

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

Quality of life in patients with Lumbar Degenerative after Lumbar Spine Surgery

จิตต์พร แก้วสามดวง

Jitporn Keawsamduang

หมู่บ้านชนะกานต์ ต.ตลาดใหญ่ อ.เมือง จ.ภูเก็ต

Talat Yai Subdistrict, Mueang District, Phuket Province, Thailand, E-mail: Jitporn21@gmail.com

Received 20/12/2023

Revised 23/03/2024

Accepted 10/04/2024

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: เพื่อรักษาการเคลื่อนไหว ลดความไม่สบาย และหลีกเลี่ยงความบกพร่อง ผู้ที่มีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลังส่วนเอวต้องมียุคคุณภาพชีวิตที่ดี การกายภาพบำบัด การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานประจำวันและความเป็นอยู่โดยรวม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

วิธีการศึกษา: ดำเนินการวิจัยด้วยการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่มารับบริการตรวจรักษาติดตามอาการตามนัด ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงระหว่างที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2567 จำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: พบว่า (1) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 89.18$, $S. = 12.90$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 27.70$, $SD = 4.20$) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($M = 22.80$, $SD = 4.10$) และด้านจิตใจ ($M = 21.70$, $SD = 3.30$) สำหรับด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 9.70$, $S.D. = 1.90$) (2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) และ ปัจจัยด้านจิตสังคม (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม)

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มเติมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม, ผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

Abstract

Background: To preserve mobility, lessen discomfort, and avoid impairment, people with lumbar spine problems must have a high quality of life. Physical therapy, lifestyle changes, and effective pain management enhance everyday functioning and general well-being.

Objectives: The purpose of this study is to investigate the quality of life and related factors in patients with lumbar degenerative after lumbar spine surgery.

Methods: The research was conducted using a descriptive study design. The sample group consisted of 91 patients with lumbar degenerative after lumbar spine surgery who were followed up at the Orthopaedic Clinic, Outpatient Department in Vachira Phuket Hospital between March 2024 - May 2024. The research instruments included a Personal Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life Brief - Thai Version, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and The Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test.

Results: The research findings were as follows: (1) The overall quality of life was at a moderate level ($M = 89.18$, $SD = 12.90$). When considering the different aspects of quality of life, it was found that all aspects of quality of life scored at a moderate level, with the highest mean score in the environmental aspect ($M = 27.70$, $SD = 4.20$), followed by the physical aspect ($M = 22.80$, $SD = 4.10$) and the psychological aspect ($M = 21.70$, $SD = 3.30$). The lowest score was for the social relations aspect ($M = 9.70$, $SD = 1.90$). (2) Factors related to the quality of life of patients with lumbar degeneration after lumbar spine surgery were statistically significant at the 0.05 level and included personal factors (age, occupation, education level, income sufficiency, daily activities) and psychosocial factors (depression, anxiety, social support).

Conclusion: The results of this study show the importance of surgical treatment on the overall quality of life of patients with lumbar degenerative after lumbar spine surgery. These findings provide important information for the development of a continuous care system to improve the quality of life of patients after lumbar spine surgery. However, future studies should investigate the quality of life of patients from the preoperative stage to promote a good quality of life for patients after surgery.

Keywords: Quality of life, Patients with Lumbar Degenerative, Lumbar Spine Surgery.

บทนำ

โรคกระดูกสันหลังเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง พบได้บ่อยเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับสถิติของการผ่าตัดกระดูกสันหลังในแต่ละปีที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁾ แสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เพิ่มมากขึ้นควบคู่กับจำนวนการผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โรคกระดูกสันหลังเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในทุกเพศ พบได้บ่อยในเพศหญิง⁽²⁻³⁾ อัตราความชุกของ เพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.3:1⁽⁴⁾ สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป⁽⁴⁾ โดยส่วนของกระดูกสันหลังเสื่อมที่พบมากที่สุด คือ กระดูกสันหลังระดับเอว (Lumbar)^(2,5) ตรงบริเวณตำแหน่ง ($L_4 - L_5$)⁽⁶⁻⁷⁾ เนื่องจากเป็นส่วนที่รองรับน้ำหนักส่วนบนของร่างกายและเป็นส่วนที่มีการเคลื่อนไหวค่อนข้างมากในท่าต่างๆ ได้แก่ ท่าก้ม ท่าเอียงตัว และท่าหมุนหรือบิดตัว ทำให้เกิดการเสื่อมและเกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกได้บ่อย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหากระดูกสันหลังเสื่อมจะส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวด เมื่ออาการปวดนานขึ้นก็จะกลายเป็นความเจ็บปวดเรื้อรัง ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้การเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁽⁸⁻⁹⁾ ซึ่งผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง^(2,10)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม มีจุดมุ่งหมายสำคัญของการรักษา คือ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด แก้อาการปวดที่เรื้อรังที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด⁽¹¹⁻¹³⁾ ตลอดจนป้องกันความเสื่อมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต วิธีการรักษามีทั้งการรักษาแบบประคับประคองอาการ(Conservative treatment) และ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment) โดยการักษาแบบประคับประคองมีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ส่วนในรายที่มีอาการปวดอย่างรุนแรง มีอาการเป็นๆหายๆ รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น มักได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งสถิติของการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจะได้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีกว่าการรักษาแบบประคับประคอง แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น การบาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรือเส้นประสาท⁽¹⁵⁾ การเคลื่อนหรือการหลวมของสกรูที่ยึดไว้ อาการปวดร้าวตามรากประสาทที่หลงเหลืออยู่ อาการปวดเสียวตามเส้นประสาทบริเวณขา อาการหลังแข็งตึง การเคลื่อนไหวของเอวได้น้อยหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ อาการเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจะใช้ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดหลายเดือน นานกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น อาจทำให้กระทบต่อการดูแลตนเอง การใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ รวมถึงการเข้าสังคม กระทบต่อสภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา⁽¹⁶⁾

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ เป็นการรับรู้ที่มีความเป็นเฉพาะบุคคล และมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันตามความเชื่อ คุณค่า ค่านิยมที่อาศัยอยู่ และแนวคิดของสังคมนั้นๆ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก⁽¹⁷⁾ ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในทางการแพทย์และระบบสุขภาพ คุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์และคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่เพียงแต่กระทบด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมมีคุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากมีอาการรบกวนด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽⁹⁾ และผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการผ่าตัด⁽¹⁸⁻²⁰⁾ อย่างไรก็ตามแม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นทางเลือกการรักษาที่ให้ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีเป็นวิธีการรักษาที่แก้ไขความผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น และเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่หลังจากการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยยังมีปัญหาสุขภาพรวมถึงปัญหาอื่นๆที่เป็นผลกระทบตามมา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดความวิตกกังวล เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วย นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในด้านต่างๆ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามการรับรู้ของแต่ละคนแตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ทีมสุขภาพจะต้องคำนึงต่อไปในระยะยาวภายหลังการรักษา คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากการรักษา เพราะคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกด้านหนึ่งที่ยังชี้ถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคนั้นๆ

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรค⁽²¹⁻²³⁾ ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมามีความสอดคล้องและแตกต่างกันของคุณภาพชีวิตตามสภาวะของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตในบริบทของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบข้อจำกัดของการวิจัยในเรื่องของการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และเป็นการติดตามการรักษาหลังการผ่าตัดในระยะยาวผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและปรับตัวได้ค่อนข้างดีแล้ว ไม่มีข้อมูลของการติดตามในช่วงแรกหลังผ่าตัด⁽¹⁸⁾ และการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงในประเด็นของปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ศึกษาในปัจจัยทั่วไป เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านจิตสังคม และเมื่อผู้วิจัยทบทวน

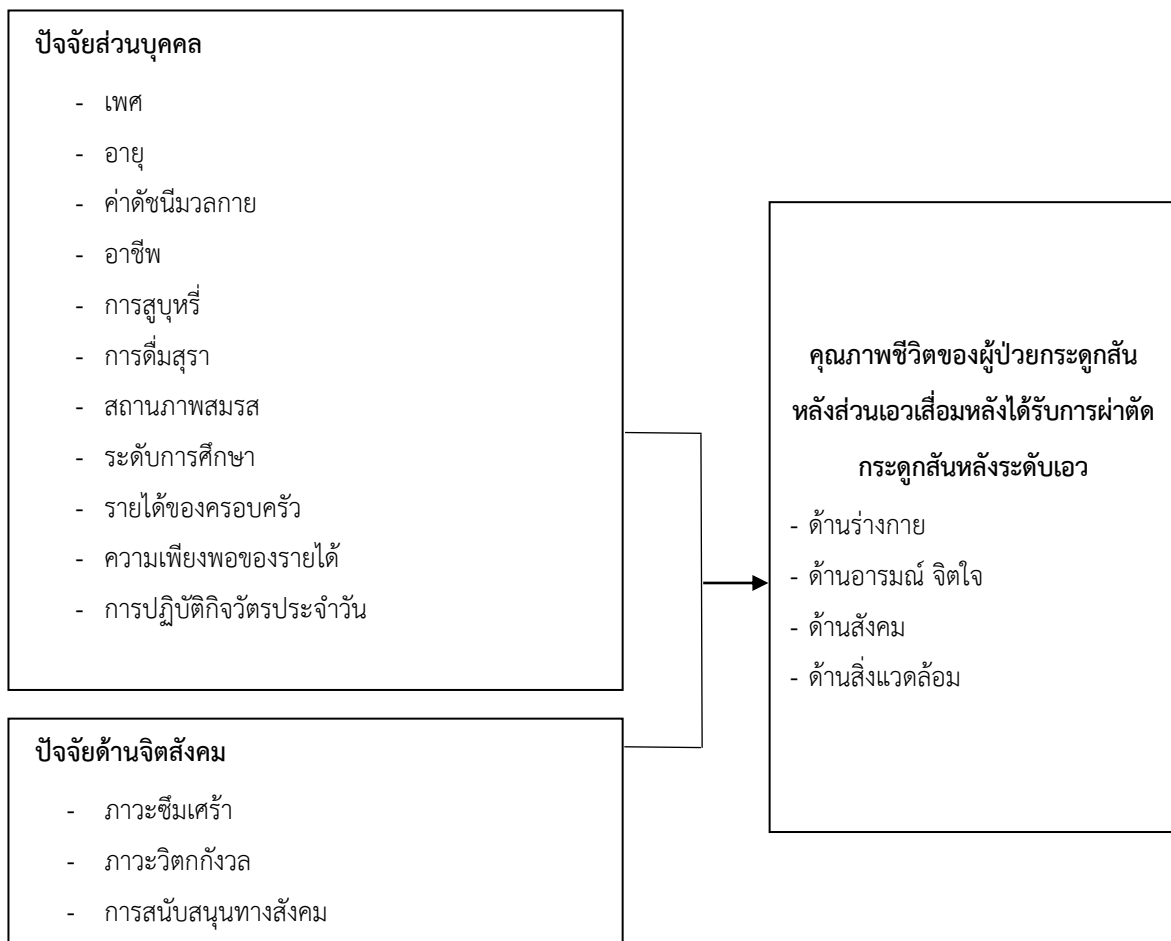
กระบวนการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่าที่ผ่านมาไม่เคยทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยูในการดูแลรักษา ขาดข้อมูลการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสถิติข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง กลุ่มโรคกระดูกสันหลังเสื่อมจัดอยู่ในอันดับโรคสำคัญของกลุ่มงาน และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี รวมถึงหลังได้รับการผ่าตัดจะมีระยะเวลาของการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน เนื่องจากต้องได้รับการติดตามการรักษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่มารับบริการตรวจรักษา คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว และนำมาพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล วางแผนรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวแบบครบวงจรครอบคลุมทุกมิติที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)⁽¹⁷⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์งานวิจัยเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลนั้นๆ เป็นการรับรู้ที่มีความเป็นเฉพาะบุคคล และมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันตามความเชื่อ คุณค่า และแนวคิดบริบทของสังคมนั้นๆ โดยองค์การอนามัยโลก ให้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในทางการแพทย์และระบบสุขภาพ คุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์และคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมีหลายปัจจัย ^(16, 18, 24, 25) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปร 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) ศึกษา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังระดับเอว โดยมีวิธีการดำเนินวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังระดับเอว ที่มารับบริการตรวจรักษา ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังระดับเอว ที่มารับบริการตรวจรักษาติดตามอาการตามนัด ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงระหว่างที่เก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 91 ราย จากสูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2\alpha_{/2}\sigma^2}{d^2(N-1) + Z^2\alpha_{/2}\sigma^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมหลังระดับเอวในปีที่ผ่านมา 154 ราย)

d = Precision กำหนด 0.02

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ กำหนดให้ที่ระดับ 0.05 มีค่า $Z = 1.96$

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่า 0.15 (ได้จากการทบทวนงานวิจัยของลัดดาวัลย์และคณะ⁽⁶⁾ ด้านคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ย 0.62, SD = .15)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{154 \times 1.96^2 \times 0.15^2}{0.02^2(154-1) + 1.96^2 \times 0.15^2}$$

$n = 91$ คน

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

- 1) ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่มารับบริการตรวจรักษาติดตามอาการ ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 3) ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป (กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง) ประกอบด้วยข้อความถาม จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอรายได้ กิจกรรมประจำวัน

2) ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยและเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์) ประกอบด้วยข้อความถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อาการก่อนการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด ระดับกระดูกสันหลัง ที่เกิดพยาธิสภาพ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาหลังการผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต

เป็นแบบประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁽²⁶⁾ โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อความถาม จำนวน 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ โดยข้อความถามเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด คะแนนรวมคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนต่ำ แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS) เป็นแบบประเมินคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith และได้แปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai HADS) พัฒนาโดย ผศ.นพ. ธนา นิลชัยโกวิท⁽²⁷⁾ โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ anxiety subscale = 0.86 และ depression sub-scale = 0.83 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ โดยข้อคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ข้อคำถามสำหรับวัดภาวะวิตกกังวล เป็นข้อคำถามเลขคี่ทั้งหมด (1,3,5,7,9,11,13) จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามสำหรับภาวะซึมเศร้า เป็นข้อคำถามเลขคู่ทั้งหมด (2,4,6,8,10,12,14) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แต่ละข้อคะแนน 0-3 คะแนน คำนวณคะแนนแยกส่วนกันระหว่างคะแนนภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยคะแนนรวมของคะแนนในแต่ละส่วน อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-21 คะแนน การแปลผล ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน แสดงว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0 - 7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8 - 10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) คะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าที่อาจถือได้ว่าผิดปกติทางจิตเวช (cases)

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือและ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน หรือบุคลากร ทางแพทย์ ซึ่งแบบสอบถามสร้างและพัฒนา โดยกฤษฎาภักดิ์ ชื่นอ้อม⁽²⁸⁾ สร้างมาจากแนวคิดการสนับสนุน ทางสังคมของแรงค์ฟอร์ด และเฮาส์ (Langford & House) โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบหาความเที่ยง ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านสิ่งของและบริการ 3) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ตรงกับความรู้สึกน้อย ให้ 1 คะแนน ตรงกับความรู้สึกปานกลาง ให้ 2 คะแนน และ ตรงกับความรู้สึกมากให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมรายด้านและรายข้อ เป็นคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 1.0-1.6 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 1.7-2.3 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนน 2.4-3.0 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS) ไม่ได้นำมาหาความตรงส่วนแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณา คำนวณค่า Content Validity Index (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่มีลักษณะเฉพาะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาทดสอบค่าความเที่ยง โดยนำมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้ แบบวัดคุณภาพชีวิต = 0.87 แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า = 0.85 และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม = 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน หลังจากเสนอโครงร่างวิจัยและผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่โครงการวิจัย COA NO. 005B2024 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลการเจ็บป่วย และประวัติการรักษา จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการให้ตอบแบบสอบถาม ตามเครื่องมือการวิจัย ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่นัดมาพบแพทย์ตามทะเบียนนัดผู้ป่วย และสถิติข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วยจากคอมพิวเตอร์ คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและให้ตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

1.3) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบที่ต้องการ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย

1.4) หลังได้รับการตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติม จนข้อมูลครบสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านจิตสังคม และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติบรรยาย ด้วยการนำมาหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 91 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67 มีช่วงอายุมากกว่า 60 มากที่สุด ร้อยละ 39.60 อายุเฉลี่ย 55.47 ปี ($SD = 15.19$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.80 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 56 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.60 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.40 รองลงมา คือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 24.20 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 27.50 รองลงมา คือ มากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 22 สภาพทางการเงินส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 57.10

ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักอยู่ในช่วง 40 - 98 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 64.43 กิโลกรัม ส่วนสูงอยู่ในช่วง 145-181 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ย 160.98 เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.09 กก./เมตร² ($SD = 4.39$) ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับที่ 1 ($BMI = 25-29.9$ กก./เมตร²) ร้อยละ 35.20 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่

บุหรืและไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 85.70 และ 82.40 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทุกส่วน ร้อยละ 73.60 รองลงมา คือ ต้องช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางส่วน ร้อยละ 26.40

1.2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ร้อยละ 56 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.60 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.50 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.10

เมื่อจำแนกลักษณะข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค Lumbar Spinal Stenosis ร้อยละ 48.40 รองลงมา คือ Lumbar Herniation Disc ร้อยละ 24.20 ร้อยละ 54.90 มีอาการปวดร้าวลงขา เป็นอาการนำมาก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัด รองลงมา คือ มีอาการปวดหลัง และ อาการปวดเอว ร้อยละ 53.30, 22.00 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.30 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Lumbar Spinal Instrumentation รองลงมา คือ ผ่าตัดแบบ Decompression Procedures ร้อยละ 33.00 และผ่าตัดแบบ Stabilization Procedures ร้อยละ 5.50 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีพยาธิสภาพบริเวณระดับของกระดูกสันหลัง ตำแหน่งระดับที่ L₅ มากที่สุด ร้อยละ 82.40 รองลงมา คือ ตำแหน่งระดับ L₄ ร้อยละ 69.20 และ ตำแหน่งระดับ S₁ ร้อยละ 28.60 ภายหลังการผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ร้อยละ 96.70 ระยะเวลาหลังการผ่าตัดจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 0-3 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 38.50 รองลงมา อยู่ในช่วงมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 17.60

2. คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($M = 89.18$, $SD = 12.90$) เมื่อพิจารณาจำแนกคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงสุด ($M = 27.70$, $SD = 4.20$) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($M = 22.80$, $SD = 4.10$) และด้านจิตใจ ($M = 21.70$, $SD = 3.30$) สำหรับด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 9.70$, $SD = 4.20$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม หลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต ($n=91$)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต					
	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตที่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0	0	61	67.00	30	33.00
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านร่างกาย	5	5.50	71	78.00	15	16.50
ด้านจิตใจ	0	0	55	60.40	36	39.60
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10	11.00	65	71.40	16	17.60
ด้านสิ่งแวดล้อม	0	0	59	64.80	32	35.20

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต จำแนกคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n=91)

คุณภาพชีวิต	M	SD	แปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	89.18	12.90	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ด้านร่างกาย	22.80	4.10	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	21.70	3.30	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.70	1.90	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.70	4.20	ปานกลาง

3. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการศึกษาข้อมูลภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 91 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.58 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 19.78 และกลุ่มตัวอย่างที่มี ทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 24.18 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม หลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (n=91)

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่พบภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า	35	38.46
ภาวะวิตกกังวลเพียงอย่างเดียว	16	17.58
ภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว	18	19.78
ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	22	24.18

4. การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำนวน 91 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.70 และเมื่อจำแนกการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.90 และ 52.70 ตามลำดับ ด้านสิ่งของและบริการ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.86 และ 41.76 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับ การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน (n=91 ราย)

การสนับสนุนทางสังคม	การสนับสนุนทางสังคม					
	น้อย		ปานกลาง		มาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	6	6.60	48	52.70	37	40.70
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน						
ด้านอารมณ์	4	4.40	37	40.70	50	54.90
ด้านสิ่งของและบริการ	23	25.27	39	42.86	29	31.87
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	23	25.27	38	41.76	30	32.97
ด้านข้อมูลข่าวสาร	6	6.60	37	40.70	48	52.70

ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมียะแนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.23$, $SD = 0.41$) เมื่อพิจารณาการสนับสนุน ทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ($M = 2.44$, $SD = 0.46$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 2.40$, $SD = 0.48$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ($M = 2.09$, $SD = 0.59$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ ($M = 2.04$, $SD = 0.57$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตาม การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้าน (n=91)

การสนับสนุนทางสังคม	M	SD	แปลผล
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	2.23	0.41	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
ด้านอารมณ์	2.44	0.46	มาก
ด้านสิ่งของและบริการ	2.04	0.57	ปานกลาง
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	2.09	0.59	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.40	0.48	มาก

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลัง ส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการศึกษา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (n=91 ราย)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		X ²	df	P-value
	ไม่ดี (61) n (%)	ดี (30) n (%)			
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ			2.18	1	0.14
ชาย	17 (27.90)	13 (43.30)			
หญิง	44 (72.10)	17 (56.70)			
อายุ			8.53	1	0.003*
น้อยกว่า 60	27 (44.30)	23 (76.70)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	34 (55.70)	7 (23.30)			
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)			4.98	4	0.290
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	3 (4.90)	0			
18.5 – 22.99 (ปกติ)	18 (29.50)	6 (20.00)			
23 – 24.99 (น้ำหนักเกิน)	11 (18.00)	7 (23.30)			
25 – 29.99 (โรคอ้วนระดับ 1)	18 (29.50)	14 (46.70)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 ขึ้นไป	11 (18.00)	3 (10.00)			
อาชีพ			4.69	1	0.03*
มีอาชีพ	28 (45.90)	21 (70.0)			
ไม่มีอาชีพ	33 (54.10)	9 (30.00)			
การสูบบุหรี่			5.61	2	0.06
ไม่สูบ	56 (91.80)	22 (73.30)			
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	2 (3.30)	3 (10.00)			
เคยสูบและปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	3 (4.90)	5 (16.70)			
การดื่มสุรา			1.03	2	0.59
ไม่ดื่ม	52 (85.20)	23 (76.70)			
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	4 (6.60)	3 (10.0)			
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	5 (8.20)	4 (13.30)			
สถานภาพสมรส			0.66	1	0.42
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	25 (41.00)	15 (50.00)			
คู่	36 (59.00)	15 (50.00)			

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว (n=91 ราย) (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		X ²	df	P-value
	ไม่ดี (61) n (%)	ดี (30) n (%)			
ระดับการศึกษา			4.64	1	0.031*
ต่ำกว่าประถมปีที่ 6	37 (60.70)	11 (36.70)			
สูงกว่าประถมปีที่ 6	24 (39.30)	19 (63.30)			
รายได้ของครอบครัว			4.62	2	0.099
น้อยกว่า 10,000	22 (36.10)	5 (16.70)			
10,000 – 20,000	25 (41.00)	13 (43.30)			
มากกว่า 20,000 ขึ้นไป	14 (23.00)	12 (40.00)			
ความเพียงพอของรายได้			4.79	1	0.029*
เพียงพอต่อการใช้จ่าย	30 (49.20)	22 (73.30)			
ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย	31 (50.80)	8 (26.70)			
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			8.95	1	0.003*
ปฏิบัติด้วยตนเอง	39 (63.90)	28 (93.30)			
ต้องช่วยเหลือบางส่วน	22 (36.10)	2 (6.70)			
ปัจจัยด้านจิตสังคม					
ภาวะซึมเศร้า			15.052	2	0.001*
ไม่มีความผิดปกติ	26 (42.60)	25 (83.30)			
มีความเสี่ยง	21 (34.40)	5 (16.70)			
ผิดปกติ	14 (23.00)	0 (0.00)			
ภาวะวิตกกังวล			7.80	2	0.020*
ไม่มีความผิดปกติ	30 (49.20)	23 (76.70)			
มีความเสี่ยง	23 (37.70)	7 (23.30)			
ผิดปกติ	8 (13.10)	0 (0.00)			
การสนับสนุนทางสังคม			8.44	2	0.015*
ระดับต่ำ	6 (9.80)	0 (0.00)			
ระดับปานกลาง	36 (59.00)	12 (40.0)			
ระดับสูง	19 (31.10)	18 (60.00)			

* p < .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

การศึกษานี้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.60 อยู่ในช่วงวัยอายุที่มากกว่า 60 ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีโอกาสและความเสี่ยงของการเกิดโรคได้มากกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องจากความเสื่อมตามอายุ และจากข้อมูลระยะเวลาหลังการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0 - 3 เดือนหลังการผ่าตัด ซึ่งถือเป็นช่วงระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ดังนั้นแม้ว่า หลังผ่าตัดไปแล้ว ช่วงแรกอาจยังอยู่ในช่วงระยะการปรับตัว เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะการเจ็บป่วยไปสู่การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยอาจยังไม่กลับสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ การรับรู้ความเจ็บปวดอาจยังหลงเหลืออยู่ หรือการเคลื่อนไหวอาจยังจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือ รวมทั้งผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมถึงแม้ว่าได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดไปแล้วแต่เนื่องจากการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการดำเนินชีวิตประจำวันจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งอาจทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆทุกด้าน จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของลัดดาวัลย์ หิมคุณ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และแตกต่างจากการศึกษาของกมลชนก ศิริบุญชาชัยและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุที่แตกต่างกัน และเป็นการประเมินติดตามคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจากผลการศึกษาข้อมูลการติดตามส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-3 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 38.50 ซึ่งเป็นการติดตามผลในระยะสั้น และนอกจากนี้คุณภาพชีวิตอาจขึ้นกับการรับรู้ที่แตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยต่างๆที่มีความหลากหลาย จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสูงสุด ($M = 27.70$, $SD = 4.20$) สามารถอธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีอิสระ มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต เนื่องจากบริบทของจังหวัดภูเก็ตเอื้อต่อคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวก การคมนาคมสะดวก และมีแหล่งประโยชน์ต่างๆที่เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอกยังมีการประสาน การจัดหาแหล่งประโยชน์ และสนับสนุนแหล่งส่งเสริมที่เอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยในด้านการบริการสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($M = 22.80$, $SD = 4.10$) อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกได้รับการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดเรื้อรังหลังการผ่าตัด แต่ยังมีข้อจำกัดของ การเคลื่อนไหว เนื่องจากอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ด้านร่างกายหลัง การผ่าตัด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความปวดเรื้อรังก่อนการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกายทำให้เกิดความไม่สุขสบาย กับผู้ป่วย สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย⁽²⁹⁾ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่รักษาด้วยวิธีแบบประคับประคองก่อนการผ่าตัดพบว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำโดยเฉพาะด้านร่างกาย⁽⁹⁾ ดังนั้นหลังการผ่าตัดอาการรบกวนต่างๆทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ในช่วงระยะแรกยังจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร รวมถึงสามารถทำงานและเข้าสังคมได้ตามสภาวะของการฟื้นฟูสภาพ จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าคะแนน ($M = 21.70$, $SD = 3.30$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดี ย่อมส่งผลให้สภาพร่างกายจิตใจดีขึ้น แต่เนื่องจากผู้ป่วย โรคกระดูกสันหลังเสื่อมส่วนใหญ่มักมีปัญหาด้านจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด^(2, 8) เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้รู้สึกต้องพึ่งพา อาจรู้สึกด้อยค่าในชีวิต สิ้นหวัง รู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว และกังวลอาการเจ็บป่วยที่ส่งผล

กระทบในด้านต่างๆ จึงเกิดความเครียดและวิตกกังวล ดังนั้น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการทางกายดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดลดลง ย่อมส่งผลให้ความรู้สึกทางจิตใจดีขึ้นด้วย แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าอยู่ อาจเนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปรับตัว ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและการดำเนินชีวิตหลังการผ่าตัด ยังรู้สึกไม่มั่นใจใจขาดความเชื่อมั่นในการปรับตัวและการเผชิญปัญหา และจากข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี การปรับตัวด้านสภาพจิตใจอาจไม่ดีเหมือนช่วงวัยอื่นๆ ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับด้านที่น้อยที่สุด คือ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 9.70$, $SD = 1.90$) เนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง ผลจากการรักษาที่ยาวนานทั้งก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายจากการเจ็บป่วย ขาดการเข้าสังคมเพื่อทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เนื่องจากความปวดจากโรคและข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ลักษณะทางสังคมของจังหวัดภูเก็ตเป็นบริบทของสังคมเมือง ลักษณะครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปประกอบอาชีพ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไม่ได้รับการเอาใจใส่ จึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัด กระดูกสันหลังระดับเอว

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก อธิบายได้ว่าคนที่มีอายุน้อยหลังได้รับการผ่าตัดมีการปรับตัวที่ดีและเร็ว การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าคนที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากการตอบสนองต่อการรักษาแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย และคนที่มีอายุมากจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา พบส่วนใหญ่มีโรคร่วมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย และคนที่อายุมากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่เสื่อมถอยตามอายุ ความสามารถทางร่างกายลดลง มีแนวโน้มของความแข็งแรงน้อยกว่า ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้ากว่าช่วงวัยอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Miyagishima และคณะ⁽²⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังระดับเอว 1 ปี พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ อธิบายได้ว่าการมีอาชีพทำให้มีรายได้ในการนำมาใช้จ่ายช่วยเหลือครอบครัว สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ รู้สึกมีความมั่นคงและความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Miyagishima และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าการได้รับการจ้างงาน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังระดับเอว

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถรับรู้และเข้าใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสนใจในการหาความรู้เพื่อใช้การดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ มีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี สามารถแสวงหาความต้องการต่างๆ เพื่อสร้างความมั่นคง ให้ชีวิตและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chouhdari และคณะ⁽³⁰⁾ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลังระดับเอว พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเพียงพอของรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากรายได้ที่เพียงพอทำให้สามารถนำมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั่วไป ในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการรักษา ทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงทางเลือกของการรักษาที่ดีกว่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร์ แสงศิริ และคณะ⁽³¹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ต้องช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน เนื่องจากหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะกลัวการเคลื่อนไหว ทำกิจวัตรประจำวันได้ยากหรือลดลง และอาจไม่กล้าทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นในผู้ป่วยที่หลังผ่าตัดมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ

ปัจจัยด้านจิตสังคม

ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่มีก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นเพราะสาเหตุจากการรักษาโรคเป็นระยะเวลานาน มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลต่อความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่ใจ มีปัญหาเรื่องการปรับตัว หากผู้ป่วยปรับตัวไม่ได้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของMiller และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่องผลกระทบของภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดได้โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ภาวะวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ วิตกกังวล อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมจะมีความวิตกกังวลกังวล และความกลัวตั้งแต่มีก่อนผ่าตัดเนื่องจากเป็นโรคที่มีความทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรัง ส่วนหลังผ่าตัดผู้ป่วยมักมีความกังวลเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด กังวลถึงวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด กังวลเกี่ยวกับการฟื้นฟูและสภาพร่างกายของตนเองหลังผ่าตัด ทั้งนี้ภาวะวิตกกังวลเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นความรู้สึกของการไม่แน่นอน ไม่มั่นคง ซึ่งภาวะวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อการทำงานในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านอารมณ์ และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ความสุขความพึงพอใจในชีวิตลดลง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลงเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jansson และคณะ⁽³²⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Netto และคณะ⁽³³⁾ พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับที่สูงจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดลดลง

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่อสู้กับปัญหาการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของการเกิดปัญหา มีความมั่นใจและความพร้อมสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะการเจ็บป่วยหลังผ่าตัด นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hlaing และคณะ⁽³⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ⁽³⁴⁾ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงในผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวที่รับการรักษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น เนื่องจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ทางสังคม และลักษณะการดำเนินชีวิตของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ควรตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว โดยเฉพาะการส่งเสริมในด้านปัจจัยทางจิตสังคม
- 2) ควรมีการประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการคัดกรอง ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และวางแผนให้การช่วยเหลือหรือการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
- 3) ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการปัญหาหรือหาแนวทางป้องกันปัญหาที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมในทุกมิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2) ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการรบกวนทางกาย การจัดการกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว

เอกสารอ้างอิง

- 1) Kobayashi K, Ando K, Nishida Y, Ishiguro N, Imagama S. Epidemiological trends in spine surgery over 10 years in a multicenter database. *European Spine Journal* 2018;27(8):1698-703.
- 2) อธิวรรณ เชื้อตาเล็ง, พชร บุตรแสนโคตร, ชลเวช ขวศิริ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม. *ว.สภากายภาพบำบัด* 2560;32(3):78-90.
- 3) สุวรรณ ขอบการไร้, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์, อรรถพรณ โตสิงห์, ธเนศ วรธนอภิสิทธิ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *ว.สภากายภาพบำบัด* 2556;28(3):68-79.
- 4) Wang JXY, Kaplar Z, Deng M, Leung SCJ. Lumbar degenerative spondylolisthesis epidemiology: A systematic review with a focus on gender-specific and age-specific prevalence. *Journal of Orthopedic Translation* 2017;1(11):39-52.
- 5) Deyo RA. Epidemiology of spinal surgery: Rates and trends. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2007;443(2):139-46.

- 6) ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, นภาพร วาณิชกุล, ชลเวช ขวศิริ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วย หลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *Journal of Nursing Science* 2560;35(3):82-93.
- 7) Hong JH, Lee MY, Jung SW, Lee SY. Does spinal stenosis correlate with MRI findings and pain, psychological factors, and quality of life? *Korean J Anesthesio* 2015;68(5):481-7.
- 8) Kaptan H, Yalcin SE, Kasimcan O. Correlation of low back pain caused by lumbar spinal stenosis and depression in women: a clinical study. *Arch Orthop Trauma Surg* 2012;132(7):963-7.
- 9) Ozdemira E, Paker N, Bugdaycia D, Demircioglu TD. Quality of life and related factors in degenerative lumbar spinal stenosis: A controlled study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 2015;28(4):749-53.
- 10) Darzia MT, Pourhadib S, Hosseinzadehc S, Ahmadid MH, Dadiane M. Comparison of quality of life in low back pain patients and healthy subjects by using WHOQOL-BREF. *Journal of Back and Musculoskeletal* 2014;27(4):507-12.
- 11) อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, พชนี สมกำลั้ง. การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี* 2561;25(1):203-8.
- 12) Dobran M, Nasi D, Gladi M, Marinelli M, Mancini F, Iacoangeli M, et al. Clinical and psychological outcome after surgery for lumbar spinal stenosis: A prospective observational study with analysis of prognostic factors. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2018;52(1):70-74.
- 13) Overvest GM, Luijsterburg PA, Brand R, Koes BW, Zeinstra SMB, Eekhof JA, et al. Design of the Verbiest trial: cost-effectiveness of surgery versus prolonged conservative treatment in patients with lumbar stenosis. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2011;12(57):1-8.
- 14) Grotle M, Smastuen CM, Fjeld O, Grovle L, Helgeland J, Storheim K, et al. Lumbar spine surgery across 15 years: trends, complications, and reoperations in a longitudinal observational study from Norway. *BMJ Open* 2018;9(8):1-7.
- 15) Bateman DK, Millhouse PW, Shahi N, Kadam AB, Maltenfort MG, Koerner JD, et al. Anterior lumbar spine surgery: a systematic review and meta-analysis of associated complications. *The Spine Journal* 2015;15(5):1118-32.
- 16) Miller JA, Derakhshan A, Lubelski D, Alvin MD, McGirt MJ, Benzel EC, et al. The impact of preoperative depression on quality of life outcomes after lumbar surgery. *The Spine Journal* 2015;15(1):58-64.
- 17) World Health Organization. The world health organization quality of life instruments [Internet]. 1997 [cited 2023 Mar 7]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- 18) กมลชนก ศิริบัญชาชัย, สุกัญญา จงถาวรสถิต, อาริศักดิ์ โชติวิจิตร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราชที่ได้รับการผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลังระดับเอว ของโรคกระดูกสันหลังเคลื่อนจากความเสื่อม : การศึกษาแบบย้อนหลังและติดตาม. *ว.สังคมศาสตร์บูรณาการมหาวิทยาลัยมหิดล* 2565;9(2):47-70.
- 19) Hey HWD, Luo N, Chin SY, Lau ETC, Wang P, Kumar N, et al. The predictive value of preoperative health-related quality-of-life scores on postoperative patient-reported outcome scores in lumbar spine surgery. *Global Spine J* 2018;8(2):156-163.

- 20) Seuk JW, Bae J, Shin SH, Lee SH. A long-term minimum clinically important difference in health-related quality of life scores after instrumented lumbar interbody fusion for low-grade isthmic spondylolisthesis. *World Neurosurg* 2018;117(1):493-9.
- 21) ทศนีย์ มีประเสริฐ, เสาวภา อินผา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. ใน: โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2553 ฝ่ายการพยาบาล "Innovation Management เติมเต็มวิถีความเป็นเลิศขององค์กร"; 21-22 ก.ค. 2553; โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: 2553. หน้า 497-502.
- 22) อุไรวรรณ พลชา. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลอุดรธานี. *ว.การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2559;24(1):19-26.
- 23) ชลยา อรรถาภินันท์, พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียม ทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2560;61(3):387-400.
- 24) Miyagishima K, Tsushima E, Ishida K, Sato S. Factors affecting health-related quality of life one year after lumbar spinal fusion. *Phys Ther Res* 2017;20(2):36-43.
- 25) Chen M, Peng DY, Hou WX, Li Y, Li JK, Zhang HX. Study of quality of life and its correlated factors in patients after lumbar fusion for lumbar degenerative disc disease. *Front. Surg* 2022;9(1):1-12.
- 26) สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 13 มี.ค.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- 27) ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41(1):18-30.
- 28) กฤษฏากมล ชื่นอ้อม. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
- 29) Kang KK, Shen MS, Zhao W, Lurie JD, Razi AE. Retrolisthesis and lumbar disc herniation: a postoperative assessment of patient function. *Spine J* 2013;13(4):367-72.
- 30) Chouhdari A, Rezaee O, Rezapour P, Samadian M, Farahani HS, Hajiesmaeili M, et al. Effect of Basic Characteristics on Improving Quality of Life After Lumbar Spine Decompression. *Surgery Arch Neurosci* 2019;6(3):1-8.
- 31) เอมอร แสงศิริ, ดวงกมล วัตราดุลย์, สุธานิ กาญจนกุล, ศรีรัตน์ ญัฐจ่างกุล, สติพร นพพลับ, สอาด วงศ์อนันต์นนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *ว.พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2558;26(1):104-18.
- 32) Jansson KA, Nemeth G, Granath F, Jonsson B, Blomqvist P. Health-related quality of life (EQ-5D) before and one year after surgery for lumbar spinal stenosis. *J Bone Joint Surg Br* 2009;91(2):210-6.
- 33) Netto BM, Barranco SBA, de Oliveira KWK, Petronilho F. Influence of anxiety and depression symptoms on the quality of life in patients undergoing lumbar spine surgery. *REV BRAS ORTOP* 2018;53(1):38-44.
- 34) Hlaing WY, Thosinghab O, Chanruangvanich W. Health-related quality of life and its determinants among patients with hip fracture after surgery in Myanmar. *Int J Orthop Trauma Nurs* 2020;37(1):1-5.

