

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

ปัทมาพร แยกเต่า* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** ปร.ด. (การพยาบาล)

ปิยะวรรณ โภคพลการณ์*** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อขยาย :

โรคอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคล การสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในปริมาณมากในผู้ป่วยโรคอ้วนยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางยานยนต์ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานและจำกัดโอกาสในการประกอบอาชีพ ด้วยแนวโน้มของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก การรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เป็นแนวทางการรักษามาตรฐานที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่มีความดัชนีมวลกาย ≥ 40 กก./ตรม. ซึ่งไม่เพียงช่วยลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังสามารถควบคุมรวมทั้งรักษาโรคร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยปรับปรุงภาพลักษณ์ทางร่างกาย เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด ได้แก่ การลดลงของน้ำหนักส่วนเกิน เทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson และ Cleary ซึ่งผลสนองค์ประกอบทางชีวภาพและจิตวิทยาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงโดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ได้แก่ เป็นผู้ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วนและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักด้วยวิธี Laparoscopic Sleeve Gastrectomy หรือ Roux-en-Y Gastric Bypass มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ก่อนเข้าร่วมการศึกษา ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมรัง โรคไต ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นและการได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ ผู้เข้าร่วมทุกคนต้องสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี รวมทั้งยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding author, รองศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 21 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 21 พฤษภาคม 2568

ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถาม การทำหน้าที่ด้านร่างกาย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคอ้วน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น เพื่อระบุ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 53.30$, $\text{SD} = 26.17$) โดยมีการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานภายหลังการผ่าตัด กระเพาะอาหารเฉลี่ยร้อยละ 58.42 ($\text{SD} = 17.63$) แสดงถึงการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินอย่างมี นัยสำคัญ ในด้านสุขภาพจิต โดยรวมไม่พบภาวะซึมเศร้า ($\text{Mean} = 11.40$, $\text{SD} = 8.76$) การสนับสนุน ทางสังคมอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 3.55$, $\text{SD} = 0.54$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้การสนับสนุนหลังการผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบลำดับขั้น พบว่า ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ด้านร่างกายสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.40 ($R^2 = .25$, $F = 6.37$, $p < .001$) ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = -0.38$, $p < .001$) รองลงมาคือการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($\beta = 0.36$, $p = .002$)

การศึกษานี้มีความสำคัญต่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้กำหนดนโยบายในการดูแล ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก โดยควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและจัดการ ภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากความทุกข์ทางจิตใจที่ไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักจากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ควรส่งเสริม โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งพาตนเอง สามารถช่วยเพิ่ม ผลลัพธ์ของการรักษาในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้าง ระบบการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างบุคคลมีส่วนช่วยในการเสริมสร้าง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ในท้ายที่สุด การคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างเหมาะสม การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง และการสร้างภาพลักษณ์ ทางร่างกายเชิงบวก ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่าง ยั่งยืนภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

คำสำคัญ : การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ผู้ป่วยโรคอ้วน คุณภาพชีวิต

Factors Predicting Quality of Life in Obese Patients after Bariatric Surgery

Pattamaporn Kaegtao M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*

*Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing)*

*Piyawan Pokpalagon*** Ph.D. (Nursing)*

Extended Abstract:

Obesity is a global public health concern that leads to pathophysiological changes. These changes significantly impair mobility, hinder daily functioning, reduce sleep quality, and ultimately deteriorate an individual's overall quality of life. Excessive accumulation of adipose tissue also in obese patients increases the risk of accidents, particularly motor vehicle accidents, which in turn impacts occupational performance and restricts job opportunities. As the prevalence of obesity continues to rise globally, effective treatment strategies have become increasingly crucial. Bariatric surgery has emerged as a standard and effective treatment modality for patients suffering from severe obesity, particularly those with a body mass index (BMI) ≥ 40 kg/m². This surgical intervention effectively reduces excess body weight and helps manage or even resolve obesity-related comorbidities. Moreover, it improves physical appearance, self-confidence, and quality of life. Key factors influencing postoperative quality of life include the percentage of excess weight loss (%EWL), depression, physical functioning, and social support.

This predictive correlational study was designed to examine the influence of selected variables on the quality of life among individuals who had undergone bariatric surgery. The conceptual framework was based on Wilson and Cleary's model of health-related quality of life, which integrates biological and psychological aspects to offer a comprehensive view of factors influencing patient well-being. A purposive sampling approach was utilized to recruit participants who met specific inclusion criteria. Eligible participants were aged 18 years or older, of both sexes, had been clinically diagnosed with obesity, and had undergone either Laparoscopic Sleeve Gastrectomy or Roux-en-Y Gastric Bypass surgery at least six months before the study—individuals who were not diagnosed with cancer, kidney disease, heart failure, or stroke. Additionally, participants were required to have no impairments in vision, hearing, or other sensory functions. All participants were required to be fluent in Thai and willing to engage fully in the research

**Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult & Gerontological nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

***Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th*

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received April 24, 2025, Revised May 20, 2025, Accepted May 21, 2025

process. Data collection involved the use of five well-established instruments. These included: a demographic and health information questionnaire; the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), which measures depressive symptoms; the Karnofsky Performance Status Scale, used to assess physical functioning; the Social Support Questionnaire; and the Obesity and Weight-Loss Quality of Life Instrument. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were used to summarize participant characteristics, while hierarchical regression analysis was employed to identify significant predictors of quality of life.

The results indicated that participants had a generally good quality of life (Mean = 53.30, SD = 26.17). The average %EWL was 58.42% (SD = 17.63), indicating a substantial reduction in excess body weight. In terms of mental health, participants, on average, did not report clinical levels of depressive symptoms, as reflected in the mean CES-D score of 11.40 (SD = 8.76). Social support was also reported to be good, with a mean score of 3.55 (SD = 0.54), suggesting that most individuals had access to supportive interpersonal relationships following surgery. Hierarchical regression analysis demonstrated that depression and physical functioning were statistically significant predictors of postoperative quality of life, jointly accounting for 25.40% of the variance in quality of life scores ($R^2 = .25$, $F = 6.37$, $p < .001$). Among these two factors, depression emerged as the most influential predictor ($\beta = -0.38$, $p < .001$), followed by physical functioning ($\beta = 0.36$, $p = .002$).

These findings have important implications for healthcare providers and policymakers involved in the postoperative care of bariatric patients. Interventions should prioritize regular screening and management of depression, as untreated psychological distress can significantly undermine the benefits of surgical weight loss. Additionally, programs aimed at promoting physical rehabilitation and functional independence can further enhance long-term outcomes. Emphasis should also be placed on reinforcing social support systems, as positive interpersonal interactions contribute to emotional resilience and encourage sustained lifestyle changes. Ultimately, maintaining weight loss, fostering self-worth, and promoting a positive body image are essential components in achieving a lasting improvement in quality of life after bariatric surgery.

Keywords: Bariatric surgery, Obese patients, Quality of life

Author's contributions:

PK: Conceptualization, method and design, tool validation, data collection, data analysis, wrote manuscript, revised manuscript

SC: Conceptualization, method and design, data analysis, wrote manuscript, revised manuscript, edited manuscript, corresponding with editor-in-chief

PP: Conceptualization, method and design, data analysis, revised manuscript

ความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วนเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 ระบุว่า ประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปร้อยละ 13 เป็นโรคอ้วน จำนวนอย่างน้อย 650 ล้านราย¹ โดยระดับความรุนแรงของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคร่วม (comorbidity) เพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และโรคหัวใจและหลอดเลือด² รวมทั้งจากรายงานสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2557 ระบุว่า โรคอ้วนถือเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการเกิดโรคร่วมหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCDs) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุขัยเฉลี่ยลดลง มีปัญหาทางด้านจิตสังคม (psychosocial disability) อีกทั้งยังส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง^{3, 4} ผลลัพธ์เหล่านี้เกิดจากผลทางพยาธิวิทยาที่เกิดจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายมากเกินไป ทำให้การเคลื่อนไหวถูกจำกัด การทำกิจวัตรประจำวันลำบากขึ้น และเกิดปัญหาการนอนหลับ ปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะขณะขับขี่⁵ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อโอกาสในการจ้างงานและประสิทธิภาพการทำงาน ดังนั้น โรคอ้วนจึงส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล

การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เป็นมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁶ ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทย⁶ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถควบคุมรวมทั้งรักษาโรคร่วมที่เกิดจากโรคอ้วน

ในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัมต่อตารางเมตร^{2, 4} นอกจากนี้ การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักยังช่วยปรับปรุงภาพลักษณ์ทางร่างกาย เสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง และส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁷

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม⁸ ภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ถือเป็นผลลัพธ์ของการรักษาที่ครอบคลุมองค์ประกอบหลายมิติอย่างเป็นองค์รวม มีการศึกษาโดยการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 20 ปี พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในทุกมิติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด⁹ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญและมีสุขภาพโดยรวมดีขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปีแรกหลังการผ่าตัด เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็วและต้องมีการปรับตัวหลายด้าน¹⁰ ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร อาการไม่พึงประสงค์จากระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาหารไม่ย่อย ผิวหนังหย่อนคล้อย¹¹ ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลเกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติ (eating disorders) การปรับตัวทางอารมณ์ที่ยากลำบากเป็นผลมาจากอุปสรรคใหม่หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹² และปัญหาด้านสังคมโดยผู้ป่วยบางรายอาจเผชิญแรงกดดันทางสังคมหรือการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ ทั้งคู่สมรส ครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

การคาดหวังต่อรูปลักษณ์และบทบาทใหม่ แม้คุณภาพชีวิตโดยรวมจะดีขึ้น แต่การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพออาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะยาวได้¹³

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ตามแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ เป็นผลกระทบมาจากปัจจัยทางชีวภาพและสรีรวิทยา อาการของโรค การทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป ลักษณะเฉพาะบุคคล และลักษณะเฉพาะของสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม¹⁴ จากการใช้กรอบแนวคิดนี้ในการคัดสรรปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรวมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ดังนี้

การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน หรือร้อยละของการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินที่เกินจากน้ำหนักที่ควรจะเป็น (percentage of excess weight loss; %EWL) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก¹⁵ การศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปีภายหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ และส่งผลด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก¹⁵

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การศึกษาที่ผ่านมา

พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงเมื่อเทียบกับภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัด⁴ รวมทั้งยังมีการศึกษาผลของการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด พบการลดลงของระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางหรือระดับรุนแรงลดลงจากร้อยละ 78.20 เหลือร้อยละ 43.50 และพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม¹⁶ รวมทั้งคุณภาพชีวิตทางด้านเพศ¹⁷

โรคอ้วนมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) ลดลง การศึกษาผลของการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย พบว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของน้ำหนักตัวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁸ รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายก่อนการผ่าตัด การศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดชนิดผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Roux-en-Y gastric bypass; RYGB) ไปแล้วเป็นเวลา 3 – 4 ปี และเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัด¹⁹

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่ง และช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการบำบัดรักษาที่ต่าง ๆ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะ

ซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ และ ร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง (percentage of total weight lost; %TWL) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสารอย่างเหมาะสม เกิดความไว้วางใจ และมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการผ่าตัด²¹ รวมทั้งการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย²²

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการกิน (eating behavior)¹² หรือภาพลักษณ์ทางร่างกาย (body image)⁷ แต่การประเมินปัจจัยเหล่านี้มีความซับซ้อน รวมทั้งอาจถูกสะท้อนผ่านภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหรือสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม และที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักในต่างประเทศเท่านั้น¹⁷ อีกทั้งตัวแปรที่ศึกษาในประเด็นของการสนับสนุนทางสังคมยังมีการศึกษาน้อย ผลของการศึกษาที่ได้อาจจะอธิบายได้เฉพาะในบริบทของประเทศนั้น ๆ ไม่สามารถนำมาอธิบายในบริบทของประเทศไทยหรือประเทศอื่น ๆ ได้ เนื่องจากแต่ละประเทศมีลักษณะประชากร ลักษณะการดำเนินชีวิตขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความเชื่อมโยงของตัวแปรการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (%EWL)^{9, 15} ภาวะซึมเศร้า⁴ การทำหน้าที่ยึดร่างกาย^{18, 19} การสนับสนุนทางสังคม²⁰⁻²² และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปรการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ยึดร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

สมมติฐานการวิจัย

การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ยึดร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักได้

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) ของ Wilson and Cleary¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับสังคมหรือ

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

สิ่งแวดล้อม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพและสรีรวิทยา (biological and physiological) เป็นปัจจัยที่ครอบคลุมการทำงานของระดับเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรอยโรค 2) ปัจจัยด้านอาการ (symptoms) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือการรบกวนที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น กลุ่มอาการไม่สบายต่าง ๆ ความกลัว ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า 3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (functioning) เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการทำหน้าที่หลาย ๆ ด้าน เป็นความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ 4) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) เป็นการรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของแต่ละบุคคล รวมทั้งเป็นการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมดที่มีความเป็นปรนัย 5) ปัจจัยส่วนบุคคล (characteristics of the individual) เป็นปัจจัยทางด้านชีววิทยา ลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ และด้านจิตใจ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (characteristic of the environment) เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย ที่ทำงาน ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักโดยพิจารณาจากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมีดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน ภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ทำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักส่วนเกินได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์

ทางบวกระหว่างการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนานถึง 6 ปีหลังการผ่าตัด^{4, 15} 2) ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคอ้วน และมีความเกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกายที่สูงขึ้น²³ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหากผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้รวมทั้งอาจทำให้อาการซึมเศร้าที่มีอยู่เดิมแย่ลงหรือกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าใหม่ ซึ่งส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้ป่วย¹⁵ 3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัด^{18, 19} 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัดได้ดีขึ้น ส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย¹⁰

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอ้วนที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก และติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม โรงพยาบาลรามคำแหง

กรุงเทพมหานคร มีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้องชนิด Sleeve Gastrectomy หรือ Roux-en-Y Gastric Bypass ไปแล้วเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ไม่เป็นโรค มะเร็ง โรคไต ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือด สมอง 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 5) ยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power²⁴ ใช้ค่าขนาดอิทธิพล 0.22 จากการศึกษาครั้งก่อน ใช้ สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลำดับชั้น (hierarchical regression analysis) โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญเท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ผู้เข้าร่วม 65 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ตามการศึกษาครั้งก่อน¹⁷ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นงาน วิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 80 คน โดย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด โดย 4 ชุด ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาแล้ว ยกเว้นแบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คือ อาจารย์พยาบาลสาขา วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 คน และพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัด กระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก 1 คน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้าน สุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โรคอ้วนภายหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการผ่าตัด อาชีพปัจจุบัน และ

รายได้/รายรับต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้าน สุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบประเมินที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ก่อนการผ่าตัดและปัจจุบัน ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อน การผ่าตัดและปัจจุบัน โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน ประจำ ประวัติการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาหลังได้ รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่พบ หลังจากการผ่าตัด

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งพัฒนาโดย Radloff²⁵ ในการประเมินอาการซึมเศร้า ในประชากรทั่วไป แบบประเมินฉบับภาษาไทยซึ่งแปล โดย ธวัชชัย วรพงษ์ศร และคณะ²⁶ ผู้วิจัยได้รับอนุญาต ให้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าว่าเกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบจะถูกประเมินโดยใช้ มาตราส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (0 – 3) โดย 0 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นไม่เกิดขึ้นเลย, 1 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง 1 – 2 วันต่อสัปดาห์, 2 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ และ 3 คะแนน หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อย 5 – 7 วันต่อสัปดาห์ โดยคะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.98 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ ต้องการศึกษจำนวน 10 คน นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งสิ้นจำนวน 80 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

3. แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้ Karnofsky Performance Status Scale (KPS)²⁷ ฉบับที่แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยอานวยพร อาษานอก²⁸ เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานใช้อย่างแพร่หลาย ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีคะแนน 0 – 100 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนน 100 คะแนน หมายถึง การมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วย สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ คะแนนที่สูงขึ้นหมายถึง สุขภาพและการทำหน้าที่ด้านร่างกายดีขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

4. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ the Social Support Questionnaire ซึ่งพัฒนาโดยเซฟเฟอร์ และคณะ²⁹ และแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล³⁰ ประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ระบุบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก ได้แก่ 1) ครอบครัว 2) เพื่อน 3) บุคลากรทางการแพทย์ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ข้อ โดยแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ให้เลือกตอบ 5 ระดับ (0 = ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย จนถึง 4 = ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด) โดยคะแนนรวมที่ได้จะถูกนำมาเฉลี่ยเพื่อหาค่าระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 80 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วน โดยใช้ the Obesity and Weight-Loss Quality of Life Instrument (OWLQOL) ซึ่งพัฒนาโดย Patrick และคณะ³¹ โดยใช้ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Patrick & Bushnell³² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน self image ด้าน social stigma ด้าน trying to lost weight และด้าน physical health ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ให้เลือกตอบ 7 ระดับ ว่าข้อความดังกล่าวตรงกับตัวของผู้ตอบมากน้อยเพียงใด ไม่ตรงเลย 0 คะแนน ไปจนถึงตรงมากที่สุด 6 คะแนน โดยคำนวณคะแนนรวมเป็นคะแนนดิบ (0 – 102 คะแนน) และแปลงคะแนนดิบเป็นคะแนนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ผลรวมของคะแนนดิบทั้งหมด / 102) x 100 โดยคะแนนมาตรฐานมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนน้อยหมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ Greene และคณะ³³ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 คน นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 80 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2021/851) ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อ นามสกุล ส่วนการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2566 ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลเพื่ออธิบายถึงการศึกษาวิจัยและการเก็บข้อมูลในพื้นที่ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางโรงพยาบาลมีนโยบายปรับลดการให้บริการผู้ป่วยนอก และให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทางไกล (telemedicine) หรือทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยได้วางแผนการเก็บข้อมูลเป็น 2 วิธี ได้แก่ เก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และแบบออนไลน์ กรณีเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม พยาบาลประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และแนะนำให้ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กรณีเก็บข้อมูลแบบ

ออนไลน์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองก่อน แล้วจึงจะเริ่มชี้แจงโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สอบถามวิธีการรับแบบสอบถาม แยกเป็นรับทาง E-mail หรือ SMS ตามสะดวก โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (แบบออนไลน์) และหากกลุ่มตัวอย่างอ่านแล้วยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กดปุ่ม “ยินยอม” ในหน้าแรก เพื่อแสดงเจตจำนงผ่านหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแบบออนไลน์ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมจำนวน 22 คน และแบบออนไลน์จำนวน 58 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และการวิเคราะห์การทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น (hierarchical regression analysis) ซึ่งการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยการทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม 2) ข้อมูลของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) 3) ค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) 4) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no autocorrelation) ค่า Durbin-Watson = 2.06 (ค่าอยู่ระหว่าง 1.50 – 2.50) และ 5) ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) ค่า VIF < 10.00 (1.00 – 1.30) และ tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 (0.77 – 1.00)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

ผลการวิจัย

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ย 38.06 ปี (SD = 7.87)

ส่วนใหญ่โสด (ร้อยละ 51.30) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 82.50) ประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 46.30) มีรายได้ต่อเดือน 30,001–50,000 บาท (Table 1)

Table 1 Participants Demographic (N = 80)

Demographic data	N (%)
Gender	
Male	20 (25.00)
Female	60 (75.00)
Age (years) (Min = 23.00, Max = 61.00, Mean = 38.06; SD = 7.87)	
Marital status	
Single	41 (51.30)
Married	33 (41.30)
Widowed/Divorced/Separated	6 (7.50)
Education level	
Elementary school or less	1 (1.30)
Secondary school	9 (11.30)
High vocational certificate/Diploma	4 (5.00)
Bachelor's degree or higher	66 (82.50)
Current occupation	
Government employee/state enterprise	37 (46.30)
Private business/trader/business owner	24 (30.00)
Freelancer	4 (5.00)
Agriculture/Fishing	0 (0.00)
Student	3 (3.80)
Not employed	2 (2.50)
Others	10 (12.50)
Monthly income	
< 5,000 baht	0 (0.00)
5,100–10,000 baht	6 (7.50)
10,001–20,000 baht	14 (17.50)
20,001–30,000 baht	18 (22.50)
30,001–50,000 baht	29 (36.30)
≥ 50,001 baht	13 (16.30)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนการผ่าตัดเท่ากับ 46.69 กิโลกรัม/เมตร² และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยหลัง

ผ่าตัดลดลงอยู่ที่ 31.97 กิโลกรัม/เมตร² ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 38.80) โดยความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่มี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาประจำอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 53.80) ซึ่งรวมถึงยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด และยารักษาเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารออกบางส่วนร่วมกับการตัดต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Laparoscopic Roux-en-Y Gastric

Bypass; LRYGB) (ร้อยละ 61.30) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังการผ่าตัดมากกว่า 2 ปี (ร้อยละ 42.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.50 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีเพียงบางส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาเจียน กรดไหลย้อน ผอมร่วง (ร้อยละ 12.50) (Table 2)

Table 2 Health information of the participants (N = 80)

Health information	N (%)	Min-Max	Mean (SD)
Preoperative BMI (kg/m²)		27.82-85.33	46.69 (11.32)
< 30 kg/m ²	1 (1.30)		
30 – 35 kg/m ²	8 (10.00)		
> 35 kg/m ²	71 (88.80)		
Current BMI (kg/m²)		19.67-60.44	31.97 (7.46)
< 30 kg/m ²	40 (50.00)		
30 – 35 kg/m ²	22 (27.50)		
> 35 kg/m ²	18 (22.50)		
Preoperative weight (kg)		73.00-270.00	126.77 (34.85)
Current weight (kg)		48.60-152.00	86.72 (23.04)
Height (cm)		144.00-186.00	164.15 (8.26)
Underlying disease*			
No	31 (38.80)		
Diabetes	14 (17.50)		
Hypertension	16 (20.00)		
Dyslipidemia	12 (15.00)		
Cardiovascular disease	1 (1.30)		
Obstructive sleep apnea	15 (18.80)		
Gout	5 (6.30)		
Deep vein thrombosis	1 (1.30)		
Fatty liver disease	2 (2.50)		
Other	13 (16.30)		
Regular medications			
No	37 (46.30)		
Yes	43 (53.80)		
Alcohol use			
Never used	43 (53.80)		
Former use	29 (36.30)		
Current use	8 (10.00)		

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

Table 2 Health information of the participants (N = 80) (con't)

Health information	N (%)	Min-Max	Mean (SD)
Tobacco use			
Never used	66 (82.50)		
Former use	12 (15.00)		
Current use	2 (2.50)		
Type of surgery			
Laparoscopic Sleeve Gastrectomy	31 (38.80)		
Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass	49 (61.30)		
Duration since undergoing bariatric surgery			
< 1 year	16 (20.00)		
1 – 2 years	30 (37.50)		
> 2 years	34 (42.50)		
Postoperative complications			
No	70 (87.50)		
Yes	10 (12.50)		

*Participants answered more than one

ปัจจัยที่ศึกษา

การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (%EWL) หลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักอยู่ระหว่างร้อยละ 25.66 – 109.39 โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 58.42 (SD = 17.63) ซึ่งบ่งชี้ว่าการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังผ่าตัดเท่ากับ 11.40 คะแนน (SD = 8.76) ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการ

สนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยระดับสูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD = 0.54) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ 53.30 ซึ่งบ่งชี้ว่า คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดดี รายละเอียดดังตารางที่ 3 (Table 3)

การศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนหลังภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก รองลงมา คือ บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน ตามลำดับ (Table 4)

Table 3 Descriptive statistics of the study variables (N = 80)

Variables	Min	Max	Mean	SD	Interpretation by mean
%EWL	25.66	109.39	58.42	17.63	Successful
Depression	.00	39.00	11.40	8.76	Absence of depression
Physical function	80.00	100.00	93.75	6.44	Good
Social support	1.29	4.00	3.55	.54	High
The overall quality of life	1.96	100.00	53.30	26.17	Good
Self-image	.00	6.00	3.48	1.68	Good
Social stigma	.00	6.00	3.06	1.86	Good
Trying to lose weight	.00	6.00	2.93	1.76	Fair
Physical health	.00	6.00	3.03	1.52	Good

Table 4 Descriptive statistics of individuals providing support and assistance to the sample group (N = 80)

Individuals providing support and assistance	N (%)
Family members	74 (92.50)
Friends	29 (36.30)
Medical personnel	54 (67.50)

*Participants answered more than one

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา
การศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.36, p < .05$) ในขณะที่การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .05$) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Correlation between the study variables (N = 80)

Variable	1	2	3	4	5
1. %EWL	1.00				
2. Depression	-.02	1.00			
3. Physical function	.41 ^a	.01	1.00		
4. Social support	.15	-.17	.29 ^a	1.00	
5. Quality of life	.17	-.36 ^{a*}	.32 ^{b*}	.06	1.00

^a $p < .05$, a = Pearson's product-moment correlation, b = Spearman's rank correlation

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น (hierarchical regression analysis) โดย %EWL ถูกนำเข้ามาเป็นลำดับแรก ตามด้วยภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 25.40 ($R^2 = .25, F = 6.37, p < .001$) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = -.38, p = .000$) รองลงมาคือการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($\beta = .36, p = 0.02$) (Table 6)

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

Table 6 Hierarchical regression analysis of predictors of quality of life in obese patients after bariatric surgery (N = 80)

Variable	b	SE _b	Beta	t	p-value
Constant	-47.91	39.52		-121	.229
%EWL	.06	.16	.04	.39	.697
Depression	-1.15	.30	-.38	-3.78	.000
Physical function	1.45	.46	.36	3.13	.002
Social support	-7.03	5.19	-.14	-1.36	.180

R = .05; R² = .25; R_a² = .21; SE_b = 23.20; Overall F = 6.73; p < .001

อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 53.30 คะแนน (SD = 26.17 คะแนน) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องมาจากภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยามีน้ำหนักตัวลดลง ภาวะโรคร่วมต่าง ๆ ลดลง ทำให้มีความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับดี³³

การศึกษครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยรายงานว่าการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทในการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³⁴

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปรับปรุงด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน³⁵ โดยพบว่าผู้ที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัดที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลังผ่าตัดอยู่ในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้าม การปรับปรุงคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัดที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัด สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ในทางบวก โดยเฉพาะในมิติของสุขภาพจิต ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนการผ่าตัด และการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัด ถือเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สำคัญหลังการผ่าตัด⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า³⁶ ดังนั้น การประเมินและให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจจึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่รายงานว่าการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

กระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก³⁷ เมื่อพิจารณาการทำหน้าที่ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ งานบ้าน และกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการลดลงของน้ำหนักตัว ทำให้ผู้ป่วยมีความคล่องตัวในการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³⁸ และมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁸ ดังนั้นการทำหน้าที่ด้านร่างกายจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าการลดลงของน้ำหนักมักจะถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความสำเร็จของการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (%EWL) กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่รายงานว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนรวมของคุณภาพชีวิตกับทั้งร้อยละของน้ำหนักที่ลดลงทั้งหมด (%TWL) และ %EWL³⁹ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างตัวชี้วัดมาตรฐานของการลดน้ำหนัก (%EWL, %TWL และ BMI) กับคุณภาพชีวิต⁴⁰ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากค่าเฉลี่ยของ %EWL ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้อยู่ที่ 58.42% ซึ่งบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการผ่าตัดที่ประสบความสำเร็จ ปัจจัยสำคัญคือการรักษาระดับ %EWL ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เนื่องจากทั้งระดับที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตโดยรวม %EWL ที่อยู่ในระดับต่ำไม่ได้

หมายความว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ และในทำนองเดียวกัน %EWL ที่สูงก็ไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษา %EWL ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่มียุทธวิธีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นเหตุผลที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้

ในทำนองเดียวกัน การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก²² คำอธิบายหนึ่งที่เป็นไปได้คือ การศึกษาก่อนหน้านี้จะมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นหลัก ขณะที่การศึกษานี้ได้มีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมมากขึ้นนี้อาจสะท้อนผลลัพธ์ที่แตกต่างออกไป การสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีบทบาทสำคัญมากกว่าในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมักเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ การเงิน และทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแบบจำลองคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ Wilson และ Cleary ซึ่งอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทางชีวภาพและสรีรวิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในการทำนายคุณภาพชีวิต การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักได้อย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน (%EWL) (ปัจจัยทางชีวภาพและสรีรวิทยา) ภาวะซึมเศร้า (ปัจจัยด้านอาการ) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (ปัจจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

ด้านการทำหน้าที่) และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม)

โดยสรุปการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ด้านร่างกายเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และเน้นย้ำความสำคัญของการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการสนับสนุนทางจิตใจ การดำเนินมาตรการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาซ้ำในประเด็นของตัวแปรการลดลงของน้ำหนักส่วนเกินเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ตามแนวคิดของ Wilson and Cleary ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งระยะเวลาที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในครั้งนี้คือ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจจะเป็นช่วงเวลาที่กว้างเกินไป ดังนั้นจึงควรเลือกช่วงเวลาที่เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจริง ๆ หรืออาจจะมีการศึกษาระยะเวลาเป็นปัจจัยทำนาย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลตติยภูมิหรือโรงพยาบาลเอกชน การศึกษานี้ซึ่งดำเนินการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งเดียวอาจสรุปผลได้จำกัดกับประชากรกลุ่มที่มีโรคอ้วนซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนักที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight; 2018 [cited 2020 Aug 8]. Available from World Health Organization Web site: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Martínez Y, Ruiz-López MD, Giménez R, Pérez de la Cruz AJ, Orduña R. Does bariatric surgery improve the patient's quality of life? Nutr Hosp. 2010;25(6):925-30. doi: 10.3305/nh.2010.25.6.4632
3. Thomson L, Sheehan KA, Meaney C, Wnuk S, Hawa R, Sockalingam S. Prospective study of psychiatric illness as a predictor of weight loss and health related quality of life one year after bariatric surgery. J Psychosom Res. 2016;86:7-12. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.04.008
4. Peterhänsel C, Nagl M, Wagner B, Dietrich A, Kersting A. Predictors of changes in health-related quality of life 6 and 12 months after a bariatric procedure. Obes Surg. 2017;27(8):2120-8. doi: 10.1007/s11695-017-2617-6
5. Ansari S, Haboubi H, Haboubi N. Adult obesity complications: challenges and clinical impact. Ther Adv Endocrinol Metab. 2020;11:2042018820934955. doi: 10.1177/2042018820934955

6. Techagumpuch A, Pantanakul S, Chansaenroj P, Boonyagard N, Wittayapairoch J, Poonthananiwatkul T, et al. Thai society for metabolic and bariatric surgery consensus guideline on bariatric surgery for the treatment of obese patient in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2020;103(3):300-7.
7. Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Büchler MW, Müller-Stich BP, Fischer L. Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months—a prospective cohort study. *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13(2):313-9. doi: 10.1016/j.soard.2016.08.017
8. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life; 2012 [cited 2020 Jan 15]. Available from World Health Organization Web site: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>.
9. Major P, Matłok M, Pędzwiatr M, Migaczewski M, Budzyński P, Stanek M, et al. Quality of life after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2015;25(9):1703-10. doi: 10.1007/s11695-015-1601-2
10. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH, Eisenberg MH, Raper SE, Williams NN. Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6(6):608-14. doi: 10.1016/j.soard.2010.07.015
11. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology, The Obesity Society, American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, Obesity Medicine Association, and American Society of Anesthesiologists. *Surg Obes Relat Dis.* 2020;16(2):175-247. doi: 10.1016/j.soard.2019.10.025
12. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res.* 2005;13(4):639-48. doi: 10.1038/oby.2005.71
13. Jawara D, Alagoz E, Lauer KV, Voils CI, Funk LM. Exploring social support dynamics after bariatric surgery: insights from patients and providers. *J Surg Res.* 2024;299:1-8. doi: 10.1016/j.jss.2024.03.047
14. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *Jama.* 1995;273(1):59-65.
15. Kolotkin RL, Davidson LE, Crosby RD, Hunt SC, Adams TD. Six-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients versus obese comparison groups. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(5):625-33. doi: 10.1016/j.soard.2012.01.011
16. Tae B, Pelaggi ER, Moreira JG, Waisberg J, de Matos LL, D'Elia G. Impact of bariatric surgery on depression and anxiety symptoms, bulimic behaviors and quality of life. *Rev Col Bras Cir.* 2014;41(3):155-60. doi: 10.1590/s0100-69912014000300004
17. Brunault P, Frammery J, Couet C, Delbachian I, Bourbao-Tournois C, Objois M, et al. Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. *Qual Life Res.* 2015;24(2):493-501. doi: 10.1007/s11136-014-0775-8
18. Steele T, Cuthbertson DJ, Wilding JP. Impact of bariatric surgery on physical functioning in obese adults. *Obes Rev.* 2015;16(3):248-58. doi: 10.1111/obr.12247
19. Monteiro F, Ponce DAN, Silva H, Pitta F, Carrilho AJF. Physical function, quality of life, and energy expenditure during activities of daily living in obese, post-bariatric surgery, and healthy subjects. *Obes Surg.* 2017;27(8):2138-44. doi: 10.1007/s11695-017-2619-4
20. Conceição EM, Fernandes M, de Lourdes M, Pinto-Bastos A, Vaz AR, Ramalho S. Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eat Weight Disord.* 2020;25(3):679-92. doi: 10.1007/s40519-019-00671-2
21. Torrente-Sánchez MJ, Ferrer-Márquez M, Estébanez-Ferrero B, Jiménez-Lasserrotte MDM, Ruiz-Muelle A, Ventura-Miranda MI, et al. Social support for people with morbid obesity in a bariatric surgery programme: a qualitative descriptive study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12):1-14. doi: 10.3390/ijerph18126530

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

22. Pereira MG, Faria S, Lopes H. Quality of life one year after bariatric surgery: the moderator role of spirituality. *Obes Surg.* 2019;29(4):1207–15. doi: 10.1007/s11695-018-03669-4
23. Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, Zhou A, Beaumont RN, Tuke MA, et al. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *Int J Epidemiol.* 2019;48(3):834–48. doi: 10.1093/ije/dyy223
24. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009;41(4):1149–60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149
25. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385–401. doi: 10.1177/014662167700100306
26. Worapongsathorn T, Pandee W, Triamchaisri S. Validity of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) [in Thai]. *J Clin Psychol.* 1990;21(2):25–45.
27. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948;1(4):634–56.
28. Arsanok A. Selected factors related to quality of life in adult patient with brain tumor. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
29. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med.* 1981;4(4):381–406. doi: 10.1007/BF00846149
30. Hanucharurnkul S. Social support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiation in Thailand. [dissertation]. Detroit: Wayne State University; 1988.
31. Patrick DL, Bushnell DM, Rothman M. Performance of two self-report measures for evaluating obesity and weight loss. *Obes Res.* 2004;12(1):48–57. doi: 10.1038/oby.2004.8
32. Patrick DL, Bushnell DM. Obesity-specific patient reported outcomes: obesity and weight loss quality of life (OWLQOL) and weight-related symptoms measure (WRSM). User's Manual and Scoring Diskette for United States Version. Seattle, Washington: University of Washington; 2004.
33. Greene ME, Grieco A, Evans-Labok K, Ko CY, Hutter MM. First report of outcomes from the patient-reported outcome measures program in the metabolic and bariatric surgery accreditation quality improvement program. *Surg Obes Relat Dis.* 2024;20(2):173–83. doi: 10.1016/j.soard.2023.09.010
34. Slurink IAL, Nyklicek I, Kint R, Tak D, Schiffer AA, Langenhoff B, et al. Longitudinal trajectories and psychological predictors of weight loss and quality of life until 3 years after metabolic and bariatric surgery. *J Psychosom Res.* 2024;178:111590. doi: 10.1016/j.jpsychores.2024.111590
35. Arhi CS, Dudley R, Moussa O, Ardissino M, Scholtz S, Purkayastha S. The complex association between bariatric surgery and depression: a national nested-control study. *Obes Surg.* 2021;31(5):1994–2001. doi: 10.1007/s11695-020-05201-z
36. Wongrukmit S, Sumritpradit P, Nakawiro D, Putadechakum S, Rodphech V, Kuichanuan T, et al. Association between depression, weight loss, and quality of life 2 years after bariatric surgery. *Clin Nutr ESPEN.* 2023;58:552. doi: 10.1016/j.clnesp.2023.09.372
37. Alowaid MI. Impact of physical functioning on quality of life post laparoscopic sleeve gastrectomy. *Int J Novel Res Healthc Nurs.* 2022;9(3):93–100. doi: 10.5281/zenodo.7124364
38. Adil MT, Jain V, Rashid F, Al-Taani O, Whitelaw D, Jambulingam P. Meta-analysis of the effect of bariatric surgery on physical function. *Br J Surg.* 2018;105(9):1107–18. doi: 10.1002/bjs.10880
39. Janik MR, Rogula T, Bielecka I, Kwiatkowski A, Paśnik K. Quality of life and bariatric surgery: cross-sectional study and analysis of factors influencing outcome. *Obes Surg.* 2016;26(12):2849–55. doi: 10.1007/s11695-016-2220-2
40. Soares C, Pinho AC, Sousa HS, da Costa EL, Preto J. Health-related quality of life 6 years after bariatric surgery: factors influencing outcome. *Porto Biomed J.* 2022;7(3):e163. doi: 10.1097/j.pbj.0000000000000163