

Unpleasant Symptoms and Their Influences on Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis*

Piyanat Amornchevanun, RN, MNS¹, Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD¹,
Vishuda Charoenkitkarn, RN, PhD¹, Tawesak Tanwandee, MD²

Abstract

Purpose: To study the perceived unpleasant symptoms, quality of life, and the predictive power of five most distress unpleasant symptoms on quality of life in patients with liver cirrhosis.

Design: Correlational predictive research.

Methods: The samples included 100 patients with liver cirrhosis who came for follow up, at outpatient liver clinic of one university hospital in Bangkok. Data were collected by using: 1) a demographic questionnaire, 2) the Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) developed by Portenoy and colleagues, and 3) WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regressions.

Main findings: The results indicated that quality of life of patients with liver cirrhosis was at moderate level (mean score = 76.69, SD = 8.72). The top five most distress unpleasant symptoms reported by patients with liver cirrhosis were fatigue, followed by muscle cramps, anxiety, insomnia and lack of appetite. Among these symptoms: fatigue, anxiety, and insomnia were significant predictors that could explain 30.5% of the variance in QOL ($R^2 = .31$, $F = 8.27$, $p < .05$). Fatigue was the strongest predictor of QOL ($\beta = -.32$) followed by Insomnia ($\beta = -.22$) and anxiety ($\beta = -.19$), respectively.

Conclusion and recommendations: Nurses should pay attention to assess and manage unpleasant symptoms in patients, particularly fatigue, anxiety, and insomnia to improve quality of life in patients with liver cirrhosis.

Keywords: unpleasant symptoms, quality of life, patients with liver cirrhosis

J Nurs Sci. 2015;33(2):19-28

Corresponding Author: Associate Professor Kanaungnit Pongthavornkamol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand; e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

อาการไม่พึงประสงค์และอิทธิพลของอาการต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง*

ปิยะนัฐ อมรธวานันท์, พย.ม.¹ คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล, PhD¹ วิษุภา เจริญกิจการ, ปส.น.¹ กวีศักดิ์ แก่นวันดี, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ คุณภาพชีวิต และอิทธิพลของอาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง

รูปแบบการวิจัย: ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคตับ ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการมีอาการไม่พึงประสงค์ของ Portney และคณะ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตใช้ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.69 (SD = 8.72) อาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยรายงานว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสูงที่สุด 5 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า รองลงมาได้แก่ อาการตะคริว ความกังวล/กลุ่มใจ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และอาการเบื่ออาหาร ตามลำดับ โดยมีอาการ 3 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า ความกังวล/กลุ่มใจ และอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก มีอิทธิพลที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งได้ร้อยละ 30.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .31, F = 8.27, p < .05$) โดยอาการอ่อนล้า มีน้ำหนักอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งได้มากที่สุด ($\beta = -.32$) รองลงมาคือ อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ($\beta = -.22$) และความกังวล/กลุ่มใจ ($\beta = -.189$) ตามลำดับ

สรุปและขอเสนอแนะ: พยาบาลควรให้ความสนใจต่อการประเมินอาการและการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง โดยเฉพาะอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ/นอนหลับยากและความกังวล/กลุ่มใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคตับแข็ง

J Nurs Sci. 2015;33(2):19-28

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคตับแข็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตและเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 12 ของประชากรโลก¹ โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จากการศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคตับแข็งในประเทศเดนมาร์ก พบอุบัติการณ์โรคตับแข็งสูงขึ้นจาก 383 คนต่อแสนประชากรในปีค.ศ. 1994 เพิ่มเป็น 2,021 ต่อแสนประชากรในปี 2005 และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์สูงขึ้นจากร้อยละ 9 ในปีค.ศ. 1996 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 18.5 ในปีค.ศ. 2006² สำหรับประเทศไทยในปีค.ศ. 2004 คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้รายงานความสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร และความสูญเสียจากการป่วยหรือพิการ (Disability Adjusted Life Year, DALYs) พบว่าโรคตับแข็งอยู่ในลำดับที่ 9 ของการสูญเสียสุขภาพ โดยพบอัตราการตายในผู้ป่วยตับแข็งในเพศชายและหญิงรวมร้อยละ 7.28 และในปีค.ศ. 2009 พบอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.72³

โรคตับแข็งเป็นโรคตับเรื้อรังที่มีลักษณะของการอักเสบและการตายของเซลล์ตับจำนวนมาก เกิดเป็นเนื้อเยื่อพังผืดขึ้นในเนื้อตับ ทำให้ตับเสียหายที่ในการทำงาน⁴ ส่งผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกายหลายระบบ นอกจากนี้ โรคตับแข็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้กลับเป็นปกติได้ การรักษายังมุ่งไปที่การยับยั้งการดำเนินโรค ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ (unpleasant symptoms) และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคตลอดชีวิต การรบกวนจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมีหลายอาการและสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เช่น อาการเบื่ออาหาร ปวดท้องบริเวณชายโครงขวา ปากแห้ง อาการอ่อนล้า คันตามร่างกาย ภาวะท้องมาน บวมตามแขนและขา หายใจสั้น/หายใจไม่มีลม นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก เป็นต้น นอกเหนือจากอาการทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีอาการทางด้านจิตใจด้วย เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค⁵⁻⁷ การรบกวนจากอาการเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม⁸

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นมโนทัศน์หลายมิติ (multidimensional concept) ที่ประสานการรับรู้ของบุคคลถึงความรู้สึกที่มีต่อสภาวะของบุคคลแต่ละคนภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และมีความสัมพันธ์กับความคาดหวัง เป้าหมายในชีวิต⁹ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญความทุกข์ทรมานและความเครียดที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีคุณภาพ

ชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการทำงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงคุณภาพชีวิตในหลายด้านด้วยกัน เช่น คุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพ ด้านครอบครัว เป็นต้น¹⁰

การศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและบทบาทหน้าที่ ซึ่งพบว่าอาการทั้งทางกายและจิตใจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง อาการไม่พึงประสงค์ทางกาย เช่น หายใจสั้น เบื่ออาหาร ปวดเรื้อรัง บวมอาการคันตามร่างกาย อาการอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเกิดตะคริวและอาการคันตามร่างกายในเวลากลางคืน ทำให้มีการตื่นในเวลากลางคืนบ่อยครั้ง โดยอาการทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจิตใจ กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางร่างกายมาก ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง^{2,5,7,8,10} การรับรู้ถึงการมีอาการไม่พึงประสงค์มีหลายมิติ ได้แก่ มิติของการเกิดอาการ มิติความถี่ในการเกิดอาการ มิติความรุนแรง และมิติความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการที่ผู้ป่วยประเมินว่าเกิดขึ้นบ่อยอาจมีความรู้สึกทุกข์ทรมานเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการเกิดขึ้นไม่บ่อยแต่เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานในระดับรุนแรง⁵ และจากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ที่กล่าวไว้ว่า ด้านมิติความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด¹¹ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้มิติความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาเป็นตัวแปรทำนายผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคตับแข็งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ประสบการณ์การเกิดอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรม ชีวิตและความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันไป จึงยังไม่สามารถสรุปหรือยืนยันได้ว่ามีอาการไม่พึงประสงค์อะไรบ้างที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคตับแข็งและในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็งมาก่อน เช่นเดียวกับประเด็นของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งในประเทศไทยซึ่งยังมีการศึกษาน้อยมาก จากประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพในการจัดการกับอาการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของอาการไม่พึงประสงค์ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการมีอาการไม่พึงประสงค์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง
2. ศึกษาอิทธิพลของการมีอาการไม่พึงประสงค์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าทุรกันดารหรือรบกวนมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตับแข็งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีลักษณะตามกลุ่มประชากรที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคตับ ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยที่ไม่เป็นโรคกระเพาะอาหารไม่เป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์หรือผู้ป่วยที่เป็นพิษสุราเรื้อรัง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร power analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .13 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 92 คน สำหรับการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งหมด 100 คน เนื่องจากการศึกษาอำนาจการทำนายโดยวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 100 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล¹²

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย 3 ชุด ประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา
2. แบบสอบถามการมีอาการไม่พึงประสงค์ ใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย

Portenoy และคณะ¹² ประกอบด้วยคำถาม 32 อาการเพื่อประเมินการรับรู้การเกิดอาการ ในมิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติที่รบกวนการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 2 อาการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคตับแข็ง คือ อาการปวดท้องหรือรู้สึกเจ็บบริเวณชายโครงขวา และอาการตะคริว ดังนั้นแบบประเมินมีทั้งสิ้น 34 อาการ ประเมินในมิติความถี่และมิติความรุนแรงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 คะแนน (น้อยมาก) ถึง 4 คะแนน (เกิดตลอดเวลา) และความรุนแรง 1 คะแนน (อาการนั้นมีความรุนแรงน้อยที่สุด) จนถึง 4 คะแนน (อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากที่สุด) ตามลำดับ สำหรับการประเมินอาการที่รบกวนผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมากหมายถึง อาการนั้นรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) นอกจากนี้มีข้อคำถามอีก 1 ข้อ ที่ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินในภาพรวมของอาการทั้งหมดที่ตนประสบอยู่โดยให้เป็นผู้เรียงลำดับอาการที่รบกวนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนมากที่สุด 5 อันดับแรก

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนามาจากเครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดย สุวัฒน์ มัทธินันต์กรกุล และคณะ¹³ มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วยคำถามคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน ถ้าค่าคะแนนสูงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนนต่ำแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี

เครื่องมือทุกชุดได้รับการพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามดังกล่าว หลังจากได้รับอนุญาตใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจริง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการมีอาการไม่พึงประสงค์ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85 และ .87 ตามลำดับ และเมื่อเก็บข้อมูลจริงจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ในการศึกษาคั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .85 ทั้งสองชุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข Si 176/2014 รหัสโครงการ 112/2557(EC1)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ พยาบาลที่คลินิกโรคตับ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอเชิญเข้าร่วมโครงการ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้เนื่องจากปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามในแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคล อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยในแต่ละมิติ และคุณภาพชีวิต นำมาแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์หรือตีผลของอาการไม่พึงประสงค์ในมิติรบกวนในการดำเนินชีวิตผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (enter multiple regression) หลังจากผ่านการตรวจสอบสมมติฐานการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุระหว่าง 33-80 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.44 ปี (SD = 10.29) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 23) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 45) รองลงมาคือรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 60) ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้สิทธิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 52) เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 96) และประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 60)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 70) โดยโรคร่วมที่พบสูงสุดคือภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 29) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 13) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค (ตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม) เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปีถึง 10 ปี (ร้อยละ 43) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รองลงมา (ร้อยละ 20) เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 ครั้ง มีระดับความรุนแรงของโรคตับแข็ง Child-Pugh Class A (ร้อยละ 72) ส่วนสาเหตุการเกิดโรคตับแข็งพบมากที่สุดเกิดจากไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 44) รองลงมาเกิดจากไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 43)

2. อาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวน ตั้งแต่ 1-26 อาการ เฉลี่ย 12.93 อาการ (SD = 5.47) โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่มีกลุ่มตัวอย่างรายงานมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ อาการอ่อนล้า (ร้อยละ 74) กังวล/กลัวใจ (ร้อยละ 71) รู้สึกง่วงนอนหรือเซื่องซึม (ร้อยละ 69) นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (ร้อยละ 68) ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 66) รู้สึกอึดอัดท้องหรืออึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (ร้อยละ 60) ค้นตามร่างกาย (ร้อยละ 57) ปากแห้ง (ร้อยละ 55) รู้สึกเศร้าใจ (ร้อยละ 52) ตะคริว (ร้อยละ 51) และหุดหิด/ไม่สบาย (ร้อยละ 50) ตามลำดับ

อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติความถี่พบว่า อาการที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (mean = 2.37, SD = .67) อ่อนล้า (mean = 2.35, SD = .88) ปากแห้ง (mean = 2.25, SD = 1.05) รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม (mean = 2.22, SD = .72) และค้นตามร่างกาย (mean = 2.19, SD = .91) ตามลำดับ

อาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างประเมินในมิติความรุนแรงมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่ บวมบริเวณแขนขา (mean = 2.35, SD = .55) รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง (mean = 2.30, SD = .85) อ่อนล้า (mean = 2.26, SD = .57) คลื่นไส้ (mean = 2.25, SD = .70) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (mean = 2.25, SD = .63) ตามลำดับ

อาการไม่พึงประสงค์ในมิติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่ อ่อนล้า (mean = 2.38, SD = .79) ตะคริว (mean = 2.32, SD = 1.02) ความกังวล/กลัวใจ (mean = 2.31, SD = .64) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (mean = 2.30, SD = .88) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (mean = 2.25, SD = .89) ตามลำดับ

นอกจากนี้ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาพรวมของอาการทั้งหมดที่ตนประสบอยู่โดยเรียงลำดับการบวกรวมของอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนมากที่สุด 5 อันดับแรก ดังนี้ 1) อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก 2) ความกังวล/กลุ่มใจ 3) อาการอ่อนล้า 4) อาการตะคริว และ 5) อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ซึ่งรายงานโดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 38, 34, 30, 19 และ 18 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์จากสถิติในมิติการบวกรวมการดำเนินชีวิต จึงนำอาการไม่พึงประสงค์ 5 อาการดังกล่าวข้างต้น นำเข้าสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็ง

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 76.69, SD = 8.72) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 20.57, SD = 3.10) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 17.81, SD = 2.43) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 8.28, SD = 1.74) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 24.23, SD = 3.20)

4. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของอาการไม่พึงประสงค์ในมิติทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยสมการถดถอยพหุคูณ

4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การมี อาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้การมี อาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง พบว่า อาการอ่อนล้า ความกังวล/กลุ่มใจ และอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.464, -.320$ และ $-.363$ ตามลำดับ) ส่วนอาการตะคริวและอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.123$ และ $-.112$) ตามลำดับ อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ($r = .287$) อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกังวล/กลุ่มใจ ($r = .280$) อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการอ่อนล้า ($r = .257$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด (N = 100)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1) คุณภาพชีวิต	1.00					
2) อ่อนล้า	-.464**	1.00				
3) ตะคริว	-.123	.068	1.00			
4) กังวล/กลุ่มใจ	-.320**	.177	.001	1.00		
5) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	-.363**	.287**	.137	.280**	1.00	
6) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	-.112	.257**	-.188	.079	-.060	1.00

**p < .01

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายของอาการไม่พึงประสงค์ที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการเลือกตัวแปรเข้าสมการถดถอยเชิงพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน พบอาการไม่พึงประสงค์ 3 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า ความกังวล/กลุ่มใจ และอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก สามารถร่วมกันอธิบายความ

แปรปรวนของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับแข็งได้ร้อยละ 30.5 ($R = .553, R^2 = .305, F = 8.265, p < .05$) ซึ่งตัวแปรที่มีน้ำหนักในการอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคตับแข็งมากที่สุดคือ อาการอ่อนล้า ($\beta = -.321$) รองลงมาคือ อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ($\beta = -.223$) และความกังวล/กลุ่มใจ ($\beta = -.189$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยพหุคูณในขั้นตอนเดียวของการรับรู้การมีอาการไม่พึงประสงค์ในมิติ ทุกข์ทรมาน หรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 100)

ตัวแปร	b	Std. Error	β	t	Sig
อ่อนล้า	-2.227	.658	-.321	-3.387	.001
นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	-1.506	.638	-.223	-2.259	.020
กังวล/กลุ่มใจ	-1.396	.673	-.189	-2.074	.041
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	-.459	.634	-.066	-.724	.471
ตะคริว	-.355	.569	-.056	-.624	.534

(R² = .305, R² adjust = .268, p < .05)

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง

ผลของการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็งมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคตับแข็ง¹⁴ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ได้อาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือระยะการดำเนินโรคช้าลงกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) มีสถานะภาพสมรสคู่ เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 96) ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 60) มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลขณะอยู่ที่บ้าน และขณะเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล การที่มีบุคคลในครอบครัวคอยดูแลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วยและสามารถไว้วางใจได้มากที่สุด จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือ สามารถเผชิญปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตตามลำพังไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด^{15,16} หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ (ร้อยละ 33) มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และใช้สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 52) ทำให้ได้รับการแบ่งเบาภาระในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและมีปัญหาทางการเงิน¹⁵⁻¹⁷

2. การรับรู้การไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคตับแข็ง

การรับรู้การไม่พึงประสงค์ 5 อันดับแรกในมิติต่าง ๆ ของอาการที่รายงานโดยกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ ในมิติความบ่อยของการเกิดอาการ ได้แก่ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก อ่อนล้า ปากแห้ง รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม และคันตามร่างกาย ในมิติความรุนแรงของอาการ ได้แก่ บวมบริเวณแขน/ขา รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง อ่อนล้า คลื่นไส้ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ส่วนในมิติความทุกข์ทรมาน/การรบกวนต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ อ่อนล้า ตะคริว กังวล/กลุ่มใจ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ตามลำดับ อาการที่พบในกลุ่มตัวอย่างในทั้ง 3 มิติ ได้แก่ อาการอ่อนล้า และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์¹¹ ที่กล่าวว่าอาการไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายอาการและแต่ละอาการมีหลายมิติ ดังนั้นในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคตับแข็งจึงควรให้ครอบครัวในหลายมิติ นอกจากนี้อาการที่ผู้ป่วยประเมินว่าเกิดขึ้นบ่อย อาจไม่ได้รับรบกวนการดำเนินชีวิตมาก เช่น กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคตับแข็งรายงานอาการปากแห้งว่าเกิดขึ้นบ่อยแต่รบกวนการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อย ในขณะที่บางอาการเกิดขึ้นไม่บ่อยแต่ผู้ป่วยรับรู้การรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระดับรุนแรง เช่น อาการตะคริว เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาคั้งนี้ค่อนข้างแตกต่างกับผลการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคตับแข็งในต่างประเทศของ Houghton-Rahrig¹⁹ ที่พบว่าความรุนแรงของอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ รู้สึกขาดพลังงาน ปวด อ่อนล้า ความกังวล หงุดหงิดง่าย และแตกต่างจากผลการศึกษาของ Kim⁵ ที่ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการอ่อนล้า ตะคริว ท้องมาน/บวม ปากแห้ง และรอยจ้ำจ้ำเขียว เมื่อเปรียบเทียบกับอาการ 5 อันดับแรกในมิติเดียวกันที่รายงานโดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ (บวมบริเวณแขน/ขา รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง อ่อนล้า คลื่นไส้ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก)

ความไม่สอดคล้องดังกล่าวอาจเนื่องจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน กล่าวคือการศึกษาของ Houghton-Rahrig¹⁹ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคตับจากการมีไขมันสะสมที่ตับมาก ตั้งแต่เริ่มเป็นระยะแรกจนถึงระยะที่เป็นโรคตับแข็ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim⁵ กลุ่มตัวอย่างรวมผู้ป่วยโรคตับแข็งในระยะแรกจนถึงระยะสุดท้ายที่มีโรคมะเร็งตับร่วมด้วย จึงอาจทำให้มีระดับความรุนแรงของโรคและความทุกข์ทรมานจากอาการได้มาก มีความถี่ในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกัน จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้การมีอาการไม่พึงประสงค์มีความแตกต่างกันเนื่องจาก ประสบการณ์การมีอาการเป็นกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น เพศ ระยะการดำเนินโรค เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคม เช่นความแตกต่างในสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย⁵

3. อิทธิพลของอาการไม่พึงประสงค์ในมิติความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.464, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($\beta = -.321, p < .05$) โดยอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดแรง และไม่มีชีวิตชีวา เมื่อมีอาการอ่อนล้ามากขึ้น จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมากในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ด้านการทำงาน การรวบรวมสมาธิลดลง สัมพันธภาพทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยโรคตับแข็งมีอาการอ่อนล้ามากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{5,7,19,20} โดยการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Kalaitzakis และคณะ⁹ พบว่าอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r = -.44$ ถึง $-.77$) กับคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ได้แก่ ด้านสมรรถภาพทางกาย ด้านบทบาทที่ถูกรบกวนเนื่องจากปัญหาสุขภาพและด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต การทำหน้าที่ทางสังคม ด้านความเจ็บปวด และด้านสุขภาพทั่วไป ($p < .01$)

อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.363, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($\beta = -.223, p < .05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคตับแข็งจะมีวงจรการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับในตอนกลางคืน ตื่นกลางดึกบ่อยครั้งและรู้สึกง่วงนอนมากในเวลากลางวันเป็นต้นเนื่องจากในขณะหลับ กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ จะได้รับการพักผ่อนและใช้พลังงานลดลง หากผู้ป่วยมีปัญหาในการนอนหลับทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อวัยวะต่างๆ

ทำงานได้แย่ง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคตับแข็งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มิสุขภาพดี^{7,18}

ความวิตกกังวลและอาการกลุ่มใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($r = -.320, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($\beta = -.189, p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความกังวลในหลายเรื่อง เช่น กังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น อาชีพการงาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanwal และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยโรคตับแข็งมีความวิตกกังวลที่เกิดจากความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายหลายอาการ ได้แก่ อาการอ่อนล้า หายใจถี่ ปวดเรื้อรัง เบื่ออาหาร อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และการนอนหลับผิดปกติ ส่งผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพทางสังคม นอกจากนี้หากความวิตกกังวลไม่ได้รับการจัดการแก้ไขจะทำให้มีอาการอื่นตามมาได้ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตทางด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านสุขภาพจิตทั่วไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน^{5,18,19}

อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($r = -.112, p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($\beta = -.066, p > .05$) จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษา (ร้อยละ 72) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Child-Pugh Class A ซึ่งจัดเป็นระดับความรุนแรงของโรคในระยะแรกที่มีความรุนแรงของอาการไม่มากนัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคตับแข็ง รวมถึงข้อมูลในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการในมิติความรุนแรงพบเกือบร้อยละ 80 ที่ประเมินว่ามีอาการเบื่ออาหารน้อยถึงปานกลาง อธิบายได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหารเป็นระยะเวลาสั้น จนเป็นสาเหตุให้เกิดการขาดสารอาหารและมีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน รวมถึงระดับความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นตับแข็งระยะสุดท้ายที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร แต่ยังมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและไม่ขาดสารอาหาร¹⁴ จึงอาจเป็นสาเหตุให้อาการเบื่ออาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

พบว่าอาการตะคริวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($r = -.123; p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ($\beta = -.056$) โดยจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ Child-Pugh Class A และกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 80 ประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการน้อยถึง

ปานกลาง ผลการศึกษานั้นสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคตับแข็งในระดับ Child-Pugh Class B และ C จะมีอาการตะคริวที่รุนแรงกว่าระดับความรุนแรงของโรคในระยะเวลา Child-Pugh Class A รวมถึงผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการตะคริวมากมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการเกิดตะคริวน้อย ($p < .01$)²⁰ นอกจากนี้มีการศึกษารายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม สม่่าเสมอ ช่วยลดการเกิดตะคริวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มาติดตามรักษาอาการตามนัดของแพทย์สม่ำเสมอ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้อาการตะคริวไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็ง²¹

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาการอ่อนล้า ความกังวล/กลัวไม่ใจ และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคตับแข็งได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ให้ครอบคลุมในหลายมิติ และใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดอาการดังกล่าว

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคตับแข็งในเชิงการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้เห็นถึงแบบแผนการเปลี่ยนแปลง (pattern of changes) ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาและทดสอบงานวิจัยเชิงทดลองของโปรแกรมการจัดการกับอาการหลายอาการร่วมกัน โดยมุ่งเป้าหมายลดอิทธิพลของอาการไม่พึงประสงค์และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตับแข็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kenneth D, Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, Minino AM, Kung H, Hsiang-Ching K. Deaths: Preliminary data for 2009. National vital statistics reports. 2011;59(4):1-51.
2. Kanwal F, Hoang T, Kramer JR, Asch SM, Goetz MB, Zeringue A, et al. Increasing prevalence of HCC and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C virus infection. Gastroenterology. 2011;140(4):1182-8.

3. Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics in year 2010 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2010. [cited 2014 Aug 2]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.pdf>
4. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. Lancet. 2008;371(9615):838-51.
5. Kim SH, Oh EG, Lee WH. Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2006;43(8):1047-56.
6. Ko FY, Yang AC, Tsai SJ, Zhou Y, Xu LM. Physiologic and Laboratory correlates of depression, anxiety, and poor sleep in liver cirrhosis. BMC Gastroenterol. 2013 Jan 22;13:18. doi: 10.1186/1471-230X-13-18. PubMed PMID: 23339829; PubMed Central PMCID: PMC3574854.
7. Montagnese S, Nsemi LM, Cazzagon N, Facchini S, Costa L, Bergasa NV, et al. Sleep wake profiles in patients with primary biliary cirrhosis. Liver int. 2013; 33(2):203-9.
8. Kalaitzakis E, Josefsson A, Castedal M, Henfridsson P, Bengtsson M, Hugosson I, et al. Factors related to fatigue in patients with cirrhosis before and after liver transplantation. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012;10(2):174-81.
9. The WHOQOL Group. Measuring quality of life. [Internet]. Geneva: WHO; 1997 [cited 2014 Jul 20] Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
10. Kanwal F, Gralnek IM, Hays RD, Zeringue A, Durazo F, Han SB, et al. Health-related quality of life predicts mortality in patients with advanced chronic liver disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7(7):793-9.
11. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle range theory of unpleasant symptoms: An update. ANS Adv Nurs Sci. 1997;19(3):14-27.

12. Stevens JP. Applied Multivariate statistics for the social sciences. 5th ed. New York: Taylor & Francis Group; 2009.
13. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*. 1994;30A(9):1326-36.
14. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W. Pumpaisanchai W. Compare quality of life of the World Health Organization all 100 indicators and 26 indicators. *Journal of Mental Health of Thailand*. 1997;5(3):4-15. (in Thai).
15. Thiele M, Askgaard G, Timm HB, Hamberg O, Gluud LL. Predictors of health-related quality of life in outpatients with cirrhosis: Results from a prospective cohort. *Hepat Res Treat*. 2013;2013:479639. doi: 10.1155/2013/479639. PubMed PMID: 24490061; PubMed Central PMCID: PMC3896069.
16. Adibi P, Akbari L, Kahangi LS, Abdi F. Health-state utilities in liver cirrhosis: A cross sectional study. *Int J Prev Med*. 2012;3 Suppl 1:94-101.
17. Youssef NFA, Shepherd A, Evans JMM, Wyke S. Translating and testing the liver disease symptom index 2.0 for administration to people with liver cirrhosis in Egypt. *Int J Nurs Pract*. 2012;18(4):406-16.
18. Chajjinda K, Plianbangchang P, Sripariwuth E, Jetiyanon K. Quality of life of patients with chronic liver disease as measured by the abbreviated version of the world health organization quality of life scale. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2011;3(2):35-40.
19. Houghton-Rahrig L. Symptoms, genetics, and health - related quality of life in persons with nonalcoholic fatty liver disease [dissertation]. Michigan, US: Michigan State University. 2011. 303 p.
20. Carlson MD, Hillsabeck RC, Barakat F, Perry W. Role of sleep disturbance in chronic hepatitis C infection. *Curr Hepatitis Rep*. 2010;9(1):25-9.
21. Chatrath H, Liangpunsakul S, Ghabril M, Chalasani N, Vuppalanache R. Prevalence and morbidity associated with muscle cramps in patients with cirrhosis. *AM J Med*. 2012;125(10):1019-25.