

อาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมอง: บทบาทที่ทำหาย ของพยาบาล

ชนกพร จิตปัญญา* ปร.ค.

สุรชัย มณีเนตร** ปร.ค.

บทคัดย่อ:

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการสำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองในบทบาทของพยาบาล โดยสาระสำคัญ ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์ 2) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด 3) แบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์แต่ละอาการ และ 4) กลยุทธ์การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีจำนวนน้อย และยังไม่
มีแนวทางการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจน ดังนั้นการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย
เนื้องอกสมองให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ทำหายของพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมองมีอัตรา
การรอดชีวิตเพิ่มขึ้น และมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึง
ประสงค์ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการบำบัดทางการ
พยาบาล หรือพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มี
ประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เนื้องอกสมอง, อาการ, กลุ่มอาการ, อาการไม่พึงประสงค์, การจัดการอาการ

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพมหานคร

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: surachai.m@ubu.ac.th

วันที่รับบทความ 28 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับบทความ 6 ธันวาคม 2567

Unpleasant Symptoms and Management Strategies for Patients with Brain Tumor: The Challenging Role of Nurses

Chanokporn Jitpanya Ph.D.*

*Surachai Maninet** Ph.D.*

Abstract:

The purpose of this article was to present knowledge about unpleasant symptoms and management strategies for patients with brain tumor. The major topics included: 1) theoretical foundation related to unpleasant symptoms, 2) most common unpleasant symptoms in brain tumor patients including fatigue, sleep disturbance, psychological distress, and cognitive impairment, 3) validated scales for the assessment of each symptom, and 4) symptom management strategies. From the literature review, it was found that studies on the management of unpleasant symptoms in patients with brain tumors were limited, and there were no clear guidelines for managing these symptoms. Therefore, effectively managing the unpleasant symptoms of brain tumor patients is a challenge for nurses. This is essential to improve the survival rates and quality of life for them. Research studies on managing unpleasant symptoms within the theoretical framework will assist nurses in designing nursing interventions or developing management programs aiming at better nursing outcomes.

Keywords: Brain Tumor, Symptom, Symptom Cluster, Unpleasant Symptoms, Symptom Management

**Associate Professor , Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok*

***Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, E-mail: surachai.m@ubu.ac.th*

Received March 28, 2024 Revised November 23, 2024 Accepted December 6, 2024

บทนำ

เนื้องอกสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม โดยโรคนี้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากในช่วงอายุ 5-9 ปี และ 50-55 ปี¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคเนื้องอกสมองและการรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยอาจจะเกิดอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายที่อาจพบเพียงหนึ่งอาการหรือหลาย ๆ อาการก็ได้² อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเนื้องอกสมองนั้นมีความหลากหลายและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด³ อาการเหล่านี้สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ^{2,3} ดังนั้น การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น³

การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องมีการวางแผนดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้ การศึกษาวิจัยในด้านนี้มีความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเนื้องอกสมองยังมีจำนวนน้อย และยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางการจัดการที่ชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในทางปฏิบัติอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และพบว่า มีการนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์มาเป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเนื้องอกสมองอย่างจำกัด^{2,3}

ดังนั้นผู้เขียนบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และกลยุทธ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่มีเนื้องอกสมอง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการเพิ่มพูนองค์ความรู้และมีแนวทางในการวางแผน ออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptom)

เลนซ์และคณะ⁴ ให้ความหมายของอาการไม่พึงประสงค์ว่าเป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยทำให้บุคคลมีอาการมากกว่า 1 อาการ แต่ละอาการจะมีหลายมิติ (Multidimension) อาการแต่ละอาการสามารถอธิบายสาเหตุตามกลไกสรีรวิทยาที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละอาการซึ่งแยกจากกันได้ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันจากผลรวมของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่มีความเชื่อมโยงต่อกันของร่างกาย ทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน คือ เมื่อมีอาการหนึ่งเกิดขึ้น อาการนั้นจะเหนี่ยวนำให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา หรืออาจส่งเสริมให้อาการอื่นที่เกิดขึ้นอยู่แล้วมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของ

อาการและ/หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นเท่าไร ผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ โดยองค์ประกอบของทฤษฎีประกอบด้วย อาการ (Symptom) ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factor) และผลจากอาการ (Consequences of the symptom) เมื่อพิจารณาในบริบทของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง อาการไม่เพียงประสงค์หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกของผู้ป่วยเนื้องอกสมองหลังได้รับการผ่าตัด เกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการไม่สุขสบายหรืออาการไม่พึงประสงค์นี้ประกอบด้วยอาการหลาย ๆ อาการ แต่ละอาการมักจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกัน และอาการเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง³ อาการประกอบด้วย 4 มิติ แต่ละมิติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแต่สามารถแยกออกจากกันได้โดยชัดเจน

1. มิติความรุนแรง (Severity) หมายถึง รวมความถึงความแรง (Strength) ของการเกิดอาการ เป็นมิติที่นิยมใช้กันมากในทางคลินิกและการวิจัย เนื่องจากวัดได้ง่าย

2. มิติเวลา (Timing) หมายถึง ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะ (Intermittent) หรือเป็นช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือมีความหมายรวมทั้งความถี่ (Frequency) และช่วงความยาวนาน (Duration) ของอาการที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มิติด้านนี้ยังมีความหมายรวมไปถึงกิจกรรมหรือช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ เช่น อาการคลื่นไส้ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับมื้ออาหาร

3. มิติความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ระดับความทุกข์ทรมาน หรือการถูกรบกวนของบุคคลที่เกิดจากอาการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยคือผู้รายงานความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ มิติด้านนี้มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์การบำบัดทางการแพทย์หรือการรักษาต่ออาการนั้น ๆ รวมทั้งมีผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยเอง จัดเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

4. มิติคุณลักษณะของอาการ (Quality) หมายถึง คุณลักษณะของอาการที่ปรากฏออกมา สามารถแสดงออกในลักษณะของคำพูดที่ใช้อธิบายลักษณะของอาการนั้น ๆ เช่น การอธิบายลักษณะของอาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดหน่วง ๆ ปวดเสียบปวดร้อน หรือการอธิบายลักษณะการหายใจลำบากในลักษณะที่ต่างกัน เช่น อึดอัดแน่นหน้าอก หายใจไม่เต็มอิม หรือหายใจไม่ออก เป็นต้น คุณลักษณะของอาการที่กล่าวมานี้มีความหมายรวมไปถึงตำแหน่งที่ประสบกับอาการนั้น ๆ ที่ผู้ป่วยอธิบายออกมา

อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด^{2,3,5} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อาการเหนื่อยล้า (Fatigue)

1.1 ความหมายของอาการเหนื่อยล้า เครือข่ายมะเร็งครบวงจรแห่งชาติ (National comprehensive cancer network)⁶ อธิบายอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) ว่าเป็น “ความรู้สึกกังวลที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจรู้สึก เหนื่อยล้า

ทางร่างกาย อารมณ์ และไม่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมใด ๆ และอาการเหนื่อยล้านี้รบกวนการทำงานและชีวิตประจำวันตามปกติของผู้ป่วย”

1.2 ลักษณะของอาการเหนื่อยล้า (Characteristics)

ผู้ป่วยจะมีการรับรู้/รู้สึกถึงอาการเหนื่อยล้า^{5,6} โดยการอธิบายหรือแสดงออกในลักษณะของการขาดพลังงานอย่างมากจนไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (A profound lack of energy) รู้สึกเหนื่อยกะทันหัน (Feeling suddenly tired) อ่อนแรงทั่วร่างกาย (Generalized weakness) รู้สึกว่าแขนขาหนัก (Limb heaviness) ไม่มีสมาธิ (Difficulty concentrating) หงุดหงิดหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ด้านลบ (Irritability or emotional reactivity) นอนไม่หลับ (Sleeplessness) รู้สึกว่าตนเองต้องการพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น (Increased need to rest) แรงจูงใจลดลง (Decreased motivation) ยากลำบากในการทำงานในแต่ละวันให้เสร็จสิ้น (Difficulty completing daily tasks) และ/หรือรับรู้ว่าคุณภาพเกี่ยวกับความจำระยะสั้น (Perceived problems with short-term memory)

1.3 สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า (Causes)^{7,8}

1.3.1 การเจริญเติบโตของก้อนเนื้อหรือการซ่อมแซมเซลล์ที่ถูกทำลาย ทำให้เกิดการใช้พลังงานมาก ร่างกายของผู้ป่วยจึงขาดพลังงาน

1.3.2 การผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดเนื้องอกสมอง เนื่องจากระหว่างการผ่าตัดมีการให้ยาระงับความรู้สึก ยากระตุ้นประสาท ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย นอกจากนี้การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด การซ่อมแซมบาดแผลต่าง ๆ ทำให้ร่างกายขาดพลังงาน

1.3.3 การฉายรังสีรักษา ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ตั้งแต่เริ่มการรักษาไปจนถึงภายใน 8 สัปดาห์

1.3.4 ยาเคมีบำบัดจะไปกีดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

1.3.5 ยาบางชนิด อาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น เช่น ยาบรรเทาปวด ยาคลายเครียด หรือเกิดจากการถอนยาสเตียรอยด์

1.4 กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า (Symptom management strategies)^{3,9,10}

การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ที่พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ มีดังนี้

1.4.1 การประเมินอาการเหนื่อยล้าและปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก หรืออย่างน้อยแหว่ละครั้ง

1.4.2 การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Adjusting life style) เพื่อลดการใช้พลังงานและอาการเหนื่อยล้า ได้แก่

1) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องพักผ่อนในรอบวัน

2) สังเกตว่าตนเองมีกำลัง/ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีในช่วงเวลาใดของวัน เพื่อวางแผนในการทำกิจกรรมประจำวันในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า

3) บันทึกกิจกรรม และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเหนื่อยล้ามากขึ้น

4) ประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เอง และกิจกรรมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล

5) จัดเตรียมสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยใช้พลังงานในการทำงานในแต่ละวันให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น การจัดวางสิ่งของให้ใกล้ตัวผู้ป่วยให้สามารถหยิบจับได้สะดวก

6) เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด โยคะ หรือการบำบัดเสริมอื่น ๆ เพื่อช่วยให้อาการเหนื่อยล้าสงบ⁹

1.4.3 ปรับการรับประทานอาหารเพื่อสงวนพลังงาน (Eat for energy)¹⁰ ได้แก่

1) รับประทานอาหารมื้อเล็กๆ บ่อยๆ ซึ่งรวมคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่ให้พลังงานสูง ผลิตภัณฑ์จากนม และโปรตีนบางชนิดเพื่อรักษาพลังงานให้คงที่ เช่น ข้าวกล้อง มันเทศ นมสด นมถั่วเหลือง ไอศกรีม และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน¹⁰

2) เลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารที่สดใหม่ เนื่องจากมีคุณค่าทางโภชนาการสูง

3) รับประทานอาหารและผลไม้เพื่อให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่ เช่น กล้วย ผักโขม กระเทียม ผลไม้ตระกูลส้ม มะละกอ องุ่น เป็นต้น

4) ถ้ามีอาการคลื่นไส้หลังการได้รับยาเคมีบำบัด อาจรับประทานยาแก้อาเจียนตามแพทย์สั่ง รวมถึงอาหารที่ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น อาหารอ่อน อาหารที่มีรสชาติไม่จัด และผลไม้ที่ช่วยให้รู้สึกสดชื่น

5) หากผู้ป่วยเตรียมอาหารด้วยตนเอง ให้นำสิ่งเตรียมอาหารเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า

1.4.4 การออกกำลังกาย เน้นการออกกำลังกายระดับปานกลางเพื่อเพิ่มระดับพลังงาน เช่น แอโรบิก การเดิน การว่ายน้ำ โยคะ และการฝึกออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน⁹

1.4.5 การจัดการกับความเครียด โดยการฝึกการหายใจ เช่น การหายใจลึก การหายใจด้วยเสียง เป็นต้น การทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ/สนใจ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การเล่นเกม เล่นดนตรี ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อน หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น

1.5 เครื่องมือประเมินอาการเหนื่อยล้า (Measurement)⁸ แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale: FSS) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดยอวยพร สวัสดิ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 1-7 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 63 คะแนน การแปลผลคะแนนให้คำนวณจากผลรวมของคะแนนแล้วหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด หากได้คะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่ามีอาการเหนื่อยล้า

2. ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance)

2.1 ความหมายของความแปรปรวนของการนอนหลับ สมาคมเวชศาสตร์การนอนหลับของสหรัฐอเมริกา (American academy of sleep medicine)¹¹ ให้นิยามความแปรปรวนของการนอนหลับ ว่าเป็น

“การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับของผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำกิจกรรมในเวลา กลางวันตามปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว”

2.2 ลักษณะของความแปรปรวนของการนอนหลับ (Characteristics)

ความแปรปรวนของการนอนหลับเป็นหนึ่งในอาการที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ลักษณะความแปรปรวนของการนอนหลับของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ การนอนหลับในเวลา กลางวันเพิ่มมากขึ้น (Excessive daytime sleepiness) อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) การหยุดหายใจ ขณะหลับ (Sleep apnea) การเคลื่อนไหวของทรงอกผิดปกติ (Limb movement disorders) และการตื่นในตอนกลางคืนเพิ่มมากขึ้น (Nighttime awakenings)¹² นอกจากนี้ยังพบลักษณะของความแปรปรวนของการนอนหลับ ดังนี้

1) อาการนอนไม่หลับที่เกิดจากมีการรบกวนการนอนหลับพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย Pineal tumor ที่ได้รับการผ่าตัดและถูกรบกวนการนอนหลับบ่อยครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับถึงร้อยละ 95¹²

2) การนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย Pituitary macroadenoma พบว่า ผู้ป่วยจะมีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วย มีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย Craniopharyngioma ที่ได้รับการผ่าตัดและรังสีรักษาพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมีการนอนหลับในเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น^{13,14}

3) การหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) พบว่า ผู้ป่วย Brainstem tumor จะมีประสิทธิภาพการนอนลดลงร้อยละ 76 และมีการหยุดหายใจขณะหลับในช่วงของการนอนหลับ Rapid Eye Movement Sleep (REM) sleep ร้อยละ 94^{15, 16}

นอกจากนี้ ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยอาจเกิดควบคู่ไปกับอาการอื่น ๆ เช่น อาการเหนื่อยล้า อาการซึมเศร้า และอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย

2.3 กลยุทธ์การจัดการกับความแปรปรวนของการนอนหลับ

1) การส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี (Good sleep hygiene)^{3,17} ได้แก่

1.1) สร้างสภาพแวดล้อมในการนอนหลับที่เหมาะสม เช่น การนอนในห้องที่มีด การปิดเสียงที่อาจรบกวนการนอนหลับ และปรับอุณหภูมิในห้องนอนให้อยู่ในระดับที่สบาย เพื่อช่วย กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเมลาโทนิน ซึ่งช่วยในการนอนหลับ

1.2) กำหนดเวลานอนและตื่นให้สม่ำเสมอ เช่น นอนหลับให้เป็นเวลา โดยให้เข้านอน เวลาเดิมทุกคืน

1.3) สร้างกิจวัตรก่อนนอน โดยทำกิจกรรมที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือหรือการทำสมาธิ

1.4) อาหารและเครื่องดื่ม ควรหลีกเลี่ยงอาหารหนักก่อนนอน ควรรับประทานอาหาร มือเย็นให้เร็วและเบา ลดการบริโภคคาเฟอีนในช่วงบ่ายและเย็น และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนนอน

1.5) การออกกำลังกาย สามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงเวลาใกล้เข้านอน

1.6) เพิ่มการงีบหลับสั้น ๆ ในช่วงกลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสะสมพลังงานเพิ่มขึ้น โดยให้งีบหลับกลางวันได้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง เพราะอาจส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับกลางคืนได้

2) การส่งเสริมการนอนหลับด้านอารมณ์และจิตใจ ประกอบด้วยหลายวิธี ดังนี้

2.1) การนวดและกระตุ้นจุดต่าง ๆ ตามร่างกาย ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด บรรเทาอาการปวด และกระตุ้นการผลิตฮอร์โมนเซโรโทนิน (Serotonin) และ เมลาโทนิน (Melatonin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สำคัญในการควบคุมการนอนหลับ ซึ่งส่งผลดีต่อการนอนหลับ¹⁸

2.2) การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น การหายใจลึก การยืดกล้ามเนื้อ การฝึกโยคะ การใช้ความร้อนหรือความเย็น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นการผ่อนคลายร่างกายเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น ลดการรบกวนทางอารมณ์ต่อระบบประสาทสมอง ทำให้มีการหลั่งซีโรโทนินเพิ่มขึ้น มีผลยับยั้งการตื่นตัวใน เรติคูลาร์ฟอร์เมชัน (Reticular formation) ทำให้เริ่มเข้าสู่การนอนหลับง่าย¹⁹

2.3) การฟังเพลงหรือดนตรีก่อนนอน ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น โดยการผ่อนคลายร่างกายด้วยดนตรี จะช่วยลดการไหลเวียนของนอร์เอเดรินาลีน (Noradrenaline) ซึ่งเป็นสารที่มีความเกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นนอนหลับหลังจากเข้านอนทำให้หลับง่ายขึ้น¹⁹

3) การส่งเสริมการนอนหลับโดยใช้ยา^{3,10}

3.1) ยากลุ่มกลุ่มยาเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) เช่น Lorazepam, Triazolam, Flurazepam และ Clonazepam เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กดประสาท (Central nervous system depressants) ใช้รักษาอาการนอนไม่หลับ ทำให้รู้สึกสงบและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อาจจะมีผลข้างเคียง คืออาการง่วงซึม การรับรู้บกพร่อง และสูญเสียการทรงตัว

3.2) ยากลุ่มนอนเบนโซไดอะซีปีน (Nonbenzodiazepines) เช่น Eszopiclone, Zolpidem และ Zaleplon เป็นกลุ่มยานอนหลับออกฤทธิ์เร็ว เนื่องจากดูดซึมได้ดี ออกฤทธิ์ใน 30 นาที หลังจากที่ได้รับประทานยาและออกฤทธิ์ได้นาน 8 ชั่วโมง โดยจะทำให้สมองรู้สึกง่วงนอน ทำให้คลายกังวล ช่วยให้การนอนหลับในช่วงเริ่มต้นดีขึ้น ลดปัญหาการตื่นกลางดึกบ่อย

3.3) ยากลุ่มต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressants) เช่น Amitriptyline, Mirtazapine, และ Trazodone ใช้ในการรักษาอาการนอนไม่หลับร่วมกับภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง

2.4 เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia severity index: ISI) ฉบับภาษาไทยแปลโดยพัทธิญา แก้วแพง²⁰ โดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้านได้แก่ ระยะเวลาในการนอน การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ การตื่นเช้ากว่าปกติ และผลกระทบที่เกิดขณะมีอาการนอนไม่หลับ มีข้อคำถาม

จำนวน 7 ข้อ มาตรฐานแบบลิเคิร์ตสเกลจากเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-28 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนอาการนอนไม่หลับ

คะแนน	การแปลผล
0 - 7	ไม่มีอาการนอนไม่หลับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก No clinically significant insomnia
8 - 14	เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ Subthreshold insomnia
5 - 21	มีอาการนอนไม่หลับทางคลินิก (ความรุนแรงปานกลาง) Clinical insomnia (moderate severity)
22 - 28	อาการนอนไม่หลับทางคลินิก (รุนแรง) Clinical insomnia (severe)

3. อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Psychological distress)

เครือข่ายมะเร็งครบวงจรแห่งชาติ (National Comprehensive Cancer Network, NCCN)²¹ ให้นิยามของความทุกข์ทรมานด้านจิตใจว่าเป็น “ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์หลายประการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ที่อาจรบกวนความสามารถในการรับมือกับโรคมะเร็งของผู้ป่วย” ประมาณร้อยละ 35-74 ของผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ²² เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมอง มักมีเจตคติต่อโรคว่าเป็นโรคที่ผู้ใดเป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มีทางรักษา รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น สูญเสียการควบคุมตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัวการถูกทอดทิ้ง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล สับสน ก้าวร้าว ซึมเศร้า หมดหวัง ปฏิเสธ หรือบางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย^{22,23} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า^{23,24} มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความวิตกกังวล (Anxiety)

3.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล เป็นอาการทางจิตใจที่แสดงถึงความรู้สึกตึงเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ความกดดัน หรือการเจ็บป่วย อาการวิตกกังวลที่รุนแรงหรือเกิดขึ้นบ่อยครั้งอาจกลายเป็นปัญหาทางจิตใจที่ต้องการการดูแลรักษา²⁵

3.1.2 ลักษณะความวิตกกังวล สามารถแสดงออกมาได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งทางด้านอารมณ์และทางกายภาพ ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น รู้สึกไม่สบายใจหรือกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แม้ว่าจะไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีความคิดที่วนเวียนอยู่เกี่ยวกับสิ่งที่เลวร้ายที่จะเกิดขึ้น หรือมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกเหมือนหัวใจเต้นแรงหรือเร็วเกินไป มีเหงื่อออกมากผิดปกติ โดยเฉพาะที่ฝ่ามือหรือร่างกายส่วนอื่น ๆ หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

3.1.3 สาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่

1) ชนิดของเนื้องอกพบว่า ผู้ป่วยเนื้องอกสมองชนิด Secondary หรือ Metastatic brain tumor มักจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเนื้องอกสมองชนิด Primary brain tumor เพราะ Secondary หรือ

Metastatic brain tumor คือมะเร็งที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่น ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ความวิตกกังวลนี้เกิดได้ตั้งแต่ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคจากแพทย์²⁴

2) การรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 89 ของผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทเกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะรอผ่าตัด สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ได้แก่ กลัวการเสียชีวิต กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กังวลว่าจะปวดแผลผ่าตัด หรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ กังวลเรื่องครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจสังคม และระยะเวลาการรอผ่าตัด เป็นต้น ส่วนในระยะหลังผ่าตัดผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลจะลดลง^{25,26}

3.1.4 กลยุทธ์การจัดการกับความวิตกกังวล²⁷ มีดังนี้

1) การให้ข้อมูลและความรู้ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสามารถช่วยลดความวิตกกังวล โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น

2) การสนับสนุนทางจิตใจ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ โดยการพูดคุยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียด และการเข้าร่วมกลุ่มที่มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เดียวกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีการแบ่งปันประสบการณ์

3) การบำบัดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล การบำบัดด้วยการพูดช่วยให้ผู้ป่วยได้เปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกวิตกกังวลและความกลัวที่มีต่อโรค

4) การดูแลจากครอบครัวและเพื่อน ได้แก่ การพูดคุยและให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน การช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ชอบหรือสนใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้

3.1.5 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้แบบประเมิน A-State²⁸ ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เพื่อประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกมี 10 ข้อ ให้คะแนน 4, 3, 2, 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบมี 10 ข้อ ให้คะแนน 1-4 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 80 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด คือ 20 คะแนน เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ตารางที่ 2 การแปลผลคะแนนความวิตกกังวล

คะแนน	การแปลผล	
20 - 39	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำ	low anxiety
40 - 59	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลาง	moderate anxiety
60 - 80	เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง	high anxiety

3.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับไม่รุนแรงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยหลังการผ่าตัดสั้นกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับไม่รุนแรง อัตราการรอดชีวิตอาจสั้นลง และผู้ป่วยมะเร็งสมอง (Glioma) ระดับรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดจะมีการรอดชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ 12 เดือน และมีเพียงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ยังมีชีวิตอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 41 ของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตลดลง ผู้ป่วยเกิดความคิดฆ่าตัวตาย²⁹

3.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่มีลักษณะของความรู้สึกเศร้า ไม่มีกำลังใจ หรือหมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ²⁹

3.2.2 ลักษณะของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็นหลายด้าน²⁹ ได้แก่

1) อาการทางอารมณ์ แสดงออกในลักษณะของความรู้สึกเศร้า อารมณ์แปรปรวน ความรู้สึกไร้ค่า มีความรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับอนาคต

2) อาการทางร่างกาย แสดงออกในลักษณะของความเหนื่อยล้า การนอนหลับผิดปกติการเปลี่ยนแปลงในน้ำหนัก อาจมีอาการปวดหรือไม่สบายในร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ

3) อาการทางความคิด แสดงออกในลักษณะของความคิดเชิงลบ การขาดสมาธิ ความคิดฆ่าตัวตาย³⁰

4) อาการทางพฤติกรรม แสดงออกในลักษณะของการหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำงานหรือการเรียนลดลง การใช้สารเสพติด

3.2.3 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง^{29,31}

1) การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา ได้แก่ การทำงานของสมองที่เปลี่ยนแปลง โดยเนื้องอกอาจกดทับหรือส่งผลกระทบต่อส่วนต่าง ๆ ของสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และการควบคุมอารมณ์ เช่น ส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมอารมณ์และความรู้สึก นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท อาจมีผลกระทบต่อระดับสารเคมีในสมอง เช่น เซโรโทนิน (Serotonin) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์

2) ความเครียดจากการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเนื้องอกสมองสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต การรักษา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิต

3) ผลข้างเคียงของการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อาการคลื่นไส้ และอารมณ์แปรปรวน

4) การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่เคยทำได้ อาจทำให้รู้สึกท้อแท้หรือหมดกำลังใจ จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.2.4 กลยุทธ์การจัดการกับอาการซึมเศร้า^{31,32}

วิธีการจัดการกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 1) การบำบัดทางจิตใจ เช่น การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive behavioral therapy) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบที่ส่งผลต่ออารมณ์
- 2) การดูแลสุขภาพกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน การนอนหลับที่เพียงพอ เป็นต้น
- 3) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เช่น การติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อนเกี่ยวกับความรู้สึกของตน เพื่อไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว การขอความช่วยเหลือเมื่อรู้สึกต้องการการสนับสนุน
- 4) การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือการฝึกสติสามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุข การฝึกหายใจลึกๆ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล การฝึกโยคะหรือการออกกำลังกายที่ผ่อนคลาย เช่น โยคะ หรือการเดินในธรรมชาติ เป็นต้น
- 5) การตั้งเป้าหมายและทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เริ่มจากการตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ที่ทำได้ เช่น ทำกิจกรรมที่ชอบ หรือออกไปเดินเล่น การหากิจกรรมที่สนใจโดยลองทำกิจกรรมใหม่ ๆ ที่อาจทำให้รู้สึกดีขึ้น เช่น วาดรูป เล่นดนตรี หรือการทำงานฝีมือ เป็นต้น

3.2.5 เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินที่นิยมใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า คือ Patient Health Questionnaire-9³¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินที่เริ่มจากคะแนน 0-3 รายละเอียดดังนี้ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) และมีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-27 เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ตารางที่ 3 การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้า

คะแนน	การแปลผล
0 - 4	ไม่มีอาการซึมเศร้า
5 - 8	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้า
9 - 14	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย หรือ Dysthymia
15 - 19	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
>20	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คะแนน

4. ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognitive impairment)

ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัดสมอง โดยพบว่า ภายหลังจากการผ่าตัด 3-10 วัน ผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความบกพร่องด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้นในด้านการบริหารจัดการ เนื่องมาจากการผ่าตัดมีการทำลายสมองส่วนที่ควบคุมการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ไปด้วย และ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นภายหลังจากการผ่าตัดที่ 3 เดือนขึ้นไป แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ภายหลังจากการผ่าตัด 3 เดือนแล้วยังคงมีอาการของความบกพร่องด้านการรู้คิดอยู่³³

4.1 ความหมายของภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด คือ ภาวะที่บุคคลสูญเสียหน้าที่ด้านการรับรู้ การเข้าใจ ความจำความคิด การเรียนรู้ ความสามารถในการพูด การได้กลิ่น ความสนใจ การทำงานที่ซับซ้อน และการมีสมาธิที่ลดน้อยลงจากเดิม³³ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

4.2 ลักษณะของภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด³⁴ มีดังนี้

- 1) การรับรู้ ผู้ป่วยเนื้องอกสมองอาจมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมลดลง อาจมีปัญหาในการแยกแยะสิ่งที่มองเห็นหรือได้ยิน
- 2) ความจำ ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาในการจดจำข้อมูลใหม่ การมีความจำในระยะสั้นเสื่อมลง ทำให้มีอาการหลงลืม มีความลำบากในการนึกคำพูดที่จะกล่าวออกมา
- 3) การคิดวิเคราะห์ ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากในการคิดอย่างมีเหตุผล ทำให้การตัดสินใจมีความผิดพลาด และมีความคิดในการวางแผนจัดการต่างๆ ได้น้อยลง
- 4) การเรียนรู้ ผู้ป่วยอาจมีความยากลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

4.3 สาเหตุภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง^{10,34}

- 1) การกดทับหรือการทำลายเนื้อสมอง เนื้องอกอาจกดทับหรือทำลายส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีความสำคัญต่อการคิด การวิเคราะห์ และความจำ
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เนื้องอกอาจมีผลต่อการไหลเวียนของเลือดและสารอาหารในสมอง ส่งผลต่อการทำงานของเซลล์สมอง
- 3) ผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือการฉายรังสี อาจมีผลข้างเคียงที่ส่งผลต่อการทำงานของสมอง
- 4) อาการทางจิตเวช ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการทำงานทางปัญญา

4.4 กลยุทธ์การจัดการกับภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด^{35, 36}

วิธีการจัดการกับภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง มีดังนี้

- 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา ได้แก่ การฝึกความจำโดยใช้กิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นความจำ เช่น การทำแบบฝึกหัดจดจำ การเล่นเกมที่เน้นการใช้ความคิด เช่น เกมหมากรุก หรือเกมคอมพิวเตอร์ที่ใช้การวางแผน การทำกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือหรือการทำงานฝีมือที่ต้องใช้ความคิดและความตั้งใจ การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยสอนเทคนิคการคิดอย่างมีเหตุผลและการตัดสินใจ เช่น การใช้แผนภูมิหรือการวาดภาพเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น

2) การบำบัดทางจิตใจ ได้แก่ การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาช่วยผู้ป่วยเข้าใจและปรับเปลี่ยนความคิดที่ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และเสริมสร้างกลยุทธ์ในการรับมือกับอาการบกพร่องทางปัญญา

3) การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการมีส่วนร่วมจากคนใกล้ชิดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 30 นาที ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังสมอง ส่วนการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยในการฟื้นฟูสมองและความจำ รวมถึงการรับประทานอาหารที่ดีมีสารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง เช่น โอเมก้า-3 และวิตามินบี เป็นต้น นอกจากนี้ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือโยคะช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย

5) การจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีเสียงรบกวนที่ทำให้สับสน การใช้เทคโนโลยีช่วย เช่น แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดการความจำ

6) การเตรียมความพร้อมสำหรับญาติหรือผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฟื้นฟูฟื้นฟูทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน โดยเน้นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการรู้คิดด้านต่าง ๆ ดังนี้

6.1) กิจกรรมด้านความจำ สอนและฝึกเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียงลำดับกิจวัตรประจำวัน การฝึกจำภาพและสถานที่

6.2) กิจกรรมด้านสมาธิ สอนและฝึกการจัดการการเงิน ฝึกเล่นไพ่ (playing cards) ฝึกการปั้นดินน้ำมัน ฝึกใช้นิ้วเคาะจังหวะ (Fingers tapping)

6.3) กิจกรรมด้านการใช้เหตุผลและการตัดสินใจ สอนและฝึกการจัดการการเงิน (Working with money) การทำกิจกรรมตามตารางเวลา (Orientation tools) และการดูเวลา (Clock work) เป็นต้น

4.5 เครื่องมือประเมินภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นิยมใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด Mini Mental Stage Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002)³⁷ เป็นแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน ใช้ทดสอบการทำงานของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา แบบทดสอบนี้ไม่ใช้ในผู้ที่ตาบอด หูหนวก หรือมีภาวะซึมเศร้า

บทสรุป

การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยเนื้องอกสมองให้มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่ทำนายสำหรับพยาบาล บทความวิชาการนี้นำเสนอรายละเอียดของอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความแปรปรวนของการนอนหลับ ภาวะกดดันด้านจิตใจ และภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด รวมถึงนำเสนอวิธีการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์และวิธีการประเมินอาการเหล่านั้น ดังนั้นพยาบาลควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยออกแบบการบำบัดทางการพยาบาลหรือสร้าง โปรแกรมการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเหล่านี้ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยสนับสนุนการดูแลให้ได้มาตรฐานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Boongird A. Brain Tumor [Internet]. Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; [cited 2024 Mar. 9]. Available from <https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/PDFneuro/4.pdf>. (in Thai)
2. Parsons W, & Dietrich J. Assessment and management of cognitive symptoms in patients with brain tumors. American Society of Clinical Oncology. 2021; 41:90-e99.
3. Zhang R, Wang D, Liu Y, Tian M, Zhu L, Chen J, Zhang J. Symptom management in adult brain tumors: A literature review. Nurs Open. 2023; 10: 4892-4906.
4. Lenz E R, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. ANS. 1997; 19 (3): 14-27.
5. Hoomart K, Jitpanya C. Relationships among hemoglobin, insomnia, physical activity, and fatigue in post-stroke patients. Chula Med Bull, 2019; 1(6): 571-80. (in Thai)
6. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue. [Internet] [cited 2024 Mar. 9] Available from https://www.nccn.org/login?URL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
7. Sangchan A, Jitpanya C. Relationships between blood glucose levels, stress, and fatigue of stroke patient. HCU journal. 2018; 21(42): 29-40. (in Thai)
8. Sawasdee A, Preechawong S, Jitpanya C. Relationships between pain, sleep quality, depressive symptoms, and fatigue in post stroke patients. KJN [Internet]. 2018 Jan. 10 [cited 2024 Mar. 9]; 24(2): 7-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/108905>. (in Thai)
9. Thakkar P, Greenwald D, & Patel P. Rehabilitation of adult patients with primary brain tumors: A narrative review. Brain Sciences. 2020; 10(8): 1-18.

10. Neurological Institute of Thailand. Clinical nursing practice guidelines. Bangkok: Thana Press; 2020, 103 pages. (in Thai)
11. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest. 2014; 146 (5): 1387-94.
12. King L, Shuboni-Mulligan D, Vera E, Crandon S, Acquaye A, Boris L., ... & Armstrong S. Exploring the prevalence and burden of sleep disturbance in primary brain tumor patients. Neuro-oncology practice. 2022; 9(6): 526-35.
13. Sandro MK, Helen S, Bernhard M, Michael W, Michael S. Sleep disturbance after pinealectomy in patients with pineocytoma WHO I. Acta Neurochir.2012; 154: 1399-1405.
14. Agatha A van der Klaauw, Olaf MD, Alberto MP, Klaas W van Kralingen, Johannes AR. Increased daytime somnolence despite normal sleep patterns in patients treated for nonfunctioning pituitary macroadenoma. J Clin Endocrinol Metab. 2007; 92(10): 3898-3903.
15. Agatha A van der Klaauw, Nienke RB, Alberto MP, Klaas W van Kralingen, Olaf MD, Klaus FR, Johannes WA, Johannes AR. Patients cured from craniopharyngioma or nonfunctioning pituitary macroadenoma (NFMA) suffer similarly from increased daytime somnolence despite normal sleep patterns compared to healthy controls. Clin. Endocrinol. News. 2008); 69: 769-74.
16. Christine L, Brigitte Estournet-Mathiaud, Fawzia Cheliout-Hérait. Sleep disorders caused by brainstem tumor: Case Report. JCN. 2001; 16: 767-70.
17. Martin J, Hart N, Bradford N, Naumann F, Pinkham B, Pinkham P, & Holland J. Exercise as a non-pharmacological intervention for the management of sleep disturbance in primary brain tumour survivors and their caregivers: A study protocol of a clinical trial. JSAMS plus. 2024; 3: 100059.
18. Samuel R, Gururaj R, Kumar V, Vira P, Saxena P, & Keogh L. Randomized control trial evidence for the benefits of massage and relaxation therapy on sleep in cancer survivors - A systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2021; 15: 799-810.
19. Han J, Cheng L, Bi N, & Molasiotis A. Mind-body therapies for sleep disturbance among patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine.2023; 75: 102954.
20. Kaewpang P, Jitpanya C. Selected factors related to insomnia in adult cancer patients. JNSCU. 2006; 18 (2): 33-47. (in Thai)
21. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Distress management [cited 2024 Mar. 9] Available from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

22. Randazzo DM, McSherry F, Herndon JN, Affronti ML, Lipp ES, Flahiff C, Miller E, Woodring S, Freeman M, Healy P, Minchew J, Boulton S, Desjardins A, Vlahovic G, Friedman HS, Keir S, Peters KB. A cross-sectional analysis from a single institution's experience of psychosocial distress and health-related quality of life in the primary brain tumor population. *JNO*. 2017; 134 (2): 363-69.
23. Goebel S, Stark AM, Kaup L, von Harscher M, Mehdorn HM. Distress in patients with newly diagnosed brain tumors. *Psycho-Oncol*. 2011; 20(6): 623-30.
24. Rooney AG, Carson A, Grant R. Depression in cerebral glioma patients: A systematic review of observational studies. *JNCI*. 2011; 103(1), 61-76.
25. Junkaew D, Jitpanya C, Dangdomyuth P. Factors related to depression among patients with brain tumor: A systematic review. *Pnu Sci J [Internet]*. 2012 Oct. 2 [cited 2024 Mar. 9]; 4(3): 14-28. Also available from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/issue/view/5226>. (in Thai)
26. Junkaew D, Jitpanya C. Selected factors related to depression in adult patients with brain tumor. *J Police Nurs [Internet]*. 2014 Nov. 11 [cited 2024 Mar. 9]; 4(1):27. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/23425/19959>. (in Thai)
27. Phasatanung W, Puthikhamin N, Juntapim S. Anxiety in patients undergoing brain tumor: Nursing management. *Journal of Nursing and Health Care. [Internet]*. 2020 [cited 2024 Mar.9]; 38 (4): 35-44. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/245454/167303>. (in Thai)
28. Rungruangsiripan, M. A State Scale. [Internet] Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; [cited 2024 Mar. 9]. Available from <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909328>. (in Thai)
29. Huang J, Zeng C, Xiao J, Zhao D, Tang H, Wu H, & Chen J. Association between depression and brain tumor: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*, 2017; 8(55): 94932.
30. Toyardmak B, Utriyaprasit K, Chanruangvanich W, Pattaramongkolrit S. Factors predicting cognitive impairment in postoperative brain tumor patients. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2019; 34(4): 64-79.
31. Pumchan V, Jitpanya C, Sasat S. Selected factors related to depression in post-acute stroke patients. *J Police Nurs [Internet]*. 2014 July 2 [cited 2024 Mar. 9]; 6 (2): 33-4. Available from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/27819/23918>. (in Thai)
32. Wu C, & Lin Y. The effects of supportive caring on symptoms distress, nursing needs, and depression in patients with brain tumor after surgery: a preliminary study. *Hu Li Za Zhi*. 2023; 70(1): 48-59.

33. Marotta D, Tucker Z, Hayward N, Gerstenecker A, Gammon M, Mason M, ... & Triebel K. Relationship between cognitive functioning, mood, and other patient factors on quality of life in metastatic brain cancer. *Psycho-Oncology*. 2020; 29(7): 1174-84.
34. Ali S, Hussain R, Gutiérrez C, Demireva P, Ballester Y, Zhu J, ... & Esquenazi Y. Cognitive disability in adult patients with brain tumors. *Cancer treatment reviews*. 2018; 65: 33-40.
35. Parsons W, & Dietrich J. Assessment and management of cognitive symptoms in patients with brain tumors. in American society of clinical oncology educational book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting. 2021; 41: e90-e99.
36. Kirkman A, Ekert O, Hunn H, Thomas S, & Tolmie K. A systematic review of cognitive interventions for adult patients with brain tumours. *Cancer Medicine*. 2023; 12(10): 11191-11210.
37. Phanjam N, Jitpanya C. The effect of comprehensive rehabilitation program and brain exercise on activities of daily living of patients with traumatic brain injury . *JNSCU*. 2010; 22 (Special issue): 22-33. (in Thai)