

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก

## Factors Influencing the Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy at the Outpatients Department

สโรชา เล็กน้อย, พย.บ., พัชรชนก วิถีธรรมศักดิ์, ประ.ด., ลัดดาวัล ฟองค์, พย.ม., ธาณี ขามชัย, ประ.ด.

Salocha Leknoy, B.N.S., Patchanok Witheethammasak, Ph.D., Laddawan Vonk, M.N.S., Thanee Khamchai, Ph.D.

### Abstract

**Objective:** To study the influence of age, the number of radiation treatments, social support, and health-promoting behaviors on the quality of life of head and neck cancer patients receiving outpatient radiation therapy.

**Method:** This is a predictive correlational study. The sample consisted of 94 head and neck cancer patients receiving radiation treatment at the Outpatient Radiation Therapy Department of Chonburi Cancer Hospital between May and August 2023. The research instruments included a questionnaire covering personal factors, social support, health-promoting behaviors, and quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis with a simultaneous entry method.

**Results:** The findings showed that the average age of the participants was 58.4 years, the average number of radiation treatments was 15.8, social support and health-promoting behaviors were at a high level, and quality of life was at a moderate level. The number of radiation treatments, health-promoting behaviors, and social support together explained 29% of the variance

in quality of life, with statistical significance at the .05 level ( $R^2 = .29$ ,  $F_{4,89} = 8.88$ ,  $p\text{-value} < .01$ ). Among these factors, health-promoting behaviors had the most significant influence on predicting quality of life (Beta = .35,  $p\text{-value} < .01$ ), followed by social support (Beta = .23,  $p\text{-value} < .05$ ), and the number of radiation treatments (Beta = -.30,  $p\text{-value} < .01$ ).

**Conclusions:** Based on the results, this research suggests that nurses should encourage head and neck cancer patients undergoing outpatient radiation therapy to engage in appropriate health-promoting behaviors and receive adequate social support. This is especially important for patients who have undergone more radiation treatments to enhance their quality of life.

**Keywords:** Quality of life, Head and neck cancer, Radiation therapy, Health promoting behaviors, social support

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ณ แผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 94 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณด้วยวิธีการนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด

วันที่รับ (received) 23 เมษายน 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 20 มิถุนายน 2568

Published online ahead of print 24 มิถุนายน 2568

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี  
Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital, Chonburi

Corresponding Author: พัชรชนก วิถีธรรมศักดิ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี  
Email: patchanok@buu.ac.th  
doi: .....

**ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 (ร้อยละ 46.8) และได้รับการฉายรังสีไม่เกิน 10 ครั้ง (ร้อยละ 38.3) การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $R^2 = .29$ ,  $F_{4,89} = 8.88$ ,  $p\text{-value} < .01$ ) โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด ( $Beta = .35$ ,  $p\text{-value} < .01$ ) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = .23$ ,  $p\text{-value} < .05$ ) และจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี ( $Beta = -.30$ ,  $p\text{-value} < .01$ ) ตามลำดับ

**สรุป:** ผลจากการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหลายครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, มะเร็งศีรษะและลำคอ, การฉายรังสี, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, สนับสนุนทางสังคม

## บทนำ

มะเร็งศีรษะและลำคอเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ริมฝีปาก ในช่องปาก ต่อมทอนซิล ต่อมน้ำลาย คอหอยส่วนบน โพรซังไนด์ กล่องเสียง ช่องจมูกและหูชั้นกลาง<sup>1</sup> โดยมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 660,000 รายและเสียชีวิต 325,000 รายต่อปี<sup>1,2</sup> และอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งศีรษะและลำคอยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในเพศชาย และอันดับที่ 5 ของมะเร็งในเพศหญิง<sup>3</sup> ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีพบผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 352, 370 และ 509 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 3 และ 4<sup>4</sup> การฉายรังสีเป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยอาจได้รับการฉายรังสีทดแทนการผ่าตัด การฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค<sup>5</sup> โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หายจากโรคหรือประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แม้ว่าการฉายรังสีจะช่วยทำลายเซลล์มะเร็งแต่ก็ทำลายเซลล์ปกติด้วย ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียง ได้แก่ อ่อนเพลีย การรับรสเปลี่ยนแปลง น้ำลายแห้ง กลืนลำบาก ความอยากอาหารลดลง ผิวหนังถูกทำลายและอักเสบ นอกจากอาการทางร่างกาย ยังส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเกิดความกลัว รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ซึมเศร้าและสิ้นหวัง<sup>5-7</sup> ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคომักได้รับการฉายรังสีประมาณ

30-35 ครั้ง ในระยะเวลา 6-7 สัปดาห์<sup>5</sup> ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีในบริเวณนี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตพื้นฐาน ได้แก่ การกิน การพูด และการหายใจ<sup>8</sup> ส่งผลกระทบต่อระยะยาวด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยต้องมารับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่องทุกวันทำให้เหนื่อยล้าสามารถทำกิจกรรมลดลง และภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการฉายรังสีทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย<sup>5,6</sup> จากผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้รับผลกระทบจากการฉายรังสีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและต่อเนื่องในระยะยาวส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง<sup>6,7,9</sup> จากการศึกษาของ do Nascimento Santos Lima et al.<sup>7</sup> พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระหว่างได้รับการฉายรังสีในเดือนที่ 1 และเมื่อสิ้นสุดการฉายรังสีมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัคริยา ชุมะโชติ<sup>9</sup> พบว่า ในสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา และหลังได้รับรังสีรักษา 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Milecki et al.<sup>6</sup> พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับการฉายรังสี 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับการฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านสมรรถภาพทางกาย การทำหน้าที่ในชีวิต การทำงานของสมอง การสูญเสียความอยากอาหาร และความเหนื่อยล้า ทั้งนี้คุณภาพชีวิตที่ลดลงอาจเป็นผลมาจากการรับรู้การข้างเคียงที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาการรักษา<sup>6,7,9</sup> อายุ<sup>6</sup> เพศ<sup>6</sup> การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม<sup>7,9</sup> และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เหมาะสมกับโรคและการรักษา<sup>6,7,9</sup>

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายการพยาบาลที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญ ตามแนวคิดของ Cella<sup>10</sup> คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลต่อการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกับความรุนแรงและระยะเวลาของอาการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวและความสามารถการลดผลกระทบซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล<sup>10</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ โดยอายุที่มากขึ้นจะทำให้โครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

เกิดการเสื่อม ความต้านทานต่อผลกระทบจากโรคและการรักษาลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาของ Čanković et al.<sup>11</sup> พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ คือจำนวนครั้งในการฉายรังสีที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการมีอาการข้างเคียงที่มากขึ้น<sup>5</sup> จากการศึกษาของ Wang et al.<sup>12</sup> พบว่าจำนวนการฉายรังสีมากขึ้นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูก (OR=1.10, 95%CI: 1.07–1.13, *p*-value<0.01) ซึ่งอาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender<sup>13</sup> เกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการควบคุมและปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หรือดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยเน้นการสร้างเสริมศักยภาพของตนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>13,10</sup> ได้แก่ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับวินิจฉัยและรักษาสามารถช่วยลดอาการและผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือได้รับความช่วยเหลือในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ดียิ่งขึ้น<sup>15</sup> จากการศึกษาของ Čanković et al.<sup>11</sup> พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value<.05) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=.46 และ *r*=.29, *p*-value< .05 ตามลำดับ)<sup>16</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาในผู้ป่วยระหว่างการได้รับการฉายรังสีในภาพรวม อย่างไรก็ตามการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีรักษาในบริบทของผู้ป่วยนอกยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ

และลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น พยาธิสภาพของโรคและกระบวนการรักษาส่งผลกระทบต่อตรงต่อการดำรงชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่บ้านอย่างเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย อายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนา รูปแบบหรือแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีต่อไป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ จำนวนครั้งในการฉายรังสี การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย:** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการคณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 001/2566

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอที่มารับการรักษาด้วยการฉายรังสี ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มประชากรที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และคัดเข้าศึกษาตามคุณสมบัติคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย 4) มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ประเมินด้วย Mini Cog<sup>16</sup> ได้คะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power analysis version 3.1.9.2 โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 และค่าอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) เท่ากับ .15 เนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้

ในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ และมีความแปรทำนาย 4 ตัวแปร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คืออย่างน้อย 85 ราย และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เท่ากับ 9 ราย ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 94 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะงานหรืออาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีในปัจจุบัน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหารทางจมูก เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ได้แก่ 1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอของ ปันณฑิต บณขุนทด<sup>18</sup> พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House<sup>15</sup> จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่เลย ถึง 4 มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 96 ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมอยู่ในระดับสูงหมายถึงการสนับสนุนทางสังคมมาก

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง ของ รังสันต์ ไชยคำ<sup>19</sup> พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al.<sup>13</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30–120 ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมสูงหมายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมาก

3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT) ฉบับภาษาไทยแปลโดย Ratanatharathorn et al.<sup>20</sup> เป็นการวัดคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 27 ข้อ โดยมีคำถามด้านลบจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7, 15, 17-20 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ไม่เลย ถึง 4 มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–108 ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตมาก

คุณภาพเครื่องมือในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ความตรงตามเนื้อหา

ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .98, .95, และ 1 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่า Cronbach Alpha Coefficient เท่ากับ .89, .87 และ .84 ตามลำดับ

หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการคณะกรรมการการวิจัยในคนโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบขอความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและสอบถามความสนใจในการเข้าการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอม ผู้วิจัยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที จากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต และทดสอบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณด้วยวิธี Enter Method โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.8 อายุเฉลี่ย 58.4 (SD = 12.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 97.8 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำนา ทำสวน และรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.4 มีรายได้เฉลี่ย 20,883 บาทต่อเดือน (SD = 13683.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 44.7 ได้รับการฉายรังสีเฉลี่ย 15.77 (SD = 10.5) โดยภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีที่พบมากที่สุดคือ คอแห้งหรือเจ็บ ร้อยละ 58.5 รองลงมาคือผิวหนังฉายรังสีแห้งหรือเจ็บ ร้อยละ 27.7 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ท่อช่วยหายใจที่คอ ร้อยละ 14.9 สายยางให้อาหารทางจมูก ร้อยละ 12.8 และสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ร้อยละ 2.1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 94)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	92	97.8
หญิง	2	2.2
<b>อายุ</b>		
ไม่เกิน 40 ปี	7	7.5
41-50 ปี	19	20.2
51-60 ปี	24	25.5
มากกว่า 60 ปี	44	46.8
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	62	66.0
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	17	18.0
โสด	15	16.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เข้าศึกษาตามระบบ	8	8.5
ประถมศึกษา หรือ ป.1-6	48	51.1
มัธยมศึกษา หรือ ม.1-6	24	25.5
ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8	8.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	6.4
<b>ลักษณะงานหรืออาชีพ</b>		
ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	39	41.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน	30	31.9
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	11	11.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	9.6
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	4	4.3
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.1
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ไม่เกิน 10,000 บาท	30	31.9
10,001 - 20,000 บาท	28	29.9
20,001 - 30,000 บาท	18	19.1
มากกว่า 30,000 บาท	18	19.1
<b>ระยะของโรค</b>		
ระยะที่ 1	13	13.8
ระยะที่ 2	16	17.0
ระยะที่ 3	23	24.5
ระยะที่ 4	42	44.7
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี</b>		
ไม่เกิน 10 ครั้ง	36	38.3
11- 20 ครั้ง	24	25.5
มากกว่า 20 ครั้ง	34	36.2

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 94) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีในปัจจุบัน</b>		
คอแห้ง/เจ็บ	55	58.5
ผิวหนังบริเวณฉายรังสีแห้ง/เจ็บ	26	27.7
เบื่ออาหาร/ทานได้น้อย	17	18.1
กลืนลำบาก	16	17.0
อ่อนเพลีย	14	14.9
แผลภายในช่องปาก	9	9.6
คลื่นไส้/อาเจียน	5	5.3
ปวดศีรษะ	4	4.3
หูอื้อ	3	3.2
<b>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในปัจจุบัน</b>		
ท่อช่วยหายใจที่คอ และสายยางให้อาหารทางจมูก	12	12.8
ท่อช่วยหายใจที่คอ และสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง	2	2.1

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (M = 2.96, SD = .53) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.90, SD = .33) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพพมากที่สุด (M = 3.21, SD = .41) รองลงมาคือด้านโภชนาการ (M = 3.10, SD = .47) ด้านการจัดการกับความเครียด (M = 2.97, SD = .53) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (M = 2.96, SD = .49) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (M = 2.71, SD = .53) และด้านการออกกำลังกาย

(M = 2.20, SD = .53) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.52, SD = .52) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด (M = 2.83, SD = .63) รองลงมาคือความผาสุกด้านสังคมครอบครัว (M = 2.55, SD = .58) ความผาสุกด้านร่างกาย (M = 2.48, SD = .76) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (M = 2.27, SD = .70) ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (n = 94)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	Mean	SD
การสนับสนุนทางสังคม	0 – 4.00	1.42 – 4.00	2.96	.53
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	1.00 – 4.00	2.17 – 3.63	2.90	.33
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.00 – 4.00	2.14 – 4.00	3.21	.41
ด้านโภชนาการ	1.00 – 4.00	2.00 – 4.00	3.10	.47
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.00 – 4.00	1.40 – 4.00	2.97	.53
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	1.00 – 4.00	1.75 – 4.00	2.96	.49
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	1.00 – 4.00	1.00 – 4.00	2.71	.53
ด้านการออกกำลังกาย	1.00 – 4.00	1.00 – 3.60	2.20	.53
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 – 4.00	1.52 – 3.78	2.52	.52
ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ	0 – 4.00	1.33 – 4.00	2.83	.63
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	0 – 4.00	.83 – 4.00	2.55	.58
ความผาสุกด้านร่างกาย	0 – 4.00	.43 – 4.00	2.48	.76
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0 – 4.00	.43 - 4.00	2.27	.70

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก คือพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Beta = .35,  $p$ -value = .001) การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .23,  $p$ -value < .05) และจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี (Beta = -.30,  $p$ -value < .01) ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ

ลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกได้ร้อยละ 29 ( $R^2 = .29$ ,  $p$ -value < .01) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถเขียนสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกได้ดังนี้ คุณภาพชีวิต = .48 + .54 (พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ) + .23 (การสนับสนุนทางสังคม) - .01 (จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี)

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง (n = 94)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	.48	.516	-	.92	.36
อายุ	.00	.00	.02	.25	.80
จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี	-.01	.00	-.30	-3.27	.00
การสนับสนุนทางสังคม	.23	.09	.23	2.44	.02
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.54	.15	.35	3.57	.00

$R^2 = .29$ , Adj  $R^2 = .25$ ,  $F_{4,89} = 8.88$ ,  $p$ -value < .01

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 97.8) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 46.8) สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยที่พบว่ามะเร็งศีรษะและลำคอบ่อยพบในเพศชาย<sup>3</sup> ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก และการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะการดื่มร่วมกัน<sup>1</sup> และวัยสูงอายุมีการเสื่อมสภาพของเซลล์และความสามารถในการจดจำเซลล์ลดลงจากการสูญเสียกระบวนการควบคุมการเกิดเซลล์มะเร็งจึงมักพบการเกิดโรคมะเร็งในผู้สูงอายุได้มากกว่าวัยอื่น<sup>1</sup> และยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือนทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกวิถีชีวิตและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ<sup>1</sup> และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ชาวไร่ ชาวนา มีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสสารพิษกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์จนอาจเป็นมะเร็งได้<sup>2</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ ระยะที่ 4 (ร้อยละ 44.7) สอดคล้องกับ Tangjaturonrasme et al.<sup>3</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในระยะลุกลาม

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (M = 2.96, SD = 0.53) สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House<sup>15</sup> โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 46.8) มักได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวตามระบบครอบครัวในวัฒนธรรมไทย<sup>21</sup> และมีสถานภาพสมรสคู่

(ร้อยละ 66.0) เป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ในการให้กำลังใจความเอาใจใส่ บรรเทาความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษา<sup>15,16,21</sup> แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.1) แต่มีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานและมีครอบครัวช่วยให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะสามารถประเมินตนเอง สถานการณ์ หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม<sup>15,21</sup> ครอบครัวยังมีช่วยสนับสนุน ทรัพยากรในการรักษา<sup>15,21</sup> แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้ไม่สูงมากแต่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย<sup>21</sup> นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การได้รับฉายรังสี 11-20 ครั้ง (ร้อยละ 25.5) และมากกว่า 20 ครั้ง (ร้อยละ 36.2) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นและบุคลากรทางสุขภาพ<sup>15,21</sup>

ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (M = 2.90, SD = .33) จากทฤษฎีของ Pender อธิบายว่าปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์การเจ็บป่วยมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ<sup>13</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตและความตระหนักในสุขภาพที่สูงขึ้นตามวัย<sup>22</sup> ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยระยะที่ 4 (ร้อยละ 44.7) ที่ได้รับการฉายรังสีมาแล้วหลายครั้งและมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพสูงที่สุดเพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค และอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ผ่านมา<sup>22</sup> อย่างไรก็ตามอายุที่มากขึ้นและภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี เช่น คอแห้งหรือเจ็บ (ร้อยละ 58.5) ผิวบริเวณฉายรังสีแห้งหรือเจ็บ (ร้อยละ 27.7) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 14.9) ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม<sup>23</sup> ทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ( $M = 2.20, SD = .53$ ) ของกลุ่มตัวอย่างต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen and Hsieh<sup>22</sup> ที่พบว่าอายุและการรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Beta = .20, p\text{-value} = .02$  และ  $Beta = .20, p\text{-value} = .01$  ตามลำดับ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 2.52, SD = .52$ ) โดยแต่ละมิติมีความแตกต่างกันตามแนวคิดของ Cella<sup>10</sup> ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม และใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจหรือสายยางให้อาหาร ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน<sup>24</sup> กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ได้แก่ คอแห้งและเจ็บ ผิวบริเวณฉายรังสีแห้งและเจ็บ เบื่ออาหาร กลืนลำบาก อ่อนเพลีย อาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและลดความผาสุกทางด้านร่างกาย ผลกระทบดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวลดลง การเผชิญกับโรคมะเร็งในระยะลุกลาม อาการที่เกิดขึ้น และกระบวนการรักษาที่ซับซ้อนมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย<sup>6,23</sup> อย่างไรก็ตามผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อการสังเกตของ Cella<sup>10</sup> ที่ว่าผู้ป่วยมะเร็งมักแสดงความทุกข์ทางอารมณ์น้อย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรสซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความผาสุกทางอารมณ์และจิตใจ<sup>25</sup> สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Qan'ir et al. ที่พบว่าสถานภาพสมรส ระยะของโรค อาการและการจัดการอาการมีผลต่อคุณภาพของผู้ป่วยมะเร็ง<sup>25</sup>

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกได้ร้อยละ 29 ( $R^2 = .29, p\text{-value} < .01$ ) อธิบายได้ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีช่วย ลดผลกระทบจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี ตัวอย่างเช่น การดูแลสุขอนามัยช่องปากอย่างเหมาะสมช่วยลดความรุนแรงของแผลในช่องปากและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ<sup>14</sup> นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางการจัดการกับปัญหา ลดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>14</sup> และการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากโรคและการรักษาได้ดียิ่งขึ้น สร้างกำลังใจและความหวังส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>11,15</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภัทธริกา ภูทวี<sup>16</sup> พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .46$  และ  $r = .29, p\text{-value} < .05$  ตามลำดับ) นอกจากนี้จำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสีที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความรุนแรงอาการข้างเคียงของการฉายรังสีเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสมรรถนะทางกาย การทำบทบาทหน้าที่ในชีวิต และการฟื้นฟูตัวของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>5,6</sup>

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่าอายุไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี แม้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพลง แต่ผู้ที่มีอายุมากขึ้นอาจมีมุมมองชีวิตที่แตกต่างและมีประสบการณ์ในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ช่วยให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของ Vang et al.<sup>27</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายแยกลง แต่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้มะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>27</sup> ตามแนวคิดของ Cella คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของบุคคลต่อการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวและการลดผลกระทบซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล<sup>10</sup> กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มี การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ซึ่งสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวและช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดผลกระทบจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลยา อัทธภินันท์ และ พิรพันธ์ ลีอนุธวัชชัย<sup>26</sup> พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางถึงดี แม้จะมีอายุที่แตกต่างกันแต่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ต่างกัน ( $X^2 = 2.06, p\text{-value} = .15$ )

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้**

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาแผนการดูแลที่เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก โดยการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้การสนับสนุน

ด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างกำลังใจ โดยคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงและความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่มีจำนวนการได้รับการฉายรังสีแตกต่างกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง และสร้างเครือข่ายสังคมระหว่างผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และด้านวัตถุประสงค์ต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาและการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ควรจัดทำแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและระยะการรักษาของผู้ป่วย

## 2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจำนวนมาก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

## สรุป

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.4 ปี และได้รับการฉายรังสีเฉลี่ย 15.8 ครั้ง มีการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ขณะที่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิต รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม และจำนวนครั้งที่ได้รับการฉายรังสี ปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกได้ ร้อยละ 29 พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีหลายครั้ง และควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษาที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และทีมผู้วิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- Gormley M, Creaney G, Schache A, Ingarfield K, Conway DI. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. *Br Dent J.* 2022;233(9):780-6.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
- Tangjaturonrasme N, Vatanasapt P, Bychkov A. Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2018;14(1):16-22.
- Digital Medical Division, Chonburi Cancer Hospital. Cancer registry hospital-based 2023 [Internet]. Chonburi: Chonburi Cancer Hospital; 2023 [cited 2025 Apr 23]. Available from: <https://www.cch.go.th/main/images/registry/hos/Hos-2023.pdf>
- Alfouzan AF. Radiation therapy in head and neck cancer. *Saudi Med J.* 2021;42(3):247.
- Milecki J, Zmijewska-Tomczak M, Osmola K, Wierzbicka M. The impact of radiotherapy on the quality of life in patients with early-stage clinical head and neck cancer. *Pol J Otolaryngol.* 2021;75(5):1-8.
- do Nascimento Santos Lima E, Ferreira IB, Lajolo PP, Paiva CE, de Paiva Maia YC, das Graças Pena G. Health-related quality of life became worse in short-term during treatment in head and neck cancer patients: a prospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18:1-12.
- มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยคุชฎีกุล, กุลธร เทพมงคล. โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2561;36:54-66.
- อัศรียา ชูมะโชติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย.* 2559;22:24-33.
- Cella DF. Quality of life: concepts and definition. *J Pain Symptom Manage.* 1994;9(3):186-92.
- Čanković M, Tešić M, Jevtić M, Stevanović D, Jovanović MB, Kostić D, et al. Predictors of health-related quality of life in Serbian patients with head and neck cancer. *Medicina Oral Patol Oral*

- Cir Bucal. 2022;27(4):e340.
12. Wang P, Huang X, Xue L, Liao J, Liu J, Yu J, et al. Nutritional risk factors in patients with nasopharyngeal carcinoma: a cross-sectional study. *Front Nutr.* 2024;11:1386361.
  13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice.* 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
  14. Ledinski Fičko S, Smrekar M, Hošnjak AM, Kurtović B, Kovačević I, Konjevoda V. Health promotion behaviors and quality of life among cancer patients—a systematic review. *J Appl Health Sci.* 2019;5(1):87-96.
  15. House JS. The nature of social support. In: House JS, editor. *Work stress and social support.* 4th ed. Reading (MA): Addison Wesley; 1981.
  16. ภัทธริกา ภู่วี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่หน่วยงานเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.* 2561;26:144-52.
  17. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int.* 2015;15(5):594-600.
  18. ปิณฑิต บณขุณฑ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่บ้านหลังได้รับรังสีรักษา จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552
  19. รังสันต์ ไชยคำ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชายที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. *วารสารโรคมะเร็ง.* 2558;35:156-69.
  20. Ratanatharathom V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailimai P, Sirisinha T. Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general. *J Med Assoc Thai.* 2001;84(10):1430-42.
  21. ชัญญาณุช พะลัง, ปิ่นททัย หนูนวน. การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: วิทยากรณีศึกษา. *วารสารโรคมะเร็ง.* 2563;40(2):62-73.
  22. Chen HH, Hsieh PL. Applying the Pender's Health Promotion Model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(19):9985.
  23. Pérez IMM, Pérez SEM, García RP, Luppens DDZ, Martínez GB, González CR, et al. Exercise-based rehabilitation on functionality and quality of life in head and neck cancer survivors. A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2023;13(1):8523.
  24. Hazzard E, Gulliver S, Walton K, McMahon AT, Milosavljevic M, Tapsell L. The patient experience of having a feeding tube during treatment for head and neck cancer: a systematic literature review. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;33:66-85.
  25. Qan'ir Y, Guan T, Idiagbonya E, Dobias C, Conklin JL, Zimba CC, et al. Quality of life among patients with cancer and their family caregivers in the Sub-Saharan region: a systematic review of quantitative studies. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(3):e0000451.
  26. Aththaphinan C, Lueboonthavatchai P. Quality of life and associated factors in colorectal cancer patients with colostomy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J.* 2017;61(3):387-400.
  27. Vang SS, Kang S, Mui AC. Age-related differences in health-related quality of life in cancer survivors. *Innovation in Aging.* 2017;1(suppl\_1):312-3.