

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วิจิต สาขา พย.บ.\*

ปานเพชร สกุลคู พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 160 คน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ หอผู้ป่วยใน ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire: EORTC QLQ – C30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของความสามารถทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง จากการประเมินด้วย EORTC QLQ – C30 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.50, S.D. = 0.44)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่าเพศ จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งของการได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบ ในขณะที่ชนิดของการรักษาและอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณเป็น 0.877 และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ร้อยละ 86.9 ดังสมการ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย =  $20.723 - 3.236$  เพศ +  $1.884$  ชนิดของการรักษา -  $1.822$  จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ -  $4.036$  จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา +  $0.164$  อายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี (ผู้รับผิดชอบ)

อีเมล: koopuy@bcnu.ac.th

รับบทความ: 19 มิถุนายน 2567 แก้ไขบทความ: 6 สิงหาคม 2567 รับผิดชอบบทความ: 22 สิงหาคม 2567

## Factors Affecting Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Surgery in Udon Thani Cancer Hospital

Wichit Sakha B.N.S.\*

Panphet Sakulkoo M.N.S.\*\*

### Abstract

This predictive research was aimed to explore the level of quality of life and study factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing surgery admitted to Udon Thani Cancer Hospital. 160 cancer patients undergoing surgery admitted to Udon Thani Cancer Hospital at all 3 inpatient wards of Udon Thani Cancer Hospital between July and September 2023, were selected by purposive sampling. The instruments used to collect the data were comprised of the demographic questionnaire of the patients, and the Thai version of European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire (EORTC QLQ – C30). The data were analyzed by descriptive statistics, and Multiple regression.

The results of the study showed that

1. Quality of life of cancer patients treated with surgery, surgery combined with chemotherapy, and surgery combined with radiation That was assessed with EORTC QLQ – C30 , had a score for quality of life and overall health status been moderate (Mean = 3.50, S.D. = 0.44).

2. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing surgery at Udon Thani Cancer Hospital were found that gender, number of times the cancer came back. The number of times receiving treatment was negatively related. While the type of treatment and age were positively related to the overall quality of life of cancer patients treated with surgery ( $p < 0.001$ ), with a multiple correlation coefficient of 0.877 and predicted the overall quality of life of cancer patients treated with surgery for 86.9% as shown in the equation

overall quality of life of cancer patients treated with surgery =  $20.723 - 3.236 \text{ gender} + 1.884 \text{ type of Treatment} - 1.822 \text{ Number of times the cancer came back} - 4.036 \text{ Number}$ .

**Keywords:** Factors affecting the quality of life, Quality of life, Cancer patients undergoing surgery

---

\* Registered Nurse Professional Level, Udothani Cancer Hospital, Udonthani Province

\*\* Nursing Administration Boromarajonani College of Nursing, Udonhani.

E-Mail : [koopuy@bcnu.ac.th](mailto:koopuy@bcnu.ac.th)

Received: June 19, 2024 / Revised: August 6, 2024 / Accepted: August 22, 2024

## บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรไทย 100,000 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน สูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าในการวินิจฉัยโรคและการรักษามะเร็ง และการรักษามะเร็งมีหลากหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การให้รังสีรักษา การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) และ/หรือการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตลดลง แต่มะเร็งส่วนใหญ่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมะเร็งบางชนิดกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ ทำให้อัตราการรอดชีวิตของมะเร็งแต่ละชนิดอาจมีมากน้อยแตกต่างกันไป<sup>1</sup> ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ชนิดของมะเร็ง อายุ เพศ ระยะของโรค เป็นต้น<sup>2,3</sup> และยังมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล<sup>4</sup>

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งเฉพาะที่ ส่วนใหญ่เป็นการรักษามะเร็งระยะแรกที่ต้องมีการผ่าตัด เช่น มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ในปัจจุบันพบว่า การผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น โดยในบางอวัยวะสามารถผ่าตัดได้โดยไม่ทำให้เสียรูปทรง รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูญเสียอวัยวะนั้นไป เช่น มะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังพบว่าการผ่าตัดเป็นการรักษามะเร็งที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะน้อยไม่จำเป็น การผ่าตัดแบบแผลเล็ก เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง ซึ่งทำได้ทั้งการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือการผ่าตัดผ่านกล้องโดยใช้หุ่นยนต์ช่วย เพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

ถึงแม้ว่าการรักษามะเร็งด้วยวิธีการผ่าตัดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลารอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่การรักษาด้วยการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดหลายครั้งจากการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (Recurrent cancer) ส่งผลให้เกิดความกลัวต่อการผ่าตัด และยังคงต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการผ่าตัดที่มีผลกระทบโดยตรงกับร่างกาย เช่น การผ่าตัดเต้านมที่ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

หรือ การผ่าตัดคดโค้งเสียงที่มีผลต่อการสื่อสารของผู้ป่วย รวมถึงการเผชิญความปวดจากการผ่าตัด หรือการเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่จากผู้นำครอบครัว หรือจากการมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเข้ารับการรักษานอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และระดับการศึกษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการผ่าตัดเต้านม<sup>3</sup> ในขณะที่เพศ อายุ และความเพียงพอของรายได้ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาด้วยการผ่าตัด ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับเป็นซ้ำ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งสิ้น<sup>1,3,7</sup>

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นสถาบันทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงมีวิทยาการหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีการอภิบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการคุณภาพแบบองค์รวม และรับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จากสถิติของผู้มารับบริการปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 7,417 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 2,099 คน คิดเป็นร้อยละ 28.30 คน มีหอผู้ป่วยให้บริการรับผู้ป่วยไว้ในอนเพื่อรับการรักษา จากสถิติพบจำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษานปี พ.ศ. 2564 จำนวน 4,294 คน และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3,983 คน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2565 จำนวน 892, 756, 635, 547 และ 822 คน ตามลำดับ<sup>5</sup> จากสถิติพบว่า ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะแรกที่ต้องได้รับการผ่าตัด ได้แก่ มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการผ่าตัด 5 อันดับแรก ได้แก่ Laryngectomy, Esophagectomy, Thyroidectomy with neck dissection, Mastectomy และ Hemicolecotomy นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของโรคเพิ่มมากขึ้นจากการมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความต้องการในการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งที่มาจากความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด ระยะผ่าตัดจนถึงระยะพักฟื้น ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจะช่วยให้ทีมสุขภาพเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย แต่จากการศึกษายังพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การได้รับเคมีบำบัด การฉายแสง และการรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกัน แต่การศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัดแยกตามอวัยวะที่มีความผิดปกติของเซลล์ ร่วมกับการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่นๆ แต่การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งที่มีการผ่าตัดที่หลากหลาย หรือที่ต้องมีการรักษาผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้ง ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ใช้แบบประเมิน WHOQOL-26 ในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในภาพรวมมากกว่าการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ ที่ต้องพิจารณาทั้งในมิติด้านร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำและจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และนำมาวางแผนเพื่อพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

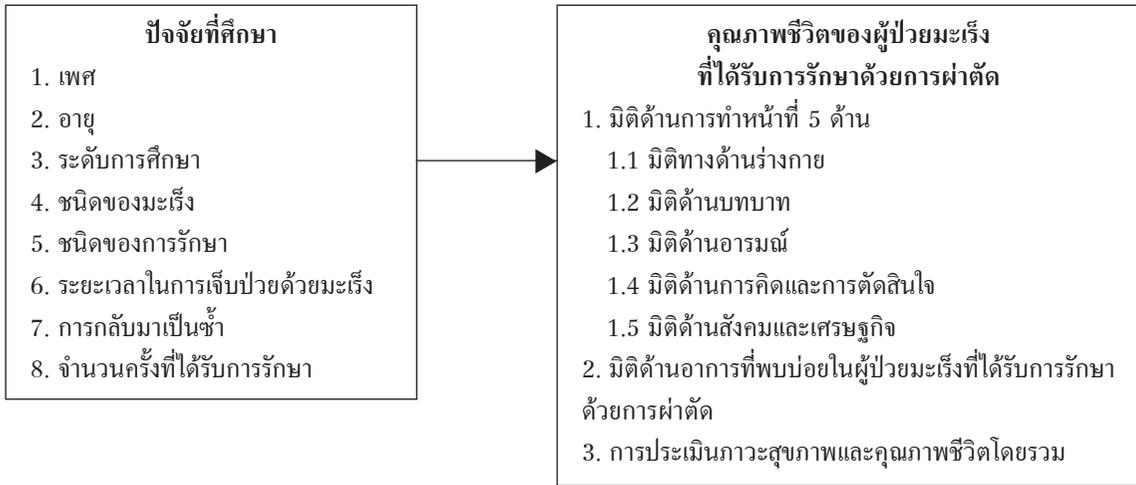
## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา สามารถร่วมกันทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตนั้นถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรผลลัพธ์ที่สำคัญในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง และยังเป็นตัวแปรวัดผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วย เพราะการประเมินระดับคุณภาพชีวิตจะสะท้อนคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการดำเนินของโรคมะเร็งได้ชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ - C30) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 6 มิติ คือ ร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ<sup>8</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด<sup>1,2,3,5,6,7</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



**วิธีการวิจัย**

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี หมายเลข UDCH\_COA009/2023 วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และได้รับการชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ทั้ง 3 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ.2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่**

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการผ่าตัด และนอนพักในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

**เกณฑ์การคัดออก ได้แก่**

- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

**เกณฑ์การคัดออก ได้แก่**

- 1) มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย
- 2) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ และ/หรือไม่ได้รับการรักษาร่วมกับวิธีการผ่าตัด

**เกณฑ์ยุติจากการศึกษา**

- 1) มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น หรือเสียชีวิต
- 2) ผู้ป่วยขอออกจากกรวิจัยเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ

**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.2 กำหนดให้ effect size 0.15 กำหนดค่าความเชื่อมั่น 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 จำนวนตัวแปรทำนาย 8 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการถอนตัวจากงานวิจัย (drop out) น้อย จึงไม่มีมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการ

รักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง การกลับมาเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life QLQ – C30 questionnaire (EORTC QLQ – C30) ที่พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยแล้ว<sup>8,10</sup> จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 5 ข้อ มิติด้านบทบาท 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ 2 ข้อ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3 ข้อ และมิติด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจากระดับ 1 คือ ไม่มีเลย ถึงระดับ 4 คือ มากที่สุดคือ 4 โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ส่วนข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับจากระดับ 1 คือ แย่มาก ถึงระดับ 7 คือ ดีเยี่ยม

**การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต** แบบประเมิน EORTC QLQ – C30 โดยแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละมิติ และ ความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็ง ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

คะแนน 2.01 – 3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ระดับปานกลาง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

คะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับต่ำ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบประเมิน EORTC QLQ – C30 ข้อ 29 และ 30 โดยนำคะแนนทั้ง 2 ข้อ มารวมกันและแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 1.00 – 3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.01 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.01 – 7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่

แบบสอบถาม EORTC QLQ – C30 ได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทย และมีกรตรวจสอบตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับเท่ากับ 0.83<sup>8</sup>

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม EORTC QLQ – C30 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.80

### ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับหัวหน้าและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมและรังสีรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อชี้แจงรายละเอียดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองใช้แบบสอบถามทั้งหมดกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทุกรายระหว่างเดือนกรกฎาคมถึง กันยายน พ.ศ. 2566 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีผู้ป่วยไม่สะดวกตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ในการทำนายและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด วิเคราะห์โดยใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เป็นเพศชาย จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 และเป็นหญิงจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 38.8 มีอายุดำสุด 36 ปี สูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 52.59 ปี (S.D. = 7.028) ส่วนใหญ่จบชั้นระดับประถมศึกษา จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 56.87 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 29.38 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 71.25 มะเร็งเต้านม จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 28.75 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 140 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

มีการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 21.25 การผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 25.63 และการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 40.62 รองลงมา ได้แก่ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และการผ่าตัด ร่วมกับการให้เคมีบำบัดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ระหว่าง 1 – 48 เดือน จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 33.80 และมีการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำครั้งที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 10.60 โดยกลุ่มนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อน และเมื่อมีการกระจายของมะเร็งไปอวัยวะอื่นแล้วทำให้ผู้ป่วยต้องมารักษาด้วยการผ่าตัดซ้ำที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 78.80 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา (n = 160 คน)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	98	61.3
หญิง	62	38.8
<b>อายุ (ปี)</b>		
1. น้อยกว่า 40 ปี	1	0.63
2. 40 – 49 ปี	70	43.75
3. 50 – 59 ปี	54	33.75
4. 60 ปีขึ้นไป	35	21.87
ต่ำสุด 36 ปี สูงสุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 52.59 ปี (S.D. 7.028)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	91	56.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	12.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47	29.38
ปริญญาตรี	2	1.25

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษา (n = 160 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของมะเร็ง</b>		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	114	71.25
มะเร็งเต้านม	46	28.75
<b>ชนิดของการรักษา</b>		
การผ่าตัด	140	87.50
การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	12	7.50
การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี	8	5.00
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง</b>		
1 – 6 เดือน	127	79.37
7 – 12 เดือน	25	15.63
1 – 2 ปี	–	–
3 – 4 ปี	8	5.00
ต่ำสุด 3 เดือน สูงสุด 4 ปี เฉลี่ย 7.31 เดือน (S.D. 9.24)		
<b>จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ (Recurrent)</b>		
1 ครั้ง	54	33.80
2 ครั้ง	56	35.00
3 ครั้ง	32	20.00
4 ครั้ง	1	0.60
5 ครั้ง	–	0
6 ครั้ง	17	10.60
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.30 (S.D. 1.48)		
<b>จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา</b>		
ครั้งแรก	1	0.60
ครั้งที่ 2	126	78.80
ครั้งที่ 3	17	10.60
ครั้งที่ 4	16	10.00
ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 4 ครั้ง เฉลี่ย 1.90 ครั้ง (S.D. 2.71)		

**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด**

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง ที่มีการประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแห่งสหภาพยุโรป EORTC QLQ – C30 พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

(Mean = 3.50, S.D. = 0.44) คะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถและการทำหน้าที่ในมิติด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 1.36, S.D. = 0.16) ในขณะที่มิติด้านบทบาท (Mean = 2.75, S.D. = 0.15) มิติด้านอารมณ์ (Mean = 2.68, S.D. = 0.27) มิติด้านการคิดและการตัดสินใจ (Mean = 2.45 S.D. = 0.59) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Mean = 3.18, S.D. = 0.33) และมิติด้านอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (Mean =

2.10, S.D. = 0.16) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (n = 160)

Quality of life	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. มิติด้านร่างกาย	1.36	0.16	ต่ำ
2. มิติด้านบทบาท	2.75	0.15	ปานกลาง
3. มิติด้านอารมณ์	2.68	0.27	ปานกลาง
4. มิติด้านการคิดและการตัดสินใจ	2.45	0.59	ปานกลาง
5. มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.18	0.33	ปานกลาง
6. มิติด้านอาการที่บ่งบอของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	2.10	0.16	ปานกลาง
7. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	3.50	0.44	ปานกลาง

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

จากตารางที่ 3 สมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด แสดงในรูปคะแนนดิบ คือ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด =  $(20.723 - 3.236 \text{ เพศ}) + (1.884 \text{ ชนิดของการรักษา}) - (1.822 \text{ จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ}) - (4.036 \text{ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา}) + (0.164 \text{ อายุ})$  สามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ ชนิดของการรักษา จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา และ อายุ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ( $p < 0.001$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพหุคูณเป็น 0.877 และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ร้อยละ 86.9

เพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-3.236$  กับ  $-0.272$  ตามลำดับ

ชนิดของการรักษา สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้สูงสุดและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป

คะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $b, \beta$ ) เป็น 1.884 กับ 0.276 ตามลำดับ

อายุของผู้ป่วย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $b, \beta$ ) เป็น 0.164 กับ 0.197 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-1.822$  กับ  $-0.463$  ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็น  $-4.036$  กับ  $-0.452$  ตามลำดับ

ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์

ตัวแปร	b	$\beta$	t	p-value
เพศ	-3.236	-0.272	-4.472	0.000
ชนิดของการรักษา	1.884	0.276	6.831	0.000
จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ	-1.822	-0.463	-8.486	0.000
จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา	-4.036	-0.452	-3.575	0.000
อายุ	0.164	0.197	3.551	0.001

ค่าคงที่ = 20.723, SE.est = +/-2.654  $\beta$   
R = 0.877, R<sup>2</sup> = 0.869

### วิจารณ์และสรุป

#### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ประเมินด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแห่งสหภาพยุโรป (EORTC QLQ - C30) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>9,10,11</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรับรักษา 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด ซึ่งเป็นการรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัดและการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสง ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากการผ่าตัด และอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยวิธีการฉายแสงและเคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการปวด เหนื่อย เพลีย คลื่นไส้อาเจียน<sup>12,13</sup> และอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล มีความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น<sup>14</sup> รวมถึงอาการทั่วไปทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ความเจ็บปวดหรือความรุนแรงทางอารมณ์ เช่น มีภาวะเครียด วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ส่งผลให้ค่าคะแนนด้านมิติของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนมิติด้านอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้

นี้อาจจำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษา และผู้ป่วยต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>13</sup> ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่จากการรักษา เช่น ค่าพาหนะของผู้ดูแล รวมถึงการเปลี่ยนแปลงลดบทบาทของผู้ป่วยจากผู้นำครอบครัว และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้มีมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจากคะแนนในด้านมิติต่าง ๆ อาจทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางได้

#### ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

เพศ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวกโดยในการรักษาโรคมะเร็งด้วยการผ่าตัด พบว่า เพศชายสามารถตัดสินใจและยอมรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ง่าย ในขณะที่เพศหญิงมีความอดทนต่อการรักษาค่อนข้างสูง<sup>3</sup>

ชนิดของการรักษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวกผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดตามมาตรฐานที่กำหนดของหน่วยงานซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพตลอดเวลา มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ซึ่งส่งผลความสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง<sup>15</sup> รวมถึงการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวและส่งผลให้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น

จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงลบ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการนำความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้อง

เผชิญหน้ากับกระบวนการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<sup>2,16</sup>

จำนวนครั้งของการได้รับการรักษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงลบ พบว่า ในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยอาจมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่เข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตลดลง<sup>3,4,17</sup>

อายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตเชิงบวก พบว่า ช่วงอายุผู้ป่วยที่เป็นวัยกลางคนซึ่งมีประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าใจถึงการรักษาและได้รับการดูแลจากบุคลากรหรือนุคนครในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ<sup>14,16</sup>

ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมากกว่า 1 ครั้ง มีความกลัวและกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมากกว่า<sup>1,2</sup> และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีบุคลากรในครอบครัวมาดูแลดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต<sup>7</sup>

ดังนั้นในการพัฒนารูปแบบบริการ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ควรคำนึงถึงปัจจัยที่กล่าวมาเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างองค์รวม ตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการรักษา โดยให้ความสำคัญ

#### เอกสารอ้างอิง

1. ชลธิรา เจริญเวช, ศิริอร สินธุ, และเอมพร รตินทร. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นหลังได้รับการรักษา. ว. พยาบาลทหารบก 2560;19(S1):232-238.
2. Cherian K, Acharya NR, Bhargavan RV, Augustin P, Krishnan JKM. BhargavanPaul AugustineJagathnath K.M. Krishnan. Quality of Life Post Breast Cancer Surgery: Comparison of Breast Conservation Surgery versus Modified Radical Mastectomy in a Developing Country. South Asian Journal of Cancer 2022;11(3):183-189.
3. Marinkovic M, Djordjevic N, Djordjevic L, Ignjatovic N, Djordjevic M, Karanikolic V. Assessment of the quality of life in breast cancer depending on the surgical treatment. Supportive Care in Cancer 2021;29(6):3257-3266.
4. ขนิษฐา รัตนกัลยา, ภารดี นานาสีลป, และนันทมน วุฑฒานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กับการให้ข้อมูล การดูแลตามมาตรฐานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึง เพศ อายุ ชนิดของการรักษา จำนวนครั้งของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษา ที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้น ในขณะที่ชนิดของมะเร็งและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จึงควรมีการปรับหรือขยายรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

2. จากผลงานวิจัย คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรมีการติดตามประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น เช่น ผู้ดูแล รายได้ ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลผู้ป่วย

#### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ช่วยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้คำแนะนำ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี สำหรับความร่วมมืองานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

- ภายหลังการผ่าตัดทำทางเดินปัสสาวะใหม่: Quality of life of bladder cancer patients undergoing urinary diversion. ว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2021;18(2):34–50.
5. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี 2564 (Hospital – Based Cancer Registry 2022) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://udch.go.th/uploads/doc/Hosbased/HOS64.pdf>
  6. วารุณี มีเจริญ, วิฑิตกานต์ กาลเทศ, และกัลยา นุตรระ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และญาติผู้ดูแล. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2561;36(4):52–61.
  7. Rathod S, Livergant J, Klein J, Witterick I, Ringash J. A systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. *Oral oncology* 2015;51(10):888–900.
  8. Silpakit C, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, & Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ – C30): validation study of the Thai version. *Quality of Life Research* 2006;15(1):167–172.
  9. Bjelic–Radisic V, Jensen PT, Vlastic KK, Waldenstrom AC, Singer S, Chie W, Nordin A, Greimel E. Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer* 2012;48:(16):3009–3018.
  10. Fayers PM, Machin D. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of patient reported Outcome*. 2nd ed. United States: John Wiley & Sons; 2013.
  11. Ye Z, Qiu Y, Sun Y, Fan Y. Baseline functioning scales of EORTC QLQ–C30 predict overall survival in patients with gastrointestinal cancer: a meta–analysis. *Quality of Life Research* 2024;33(6):1455–1468.
  12. Hu Y, Zaydfudim VM. Quality of life after curative resection for gastric cancer: survey metrics and implications of surgical technique. *J Surg Res* 2020;251:168–179.
  13. Singh H, Kaur K, Banipal RPS, Singh S, Bala R. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in Malwa Region of Punjab. *Indian journal of palliative care* 2014;20(2):116.
  14. Wang ZX, Yuan CQ, Guan J, Liu SL, Sun CH, Kim SH. Factors associated with psychological characteristic patients with hepatic malignancy before intervention procedures. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(1):309–14.
  15. Al Rashid F, Liberman AS, Charlebois P, Stein B, Feldman LS, F Fiore Jr J, et al. The impact of bowel dysfunction on health–related quality of life after rectal cancer surgery: a systematic review. *Techniques in Coloproctology* 2022;26(7):515–527.
  16. Shun SC, Chou YJ, Chen CH, Yang JC. Change of uncertainty in illness and unmet care needs in patients with recurrent hepatocellular carcinoma during active treatment. *Cancer Nurs* 2018;41(4): 279–89.
  17. Freire MEM, Sawada NO, França ISXD, Costa S FGD, & Oliveira CDB. Health–related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):357–67.