

การประเมินอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell non-Hodgkin's lymphoma

Assessment of Utility of Patients with B-cell Non-Hodgkin's Lymphoma

ศิริอร โมทนะเทศ (Sirion Mothanathet)* ดร.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ (Dr.Chulaporn Limwattananon)**

กาญจนา จันทร์สูง (Kanchana Chansung)***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในแง่ของอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell non-Hodgkin's lymphoma ชนิด DLBCL หรือ FL และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าอรรถประโยชน์ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น จำนวน 152 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และทบทวนเวชระเบียน ผลการศึกษาพบความแตกต่างของค่าอรรถประโยชน์ระหว่างแต่ละกลุ่มสถานะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อค่าอรรถประโยชน์ คือ สถานะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม Response ให้ผลของคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS สูงกว่ากลุ่ม Palliative care 10.148 คะแนน และ คะแนน Utility สูงกว่ากลุ่ม Palliative care 0.150 คะแนน นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีผลต่อค่าอรรถประโยชน์ ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ และภาวะโรคร่วม

ABSTRACT

The main objective of this study was to assess quality of life in terms of utility in patients with B-cell non-Hodgkin's lymphoma in DLBCL or FL types and investigate the factors affecting the utility. 152 patients of lymphoma had treated at Srinakarin Hospital, Khon Kaen collected by interview and review medical records. The results revealed utility values between the health status groups are differences statistically significant. Factors' affecting the utility values was current health status of the patients. Patients in Response group to the quality of life as measured by EQ-5D.VAS points higher than Palliative care group 10.148 points and Utility score 0.150 points higher than Palliative care group also found that the factors affecting the utility including education, age, and disease combination.

คำสำคัญ: มะเร็งต่อมน้ำเหลือง อรรถประโยชน์ คุณภาพชีวิต

Key Words: Lymphoma, Utility, Quality of life

* นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้น และทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้น อัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่อประชากร 1 แสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2549 ถึง 2553 เท่ากับ 83.1, 84.9, 87.6, 88.3 และ 91.2 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ในปี 2553 มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งจำนวน 1,233,456 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 21.27 ต่อประชากร 1,000 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ผลกระทบของโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีส่วนได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยอาจต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและการรักษา มีผลให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว

ปัจจุบันมีการพัฒนายาที่มีความจำเพาะและกำหนดเป้าหมายที่ยาไปยับยั้ง (targeting drugs) เช่น การยับยั้งการส่งสัญญาณอยู่รอดและเพิ่มสัญญาณชักนำการตาย ซึ่งจะแตกต่างจากยาเคมีบำบัดเดิมที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะยับยั้งการแบ่งเซลล์แบบไม่เลือกทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ซึ่งก่อปัญหาความเป็นพิษจากยาที่รุนแรง การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันแม้จะมีความก้าวหน้าไปอย่างมาก มีการพัฒนาาใหม่ ๆ จำนวนมากเกิดขึ้นตลอดเวลา ยาใหม่ ๆ จำนวนมากที่แสดงผลถึงการเพิ่มอัตราการตอบสนอง แต่การเพิ่มอัตราการตอบสนองอาจไม่สามารถแปลระยะเวลาการอยู่มีชีวิตรอดให้ยาวนานขึ้นอย่างมีความหมาย ค่ายาที่เพิ่มขึ้นหลายแสนถึงหลายล้านบาทนั้นมักแลกได้ด้วยระยะเวลาเพิ่มขึ้นเพียงไม่กี่เดือนก่อนที่จะโรคระกำเริบใหม่ นับเป็นภาระหนักแก่สังคมและต่อรัฐในการกำหนดนโยบายการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell non-Hodgkin's lymphoma

ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย และมียาใหม่ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US-FDA) และกำลังอยู่ในการศึกษาอีกหลายชนิด และมีราคาสูงมาก เช่น Bendamustine, Pralatrexate, Bortezomib, Thalidomide, Lenalidomide, Romidepsin และ Temsirolimus เป็นต้น (US-FDA, 2012) ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น เพราะการรักษาไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและลดอาการพิษจากยาเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพของการมีชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ ดังนั้นการประเมินค่าคุณภาพชีวิตในแง่รรถประโยชน์ของผู้ป่วยในสถานะสุขภาพต่าง ๆ จึงมีความจำเป็น เนื่องจากต้องนำมาใช้ในการคำนวณค่าอัตราส่วนเพิ่มเติมทุน-อรรถประโยชน์ (incremental cost effective ratio, ICER) เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ค่าอัตราส่วนเพิ่ม ICER นี้ใช้ประกอบการตัดสินใจพิจารณาบรรจุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในประเทศไทย และพิจารณาการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพทั่วโลก

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในแง่รรถประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell non-Hodgkin's lymphoma ชนิด DLBCL หรือ FL และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าอรรถประโยชน์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Cross-sectional study ขั้นตอนในการวัดคุณภาพชีวิตในแง่รรถประโยชน์เริ่มตั้งแต่ การอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาดังกรอกแบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการศึกษาก่อน แล้วจึงเริ่มการสัมภาษณ์เพื่อเก็บ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตในแง่ของประโยชน์ EQ-5D.VAS และ EQ-5D

ทำการศึกษาในผู้ป่วยโดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การรับเข้า พิจารณาข้อมูลจากเวชระเบียน ร่วมกับการตัดสินใจตามคำนิยามศัพท์ของแพทย์ผู้รักษา เพื่อจำแนกสถานะสุขภาพของผู้ป่วยดังนี้

(1) กลุ่ม Response disease ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ 1st line หรือ 2nd line (Complete response, Partial response, Stable disease)

(2) กลุ่ม Treatment disease ผู้ป่วยกำลังได้รับการรักษา 1st line หรือ 2nd line

(3) กลุ่ม Palliative care ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองหรือมีภาวะโรคลุกลามหรือเป็นซ้ำ จากการได้รับ 1st line หรือ 2nd line (Non response, Relapse, และ Progressive disease) ที่ได้รับ palliative care

กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็น ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด B-cell non-Hodgkin's lymphoma ชนิด DLBCL หรือ FL ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2555

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ยินดีให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยทางคลินิกอื่นๆ
2. ข้อมูลจากเวชระเบียนขาดหายไปจนไม่สามารถกำหนด health state-ของผู้ป่วยได้

การวัดคุณภาพชีวิตในแง่ของประโยชน์ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุนหรือประโยชน์ จะใช้เครื่องมือวัด EQ 5D ที่แปลเป็นภาษาไทย และผ่านการทดสอบทาง psychometric properties แล้ว การประเมินด้วย EQ5D มี 2 ขั้นตอน คือ

EQ-5D.VAS (EQ-5D.Visual Analogue Scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในแง่ของประโยชน์

ทางตรงแบบให้คะแนน (rating scale) เป็นเครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตในแง่ของประโยชน์ทางตรงที่ง่ายที่สุด เครื่องมือนี้จะให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในคะแนนที่ตนเองคิดว่ามีสภาวะสุขภาพที่ตรงกับตนเองในวันนั้น โดยจะมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ซึ่ง 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดจะอยู่ด้านล่างสุดของสเกล และ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดจะอยู่ด้านบนสุดของสเกล และสามารถนำคะแนนที่ได้จากเครื่องมือ EQ-5D.VAS ไปคำนวณเพื่อแปลงเป็นค่าอรรถประโยชน์

EQ-5D (The European Quality of Life Measure-5 Domain) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในแง่ของอรรถประโยชน์ทางอ้อม โดยมีกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยคณะของ The EuroQol Group ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General health Status measurement) แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1. การเคลื่อนไหว 2. การดูแลตนเอง 3. กิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน 4. ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย และ 5. ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ในแต่ละมิติจะมีตัวเลือกอยู่ 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหากลางๆ และมีปัญหาอย่างมาก แล้วนำมาคำนวณค่าอรรถประโยชน์ดังสมการข้างล่างเพื่อให้ได้ค่าที่อยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 ซึ่ง 0 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดและ 100 หมายถึงสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด สมการนี้สร้างจากข้อมูล time trade off ของตัวแทนประชากรไทย ในปัจจุบัน เครื่องมือนี้และสมการสำหรับประเทศไทยได้รับการยอมรับแพร่หลาย (Pickard, 2007; Tongsir, 2009)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานะสุขภาพที่ต่างกัน 3 กลุ่ม ในกรณีที่มีข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution) จะใช้ One way ANOVA หากกระจายแบบเบ้จะใช้ Mann Whitney-U ในกรณีข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบ categorical จะใช้ chi-square test การวิเคราะห์ความแตกต่างคุณภาพชีวิตในแง่ของอรรถประโยชน์ระหว่างสถานะสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าอรรถประโยชน์ใช้ multiple linear regression ที่ควบคุม

ตัวแปรกวน (Covariate) ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ภูมิลาเนา สถานะสุขภาพในปัจจุบัน ความรุนแรงของโรค และภาวะโรคร่วม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาจำนวน 152 รายที่เข้าร่วมการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1 โดยผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 25-86 ปี (อายุเฉลี่ย 54.71 ± 12.23 ปี) 51.52% ของผู้ป่วยเป็นเพศ

ชาย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสมากที่สุด (82.24%) ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมการศึกษามีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (65.79%), มัธยมศึกษา (12.50%) และสูงกว่ามัธยมศึกษา (19.74%) สิทธิการรักษาของผู้เข้าร่วมการศึกษามากเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (64.79%) และเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในคลินิก low risk DLBCL 35.53%, เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในคลินิก high risk DLBCL 53.95% และเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในคลินิก FL 10.53% ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยในกลุ่ม Response จำนวน 83 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาตามสถานะสุขภาพ

ลักษณะของผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด (N=152)	กลุ่ม Response (N=83)	กลุ่มที่กำลังได้รับ Treatment (N=45)	กลุ่มที่ได้รับ Palliative care (N= 24)	P-value*
อายุเฉลี่ย (S.D)	54.71 (12.23)	53.64 (10.68)	53.58 (13.72)	60.58 (13.18)	<i>P = 0.037</i>
เพศ (% ชาย)	51.52%	46.99%	60%	50%	P = 0.370
สถานะภาพสมรส	82.24%	81.93%	82.22%	83.33%	P = 0.988
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ	28.95%	14.46%	24.44%	20.83%	P = 0.873
ไม่เป็นทางการ	52.63%	62.65%	40%	41.67%	
เป็นทางการ	18.42%	22.89%	35.56%	37.50%	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	1.97%	2.41%	0%	4.17%	P = 0.244
ประถมศึกษา	65.79%	69.88%	57.78%	66.67%	
มัธยมศึกษา	12.50%	12.05%	15.56%	8.33%	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	19.74%	15.66%	26.67%	20.83%	
สิทธิการรักษา					
ประกันสุขภาพ(UC)	64.9%	70.73%	60%	54.17%	P = 0.247
ประกันสังคม	4.64%	3.66%	6.67%	4.17%	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30.46%	25.61%	33.33%	41.67%	
ชนิดของมะเร็ง					
low risk DLBCL	35.53%	39.76%	37.78%	16.67%	P = 0.108
high risk DLBCL	53.95%	51.81%	55.56%	58.33%	
FL	10.53%	8.43%	6.66%	25%	

* One way ANOVA

กลุ่มที่กำลังได้รับ treatment จำนวน 45 ราย และกลุ่มที่
ได้รับ palliative care จำนวน 24 ราย

มิติด้านการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่
ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง (93.42%), มีปัญหาบ้างใน

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนน EQ-5D ในมิติต่าง ๆ ระหว่างสถานะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง

มิติของ EQ-5D ความถี่ (%)	ผู้ป่วยทั้งหมด (N=152)	กลุ่ม Response (N=83)	กลุ่มที่กำลังได้รับ Treatment (N=45)	กลุ่มที่ได้รับ Palliative care (N= 24)	P-value*
การเคลื่อนไหว					
ไม่มีปัญหา	117 (76.97)	71 (85.54)	30 (66.67)	16 (66.67)	P = 0.019
มีปัญหาบ้าง	32 (21.05)	12 (14.46)	13 (28.89)	7 (29.17)	
จำเป็นต้องอยู่บนเตียง	3 (1.97)	0	2 (4.44)	1 (4.17)	
การดูแลตนเอง					
ไม่มีปัญหา	142 (93.42)	81 (97.59)	40 (88.89)	21 (87.50)	P = 0.057
มีปัญหาบ้าง	8 (5.26)	2 (2.41)	4 (8.89)	2 (8.33)	
อาบน้ำ/แต่งตัวไม่ได้	2 (1.32)	0	1 (2.22)	1 (4.17)	
กิจกรรมประจำ					
ไม่มีปัญหา	102 (65.13)	66 (79.52)	26 (57.78)	10 (41.67)	P = 0.0001
มีปัญหาบ้าง	42 (28.29)	17 (20.48)	14 (31.11)	11 (45.83)	
มีปัญหามาก	8 (6.57)	0	5 (11.11)	3(12.50)	
ความเจ็บปวด/ความไม่ สบาย					
ไม่มีปัญหา	59 (38.82)	33 (39.76)	20 (44.44)	6 (25)	P = 0.265
มีปัญหาบ้าง	90 (59.21)	50 (60.24)	23 (51.11)	17 (70.83)	
มีปัญหามาก	3 (1.97)	0	2 (4.44)	1 (4.17)	
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า					
ไม่มีปัญหา	93 (61.18)	53 (63.86)	26 (57.78)	12 (50)	P = 0.647
มีปัญหาบ้าง	58 (38.16)	30 (36.14)	19 (42.22)	11 (45.83)	
มีปัญหามาก	1 (0.66)	0	0	1 (4.16)	

* One way ANOVA

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของคะแนน EQ5-D ในแต่ละมิติ ซึ่งในมิติด้านการเคลื่อนไหวพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาในการเดิน (76.97%) มีปัญหาการเดินบ้าง (21.05%) และไม่สามารถไปไหนได้จำเป็นต้องอยู่บนเตียง (1.97%)

การอาบน้ำหรือแต่งตัวบ้าง (5.36%) และไม่สามารถอาบน้ำแต่งตัวด้วยตนเองได้ (1.32%)

มิติด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

(65.13%), มีปัญหาบ้าง (28.29%) และไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ (6.57%)

มิติด้านความเจ็บปวด/ความไม่สบาย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง (59.21%), ไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย (38.82%) และมีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด (1.97%)

มิติด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (61.18%), รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง (38.16%) และรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด (0.66%)

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของ EQ-5D.VAS score และ Utility โดยใช้สถิติ Oneway ANOVA เมื่อตัวแปรตามคือ คะแนน EQ-5D.VAS (EQ-5D.VAS score) ตัวแปรต้นคือ สถานะสุขภาพ (Health State) เมื่อทำการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ด้วยคะแนน EQ-5D.VAS ผลการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มสถานะสุขภาพทั้ง 3 กลุ่มให้ผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.0048$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มสถานะสุขภาพทั้ง 3 กลุ่มให้ผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.0005$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ EQ-5D.VAS score และ Utility ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองสถานะสุขภาพต่างๆ

ผู้ป่วยทั้งหมด (N=152)	กลุ่ม Response (N=83)	กลุ่มที่กำลังได้รับ Treatment (N=45)	กลุ่มที่ได้รับ Palliative care (N= 24)	P-value*
EQ-5D.VAS score mean $\pm$ SD	81.40 $\pm$ 14.01	75.33 $\pm$ 14.12	71.25 $\pm$ 16.07	0.0048
Utility mean $\pm$ SD	0.75 $\pm$ 0.14	0.64 $\pm$ 0.24	0.60 $\pm$ 0.14	0.0005

* One way ANOVA

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในแต่ละสถานะสุขภาพด้วย

Multiple linear regression

ค่าอรรถประโยชน์	Coefficient (Beta)	P-value	95% CI	
อายุ	-0.004	0.002	-0.007	-0.001
เพศชาย	0.043	0.193	-0.220	0.109
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	0.280	0.019	0.047	0.513
สูงกว่ามัธยมศึกษา	0.308	0.013	0.066	0.549
สถานะสุขภาพ				
Treatment	0.038	0.770	-0.060	0.136
Response	0.150	0.001	0.060	0.239
ระดับความรุนแรงของโรค	0.012	0.735	-0.057	0.081
Lymphoma ชนิด DLBCL	-0.050	0.345	-0.158	0.056
ภาวะโรคร่วม	-0.027	0.425	-0.095	0.040

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของ EQ-5D.VAS score ระหว่างสถานะสุขภาพ โดยใช้ Multiple comparison พบว่ามีเพียงกลุ่ม Response เท่านั้นที่ต่างจากกลุ่ม Palliative care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.010$) ในขณะที่ความแตกต่างของ Utility ระหว่างสถานะสุขภาพ พบว่ากลุ่ม Response ต่างจากกลุ่ม Palliative care และกลุ่ม Treatment อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.004$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างสถานะสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ด้วยคะแนน Utility โดยควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ ภูมิฐานะ สถานะสุขภาพในปัจจุบัน ความรุนแรงของโรค และภาวะโรคร่วม พบว่าตัวแปรกวนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และสถานะสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งได้ปรับผลของตัวแปรกวนแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าเพิ่มขึ้น ได้แก่ ระดับการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา/มัธยมศึกษาและอนุปริญญา / ปริญญาตรีขึ้นไป มีคะแนน Utility เพิ่มขึ้น 0.280 และ 0.308 คะแนน ตามลำดับ ($P=0.019$, $P=0.013$ ตามลำดับ) และสถานะสุขภาพในปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยในกลุ่ม Response ให้ผลของคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน Utility สูงกว่ากลุ่ม Palliative care 0.150 คะแนน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$) สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าลดลง ได้แก่ อายุ คือ อายุเพิ่มที่ขึ้นหนึ่งปีจะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน Utility ลดลง 0.004 คะแนน ($P=0.002$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 152 ราย ซึ่งแบ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่ม Response จำนวน 83 ราย กลุ่ม Treatment จำนวน 45 ราย และ กลุ่ม Palliative care จำนวน 24 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีความไม่สมดุลกัน เหตุที่ทำให้

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 นั้นไม่สมดุลกันเนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนสืบค้นเวชระเบียน และสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิตจากจำนวนตัวอย่างมากที่สุด ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองส่วนใหญ่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพราะผู้ป่วยที่มารักษาเคมีบำบัดจะเป็นผู้ป่วยรายเดิมแต่เข้ารับการรักษามากครั้งในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย สำหรับในผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care ซึ่งมีโอกาสพบได้น้อยที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจมีการได้รับการส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือมีการเสียชีวิตไปแล้วจึงพบได้น้อย แต่เมื่อพิจารณาว่าการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบสำรวจ จึงอาจไม่จำเป็นต้องมีจำนวนผู้ป่วยที่เท่ากันในทุกกลุ่ม จึงรวมเอาทุกผลการสัมภาษณ์ดังกล่าวมาเป็นประโยชน์ในการแปลผล โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จึงอาจอ้างอิงถึงผู้ป่วยในภูมิภาคนี้ได้

ผลที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าที่ได้จากการวัดคุณภาพชีวิตด้วยคะแนน EQ-5D.VAS มีค่าสูงกว่าค่าที่ได้จากการวัดคุณภาพชีวิตด้วยข้อคำถามใน EQ-5D เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตในครั้งนี้มีการใช้แบบเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน ซึ่งด้วยวิธีการสัมภาษณ์นี้อาจทำให้ผู้ป่วยให้คำตอบหรือค่าคะแนนที่สูงกว่าความจริง โดยเฉพาะจากการวัดคุณภาพชีวิตด้วยคะแนน EQ-5D.VAS เพราะให้ผู้ผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่ตรงกับสถานะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีการให้คำตอบหรือให้ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่คิดว่าผู้สัมภาษณ์พอใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงการตอบคำถามโดยละเอียดให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อให้ได้คำตอบคุณภาพชีวิตที่ตรงตามความจริงของผู้ป่วยที่สุด และสร้าง

ความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจก่อให้เกิดความร่วมมือในการตอบคำถามเป็นไปได้อย่างดี แต่สำหรับการวัดคุณภาพชีวิตด้วยข้อคำถามใน EQ-5D เพื่อคำนวณคะแนน Utility ซึ่งผู้ป่วยจะตอบตรงกับคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมากกว่าผู้ป่วยมีปัญหาในด้านใดบ้าง เนื่องจากเป็นคำถามที่ให้ผู้ป่วยเลือกในแต่ละด้านทั้ง 5 ด้าน (การเคลื่อนไหว, การดูแลตนเอง, การจัดกิจกรรมตามปกติ, อาการปวด/รู้สึกไม่สบาย และความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า) โดยในสภาวะสุขภาพมีสามระดับของการตอบสนอง: ไม่มีปัญหา, มีปัญหาบางอย่างหรือมีปัญหามาก เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตอบ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่พบในการศึกษานี้ คือ สถานะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม Response ให้ผลของคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS สูงกว่ากลุ่ม Palliative care 10.148 คะแนน และ คะแนน Utility สูงกว่ากลุ่ม Palliative care 0.150 คะแนน

การวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองยังพบปัจจัยที่มีผลต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตคือ ระดับการศึกษา โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น ประถมศึกษา / มัธยมศึกษา และอนุปริญญา / ปริญญาตรีขึ้นไป จะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS เพิ่มขึ้น 19.826 และ 21.000 คะแนน ตามลำดับ และมีคะแนน Utility เพิ่มขึ้น 0.280 และ 0.308 คะแนน ตามลำดับ เนื่องจากการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะสนใจหาความรู้ในเรื่องโรคมามากกว่า ดังนั้นสามารถปรับตัวได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทภา ภูักันทพันธ์ (2544) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสถานะสุขภาพในปัจจุบัน และระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในแง่ของการประเมินด้วยคะแนน EQ-5D.VAS และในแง่ของการประเมินด้านอรรถประโยชน์ (Utility) แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัจจัยกวนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะโรคร่วม ดังนั้นเมื่อประเมินผลของคุณภาพชีวิตควรคำนึงผลของปัจจัยดังกล่าวด้วย เพื่อให้ผลคุณภาพชีวิตที่วิเคราะห์ได้มีค่าใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS ยังพบปัจจัยที่มีผลต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คือ อายุ โดยอายุเพิ่มขึ้นหนึ่งปีจะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS ลดลง 0.219 คะแนน ($P=0.029$) ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าและสามารถดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรชาติพิศ (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก แต่ในการศึกษาของนันทภา (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหาทางด้านการเงินมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อยอาจคาดหวังว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าที่เป็นในปัจจุบันเมื่อเทียบกับคนปกติ และผู้ที่มีอายุมากจะสามารถปรับตัวและยอมรับต่อสภาวะโรคได้ดีกว่า

นอกจากนั้นในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองยังพบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยคะแนน EQ-5D.VAS คือ ภาวะโรคร่วม โดยผู้ป่วยที่มีคะแนน Charlson's Comorbidity Index เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีผลทำให้คะแนน EQ-5D.VAS ลดลง 6.227 คะแนน ทั้งนี้ภาวะของโรคร่วมจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายชนิดร่วมกันทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและได้รับยาหลายชนิดอยู่ประจำอยู่แล้ว ร่วมกับได้รับผลกระทบ

และมีความวิตกกังวลที่เกิดจากภาวะโรคเดิมอยู่แล้ว ถ้าหากผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะโรคเพิ่มขึ้นอีก ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

ซึ่งค่าอรรถประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณหาจำนวนปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality Adjusted Life Years หรือ QALYs) ซึ่ง QALYs เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในด้านต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis หรือ CEA) และด้านต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost-utility analysis หรือ CUA) ในการพิจารณาเลือกใช้ยาหรือเทคโนโลยีในการตรวจรักษา และการกำหนดนโยบายในการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาของอาจารย์ในสาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกโรคเลือดและต่อมน้ำเหลือง และผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- นันทกา ภูักันพันธ์. 2544. การวิเคราะห์งานเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา. เชียงใหม่ : ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2554. รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital – Based Cancer Registry). กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]
- สุรชาติพิศ อุปลาบัติ. 2536. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2554. ข้อมูลสถิติ ค้นเมื่อ 24 กรกฎาคม 2555, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/2.3.6_53.pdf.
- Pickard S, et al. Health Utilities Using the EQ-5D in Studies of Cancer [Electronic version]. Pharmacoeconomics 2007; 25 (5): 365-384.
- Tongsiri S. 2009. The Thai populationbased preference scores for EQ5D health states. Burden of Disease (BOD) Program, the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) and the International Health Policy Program (IHPP). Ministry of Public Health, Thailand.
- U.S. Food and Drug Administration. 2012. Drug Approvals and Databases : Hematology /Oncology (Cancer) Approvals & Safety Notifications. Retrieved August 20, 2012, from: <http://www.fda.gov/Drugs/Information/OnDrugs/ApprovedDrugs/ucm279174.htm>.