

บทวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการ อุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งแรก

สุธิสา เต็มทับ* กิตติกร นิลมานัต**

รุ่งทิพย์ อุดมวิเศษสันต์*** กิริติ หงษ์สกุล****

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดังวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ (Transcatheter Arterial Chemoembolization: TACE) การศึกษาเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 ณ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE จำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่บ่งชี้ในผู้ป่วยมะเร็งตับ (Quality of Life HCC18: HCC18) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิงที่คู่

ผลวิจัยพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$ คะแนน S.D.=0.43) หลังรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=5.34$ คะแนน S.D.=0.42) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมหลังการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการรักษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการรักษาด้วยวิธี TACE สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ดังนั้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: มะเร็งตับ/ ยาเคมีบำบัด/ การอุดหลอดเลือดแดง/ คุณภาพชีวิต

*ผู้วิจัยหลัก พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

E-mail: tsutisa@medicine.psu.ac.th

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***พยาบาลชำนาญการพิเศษ

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Quality of Life among Hepatocellular Carcinoma Patients Who Receive Initial Transcatheter Arterial Chemoembolization

Suthisa Temtap** Kittikorn Nilmanat**

Rungtip Udomvisatson*** Keerati Hongsakul****

Abstract

Quality of life is an important indicator of quality in nursing care for hepatocellular carcinoma patients, who have received Transcatheter Arterial Chemoembolization (TACE). This descriptive research aimed to compare the quality of life among hepatocellular carcinoma patients, before and after receiving initial TACE. Data were collected at a university hospital in southern Thailand, from November 2017 to October 2018. Sixty-five hepatocellular carcinoma patients were recruited. Research instruments included the EORTC QLQ-C30 and HCC18. Cronbach's alphas for the EORTC QLQ-C30 and HCC18 questionnaires were 0.79 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Initial scores before receiving TACE were of a moderate level (\bar{x} =3.49, S.D.=0.43), while after receiving TACE for 4 weeks, the mean score was at a high level (\bar{x} =5.34, S.D.=0.42). Mean scores of global health status, post-TACE at 4 weeks, were significantly and statistically higher than pre-TACE scores ($p < 0.001$).

The results suggest that TACE improves the quality of life and global health status among hepatocellular carcinoma patients, particularly through emotional-functioning dimensions. In order to improve the quality of life in hepatocellular carcinoma patients receiving TACE, it is essential for nurses to provide information and consultancy continuously.

Keywords: Hepatocellular carcinoma/ Chemotherapy/ Transcatheter arterial embolization/ Quality of life

Article info: Received October 18, 2019; Revised March 20, 2020; Accepted April 25, 2020.

*Corresponding Author, Advanced Nurse Practitioner, Songklanagarind Hospital, Prince of Songkla University.

**Associate Professor, Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

***Registered Nurse, Senior Professional Level

****Assistant Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบากเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม โดยพบผู้ป่วยมะเร็งตับ 10.1 ราย ต่อประชากร 100,000 คน¹ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งตับมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม³

การรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับหายขาดคือการผ่าตัดและเปลี่ยนตับ โดยสามารถใช้ในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะเริ่มแรก (Early stage A)⁴ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อเข้าสู่ระยะกลาง (Intermediate stage B)⁵ ซึ่งการรักษาที่ได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการให้ยาเคมีบำบัด ร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับ (Transcatheter arterial chemoembolization)⁶

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE จะต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีวิทยา โดยการฉีดยาเคมีบำบัดผสมกับสารไขมันชนิดพิเศษผ่านหลอดเลือดแดงตับแขนงที่เลี้ยงก้อนมะเร็ง และอุดหลอดเลือดแดงด้วยเม็ดโพนเจลาคตินขนาดเล็ก เพื่อให้ก้อนมะเร็งตับขาดเลือด และฝ่อตายไปในที่สุด รวมทั้งช่วยรักษาสภาพการทำงานของตับให้คงอยู่ในระดับดี ภายหลังการรักษา 4 สัปดาห์ จะมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของก้อนมะเร็งตับโดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า⁷ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวิธีดังกล่าวช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรค เพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิต รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁸⁻⁹

ถึงแม้การรักษาด้วยวิธี TACE ช่วยเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดูด้วยวิธี TACE มีประสบการณ์อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งจากตัวโรคและการรักษา โดยหลังการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน¹⁰ รวมทั้งกลุ่มอาการรบกวน 5 อันดับแรก คือ อ่อนล้า ความบีบคั้นทางจิตใจ เศร้าหมอง นอนไม่หลับ และเบื่ออาหาร¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการอ่อนล้า เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ มีอิทธิพลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่รับการรักษาด้วยวิธี TACE ในระยะ 4-8 สัปดาห์¹²

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต¹³ ซึ่งคุณภาพชีวิตมีความเป็นพลวัต และเปลี่ยนแปลงตามปัจจัยที่เข้ามาในช่วงเวลานั้น โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดูด้วยวิธี TACE ได้แก่ อายุ ความก้าวหน้าของโรค ระดับความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล¹⁴ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ที่ผ่านมา พบว่าหลังการรักษา 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยร้อยละ 12.1 มีคุณภาพชีวิตลดลง โดยคุณภาพชีวิตด้านที่ลดลงมากที่สุดคือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านสังคม และ

ด้านร่างกาย และกลุ่มอาการที่มีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นคือ อาการอ่อนล้า อาการเบื่ออาหาร และอาการปวด¹⁵

โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยที่ศึกษาเป็นสถานที่บริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับที่มารับการรักษาด้วยวิธี TACE จาก 14 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เฉพาะทางแบบผู้ป่วยนอกเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษามะเร็งระดับที่เหมาะสม จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จำนวน 62 ราย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าหลังการวินิจฉัยผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาการรอคอยเตียงเพื่อเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 52 วัน และหลังการรักษาผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.74 ที่ผลการรักษาตอบสนองดี¹⁶ ยังไม่มีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการรักษาด้วยวิธี TACE ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ¹⁷ ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE จึงเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่สำคัญ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งระดับครั้งที่ 1

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ให้แนวคิดคุณภาพชีวิตเป็นกรอบแนวคิด โดยคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็ง

ว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต¹³ ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์กรการศึกษาและวิจัยการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Study Group on Quality of Life: EORTC QLQ-C30) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 6 มิติ คือ ร่างกาย บทบาท อารมณ์ การคิดและตัดสินใจ สังคมและเศรษฐกิจ และด้านอาการที่บอบช้ำในผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตการเกิดอาการที่บอบช้ำในผู้ป่วยมะเร็งระดับ (Quality of Life HCC18: HCC18) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ¹⁸

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative research)

ประชากร คือผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ที่ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 – ตุลาคม พ.ศ. 2561

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ป่วยมะเร็งระดับที่รับทราบข้อวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยวิธีตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ระดับ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าระดับ หรือการเจาะชิ้นเนื้อตับ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการ

รักษาด้วยวิธี TACE โดยใช้ยาเคมีบำบัดชนิด Mitomycin หรือ Adriablastina ครั้งแรก

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จากโรงพยาบาลอื่นๆ ก่อนจะส่งตัวมารับการรักษาโรงพยาบาลที่ศึกษา 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับหลังรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 แล้วผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ เรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความรุนแรงของอาการอ่อนล้าเท่ากับ 3.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.26 และ 4.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 ตามลำดับ¹¹ เมื่อคำนวณตามสูตรเพื่อหาการประมาณค่าอิทธิพลมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่คือ 0.65 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck¹⁹ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.01 แทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 65 ราย โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก บทบาทในครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะโรคมะเร็งตับตามระบบบาร์เซโลนา (Barcelona Clinic Liver Cancer: BCLC) ขนาดก้อนมะเร็งตับ ระยะโรคตับแข็ง ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การตอบสนองต่อการรักษา ระยะเวลาการรอคอยการรักษาหลังทราบผลการวินิจฉัย

ชุดที่ 3 ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วย ใช้เครื่องมือ Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG ซึ่งเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้ในการประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาแนวทางการรักษา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนตั้งแต่ 0 คือ ความสามารถปกติ ออกแรงทำงานได้เหมือนก่อนป่วย ไม่มีข้อจำกัดถึง 5 คือ เสียชีวิต²⁰

ชุดที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การการศึกษาและวิจัยการแพทย์เพื่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแห่งสหภาพยุโรปซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit และคณะ¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC QLQ-C30) 30 ข้อ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านอาการที่มีความเฉพะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับ (QOL-HCC18) 18 ข้อ โดยแบบวัด EORTC QLQ-C30 ประเมินคุณภาพชีวิต 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย 5 ข้อ มิติด้านบทบาท 2 ข้อ มิติด้านอารมณ์ 4 ข้อ มิติด้านการคิดและตัดสินใจ 2 ข้อ

มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3 ข้อ ด้านอาการต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย กลุ่มอาการ 3 กลุ่มอาการ คือ อาการปวด 2 ข้อ อาการอ่อนล้า 3 ข้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ข้อ และอาการเดียว 5 อาการ คือ อาการหายใจไม่อิ่ม อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก และอาการท้องเสีย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูงหมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ยกเว้นข้อ 29 และ 30 เป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ แย่มาก (1) และดีเยี่ยม (7) สำหรับแบบประเมิน QOL-HCC18 ประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระดับ ประกอบด้วย อาการอ่อนเพลีย 3 ข้อ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ 2 ข้อ อาการคันและตัวตาเหลือง 2 ข้อ ความผิดปกติด้านโภชนาการ 5 ข้อ อาการปวด 2 ข้อ อาการไข้ 2 ข้อ ผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ 1 ข้อ และ อาการท้องอืด 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (1) และมากที่สุด (4) โดยคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตของแบบวัด EORTC QLQ-C30 ข้อ 1-28 และแบบวัด QOL-HCC18 โดยแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละมิติความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็ง และความทุกข์ทรมานจากอาการมะเร็งระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

คะแนน 3.01-4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ในระดับต่ำและมีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

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

คะแนน 1.00-3.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 3.01-5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 5.01-7.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล อาจารย์แพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับเปลี่ยนภาษาและยกตัวอย่างประกอบในข้อคำถาม 7 ข้อ เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาได้ค่า CVI เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ QOL-HCC18 ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาดังวิธี TACE จำนวน 20 ราย เพื่อคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยทำหนังสือขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 8 คน ทดลองใช้แบบสอบถามทั้งหมดกับผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยการพูดคุย แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบกันครั้งแรก บริเวณโต๊ะให้คำปรึกษาประจำหอผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการรักษาจากแพทย์และการพยาบาล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลง

ชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 หลังรักษาดังวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-40 นาที

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข REC 60-206-15-7 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และได้รับการชี้แจงถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนาการแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตตามค่าพิสัยของค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาดังวิธี TACE โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.92 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 70.77 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.30 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.92 เกินกึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 18.46 (12 ราย) ว่างานก่อนเจ็บป่วย หลังการเจ็บป่วยว่างงานเพิ่มเป็นร้อยละ 56.92 (37 ราย) สำหรับสิทธิค่ารักษาพยาบาลพบว่า ร้อยละ 52.31 ใช้สิทธิสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพทางการเงินเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 35.39 รองลงมาคือ ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 24.62 กลุ่มตัวอย่างมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 58.47 และผู้ดูแลหลักมากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นคู่สมรส ร้อยละ 58.46

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับในระยะกลางและมีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดี (Child Pugh Score A) ร้อยละ 92.30 เท่ากัน ค่าคะแนนความสามารถด้านร่างกายโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ตามปกติ (ECOG=0) ร้อยละ 66.15 ระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ 3 วัน ร้อยละ 78.38 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.46 มีภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาดังวิธี TACE โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก 3 อันดับแรกคือ อาการปวดท้อง อาการไข้ และอาการคลื่นไส้ตามลำดับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดในช่วง 1-5 วัน หลังการรักษา ผลการรักษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 95.84 ตอบสนองต่อการ

รักษาบางส่วนจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 2 โดยพบว่าขนาดก้อนมะเร็งตั้งก่อนการรักษาส่วนใหญ่มีขนาดกลางคือ 5-10 เซนติเมตร ร้อยละ 63.07 (41 ราย) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ พบว่าขนาดก้อนมะเร็งตั้งขนาดกลางลดลงเหลือร้อยละ 50.76 (33 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างมีขนาดก้อนมะเร็งตั้งน้อยกว่า 5 เซนติเมตร เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.02 (15 ราย) เป็นร้อยละ 41.54 (27 ราย) ระยะเวลาการรอคอยการรักษาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนกระทั่งได้รับการเฉลี่ย 56 วัน

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาดังวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับ

ก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.49 คะแนน S.D.=0.43) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านก่อนการรักษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก คือ ด้านร่างกาย (\bar{X} =1.34 คะแนน S.D.=0.15) ด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ (\bar{X} =1.82 คะแนน S.D.=0.16) และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง (\bar{X} =2.09 คะแนน S.D.=0.16) (Table 1)

เมื่อพิจารณารายข้อคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระดับต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ คุณรู้สึกกังวล (\bar{X} = 3.68 คะแนน S.D.=0.47) สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณ (\bar{X} = 3.46 คะแนน

S.D.=0.50) และคุณรู้สึกดีถึงเครียด (\bar{X} = 3.32 คะแนน S.D.=0.53) ตามลำดับ

หลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (\bar{X} =5.34 คะแนน S.D.=0.42) สำหรับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านที่อยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก คือ คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (\bar{X} =1.11 คะแนน S.D.=0.17) ด้านอารมณ์ (\bar{X} =1.25 คะแนน S.D.=0.30) และด้านอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับอยู่ในระดับดี (\bar{X} =1.51 คะแนน S.D.=0.14) (Table 1)

เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำสุด 3 ลำดับแรก คือ สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณ (\bar{X} =3.22 คะแนน S.D.=0.29) สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณ (\bar{X} =2.89 คะแนน S.D.=0.31) สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษา

ทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน (\bar{X} =2.78 คะแนน S.D.=0.82) ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนและหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมะเร็งตับครั้งที่ 1

พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ดีกว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 4 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการคิดและตัดสินใจ ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง และด้านอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งตับ มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Table 1)

Table 1 Comparison between the quality of life among hepatocellular carcinoma patients before and after they receive initial TACE at 4 weeks.

quality of life	Before initial TACE			After initial TACE 4 weeks					
	Mean	S.D.	level	mean	S.D.	level	\bar{d}	t	p-value
Physical functioning	1.34	0.15	good	1.11	0.17	good	-0.23	9.12	0.001*
Emotional functioning	2.68	0.26	moderate	1.25	0.30	good	-1.43	31.97	0.001*

quality of life	Before initial TACE			After initial TACE 4 weeks			d ⁻	t	p-value
	Mean	S.D.	level	mean	S.D.	level			
Role functioning	2.51	0.15	moderate	2.36	0.32	moderate	-0.15	3.16	0.002**
Cognitive Functioning	2.44	0.58	moderate	1.73	0.32	good	-0.71	8.20	0.001*
Social and Financial functioning	3.08	0.31	low	3.07	0.31	low	-0.01	0.27	0.784
Symptom of cancer patients	2.09	0.16	moderate	1.67	0.13	good	-0.42	15.12	0.001*
Symptom of hepatocellular carcinoma patients (QOL HCC 18)	1.82	0.16	good	1.51	0.14	good	-0.31	10.94	0.001*
Global health (QOL-C 29-30)	3.49	0.43	moderate	5.34	0.42	good	1.85	23.28	0.001*

*p-value<0.001 **p-value<0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับปานกลางและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์อยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะ

สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE พบว่าหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับด้วยวิธี TACE ส่งผลให้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพ

โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระดับดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการรักษามะเร็งระดับด้วยวิธี TACE เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งระดับระยะกลางที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดีและผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงจากตัวโรคมะเร็ง โดยการให้ยาเคมีบำบัดผสมกับลิปีโดคอลเข้าไปสะสมในก้อนมะเร็งตับและอุดหลอดเลือดด้วยเม็ดโพลีเมลาตินขนาดเล็ก เพื่อให้ก้อนมะเร็งตับขาดเลือดและฝ่อตายไปในที่สุด รวมทั้งช่วยรักษาสภาพการทำงานของตับให้คงอยู่ในระดับดี²¹⁻²² สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลางพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งแรก 4-8 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹² เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระดับด้วยวิธี TACE สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระดับมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²³

คุณภาพชีวิตรายด้านก่อนและหลังรักษาด้วยวิธี TACE โดยส่วนใหญ่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่มีความแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตรายด้านที่มีระดับดีสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านร่างกาย ด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับ และด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง และพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 3 ด้านหลังการรักษาดีกว่าก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากเกณฑ์ของการรักษาด้วยวิธี TACE คือมีสมรรถภาพการทำงานของร่างกายปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและทำงานหนัก

ได้ (ECOG = 0) ถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทำงานหนักได้แต่มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย (ECOG = 1) ค่าสมรรถภาพการทำงานของตับต้องอยู่ในระดับดีถึงปานกลาง (Child Pugh Score A-B) และขนาดของก้อนมะเร็งตับไม่เกินร้อยละ 50 ของปริมาตรเนื้อตับทั้งหมด²²

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 66.15 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ตามปกติ (ECOG=0) ค่าสมรรถภาพการทำงานของตับอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.30 และก้อนมะเร็งตับส่วนใหญ่มีขนาดกลางคือ 5-10 เซนติเมตร แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีขนาดก้อนมะเร็งตับลดลงหลังการรักษา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงไม่มีอาการและอาการแสดงจากมะเร็งระดับ และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและอาการจากโรคมะเร็งและมะเร็งระดับดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การลดลงของขนาดของก้อนมะเร็ง จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้น²⁴ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบด้านอาการทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งตับ รายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ทรมาณจากอาการทั่วไปของมะเร็งระดับส่วนใหญ่ลดลงหลังการรักษา แต่พบว่าประเด็นโรคหรือการรักษาที่มีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งตับมีผลต่ออาการลักษณะที่ส่งผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ คือ ภาวะไตล้มเหลวในเพศชาย ภาวะผอมแห้ง หุ่นกระดูก²⁵ รวมทั้งการรักษามะเร็งระดับด้วยวิธี TACE ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการจากภาวะ

จิตใจ¹¹ ซึ่งภาวะที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจเรื่องเพศสัมพันธ์²⁵

คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์หลังการรักษาดีขึ้นกว่าก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคุณภาพชีวิตรายข้อพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและความตึงเครียดอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการรักษา มะเร็งตับด้วยวิธี TACE เป็นการรักษาเพื่อประคับประคองอาการ ไม่ใช่การรักษาเพื่อมุ่งหวังให้หายขาด⁷ กลุ่มตัวอย่างทุกรายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเครียดวิตกกังวลได้สูงจากการไม่ทราบข้อมูล ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา²⁶ ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า *“วันแรกที่รู้ว่าเป็นมะเร็งตับ นอนไม่หลับเลย เครียดมาก เพราะไม่รู้ว่าจะอยู่ได้นานแค่ไหน เป็นห่วงลูก”* นอกจากนี้หลังทราบการวินิจฉัยกลุ่มตัวอย่างต้องรอคอยการรักษาเป็นระยะเวลาานเฉลี่ย 56 วัน ซึ่งการรอคอยการรักษาหลังทราบการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลสูงขึ้น²⁷⁻²⁸

อย่างไรก็ตามหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ครั้งที่ 1-4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีที่ปรึกษาและมีพยาบาลคอยติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการได้รับข้อมูลที่เพียงพอสามารถช่วยลดความวิตก

กังวลของผู้ป่วยได้ ดังกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า *“ได้รู้ว่าก่อนมะเร็งยังพอที่จะรักษาได้ ก็สบายใจขึ้นเยอะ”* ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามพบว่าการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา แก่ผู้ป่วยตามความต้องการสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้²⁹

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการรักษา ซึ่งคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีระดับต่ำสุด 3 อันดับแรกคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านอารมณ์ และด้านบทบาทหน้าที่ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคมก่อนและหลังการรักษาไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.784$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 76.92 เป็นเพศชาย ซึ่งเกินกึ่งหนึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการเจ็บป่วยส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 56.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพระหว่างเจ็บป่วยซึ่งสภาวะว่างงานส่งผลกระทบต่อรายได้ในการเลี้ยงชีพ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.62 มีหนี้สิน และร้อยละ 35.39 มีเงินพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บรวมทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะว่างงานเพิ่มขึ้นจาก 12 คนเป็น 37 คน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะว่างงานมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในผู้ป่วยมะเร็ง³⁰

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลใน 14 จังหวัดภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องเดินทางมา

โรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อพบแพทย์ประมาณ 2 ครั้ง จึงจะได้รับการรักษาด้วยวิธี TACE และการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE แต่แต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 70,000 บาท/ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องร่วมบริจาคบางส่วนตามเศรษฐกิจฐานะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการรักษา และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดแข็งของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดแข็งคือ มีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธี TACE ภายในกลุ่ม ส่งผลให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรง

จุดอ่อนของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดอ่อนคือ การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหลังทำ TACE 4 สัปดาห์ อาจไม่สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ต่อเนื่องระยะยาว รวมทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ

รักษาโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ หลังการรักษาด้วยวิธี TACE

สรุปผลการวิจัย

การรักษามะเร็งเรื้อรังด้วยวิธี TACE สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังอย่างองค์รวมตลอดช่วงระยะเวลาการรักษา โดยก่อนการรักษาควรให้ความสำคัญกับการบรรเทาความทุกข์ใจ วิตกกังวล การส่งเสริมด้านการคิดและตัดสินใจ รวมทั้งควรให้การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคม และการทำบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาการสื่อสารเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อสุขภาพทางเพศ

References

1. Mohammadian M, Mahdaviifar N, Mohahhadian-Hafshejani A, Salehini H. Liver cancer in the world: epidemiology, incidence, mortality and risk factors. *WCRJ* 2018; 5 (2): e1082.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136(5): 359-86.
3. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: assessing cancers with the highest burdens. *Cancers* 2017; 9(8): e108
4. Daher S, Massarwa M, Benson AA, Khoury T. Current and future treatment of hepatocellular carcinoma: an updated comprehensive review. *J Clin Transl Hepatol* 2018; 6(1): 69-78.
5. Yi PS, Zhang M, Zhao JT, Xu MQ. Liver resection for intermediate hepatocellular carcinoma. *World J Hepatol* 2016 8(14): 607-15.
6. Roayaie S. TACE vs. surgical resection for BCLC stage B HCC. *J Hepatol* 2014; 61(1): 3-4.
7. 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.
8. Guan YS, He Q, Wang MQ. Transcatheter arterial chemoembolization: history for more than 30 years. *ISRN Gastroenterol* 2013; 480650.
9. Chhaniwal N, Li C, Wang J, Qiang G, Qi T, Maher H. Hepatocellular carcinoma: review of current treatment with a focus on transarterial chemoembolization and radiofrequency ablation. *Open J Radiology* 2015; 5(1): 50-8.
10. Mason MC, Massarweh NN, Salami A, Sultenfuss MA, Anaya DA. Post-embolization syndrome as an early predictor of overall survival after transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)* 2015; 17(12): 1137-44.

11. Cao W, Li J, Hu C, Shen J, Liu X, Xu Y, Ye Z. Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. *Support Care Cancer* 2013; 21(2): 475-83.
12. Aroon N., Pongsri S., Kessiri W., Somrach T. Factors predicting quality of life of hepatocellular carcinoma patients undergoing transarterial chemoembolisation. *Thai J of Nursing Council* 2019; 34(2): 127-40. (in Thai)
13. Wongchan P. Best nursing practice in cancer care. Chanmaung Prining: Songkhla; 2011. (in Thai)
14. Shun SC, Chen CH, Sheu JC, Liang JD, Yang JC, Lai YH. Quality of life and its associated factors in patients with hepatocellular carcinoma receiving one course of transarterial chemoembolization treatment: a longitudinal study. *Oncologist* 2012; 17(5): 732-9.
15. Hinrichs JB, Hasdemir DB, Nordlohne M, Schweitzer N, Wacker F, Vogel A, et al. Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma treated with initial transarterial chemoembolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2017; 40(10) :1559-66.
16. Suthisa T, Indicator report of advanced nurse practitioner, Nursing Services Division, Songklanagarind Hospital: 2017. (in Thai)
17. Wible BC, Rilling WS, Drescher P, Hieb RA, Saeian K, Frangakis C, et al. Longitudinal quality of life assessment of patients with hepatocellular carcinoma after primary transarterial chemoembolization. *J Vasc Interv Radiol* 2010; 21(7): 1024 -30.
18. Silpakit C, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual Life Res* 2006; 15(1): 167-72.
19. Polit FD, Beck TC. Inferential statistic: Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p 404-32.
20. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of

- the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5(6): 649-55.
21. Lencioni R, de Baere T, Soulen MC, Rilling WS, Geschwind JF. Lipiodol transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: a systematic review of efficacy and safety data. *Hepatology* 2016; 64(1): 106-16.
22. Bruix J, Reig M, Sherman M. Evidence-based diagnosis, staging, and treatment of patients with hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2016; 150(4): 835-53.
23. 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.
24. Eltawil KM, Berry R, Abdoell 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.
25. Steel J, Hess SA, Tunke L, Chopra K, Carr BI. Sexual functioning in patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer* 2005; 104(10): 2234-43.
26. Hansen L, Rosenkranz SJ, Vaccaro GM, Chang MF. Patients with hepatocellular carcinoma near the end of life: a longitudinal qualitative study of their illness experiences. *Cancer Nurs* 2015; 38(4): E19-27.
27. Song H, Fang F, Valdimarsdóttir U, Lu D, Andersson TML, Hultman C, et al. Waiting time for cancer treatment and mental health among patients with newly diagnosed esophageal or gastric cancer: a nationwide cohort study. *BMC Cancer* 2017; 17:2. doi10.1186/s12885-016-3013-7.
28. Wang ZX, Yuan CQ, Guan J, Liu SL, Sun CH, Kim SH. Factors associated with psychological characteristics in patients with hepatic malignancy before interventional procedures. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(1): 309-14.
29. Sudarat B, Rachanee N, Varin B. Effectiveness of the nursing practice guideline on the anxiety of patients with advanced liver cancer. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2017; 10(2):

- 74-86. (in Thai)
30. 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.