

2019-05-01

**Factors Related to Quality of Life in Older People with
Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial
Chemoembolization Therapy(ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูง
อายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง)**

Nattakarn Hongmalai

Tassana Choowattanapakorn

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Hongmalai, Nattakarn and Choowattanapakorn, Tassana (2019) "Factors Related to Quality of Life in Older People with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial Chemoembolization Therapy(ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง)," *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์)*: Vol. 31: Iss. 2, Article 4.

DOI: 10.58837/CHULA.CUNS.31.2.4

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuns/vol31/iss2/4>

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์) by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ณัฐกานต์ หงส์มาลัย* และ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบเชิงสหสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินความปวด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 122.47, S.D. = 18.76) ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ)

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรคและอาการไม่พึงประสงค์คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ/ โรคมะเร็งระดับ/ เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Tassana.C@chula.ac.th



Factors Related to Quality of Life in Older People with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial Chemoembolization Therapy

Nattakarn Hongmalai* and Tassana Choowattanapakorn**

Abstract

Purpose: To study the quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy and to study the relationships between factors; fatigue, pain, insomnia, stress and quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy.

Design: Correlation research

Methods: One hundred and twenty inpatient aged over 60 years old of King Chulalongkorn Memorial Hospital and Ramathibodi Hospital who had been diagnosis of hepatocellular carcinoma. The instruments were composed of Demographic information, Piper fatigue scale-12, Numerical rating scales, Insomnia severity index, Percieved stress scale, functional assessment of cancer therapy-hepatobiliary (FACT-Hep). The reliabilities of these questionnaires were .96, .78, .95 and .87 respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, Pearson's production-moment correlation.

Findings: The mean score of quality of life among older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy was shown at the high level. (Mean = 122.47, S.D. = 18.76). Fatigue, pain, insomnia and stress were negatively related to quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy at the medium level of .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$, respectively)

Conclusion: Health care providers should pay special attention to the assessment and management of adverse events of older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy to reduce the suffering from diseases and adverse reactions and maintain good quality of life.

Keywords: Quality of life in older people/ Hepatocellular carcinoma/ Transarterial Chemoembolization

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Research Advisor.
E-mail: Tassana.C@chula.ac.th



บทนำ

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรค มะเร็งทั้งหมด 1 ใน 3 อยู่ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไทย สำหรับในประเทศไทยมะเร็งตับ พบได้ทุกภูมิภาค พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ 34.8 และ 11.3 ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่ามะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี¹จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วย ในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 471 ราย เป็นผู้สูงอายุ 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 และจากสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย มะเร็งตับกลุ่มนี้จำนวน 435 ราย เป็นผู้สูงอายุ 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้

ปัจจุบันพบว่าปัญหาโรคมะเร็งตับ มีแนวโน้ม สูงขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ตามกระบวนการสูงอายุ พบว่าเซลล์ของตับมีการ เปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีความโน้มเอียงในการเกิดพิษจากยาและ แอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป² การเกิดมะเร็งตับ เป็นขบวนการที่ซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน (Multi-step process) และใช้เวลายาวนานกว่าสิบปี พยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ แต่อาการ และอาการแสดงเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และมักพบในระยะ สุดท้ายแล้ว^{2,3}และมีความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การรักษามะเร็งตับโดยการผ่าตัดเอาก้อน เนื้องอกออก และการผ่าตัดเปลี่ยนตับเป็นวิธีรักษาที่ดี ที่สุด แต่ร้อยละ 60-70 ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะ แพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัด⁴ การรักษา โดยให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Transarterial Chemoembolization: TACE) เป็นทางเลือกลำดับแรก

ในการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับ ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค การควบคุมอาการ และการมีชีวิตรอดนานขึ้น เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40-50 นาน 16-20 เดือน³

การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นการสอดสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงบริเวณ ขาหนีบไปที่ก้อนเนื้องอก โดยให้ยาเคมีบำบัดและสาร ออกกันหลอดเลือด เพื่อไม่ให้เลือดมาเลี้ยงและเกิดการตาย ของก้อนมะเร็ง อาการที่พบหลังให้เคมีบำบัดทาง หลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และภาวะเครียด⁴ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบ มากที่สุด รองลงมาคือ ความปวด โดยมักพบมากใน 1 สัปดาห์หลังรับการรักษา⁵ นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะ เครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในทางเสื่อมลง รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ส่งผลต่อ การเผาผลาญ การกระจายตัว และการขับถ่ายของยา ออกจากร่างกายช้าลง ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่นานขึ้นจึงเพิ่ม ความเสี่ยงในการแพ้ยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดความ เหนื่อยล้า ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ หรือมีความปวด ร่วมด้วย จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง⁶

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพชีวิตลดลงทั้งมิติด้าน ร่างกายและจิตใจ⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบด้าน ร่างกาย (Physical well-being) พบว่าเมื่อร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยจากมะเร็งตับ และได้รับเคมีบำบัดทาง หลอดเลือดแดง จะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม⁸ ส่วนองค์ประกอบด้านอารมณ์ (Emotional well-being) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจะมี



ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต⁷ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด⁸ แต่พบว่าคุณภาพชีวิต ด้านสังคมครอบครัว (Social well-being) สูงขึ้น เนื่องจากมีบุคคลใกล้ชิดให้การช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁹ สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Functional well-being) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในระยะลุกลาม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจึงยังสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลายอย่าง จากการศึกษา Ryu และคณะ¹⁰ พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากที่สุด ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต Shun และคณะ⁵ กล่าวว่า ความปวดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้มากใน 1 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ส่วน Xie และคณะ⁷ พบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับ จะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และ Cao และคณะ⁴ พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางลดลงตามกระบวนการสูงอายุ และมีปัจจัยจากโรคเรื้อรังดังเช่นมะเร็งตับเข้ามากระทบอีกด้านหนึ่ง เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งตับและความทุกข์ทรมานของอาการมีหลายอย่างทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จึงส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุมากขึ้น จากวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบการศึกษาของ Maninet⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์

ทรมานจากโรคและการรักษาต่างๆ ไป ยังไม่มีการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงลงไปในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับ และให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับ ได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

สมมติฐานการวิจัย

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)¹¹ ในการเลือกตัวแปรต้น เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายความหมายของอาการได้ชัดเจนว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของ



ร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต Lenz¹¹ อธิบายว่าองค์ประกอบของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. อาการ (Symptoms) 2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) 3. ผลของอาการ (Performance outcomes) ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบด้านอาการ (Symptoms) ในการเลือกตัวแปรต้น ดังนี้ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่พบได้มากมักเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เมื่ออาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ และใช้องค์ประกอบด้านปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) ในการเลือกตัวแปรต้นตามปัจจัยย่อย ดังนี้ ด้านจิตใจ คือ ภาวะเครียด ซึ่งมีอิทธิพลทำให้อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีภาวะเครียดสูงก็จะส่งอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับให้มีความรุนแรงมากขึ้น ส่วนองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย เป็นมิติที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของการมีประสบการณ์อาการหรือผลกระทบจากอาการ เมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ การปฏิบัติตามบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเรียนรู้ และกระบวนการแก้ปัญหาลดลง หากอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยประเมินได้จากแบบวัดของ Cella¹²

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยในตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ผู้รักษา 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีอาการที่รุนแรงขึ้นก่อนเริ่มเก็บข้อมูลหรือระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ มีอาการปวดรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ เป็นต้น

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ค่าอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ ที่ร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 120 คน

คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคตับสามารถรักษาผู้ป่วยด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 8 โรงพยาบาล โดยสุ่มมา 2 โรงพยาบาล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 64 คน และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 56 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือด

2. **แบบประเมินความเหนื่อยล้า** ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper fatigue scale-12¹³ ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลและแปลกลับ (Backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (Bilingual person) จำนวน 2 ท่าน จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อคำถามเป็นมาตรวัด ลักษณะตัวเลข 0-10 ให้เลือกตอบจำนวน 12 ข้อ โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10 คะแนนเกณฑ์การแปลผลคะแนน กำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าออกมาเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่มีความเหนื่อยล้า 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อย 3) เหนื่อยล้าปานกลาง 4) เหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก และคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย

3. **แบบประเมินอาการปวด** เป็นแบบวัดความรู้สึกปวดแบบ Numeric rating scale เป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่าๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด ไปจนถึง 10 หมายถึง มีระดับอาการปวดมากที่สุด

4. **แบบประเมินการรับรู้ความเครียด** Percieved Stress Scale ของ Cohen ฉบับภาษาไทยของ Wongpakaran¹⁴ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 อันดับ (0-4) การคำนวณและแปลผลคะแนนรวมของแบบประเมินการรับรู้ความเครียดทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0 – 40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ไม่มีความเครียด 2) มีความเครียดระดับต่ำ 3) มีความเครียดระดับปานกลาง

4) มีความเครียดระดับสูง

5. **แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ** ของ Morin ฉบับภาษาไทยของพัชรียา แก้วแพง เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ 1) ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย 2) อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ 3) มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง 4) มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

6. **แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ (FACT-Hep Thai version)** ของ Cella¹² จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป 27 ข้อ (FACT-G) ข้อคำถามประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย (Physical Well-being) มิติด้านสังคม/ครอบครัว (Social/Family Well-being) มิติด้านอารมณ์ (Emotional Well-being) มิติด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-being) 2) ส่วนของคำถามด้านอาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งตับ Hepatobiliary Cancer Subscale จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้น คะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ จึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 180 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ เท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัยเลขที่ ID-06-61-56ย (6 สิงหาคม 2561) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยเลขที่ 372/61 (7 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ข้อมูลต่างๆ ถือเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และการรักษาสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1) ก่อนการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีในหอผู้ป่วยนั้นๆ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) และแจ้งเบอร์โทรศัพท์แก่พยาบาลประจำการเพื่อติดต่อผู้วิจัยโดยตรง หากมีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละราย ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8 ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

2.2) เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในวันที่เก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.3) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 20-30 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำได้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยหรือใช้เวลาในการตอบนาน ผู้วิจัยจะให้หยุดพัก 5-10 นาที หลังจากนั้นสอบถามความต้องการให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามและคำตอบให้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุคำตอบ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประหยัดเวลาและไม่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป

2.4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน



มาตรฐาน คำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (85%) อายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และมากที่สุด คือ อายุ 81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (79.2%) มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) ผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ (65.8%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (34.2%) นับถือศาสนาพุทธ (94.2%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (65%) มีผู้สูงอายุไม่ได้รับการศึกษา (4.2%) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป (85.8%) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (62.5%) และโรคเบาหวาน (34.2%) ส่วนมากมีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า

1 ครั้ง (92.5%)

2. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (66.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 122.47 จากคะแนนทั้งหมด 180 คะแนน เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19 จากคะแนนเต็ม 28) ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.61 จากคะแนนเต็ม 24) และคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ) อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.68 จากคะแนนเต็ม 72) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (33.3%) คือ ความผาสุกด้านสังคม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.28 จากคะแนนเต็ม 28) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.9 จากคะแนนเต็ม 28) ($\bar{X} = 122.47$, S.D. = 18.76)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

คุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD.	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย	28	19	4.48	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์	24	18.61	4.16	สูง
ความผาสุกด้านอื่นๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ)	72	54.68	10.71	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	28	16.28	3.18	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	28	13.9	3.06	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	180	122.47	18.76	สูง

ความเหนื่อยล้า พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (45.8%) รองลงมา คือ มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย (34.2%) ($\bar{X} = 4.73$, S.D. = 2.18)

ความปวด พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความปวดระดับน้อย (54.2%) รองลงมา คือ

มีความปวดระดับปานกลาง (28.3%) ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 2.15)

อาการนอนไม่หลับ พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุอยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (47.5%) รองลงมา คือ ไม่มีอาการนอนไม่หลับ (39.2%) ($\bar{X} = 9.43$, S.D. = 5.40)



ภาวะเครียด พบว่า 2 ใน 3 มีภาวะเครียด ระดับต่ำ (68.3%) รองลงมา คือ ไม่มีภาวะเครียด (16.7%) ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 5.77) ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้า

ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	การแปลผล
ความเหนื่อยล้า	- 0.444	0.000	ปานกลาง
ความปวด	- 0.540	0.000	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับ	- 0.579	0.000	ปานกลาง
ภาวะเครียด	- 0.466	0.000	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

การศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี (85%) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ส่วนใหญ่ยังมีการเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุก่อนข้าน้อย สภาพร่างกายแข็งแรง อาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะเครียด และนอนไม่หลับตามมาได้^{4,5} จากการศึกษาส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จึงทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (65%) และมีจำนวนน้อยที่ไม่ได้รับการศึกษา (4.2%) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์

ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ถึงร้อยละ 92.5 ซึ่งการเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษา และผลข้างเคียง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการการเรียนรู้และการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) เนื่องจากอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน จึงมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจที่ดี โดยวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญูทดแทนบุญคุณ ทำให้บุตรหลานให้ความเคารพ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นอกจากนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (94.2%) โดยศาสนาเป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัย การมีเมตตา การทำความดี เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม¹⁴ จึงส่งผลให้มีภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ (68.3%) และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง



2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444$) อธิบายได้ว่าการได้รับเคมีบำบัดทำให้เกิดความเหนื่อยล้าผ่านกลไกของเซลล์ จากการที่เซลล์มะเร็งระดับถูกทำลาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง^{4,6} และเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun และคณะ⁵ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs และคณะ¹⁵ พบความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (30.1%) ความเหนื่อยล้าเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก (90.6%)¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun และคณะ⁵ พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.86$, $p < .01$)

ความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.540$) อธิบายได้ว่าความปวดหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

เป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เป็นความปวดของอวัยวะที่อยู่ภายใน (Visceral pain) มีสาเหตุมาจากความตึงตัวของกระเพาะที่หดรัด การตายของก้อนเนื้อจากการขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดกั้นหลอดเลือดตันเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง นอกจากนี้ภายหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผู้สูงอายุต้องนอนราบเหยียดขาข้างที่ใช้ในการรักษานาน 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดเลือดคั่ง (Hematoma) หรือเลือดไหล (Bleeding) ในบริเวณที่แทงเข็ม ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนในท่าเดียวนานๆ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ประกอบกับการปิดยึดรอยแทงเข็มบริเวณขาหนีบให้แน่นด้วยพลาสติกชนิดเหนียว (Tensoplast) เพื่อให้มีแรงกด (Pressure) ผิวหนังมาก เลือดจะไม่ออก ทำให้เกิดการตึงรั้งของผิวหนังบริเวณขาหนีบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย และส่งผลต่ออาการปวดมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao และคณะ⁴ พบว่าความปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบได้มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งความปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีความรุนแรง (Severity) มากกว่าก่อนได้รับการรักษา ความปวดที่เกิดขึ้นยังรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำงาน และการนอนหลับ

อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.579$) อธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง สาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอยของวัยสูงอายุ มีการลดลงของเซลล์ประสาทที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลตาที่มีผลต่อการนอนหลับลึก ทำให้ผู้สูงอายุมีระยะหลับลึกลดลงและหลับไม่สนิทเหมือนวัยอื่น ผู้สูงอายุมักตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อยาก ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ³ ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้าน



ร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายขาดพลังงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell ลดลง ทำให้ความสามารถในการต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้สูงอายุลดลง¹⁵ ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ ทำให้มีอาการเมื่อยล้า ภาวะเครียดและวิตกกังวล กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{5,10} สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao และคณะ⁴ ศึกษาในกลุ่มอาการหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ คือ พยาธิสภาพของโรค ผลจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้หลับได้ยาก หลับไม่สนิท หรือไม่ต่อเนื่อง ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.466$) อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงถือว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสภาวะกดดันหรือความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะเครียด⁴ ความเครียดที่ยาวนานก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระ เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ทำให้ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจ คือ จะส่งผลให้จิตใจหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ขาดสมาธิ ผลคือความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmieri และคณะ¹⁷ พบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับ จะมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่สำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน

ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่องและบิดเบือน ความเครียดเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตต่ำลง^{5,7,10}

จากผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบด้านอาการ (Symptoms) ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ เมื่ออาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และกัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรด้านภาวะเครียด ที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความไม่แน่นอนของการรักษาและกลัวการเสียชีวิต ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต¹⁶ เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) มีอิทธิพลทำให้อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีภาวะเครียดสูงก็จะส่งอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับให้มีความรุนแรงมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามคือถ้าอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับเล็กน้อยก็ทำให้มีภาวะเครียดลดลงเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย^{11,18} จากผลการศึกษาพบว่าอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้สูงอายุจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การคงไว้ซึ่งบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ การทำกิจกรรมต่างๆ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

สรุปผลการศึกษา

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ดังผลการวิจัย เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ



จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับโรคและการเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนํามาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ และภาวะ

เครียด เป็นต้น เพื่อทุเลาอาการไม่พึงประสงค์และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆ รวมทั้งการศึกษาเชิงทำนายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย

References

1. The Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
2. Kew MC. Hepatitis B virus x protein in the pathogenesis of hepatitis B virus induced hepatocellular carcinoma. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2011;26 suppl 1:144-52. doi:10.1111/j.1440-1746.2010.06546.x
3. Cabrera R, Nelson DR. The management of hepatocellular carcinoma. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010; 31(4):461-76.
4. 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. *Supportive Care in Cancer* 2013;21(2): 475-83.
5. 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. *The oncologist* 2012; 17(5):732-9.
6. 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. *Cardiovascular and Interventional Radiology* 2017; 40(10):1559-66.
7. Xie ZR, Luo YL, Xiao FM, Liu Q, Ma Y. Health-related quality of life of patients with intermediate hepatocellular carcinoma after liver resection or transcatheter arterial chemoembolization. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(10):4451-6.



8. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer nursing* 2011;34(6):434-42. (In thai)
9. Maninet S. Relationships among Symptoms, Symptom Management, Sense of Coherence, and Quality of Life in Patients with Hepatobiliary Carcinoma. *Kuakarun Journal of Nursing* 2015; 21(1):161-77. (In thai)
10. Ryu E, Kim K, Cho MS, Kwon IG, Kim HS, Fu MR. Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing* 2010;33(1): 3-10.
11. Lenz ER, Pugh LC. The Theory of Unpleasant Symptoms. In Smith MJ, Liehr PR. (editors.), *Middle range theory for nursing*. 3th ed. New York: Springer; 2003. p. 69-90.
12. Heffernan N, Cella D, Webster K, Odom L, Martone M, Passik S, et al. Measuring health-related quality of life in patients with hepatobiliary cancers: the functional assessment of cancer therapy-hepatobiliary questionnaire. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(9):2229-39.
13. Reeve BB, Stover AM, Alfano CM, Smith AW, Ballard-Barbash R, Berstein L, et al. The Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12): Psychometric findings and item reduction in a cohort of breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment* 2012;136(1):9-20.
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine* 2010;4(1):1-6. (In thai)
15. Hinrichs JB, Hasdemir DB, Nordlohne M, Schweitzer N, Wacker F, Vogel A, Rodt T. Health-Related Quality of Life in Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Initial Transarterial Chemoembolization. *Cardiovascular and interventional radiology* 2017; 40(10):1559-66.
16. Fan SY, Eiser C, Ho MC. Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2010;8(7): 559-64.
17. Palmieri VO, Santovito D, Margari F, Lozupone M, Minerva F, Di Gennaro C, et al. Psychopathological profile and health-related quality of life (HRQOL) in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) and cirrhosis. *Clinical and experimental medicine* 2015; 15(1):65-72.
18. Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. In *Oncology nursing forum* 2006; 33(5):931-6.