		18.38	7.73		53.50	12.79	
ปริญญาตรี (n= 21)	148.33	21.34		23.95	4.29		21.52	4.48		18.57	4.91		21.81	5.36		62.48	8.38	
สูงกว่าปริญญาตรี (n= 3)	135.00	18.74		18.67	12.74		20.00	1.00		15.67	7.64		21.00	3.61		59.67	3.21	
รายได้																		
< 3,000 (n= 22)	124.73	26.18	.04	21.64	4.49	.86	17.41	4.47	.01	18.09	4.62	.99	18.05	5.69	.03	49.55	13.61	.01
3,001 – 5,000 (n= 13)	135.69	24.10		23.00	5.15		19.08	2.75		17.77	5.25		18.98	4.61		57.46	12.30	
5,001 – 7,000 (n= 6)	127.50	16.89		21.50	2.59		16.33	7.34		18.83	1.72		17.00	3.63		53.83	8.91	
7,001 – 10,000 (n= 13)	141.62	22.33		22.00	4.20		21.62	4.25		17.77	4.73		21.46	4.63		58.77	10.54	
> 10,000 (n= 34)	145.06	25.11		22.94	6.14		21.09	4.08		18.26	4.88		21.76	5.53		61.00	10.20	
ชนิดของการผ่าตัด																		
ผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก (n= 85)	137.59	23.93	.27	22.61	4.96	.85	19.51	4.69	.95	18.52	4.45	.64	19.39	5.69	.68	57.56	10.81	.03
ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (n= 10)	124.80	22.47		22.20	4.71		19.30	2.83		17.70	4.50		17.80	5.05		47.80	12.50	
ผ่าตัดทั้งสองวิธี (n = 15)	132.73	31.45		21.87	4.49		19.87	4.79		17.47	4.73		19.80	7.62		53.73	14.95	
การรักษาร่วม																		
ไม่ได้รับ (n = 97)	137.90	24.55	.01	22.68	4.65	.22	19.76	4.50	.15	18.54	4.45	.13	19.65	5.65	.09	57.27	11.23	.01
ได้รับ (n = 13)	119.85	23.33		20.92	4.70		17.85	4.65		16.54	4.35		16.69	5.84		47.85	13.46	
ชนิดของโรค																		
Non-functioning tumor (n =85)	131.52	22.36	.34	21.08	5.39	.10	19.16	4.99	.64	17.68	4.63	.43	18.20	6.62	.29	55.40	9.54	.72
Functioning tumor (n = 25)	137.01	25.72		22.88	4.62		19.65	4.43		18.48	4.43		19.62	5.67		56.38	12.49	

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษาและรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านโรค ได้แก่ การรักษา รวม มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ส่วนชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .19$ และ $.57$ ตามลำดับ)

เมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$ และ $.01$ ตามลำดับ) และรายได้ ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมอีกด้วย ($p = .03$) สำหรับปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด และการรักษา รวม มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p = .02$ และ $.01$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้ ส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ร้ายแรง และมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการรักษา คือการผ่าตัด¹⁶ รวมถึงผลของการรักษาไม่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายที่ ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือทุพพิกขุ

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39 ของผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 45.5 บอกว่ามีอาการผิดปกติ ซึ่งอาการผิดปกติที่พบมาก คือเรื่องการมองเห็น ผู้ป่วยร้อยละ 8.2 มีอาการตามัว ร้อยละ 6.4 ตามองเห็นชัดจนข้างเดียว ร้อยละ 3.6 มีอาการลานสายตาแคบ และร้อยละ 2.7 ตามองเห็นภาพซ้อน อาการผิดปกติเรื่องการมองเห็นที่เกิดขึ้นเนื่องจากก้อนเนื้องอกกดเบียดต่อเส้นประสาทตาและประสาทสมองเส้นที่ 3, 4 และ 6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Dekkers และคณะ¹⁷ ที่พบว่า

ผู้ป่วย nonfunctioning tumor มีความผิดปกติเรื่องลานสายตา (visual field) ถึงร้อยละ 41

ความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว มีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง โรคเนื้องอกสมองมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน โดยในเพศหญิง ผู้ป่วยจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ มีสีว หรือมีขนตามตัวหรือใบหน้าเพิ่มขึ้น ในเพศชายมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ความรู้สึกทางเพศลดลง อาการเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจและการดำเนินชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 33.6 ไม่ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องของชีวิตทางเพศ ส่วนผู้ที่ยินดีให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.6) รู้สึกพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเองในระดับปานกลางเท่านั้น

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้ อยู่ในระดับปานกลาง จากผลของความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน มีบทบาทสำคัญต่อความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ด้วย ในผู้ป่วย functioning tumor ชนิด prolactinoma ผู้ป่วยจะมีภาวะวิตกกังวลสูง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ไม่ว่าจะจากรูปร่างที่เปลี่ยนไป คือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีสีว มีขนตามตัวหรือตามใบหน้า หรือมีความรู้สึกทางเพศลดลง⁹ ในการศึกษานี้ จากการประเมินด้านความผาสุกทางอารมณ์พบว่า มีผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าอาการจะแย่ลง เศร้าใจ และหมดหวังร้อยละ 13.6 ร้อยละ 9 และร้อยละ 5.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยหลายรายรู้สึกดีใจที่มีโทรศัพท์จากโรงพยาบาลไปพูดคุยด้วย ทำให้มีโอกาสเล่าบรรยายความรู้สึกที่นอกเหนือ จากข้อคำถามในแบบสอบถาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dekkers และคณะ¹⁷ ในผู้ป่วย nonfunctioning tumor เมื่อประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต SF- 36 พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกถูกจำกัดบทบาทในเรื่องต่างๆ เนื่องจากมีปัญหาทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ Johnson และคณะ⁹ ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีความพร้อมด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ

สำหรับความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ป่วยโรคนี้มีสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องของการมองเห็น ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 15.5 และ 14.5 ตามลำดับ) การมองเห็นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้เหมือนเดิมรวมถึงการขับรถด้วย นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีความรู้สึกคับข้องใจกับการที่ไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ ในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 13.6 และ 5.5 ตามลำดับ)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง

รายได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต จากผลการศึกษารายได้ของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 22 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 26.4 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินถึงแม้ว่า ระบบสุขภาพจะเอื้อต่อการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล แต่เมื่อหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัดในระยะยาว รวมถึงมีรายได้ลดลง เนื่องจากร้อยละ 45.5 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติหลังได้รับการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ จากข้อคำถามด้านความผาสุกทางด้านการปฏิบัติกิจกรรม เรื่องความสามารถในการทำงานโดยทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 22.7 สามารถทำงานได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.3 สามารถทำงานได้ในระดับเล็กน้อย และร้อยละ 6.4 ไม่สามารถทำงานได้เลย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยเพียงร้อยละ 68.9 เท่านั้น ซึ่งมีการศึกษาในผู้ป่วยเนื้องอกสมองพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .17$)⁷

ระดับการศึกษา พบว่า ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาของบุคคล ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 47.3 มีการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 20.9 มีการศึกษาระดับมัธยม และร้อยละ 19.1 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่างกัน อาจอธิบายได้ว่า ความรู้ช่วยให้บุคคลมีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต และสามารถดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

ชนิดของโรค มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง ทั้ง nonfunctioning tumor และ functioning ล้วนทำให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย อันส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ จำนวนผู้ป่วย functioning tumor มีเพียงจำนวนร้อยละ 22.7 จึงอาจทำให้ชนิดของโรค ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Johnson และคณะ⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองทั้ง nonfunctioning tumor และ functioning tumor ซึ่งแบ่งเป็น Prolactinoma มีจำนวน 39 ราย Cushing's disease มีจำนวน 42 ราย และ Acromegaly มีจำนวน 36 ราย ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ ($p < .05$)

การรักษา ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่างกัน การรักษาร่วมในผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองโดยการฉายรังสี เป็นวิธีที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ 15 มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 6.4 ได้รับการฉายรังสี ร้อยละ 4.5 ได้รับความรังสีรักษาและเคมีบำบัด ซึ่งผลของการฉายรังสีในระยะยาว ส่งผลให้การมองเห็นของผู้ป่วยแย่ลง¹⁸

ชนิดของการผ่าตัด มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 77.3 ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจุก ร้อยละ 13.6 ได้รับการผ่าตัดทั้งเข้าทางโพรงจุก และเปิดทางกะโหลกศีรษะ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อขนาดเล็ก (microadenoma) แพทย์มักใช้

วิธีผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก ส่วนการผ่าตัดเปิดทางกะโหลกศีรษะ มักทำในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อขนาดใหญ่และขยายเข้าไปใน suprasella region² หรือผู้ป่วยที่มีการกลับมาของเนื้องอก (recurrence tumor) จากผลการศึกษา พบว่า ชนิดของการผ่าตัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ post hoc test โดยวิธี Bonferroni พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) มีคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกทางจมูก (transphenoidal approach) อาจอธิบายได้ว่าการผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูก ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลผ่าตัดใหญ่ ไม่มีแผลผ่าตัดให้เห็นภายนอก มีแผลในโพรงจมูกเท่านั้น และผลของการผ่าตัด ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรงและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเข้าทางโพรงจมูกมักมีก้อนเนื้อออกขนาดเล็กกว่า จึงมีภาวะแทรกซ้อนจากก้อนเนื้อทำให้เกิดอาการผิดปกติเรื่องการมองเห็นน้อยกว่า

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผู้วิจัยพบว่าบางปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางคลินิก คือ ชนิดของโรคและชนิดของการผ่าตัด แต่จากการศึกษาพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้พอ อย่างไรก็ตาม ในกรณีตรงกันข้าม ถ้าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอ ก็อาจทำให้เพิ่มโอกาสที่จะทำให้ผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ (statistical significance) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติ (non practical significance) เช่นกัน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว อาจเป็นความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตที่น้อย เช่น เพียง 1 คะแนน ก็ได้ แต่การทดสอบพบว่า กลับมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น ข้อมูลก็จะมีค่าแปรปรวนน้อยลง ดังนั้น มักพบว่าสมมติฐานที่ทดสอบจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางปฏิบัติ ซึ่งในทางปฏิบัติ ความแตกต่างเพียง 1 คะแนนอาจนำไปใช้ในทางคลินิกค่อนข้างยาก¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา ความผาสุกด้านการปฏิบัติงาน กิจกรรม และด้านสังคม/ครอบครัว มีระดับคะแนนน้อยกว่า

ด้านอื่นๆ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะของโรค ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วย คู่สมรสและครอบครัว เข้าใจและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ให้คำแนะนำหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยในการประกอบอาชีพ เนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาทางด้านสายตา ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานกิจกรรมได้เหมือนเดิม

3. ควรประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้รักษา ซึ่งประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ แพทย์ระบบต่อมไร้ท่อ จักษุแพทย์ เพื่อประเมินและวางแผนการรักษา รวมถึงวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้

4. การติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ อาจเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลรักษา และยิ่งช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ต่อไปได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากข้อจำกัดของการวิจัย ในการวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ควรมีการศึกษาเรื่องการแปลผลของคะแนนของคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางคลินิก ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร ซึ่งโดยทั่วไป อาจใช้ค่า MID (Minimal importance difference) ประมาณ 5%-10% ของ instrument range หรือ 10% ของค่าคะแนนที่เปลี่ยนแปลงไปจากค่าเดิม (change from baseline value) ซึ่งเป็นค่าที่บอกความแตกต่างสำคัญน้อยที่สุดของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพชีวิตที่มีความสำคัญในทางคลินิก และค่าดังกล่าวนี้ อาจทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางคลินิกง่ายขึ้น²⁰

2. จากการทำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต มาประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมองหลัง ได้รับการ

ผ่าตัด พบว่า มีข้อคำถามที่ประเมินคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมบางข้อ เช่น ด้านร่างกาย ข้อคำถาม คือ จำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง ด้านจิตใจ ข้อคำถาม คือ ความรู้สึกหม่นหมองกับการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองว่าดีขึ้นหรือแย่ลงได้ชัดเจน ส่วนข้อคำถามของคุณภาพชีวิตด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรค ที่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถประเมินได้อย่างชัดเจน ซึ่งการนำเครื่องมือดังกล่าวนี้ไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก อาจต้องมีเครื่องมืออื่นๆ ร่วมประเมิน Performance status ของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วย รวมทั้งอาจต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน กับคะแนนของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจต้องมีการซักถามผู้ป่วยเพิ่มเติม หรือให้ผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมด้วย นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตควรมีการประเมินซ้ำและในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบกับครั้งสุดท้ายว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือแย่ลง อันจะทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน²⁰

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการประเมินซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไร รวมทั้งควรมีการประเมินในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อจะให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณ นางสาววิไลพร บุญยฤทธิ์ นางสาวปรีดา ภรณ์ สีปากดี นางสาวประชิด ศรราชพันธ์ นางสาวสุพริ ลิลิตธรรม นางสาวสุภาพ จันทร์สมบูรณ์ และคณะกรรมการวิจัย งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจเพื่อให้งานสำเร็จอย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์ศรัณย์ นันทอารีย์ ปรึกษาศัลยแพทย์ หัวหน้าสาขาประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาจารย์จุฬารัตน์ พูลเอี่ยม นักสถิติ หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล และขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์

งานวิจัยฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย โครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล นอกจากนี้ อาจารย์และเจ้าหน้าที่จากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ยังได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา รวมทั้งเอื้ออำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ ต้องขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Chandler WF. Pituitary tumors. In: Bernstein M, Berger MS., editors Neuro-oncology: the essentials. New York: Theme medical publishers. Inc; 2000. p 399-408.
2. Stacey RJ, Powell MP. Sellar and parasellar tumors. In Lumley J, series editor. Neurosurgery: principles and practice. Springer-Verlag London limited; 2005. p 189-96.
3. Peace KA, Orme SM, Sebastian JP, Thompson AR, Barnes S, Ellis A , Belchetz PE. The effect of treatment variables on mood and social adjustment in adult patients with pituitary disease. Clin Oncol 1997; 46(4): 445-50.
4. Heald AH, Ghosh S, Bray S, Gibson C, Anderson SG, Buckler H, et al. Long-term negative impact on quality of life in patients with successfully treated Cushing's disease. Clin Endocrinol 2004; 61(4): 458-65.
5. Noad R, Narayanan KR, Howlett T, Lincoln NB, Page RC. Evaluation of the effect of radiotherapy for pituitary tumors on cognitive function and quality of life. Clin Oncol 2004; 16(4): 233-7.

6. Johnson MD, Woodburn CJ, Vance ML. Quality of life in patients with a pituitary adenoma. *Pituitary* 2003; 6(2): 81-7.
7. Intarasomchai T. Transition conditions related to quality of life among brain tumor patients in post operative phase. (M.S. Thesis in Nursing Science). Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2004.
8. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: Chinn PL editor. *Nursing research methodology*. Rockville, Maryland: Aspen; 1986. p 237-57.
9. Kulawong V. Health status of patients recovering from coronary artery bypass graft. Master's thesis in Nursing Science, Faculty graduate studies: Mahidol University; 2006.
10. Boonphadh U. Transition conditions related to health status among burn patients in rehabilitation phase. Master's thesis in Nursing Science, Faculty graduate studies: Mahidol University; 2006.
11. รัชชัย วรพงศธร. ข้อพิจารณาในการใช้สถิติ ถดถอยสำหรับงานวิจัย. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2532; 3(1): 55-62.
12. Weitzner MA, Meyers CA, Gelke CK, Byrne K, Celld DF, Levin VA. 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* 1995; 75(5): 1151-61.
13. Cella DF, Tulsky PS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Clin Oncol* 1993; 11(3): 570-9.
14. Ratanatharathon V, Sirilerttrakul S, Jirajaras S, Silpakit C, Maneecharakajorn J, Sailamai P, et. et al. Quality of life, Functional assessment of cancer therapy-general. *J Med Assoc Thai* 2001; 84(10): 1430-42.
15. ชูศรี วงศ์รัตน์. บรรณารักษาร. เทคนิคการใช้สถิติ เพื่อการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเทอร์เน็ตโปรดักส์; 2550.
16. Thapar K, Laws Jr. Pituitary tumors. In: Andrew HK, Edward RL, editors. *Brain tumors: an encyclopedic approach*. 2nd ed. London: Harcourt Publishers; 2001 p.803.
17. Dekkers OM, van der Klaauw A, Pereira AM, Biermasz NR, Honkoop PJ, Rolfsema F, et al. Quality of life is decreased after treatment for nonfunctioning pituitary macroadenoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(9): 3364-9.
18. Snead FE, Amdur RJ, Morris CG, Mendenhall WM. Long-term outcomes of radiotherapy for pituitary adenomas. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 71(4): 994-8.
19. Ringash J, O'Sullivan B, Bezjak A, Redelmeier DA. Interpreting clinically significant changes in patient-reported outcomes. *Cancer* 2007; 110 (1): 196-202.
20. Sloan JA, Frost MH, Berzon R, Dueck A, Guyatt G, Moynour C, et al. The clinical significant of quality of life assessments in oncology: a summery for clinicians. *Support care cancer* 2006; 14: 988-98.