

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเข้า ก่อนมะเร็งตับ : การศึกษาไปข้างหน้าระยะยาว

สุธิสา เต็มทับ¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

กิตติกร นิลมานัต² ปร.ด.

รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์³ พย.ม. (การพยาบาลบริหาร)

กীরติ หงษ์สกุล⁴ พ.บ.

บทคัดย่อ: ผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ผ่านทางหลอดเลือดแดงเข้าสู่ตับในบริเวณที่มีก้อนมะเร็งโดยตรง (transarterial chemoembolization: TACE) มีคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันโดยมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล การศึกษาเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE 1-3 ครั้ง และ 4-5 ครั้ง ณ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560 - มิถุนายน พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับจำนวน 65 ราย ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE 293 ครั้ง โดยเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 6 ช่วงเวลา คือ ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE และหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 ถึง 5 ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตอากาศที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งตับ ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่ และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE 1-3 ครั้ง และ 4-5 ครั้ง อยู่ในระดับดี และสูงกว่าก่อนการรักษา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE 1-3 ครั้ง และ 4-5 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงถึงการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE ในระยะยาวสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยได้ แม้ว่าจะมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตในทุกมิติของผู้ป่วย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2565; 9(1): 71-87

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งตับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดเฉพาะที่ คุณภาพชีวิต

¹พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

³พยาบาลชำนาญการพิเศษ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

⁴รองศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 21 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 5 มิถุนายน 2565

Quality of Life among Hepatocellular Carcinoma Patients Receiving Transcatheter Arterial Chemoembolization: Longitudinal Prospective Study

Suthisa Temthup¹ M.N.S. (Adult Nursing)

Kittikorn Nilmanat² Ph.D.

Rungtip Udomvisatson³ M.N.S. (Administration Nursing)

Keerati Hongsakul⁴ M.D.

Abstract: The quality of life among hepatocellular carcinoma patients receiving transarterial chemoembolization or TACE in each time period was varied and was affected by various internal and external factors. This descriptive research aimed to compare the quality of life among hepatocellular carcinoma patients between receiving 1–3 TACE sessions and 4–5 TACE sessions. Data were collected at a university hospital in southern Thailand, from November 2017 to June 2019. Sixty-five hepatocellular carcinoma patients receiving TACE were recruited, with a total of 293 sessions. Consequently, data were obtained for 6 times, from a period of before receiving initial TACE and after receiving TACE 1 to 5 sessions. Research instruments included the EORTC QLQ-C30 and QLQ-HCC18. The Cronbach's alphas for the EORTC QLQ-C30 and QLQ-HCC18 questionnaires were 0.79 and 0.80, respectively. Data were analyzed using Paired t-test and descriptive statistics. Results show that: (1) The level of overall quality of life of hepatocellular carcinoma patients receiving 1–3 TACE sessions and 4–5 TACE sessions was at a good level and higher than the period of before receiving initial. (2) The mean score for overall quality of life of hepatocellular carcinoma patients between receiving 1–3 TACE sessions and 4–5 TACE sessions was not significant difference. The results showed that TACE treatment for hepatocellular carcinoma patients can improve the overall quality of life, although it has affected on every aspects of the quality of life.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2022; 9(1): 71–87

Keywords: hepatocellular carcinoma patient, transcatheter arterial chemotherapy embolization, quality of life

¹Advanced nurse practitioner, Songklanarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Corresponding Author, E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

³Registered nurse Senior Professional Level, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Songklanarind Hospital

⁴Associate Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Received January 21, 2022; Revised June 4, 2022; Accepted June 5, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ ผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่อมะเร็งเข้าสู่ระยะกลางหรือระยะลุกลาม โดยใช้ระบบการรักษาที่เหมาะสมตามการแบ่งระยะโรคมะเร็งตับด้วยระบบบาร์เซโลนา (Barcelona Clinic Liver Cancer: BCLC intermediate stage B or advanced stage C) ซึ่งการรักษาหลัก (first line) ในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะกลางคือการฉีดยาเคมีบำบัดเฉพาะที่ผ่านทางหลอดเลือดแดงเข้าสู่ตับในบริเวณที่มีก้อนมะเร็งโดยตรง (transarterial chemoembolization: TACE)² โดยการฉีดยาเคมีบำบัดผสมกับสารไขมันชนิดพิเศษ (lipiodol) ผ่านหลอดเลือดแดงตับแขนงที่เลี้ยงก้อนมะเร็ง (hepatic artery) และอุดหลอดเลือดแดงด้วยเม็ดโฟมเจลาตินขนาดเล็ก (gelatin sponge particle) เพื่อให้ก้อนมะเร็งตับขาดเลือด และฝ่อตายไป และช่วยรักษาสภาพการทำงานของตับให้คงอยู่ในระดับดี³ ควบคุมการลุกลามของมะเร็งตับ ชะลอความก้าวหน้าของโรคได้⁴ รวมทั้งช่วยเพิ่มระยะเวลารอดชีวิตหลังรักษา 5 ปี ร้อยละ 30⁵

แม้ว่าการรักษามะเร็งตับด้วยวิธี TACE จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาหลายครั้ง มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับร้อยละ 48.4 ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง และร้อยละ 43.5 มีการกลับเป็นซ้ำภายใน 1 เดือน⁶ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษาที่พบบ่อยคือ อาการปวดท้อง อาการไข้ รวมถึงอาการข้างเคียงที่มีความรุนแรงถึงชีวิต เช่น ภาวะตับวาย ภาวะตับอ่อนอักเสบ และฝีในตับ เป็นต้น⁷ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและการรักษาด้วยวิธี TACE

ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาเจ็บป่วยและการรักษา

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาจะมีความแตกต่างกันโดยมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล⁸ สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรค และปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป⁹ ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลาย่อมมีความสำคัญ นอกจากนี้ผลการศึกษาระบบแผนการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เช่น การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าคุณภาพชีวิตในทุกมิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE 3 ช่วงเวลา คือ ก่อนการรักษา หลังการรักษา 6 เดือน และ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE อย่างน้อย 4 ครั้ง ค่ากลางการรอดชีวิตนับตั้งแต่เริ่มรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 มากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง¹⁰ การศึกษาในประเทศแคนาดาของ Eltawil และคณะ¹¹ เรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ระยะยาว พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจะลดลงหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 3 โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ การเพิ่มขนาดของก้อนมะเร็ง และสารบ่งชี้มะเร็งตับ (alpha fetoprotein) ที่เพิ่มขึ้น ส่วนคุณภาพชีวิตมิติอื่น ๆ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างรักษา จากผลการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่าน

มา¹⁰⁻¹¹ พบว่าการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในแต่ละช่วงเวลามีความสำคัญ เนื่องจากสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสะท้อนถึงผลลัพธ์การรักษาและการพยากรณ์ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ได้

โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นหนึ่งในสามของโรงพยาบาลในภาคใต้ของประเทศไทย ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยาร่วมกับมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อการรักษามะเร็งระดับด้วยวิธี TACE ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วภาคใต้ จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในโรงพยาบาลที่ศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ต่อเนื่องระยะยาวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ถึง 15 ครั้ง ยาเคมีบำบัดที่นำมาใช้ในปัจจุบันมี 2 ชนิด คือไมโตไมซิน (Mitomycin) และแอดริบลาสตินา (Adriablastina) เนื่องจากเป็นกลุ่มยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยสามารถเบิกได้ในทุกสิทธิการรักษาสำหรับข้อมูลด้านการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับส่วนใหญ่มีการตอบสนองที่ดีหลังการรักษาด้วยวิธี TACE 3 ครั้งขึ้นไป¹²

ในต่างประเทศมีการติดตามคุณภาพชีวิตระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แต่ยังคงขาดการศึกษาติดตามผลการรักษาในประเทศไทยที่สามารถนำมาสะท้อนถึงผลลัพธ์การรักษาและการพยากรณ์ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษา

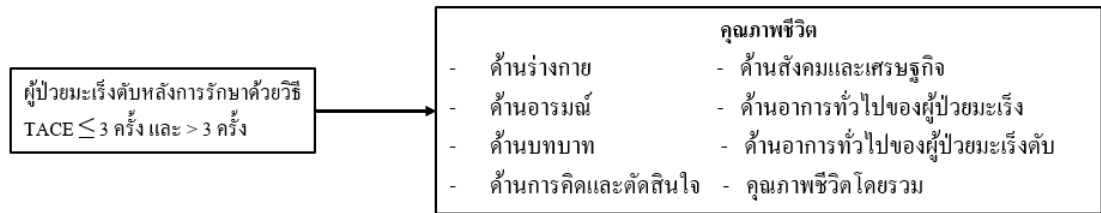
ด้วยวิธี TACE ในระยะยาว เนื่องจากคุณลักษณะประชากรที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในแต่ละช่วงเวลาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE และบทบาทการพยากรณ์ที่ต้องดูแลต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ มากกว่า 3 ครั้ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Peplau⁶ ที่กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันโดยมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในแต่ละช่วงเวลาย่อมมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์กรการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับ ที่องค์กรดังกล่าวพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระดับโดยเฉพาะ (EORTC QLQ-HCC18) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ¹³ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า (descriptive research: longitudinal prospective study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 - มิถุนายน พ.ศ. 2562 ณ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- (1) รับประทานข้อวินิจฉัยและไม่อยู่ในระยะปฏิเสธการรักษา (2) เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งแรก (3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วัน ก่อนรักษาด้วยวิธี TACE (4) ได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE โดยใช่ยาเคมีบำบัดชนิดไมโทไมซิน หรือ แอตรีบลาสตินา

เกณฑ์การคัดออก (1) เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องนอนโรงพยาบาลต่อเนื่องมากกว่า 4 สัปดาห์ (2) หลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ไม่ได้มาตรวจตามการนัดหมายที่โรงพยาบาลที่ศึกษา (3) เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE สลับกับการรักษาวิธีอื่น ๆ คือ การฉีดแอลกอฮอล์บรีสุทธีเข้าก้อนมะเร็งระดับ หรือ การจี้ก้อนมะเร็งระดับด้วยคลื่นความถี่สูง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเดียวกับงานวิจัยของ Temthup และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งแรก โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนอาการอ่อนล้าก่อนและหลังรักษาด้วยวิธี TACE คือ ($\bar{X} = 3.40$, SD 2.26) และ ($\bar{X} = 4.88$, SD = 2.31) ตามลำดับ¹⁵ เมื่อคำนวณตามสูตรเพื่อประมาณค่าอิทธิพลพบว่ามื่ออิทธิพลขนาดใหญ่คือ 0.65 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck¹⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.01 อำนาจการทดสอบ 0.80 แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 65 ราย การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างรายเดิม คือ ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE และหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE อีก 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิคำรักษา สถานภาพทางการเงิน บทบาทในครอบครัว

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะโรคมะเร็งระดับตามระบบบาร์เซโลนา ขนาดก้อน มะเร็งระดับสมรรถภาพการทำงานของตับ ระยะเวลาอนโรพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา

3. ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ใช้เครื่องมือ Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษาแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนตั้งแต่ 0 (ความสามารถปกติออกแรงทำงานได้เหมือนก่อนป่วยไม่มีข้อจำกัด) ถึง 5 (เสียชีวิต)¹⁷

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับ QLQ-HCC18 แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง 30 ข้อ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับ 18 ข้อ แบบวัด EORTC QLQ-C30 ประเมินคุณภาพชีวิต 6 มิติ 28 ข้อ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (physical domain) 5 ข้อ มิติด้านบทบาท (role domain) 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ (emotional domain) 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ (cognitive domain) 2 ข้อ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic domain) 3 ข้อ และมิติด้านอาการทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็ง 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) ค่าคะแนน

สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ต่ำ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง อีก 2 ข้อ คือ ข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ แย่มาก (1) และดีเยี่ยม (7) ส่วนแบบประเมิน QLQ-HCC18 ประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 1-28 และ แบบวัด QLQ-HCC18 ตามการแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00-2.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.01-4.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ในระดับต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 29 และ 30 โดยนำคะแนนทั้ง 2 ข้อ มารวมกัน และแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00-3.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 3.01-5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 5.01-7.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีการเปลี่ยนแปลงภาษาที่ใช้และยกตัวอย่างประกอบเพิ่มเติมในข้อคำถาม 7 ข้อ เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาโดยได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1

การหาความเชื่อมั่นเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ QLQ-HCC18 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 20 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรับสมัครผู้ช่วยวิจัยจาก 8 หอผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 2 คน รวม 16 คน ผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลที่มีหน้าที่เก็บข้อมูลตัวชี้วัดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับในแต่ละหอผู้ป่วยประจำโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล

นครินทร์ โดยทำหนังสือขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งหมด 8 แห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยลำดับที่ 1 และผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย และเก็บข้อมูลต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างรายเดิมจำนวน 6 ครั้ง คือ ก่อนการรักษา และหลังการรักษา 4 สัปดาห์ อีก 5 ครั้ง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข REC 60-206-15-7 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และได้รับการชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาทางการแพทย์หรือการพยาบาลที่ได้รับข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

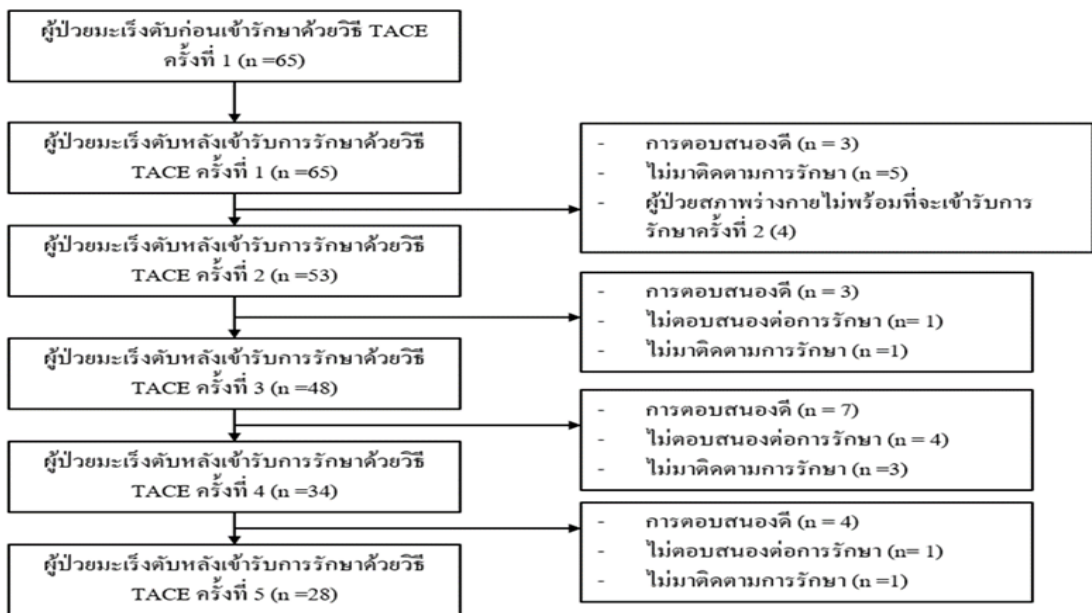
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ หลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติคือความแตกต่างระหว่างค่าตัวแปรตามของแต่ละคู่มือการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมให้ข้อมูลในแต่ละครั้งไม่เท่ากัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีการตอบสนองต่อการรักษาดี และสภาพร่างกายไม่พร้อม

ที่จะเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นต้นดั่งนั้นจึงนำเสนอผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ครั้งแรก คือก่อนรักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 65 ราย และหลังรักษาด้วยวิธี TACE 5 ครั้ง มีจำนวนแตกต่างกัน คือ ครั้งที่ 1-5 จำนวน 65, 53, 48, 34, 28 ราย ตามลำดับ รวมเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามทั้งหมด 293 ครั้ง (ภาพที่ 2)



ภาพ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แต่ละช่วงเวลา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.92) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 70.77) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.30) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 76.92) เกินครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00) อาชีพก่อนเจ็บป่วยมากที่สุด คือเกษตรกร (ร้อยละ 43.08) และว่างงาน (ร้อยละ 18.46) หลังการเจ็บป่วยพบว่าว่างงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.92 สำหรับสิทธิค่า

รักษาพยาบาลพบว่า ร้อยละ 52.31 ใช้สิทธิรักษาสุขภาพถ้วนหน้า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 35.39) รองลงมาคือ ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน (ร้อยละ 24.62) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 58.47) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 65)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	50 (76.92)
หญิง	15 (23.08)
อายุ (ปี) (= 63.82 SD = 11.04) (น้อยสุด 38 มากสุด 89)	
≤60	19 (29.23)
>60	46 (70.77)
ศาสนา	
พุทธ	60 (92.30)
อิสลาม	5 (7.70)
สถานภาพการสมรส	
คู่	50 (76.92)
หม้าย/หย่า	14 (21.54)
โสด	1 (1.54)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	1 (1.54)
ประถมศึกษา	39 (60.00)
มัธยมศึกษา	18 (27.69)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7 (10.77)
อาชีพก่อนเจ็บป่วย	
ว่างงาน	12 (18.46)
เกษตรกร	28 (43.08)
รับราชการ	11 (16.93)
ค้าขาย	4 (6.15)
รับจ้าง	10 (15.38)
อาชีพหลังเจ็บป่วย	
ว่างงาน	37 (56.92)
เกษตรกร	13 (20.00)
รับราชการ	11 (16.92)
ค้าขาย	4 (6.16)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	34 (52.31)
ข้าราชการ	29 (44.62)
ประกันสังคม	2 (3.07)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 65) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
สถานภาพทางการเงิน	
เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	23 (35.39)
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	16 (24.62)
มันคงสามารถใช้จ่ายได้สะดวก	15 (23.07)
เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บเล็กน้อย	11 (16.92)
บทบาทในครอบครัว	
หัวหน้าครอบครัว	38 (58.47)
สมาชิกในครอบครัว	27 (41.53)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในระยะกลาง (BCLC stage B) ขนาดก้อนมะเร็งระดับ 5-10 เซนติเมตร ร้อยละ 63.07 และมีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดี (Child Pugh score A) ร้อยละ 92.30 ค่าคะแนนความสามารถต้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.15) สามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและทำงานหนักได้ตามปกติ (ECOG = 0) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.38) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.46 มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ อาการปวดท้อง อาการไข้ และอาการคลื่นไส้ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N = 65)

ข้อมูลทั่วไปด้านการเจ็บป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะของมะเร็งตับตามระบบบาร์เซโลนา	
ระยะแรก (stage A)	4 (6.15)
ระยะกลาง (stage B)	60 (92.30)
ระยะลุกลาม (stage C)	1 (1.55)
ขนาดก้อนมะเร็งตับก่อนการรักษา (เซนติเมตร)	
< 5	15 (23.07)
5-10	41 (63.07)
>10	9 (13.86)
(น้อยสุด 3.20 มากสุด 17.80) ($\bar{X} = 7.81$ SD = 3.19)	
สมรรถภาพการทำงานของตับ (Child Pugh score)	
ระดับดี (A)	60 (92.30)
ระดับกลาง (B)	5 (7.70)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (N = 65) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปด้านการเจ็บป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
คะแนนความสามารถด้านร่างกาย (ECOG)	
ECOG = 0 คะแนน	43 (66.15)
ECOG = 1 คะแนน	22 (33.85)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	
3	49 (75.38)
>3	16 (24.62)
(น้อยสุด 3 วัน มากสุด 6 วัน) (\bar{X} = 3.17 SD = 1.05)	
ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยวิธี TACE* (n= 25)	
อาการไข้	19 (76.00)
อาการปวดท้อง	25 (100)
คลื่นไส้	4 (16.00)
*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	

เมื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 ราย ทั้งก่อนและหลังรักษาด้วยวิธี TACE พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.15 (17 ราย) มีการตอบสนองต่อผลการรักษาดี ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตีตามแพทย์นัดทุก 3 เดือน ร้อยละ 9.23 (6 ราย) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยได้รับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการ 4 ราย และได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ 2 ราย นอกจากนี้ พบว่าร้อยละ 15.37 (10 ราย) ไม่มาติดตามการรักษาตามนัด ร้อยละ 6.15 (4 ราย) สภาพร่างกายไม่พร้อมในการรักษาด้วยวิธี TACE และ ร้อยละ 43.08 (28 ราย) มีการตอบสนองต่อผลการรักษาบางส่วน ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ต่อเนื่อง (ภาพที่ 2)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE

ก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.49, SD = 0.43) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านก่อนการรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี ประกอบด้วยด้านร่างกาย (\bar{X} = 1.34, SD = 0.15) และด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ (\bar{X} = 1.82, SD = 0.16) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 3.08, SD = 0.31) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ด้านบทบาท ด้านการคิดตัดสินใจ และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.68, SD = 0.26) (\bar{X} = 2.51, SD = 0.15) (\bar{X} = 2.44, SD = 0.58) (\bar{X} = 2.09, SD = 0.16) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

หลังการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 5.32, SD = 0.44$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านหลังการรักษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี ประกอบด้วยด้านร่างกาย ($\bar{X} = 1.12, SD = 0.14$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 1.75, SD = 0.33$) ด้านการคิดตัดสินใจ ($\bar{X} = 1.75, SD = 0.33$) ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ($\bar{X} = 1.53, SD = 0.13$) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.11, SD = 0.35$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.26, SD = 0.35$) (ตารางที่ 3)

หลังการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 5.27, SD = 0.35$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านหลังการรักษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี ประกอบด้วยด้านร่างกาย ($\bar{X} = 1.18, SD = 0.19$) ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 1.94, SD = 0.34$) ด้านการคิดตัดสินใจ ($\bar{X} = 1.73, SD = 0.31$) ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ($\bar{X} = 1.70, SD = 0.15$) ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระดับ ($\bar{X} = 1.56, SD = 0.16$) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.32, SD = 0.26$) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.30, SD = 0.38$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE หลังการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ มากกว่า 3 ครั้ง (N=293)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการรักษา (n1=65)			หลังการรักษา ≤ 3 ครั้ง (n2=166)			หลังการรักษา > 3 ครั้ง (n3=62)		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	1.34	0.15	ดี	1.12	0.14	ดี	1.18	0.19	ดี
ด้านอารมณ์	2.68	0.26	ปานกลาง	1.75	0.33	ดี	1.94	0.34	ดี
ด้านบทบาท	2.51	0.15	ปานกลาง	2.26	0.35	ปานกลาง	2.30	0.38	ปานกลาง
ด้านการคิดตัดสินใจ	2.44	0.58	ปานกลาง	1.75	0.33	ดี	1.73	0.31	ดี
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.08	0.31	ต่ำ	3.11	0.35	ต่ำ	3.32	0.26	ต่ำ
ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง	2.09	0.16	ปานกลาง	1.61	0.96	ดี	1.70	0.15	ดี
ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระดับ	1.82	0.16	ดี	1.53	0.13	ดี	1.56	0.16	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.49	0.43	ปานกลาง	5.32	0.44	ดี	5.27	0.35	ดี

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ มากกว่า 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่า

หรือเท่ากับ 3 ครั้ง ไม่แตกต่างกับหลังการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีความแตกต่างกันคือ ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ($p = 0.010$) ด้านอารมณ์ ($p = 0.034$) และ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($p = 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง และ มากกว่า 3 ครั้ง (N=228 ครั้ง)

คุณภาพชีวิต	หลังการรักษา ≤ 3 ครั้ง (n2=166 ครั้ง)		หลังการรักษา > 3 ครั้ง (n3=62 ครั้ง)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านร่างกาย	1.12	0.14	1.18	0.19	-1.57	0.124
ด้านอารมณ์	1.75	0.33	1.94	0.34	-2.21	0.034*
ด้านบทบาท	2.26	0.35	2.30	0.38	-1.78	0.830
ด้านการคิดตัดสินใจ	1.75	0.33	1.73	0.31	0.44	0.658
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.11	0.35	3.32	0.26	-4.13	0.001*
ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง	1.61	0.96	1.70	0.15	-2.72	0.010*
ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	1.53	0.13	1.56	0.16	-0.83	0.412
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5.32	0.44	5.27	0.35	0.59	0.557

หมายเหตุ * $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากติดตามต่อเนื่องระยะยาวพบว่า หลังการรักษาด้วยวิธี TACE ทั้ง 2 ช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตมิติต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการ

คิดตัดสินใจและด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี ไม่แตกต่างกับหลังเข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี TACE ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังรักษาด้วยวิธี TACE 6 เดือน และ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน¹⁰ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกันกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธี TACE ระยะยาวในประเทศแคนาดา ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วย

จะลดลงหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 3 โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายคือการเพิ่มขนาดของก้อนมะเร็งระดับหลังรักษาด้วยวิธี TACE การศึกษาดังกล่าวผู้ป่วยมีขนาดก้อนมะเร็งระดับเริ่มต้นก่อนการรักษาเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย 8.9 เซนติเมตร¹¹ ซึ่งมีขนาดใหญ่กว่าการศึกษาครั้งนี้ที่ขนาดก้อนมะเร็งระดับก่อนการรักษาเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ย 7.8 เซนติเมตร ขนาดก้อนมะเร็งระดับที่ใหญ่จะมีผลต่อการลดขนาดของก้อนมะเร็งและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธี TACE¹⁸

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามมิติคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์หลังการรักษาทั้ง 2 ช่วงเวลาดีกว่าก่อนเข้ารับการรักษา แต่เมื่อติดตามต่อเนื่องระยะยาวพบว่าคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์หลังการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง ต่ำกว่าหลังการรักษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีความวิตกกังวลหรือความเครียดเพิ่มขึ้นหลังเข้ารับการรักษาระยะเวลาสั้น เนื่องจากการรักษาด้วยวิธี TACE ต้องรักษาต่อเนื่องหลายครั้ง แต่ละครั้งต้องติดตามผลการรักษาด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่ตับ เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา แต่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับความวิตกกังวลไม่แน่นอนของการรักษาเพราะการตอบสนองต่อการรักษาแต่ละครั้งอาจจะแตกต่างกัน¹⁹ ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า “รักษามาแล้ว 4 ครั้ง 3 ครั้งแรกก้อนมะเร็งลดลงมาก แต่ครั้งนี้ก้อนมะเร็งลดลงนิด

เดียว มาฟังผลแต่ละครั้งก็รู้สึกเครียด” นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังต้องรอดูการตอบสนองของมะเร็งระดับต่อการรักษาจากผลเอกซเรย์ การรอดูผลการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระดับมีความวิตกกังวลสูงขึ้น²⁰

คุณภาพชีวิตด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระดับไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ช่วงเวลา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีก้อนมะเร็งระดับขนาดไม่เกิน 10 เซนติเมตร และหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE กลุ่มตัวอย่างนอนโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้น พบภาวะแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อย โดยมีอาการปวดแน่นท้อง ปวดหลัง และปวดไหล่ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระดับอยู่ในระดับน้อย²¹ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งระดับอยู่ในระดับดีและไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 2 ช่วงเวลา ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งใน 2 ช่วงเวลา ที่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้ง มีอาการอ่อนล้าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nillert และคณะ²² ที่พบว่าอาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีระดับต่ำทั้ง 3 ช่วงเวลา และเมื่อเปรียบเทียบระยะยาวพบว่า หลังการรักษาด้วยวิธี TACE มากกว่า 3 ครั้งคุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่าหลังการรักษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่หลักในการทำงานและดูแลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในครอบครัว แต่การเจ็บป่วยด้วย

มะเร็งตับส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องว่างงาน และเกือบร้อยละ 25 มีสถานภาพทางการเงินไม่พอใช้ จ่ายและมีหนี้สิน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะว่าง งานมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็ง²³ นอกจากนี้ก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แต่ละ ครั้ง กลุ่มตัวอย่างต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา โรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ครั้ง เพื่อพบแพทย์เฉพาะ ทางในการวางแผนการรักษา เข้ารับการรักษา และ ติดตามผลการรักษาด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตับ ดังนั้นการเข้ารับการรักษาที่ยาวนานขึ้นจึงมี ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าปัจจัย ด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE⁹

คุณภาพชีวิตด้านบทบาทพบว่าอยู่ในระดับ ปานกลางทั้ง 3 ช่วงเวลา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาครั้งนี้โดยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตับระยะกลาง ค่าการทำงานของตับอยู่ในระดับดี จึงส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันหรือ กิจกรรมอื่น ๆ ในระดับที่ไม่รุนแรง สอดคล้องกับการ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศ สหรัฐอเมริกาที่พบว่า ระยะของโรคมะเร็งตับ มีผลต่อ คุณภาพชีวิตด้านบทบาทของผู้ป่วย²⁴ และการศึกษา ในครั้งนี้พบว่าหลังการรักษากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลา นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.17 วัน เนื่องจากมีภาวะ แทรกซ้อนจากการรักษาที่ไม่รุนแรง จึงส่งผลให้กลุ่ม ตัวอย่างมีการฟื้นตัวจากการรักษาได้เร็วและกลับมา ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ตามปกติ จึงส่งผลให้ คุณภาพชีวิตมิติด้านบทบาทในทุกช่วงเวลาของการ รักษาด้วยวิธี TACE ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้า รับการรักษาด้วยวิธี TACE อย่างเป็นองค์รวมตลอด ช่วงระยะเวลาการรักษา โดยทุกระยะของการรักษา โดยเฉพาะพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการบรรเทา ความวิตกกังวล การบรรเทาอาการทั่วไปของผู้ป่วย มะเร็ง รวมทั้งควรให้การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและ สังคมตลอดระยะเวลาของการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การส่งเสริม คุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Zhong JH, Peng NF, You XM, Ma L, Xiang X, Wang YY, et al. Tumor stage and primary treatment of hepatocellular carcinoma at a large tertiary hospital in China: A real-world study. *Oncotarget* 2017; 8(11): 18296–302.
3. Raoul JL, Forner A, Bolondi L, Cheung TT, Kloeckner R, de Baere T. Updated use of TACE for hepatocellular carcinoma treatment: How and when to use it based on clinical evidence. *Cancer Treat Rev* 2019; 72: 28–36.
4. Song DS, Nam SW, Bae SH, Kim JD, Jang JW, Song MJ, et al. Outcome of transarterial chemoembolization-based multi-modal treatment in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* 2015; 21(8): 2395–404.

5. Kaewdech A, Sripongpun P, Cheewasereechon N, Jandee S, Chamroonkul N, Piratvisuth T. Validation of the “Six-and-Twelve” prognostic score in transarterial chemoembolization-treated hepatocellular carcinoma patients. *Clin Transl Gastroenterol* 2021; 12(2): e00310. doi: 10.14309/ctg.0000000000000310.
6. Lee JS, Kim BK, Kim SU, Park JY, Ahn SH, Seong JS, et al. A survey on transarterial chemoembolization refractoriness and a real-world treatment pattern for hepatocellular carcinoma in Korea. *Clin Mol Hepatol* 2020; 26(1): 24-32.
7. Marcacuzco Quinto A, Nutu OA, San Román Manso R, Justo Alonso I, Calvo Pulido J, Manrique Municio A, et al. Complications of transarterial chemoembolization (TACE) in the treatment of liver tumors. *Cir Esp (Engl Ed)* 2018; 96(9): 560-67.
8. Peplau HE. Quality of life: An interpersonal perspective. *Nurs Sci Q* 1994; 7(1): 10-5.
9. Ahmed S, de Souza NN, Qiao W, Kasai M, Keem LJ, Shelat VG. Quality of life in hepatocellular carcinoma patients treated with transarterial chemoembolization. *HPB Surg* 2016; 2016: 6120143. doi: 10.1155/2016/6120143.
10. Xing M, Webber G, Prajapati HJ, Chen Z, El-Rayes B, Spivey JR, et al. Preservation of quality of life with doxorubicin drug-eluting bead transarterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma: Longitudinal prospective study. *J Gastroenterol Hepatol* 2015; 30(7): 1167-74.
11. Eltawil KM, Berry R, Abdolell M, Molinari M. Quality of life and survival analysis of patients undergoing transarterial chemoembolization for primary hepatic malignancies: A prospective cohort study. *HPB (Oxford)* 2012; 14(5): 341-50.
12. Temthup S. Indicator report of advanced nurse practitioner, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital; 2017. (In Thai)
13. Silpakit C, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual Life Res* 2006; 15(1): 167-72.
14. Temthup S, Nilmanut k, Udomvisatson R, Hongsakul K. Quality of life among hepatocellular carcinoma patients who receive initial transcatheter arterial chemoembolization. *J Public Health Nurs* 2020; 34(1): 63-79. (In Thai)
15. Cao W, Li J, Hu C, Shen J, Liu X, Xu Y, et al. Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. *Support Care Cancer* 2013; 21(2): 475-83.
16. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. Azam F, Latif MF, Farooq A, Tirmazy SH, AlShahrani S, Bashir S, et al. Performance status assessment by using ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) score for cancer patients by oncology healthcare professionals. *Case Rep Oncol* 2019; 12(3): 728-36.
18. Bannangkoon K, Hongsakul K, Tubtawee T, McNeil E, Sriplung H, Chongsuvivatwong V. Rate and predictive factors for sustained complete response after selective transarterial chemoembolization (TACE) in patients with hepatocellular carcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018; 19(12): 3545-50.

19. Shun SC, Chou YJ, Chen CH, Yang JC. Change of uncertainty in illness and unmet care needs in patients with recurrent hepatocellular carcinoma during active treatment. *Cancer Nurs* 2018; 41(4): 279-89.
20. Wang ZX, Yuan CQ, Guan J, Liu SL, Sun CH, Kim SH. Factors associated with psychological characteristic patients with hepatic malignancy before intervention procedures. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 13: 309-14.
21. Vuttanon N, Finnegan L, Lojanapiwat B, Sittisombut S, Meechamnan C, Dhatsuwan J. Symptom clusters and effects of progressive muscle relaxation in Thai patients with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization. *Srinagarind Med J* 2019; 34(3): 249-55. (In Thai)
22. Nillert A, Srimoragot P, Wongkongkam K, Thamtorawat S. Factors predicting quality of life of hepatocellular carcinoma patients undergoing transarterial chemoembolization. *JTNMC* 2019; 34(2): 127-40. (In Thai)
23. Paul C, Boyes A, Hall A, Bisquera A, Miller A, O'Brien L. The impact of cancer diagnosis and treatment on employment, income, treatment decisions and financial assistance and their relationship to socioeconomic and disease factors. *Support Care Cancer* 2016; 24(11): 4739-46.
24. Meier A, Yopp A, Mok H, Kandunoori P, Tiro J, Singal AG. Role functioning is associated with survival in patients with hepatocellular carcinoma. *Qual Life Res* 2015; 24(7): 1669-75.