

บทความทั่วไป (General Article)

ความสัมพันธ์ของประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด

ประกายดาว สุทธิ¹, สุวิมล กิมปี¹, สุพร ดนัยดุชะฎีกุล^{1*}, เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์²

Relationship of symptom experiences in symptom cluster's experience with quality of life and symptom management strategies of postoperative colorectal cancer patients

Prakaidao Sutti¹, Suvimol Kimpee¹, Suporn Danaidusadeekul^{1*}, Cherdasak Iramaneerat²

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700

* Corresponding author, E-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

Naresuan Phayao J. 2558;8(2):107-112.

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการร่วมกับคุณภาพชีวิตและกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก 90 คน ผู้ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิสองแห่งในภาคเหนือ สิ่งพบประกอบด้วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 64.4 อายุเฉลี่ย 58.61 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.29) คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยรวมค่อนข้างสูงเท่ากับ 99.87 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.36) เมื่อพิจารณาเงื่อนไขมุมมองส่วนบุคคล ความสุขสบายทางกายภาพสูงสุดเฉลี่ย 21.01 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.90) ส่วนความสุขสบายจากกิจกรรมต่ำสุดเฉลี่ย 19.16 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64) ความรุนแรงของอาการปวดสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) (ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ - 0.241) สำหรับกลุ่มอาการทางเดินอาหารและกลุ่มอาการทางอารมณ์ ความรุนแรงของทุกอาการไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น พยาบาลควรใส่ใจการจัดการอาการหลังผ่าตัดเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, อาการหลังผ่าตัด, คุณภาพชีวิต

Abstract

The study was conducted with the objective of studying the relationships of symptoms in symptom cluster with quality of life and symptom management strategies of 90 postoperative colorectal cancer patients treated at two tertiary hospitals in Northern Thailand. According to the findings, 64.4% of the patients were males with a mean age of 58.61 years (SD = 9.29) and a mean overall quality of life score of 99.87 (SD = 7.36), which was rather high. When considered in terms of individual aspects, physical happiness appeared to be the highest (mean = 21.01, SD = 3.90) and happiness from activities was the lowest (mean = 19.16,

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

รับต้นฉบับวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2558, รับลงตีพิมพ์วันที่ 11 สิงหาคม 2558

SD = 2.64). Pain severity was negatively correlated with quality of life with statistical significance ($p < 0.05$) ($r = - .241$). For the gastrointestinal symptom cluster and emotional symptom cluster, severity of all symptoms was not correlated with quality of life. Thus, in managing symptoms, nurses should pay attention to postoperative symptoms in order to improve quality of life.

Keywords: Colorectal cancer, postoperative symptom, quality of life

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสุขภาพที่ทวีความสำคัญมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของมนุษย์ จากฐานข้อมูลมะเร็งทั่วโลก GLOBOCAN ปีพ.ศ. 2551 ประเทศพัฒนาแล้วอุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้และทวารหนักของเพศชายสูงเป็นลำดับที่ 3 เท่ากับ 37.6 คนต่อประชากรอายุมาตรฐาน 100,000 คน รองจากมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งปอด ส่วนเพศหญิงสูงเป็นลำดับที่ 2 เท่ากับ 24.2 คนต่อประชากรอายุมาตรฐาน 100,000 คน รองจากมะเร็งเต้านม และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประมาณ 608,700 คน [1]

การรักษาขึ้นกับการประเมินของทิมสหสาขาวิชา ระยะโรคถูกต้องแน่นอน และความเหมาะสมทางสรีรวิทยา ก่อนผ่าตัด การผ่าตัดพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเกี่ยวกับตำแหน่งของเนื้องอก โรคร่วม และการแพร่กระจายนอกลำไส้ [2] การผ่าตัดเกี่ยวเนื่องกับอาการทางกายภาพและปฏิกิริยาทางจิตวิทยา สิ่งพบโดดเด่นได้แก่ ขาดการควบคุม กลัวแผลหรือรอยตัดต่อ แยก และความไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน [3] แม้ว่าความเข้าใจสาเหตุและปฏิกิริยาของอาการอาจนำไปสู่การแทรกแซงแบบมีเป้าหมาย พยาบาลต้องจัดการอาการที่เป็นสาเหตุหรือสาเหตุเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือหลายสาเหตุเหลื่อมกัน นำไปสู่การแสดงทางคลินิกอันเป็นปัญหา สิ่งสำคัญคือการประเมินค่าอาการเกิดต่อเนื่องและทั่วร่างกาย การรักษาเกี่ยวข้องกับสิ่งเกิด และการตอบสนอง ส่วนเกี่ยวข้องสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลคือ การประเมินอาการที่ร่างกายและอาการตามกลุ่มแสดง ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน เพื่อนำผู้รักษาให้แทรกแซงโดยอาศัยการปฏิบัติอิง

หลักฐาน การดูแลรายบุคคลและการประเมินค่าการตอบสนองเป็นสิ่งจำเป็น [4]

การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นอาการเดี่ยวเช่นปวดหรืออ่อนเพลีย หรือประเมินอาการที่เกี่ยวข้องเช่นซึมเศร้าและรบกวนการนอน ดังนั้นควรศึกษากลุ่มอาการ (symptom cluster) ประกอบด้วยการระบุหากลไกอันเป็นเหตุเบื้องหลังการเกิดกลุ่มอาการ การประเมินอย่างเหมาะสม และสถิติวิเคราะห์ และควรศึกษากว้างไปถึงอาการเชิงนามธรรม (subjective) ที่ผู้ป่วยรายงานเอง (self-reported) และอาการแสดง (sign) เชิงรูปธรรม (objective) สังเกตโดยผู้ดูแล [5-7] นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ของการจัดการ [8]

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัด รวมถึงกลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วย โดยศึกษากลุ่มอาการ 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่ 1 กลุ่มอาการเจ็บป่วย (sickness symptom cluster) ประกอบด้วยอาการปวด อ่อนเพลีย/ไม่มีแรงนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร และรู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม กลุ่มที่ 2 กลุ่มอาการทางเดินอาหาร (gastrointestinal symptom cluster) ประกอบด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาการทางอารมณ์ (emotional symptom cluster) ประกอบด้วยอาการรู้สึกทุกข์ใจและรู้สึกเศร้าใจ [9-10]

วัสดุและวิธีการ

เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์พรรณนา (descriptive Correlational Research) เก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จำนวน 90 คน เกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ผู้ป่วย

อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระยะหลังผ่าตัด 5 ถึง 7 วัน รับรู้รับทราบสถานะของการเจ็บป่วย และเข้าใจการติดต่อสื่อสาร ส่วนเกณฑ์คัดออกได้แก่ ผู้เป็นมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ผลพยาธิวิทยา ระยะโรค ชนิดการผ่าตัด จำนวนครั้งการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด และชนิดของการได้รับยาระงับความรู้สึก ส่วนแบบสอบถามการประเมินอาการและกลวิธีจัดการกับอาการ ดัดแปลงจากเครื่องมือ memorial symptom assessment scale (MSAS) สร้างโดยพอร์ทีนอยและคณะ [11] ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรค 35 อาการ รายละเอียดการประเมิน ประกอบด้วย การเกิดอาการ (symptom occurrence) ความถี่ของอาการ (symptom frequency) ความรุนแรงของอาการ (symptom severity) และความทุกข์ทรมานจากอาการ (symptom distress)

แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตหน้าเครื่องมือ functional assessment of cancer therapy-colorectal (FACT-C) ของเซลล่าและคณะ [12] ประกอบด้วยความเป็นอยู่ดีทางกายภาพ (28 คะแนน) ความเป็นอยู่ดีทางสังคม (28 คะแนน) ความเป็นอยู่ดีทางอารมณ์ (24 คะแนน) ความเป็นอยู่ดีในการทำหน้าที่ (28 คะแนน) และความตระหนักเพิ่มเติม (28 คะแนน) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.70

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการในกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation)

ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.4) อายุเฉลี่ย 58.61 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.29) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.3) ทุกรายมีเชื้อชาติไทยและสัญชาติไทย สมรสแล้ว (ร้อยละ 67.8) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 46.7) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 ถึง 10,000 บาท (ร้อยละ 46.70) โรคประจำตัวได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูงมีสัดส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 11.1

ร้อยละ 46.7 เป็นมะเร็งทวารหนัก และเป็นระยะที่สามเท่ากับร้อยละ 53.4 ผลทางพยาธิวิทยาเป็นเซลล์มะเร็งเปลี่ยนแปลงปานกลาง (moderate differentiated) เท่ากับร้อยละ 71.1 ความรุนแรงของโรคตามระบบเนื้องอก ต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจาย (tumor node metastasis - TNM) ประกอบด้วย ก้อนมะเร็งขนาดโตและแพร่กระจายออกนอกอวัยวะใกล้เคียง (T3) เท่ากับร้อยละ 55.5 ส่วนต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้างโตขึ้น (N2) เท่ากับร้อยละ 42.2 ทุกรายไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (M0)

ผู้ป่วยร้อยละ 78.9 ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ผ่าตัดลำไส้ตรง (anterior resection) เท่ากับร้อยละ 31.1 เฉลี่ยเวลาผ่าตัดนาน 125.33 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 45.28) และทุกรายได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia)

กลุ่มอาการเจ็บป่วย (กลุ่มที่ 1) ทุกคนมีอาการปวด ส่วนค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของตัวแปรต่างๆ ประกอบด้วย อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก เกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่ากับ 2.64 (0.87) ความรุนแรงของทุกอาการอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.60 ถึง 2.28 (0.50 ถึง 0.89) ตามลำดับ ส่วนความทุกข์ทรมานของทุกอาการอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.74 ถึง 2.46 (0.37 ถึง 0.67)

กลุ่มอาการทางเดินอาหาร (กลุ่มที่ 2) คลื่นไส้พบร้อยละ 31.1 ส่วนค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของนานาตัวแปรประกอบด้วย อาการคลื่นไส้มีความถี่บางครั้งเท่ากับ 1.52 (0.57) ความรุนแรงของคลื่นไส้/อาเจียนอยู่ในระดับน้อย 1.39/1.04 (0.50/0.20)

ตามลำดับ ส่วนความทุกข์ทรมานของคลื่นไส้/อาเจียนอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 1.94/1.77 (0.51/0.32)

กลุ่มอาการทางอารมณ์ (กลุ่มที่ 3) รู้สึกเศร้าใจและรู้สึกทุกข์ใจพบร้อยละ 24.4 ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของนานาชาติแปรปรวนประกอบด้วย รู้สึกเศร้าใจ/รู้สึกทุกข์ใจมีความถี่บางครั้งเท่ากับ 1.68/1.77 (0.72/0.69) ความรุนแรงของรู้สึกเศร้าใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 1.50 (0.60) ส่วนความทุกข์ทรมานของรู้สึกเศร้าใจ/รู้สึกทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 1.82/1.89 (0.56/0.58)

กลวิธีจัดการกับอาการใช้มากที่สุดสำหรับแต่ละกลุ่มอาการประกอบด้วย กลุ่มอาการเจ็บป่วยจัดการเปลี่ยนอาหารของสถานเป็นอาหารซึ่งชอบนำมาให้โดยญาติและคนใกล้ชิด (ร้อยละ 73.9) ส่วนกลุ่ม

อาการทางเดินอาหารจัดการบรรเทาด้วยการจิบน้ำอุ่น (ร้อยละ 46.2) สำหรับกลุ่มอาการทางอารมณ์จัดการด้วยการพูดคุยและระบายกับญาติ คนใกล้ชิด และเพื่อน (ร้อยละ 54.5)

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ทั้งห้าด้านเท่ากับ 99.87 (7.36) ส่วนย่อยความเป็นอยู่ดีทางกายภาพสูงสุดเท่ากับ 21.01 (3.90) ส่วนย่อยความเป็นอยู่ดีในทำหน้าที่ต่ำสุดเท่ากับ 19.16 (2.64) ส่วนความสัมพันธ์พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ($r = -0.241$) ส่วนอาการทางเดินอาหารและอาการทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิต

กลุ่มอาการ	ความรุนแรงของอาการ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คุณภาพชีวิต
กลุ่มอาการเจ็บป่วย	ปวด (n = 100)	- .241*
	อ่อนเพลีย (n = 84)	- .200 ^{ns}
	รู้สึกง่วงนอน (n = 34)	- .092 ^{ns}
	นอนไม่หลับ (n = 67)	- .156 ^{ns}
	เบื่ออาหาร (n = 46)	- .016 ^{ns}
กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร	คลื่นไส้ (n = 28)	- .027 ^{ns}
	อาเจียน (n = 26)	- .069 ^{ns}
กลุ่มอาการทางอารมณ์	รู้สึกเศร้าใจ	- .105 ^{ns}
	รู้สึกทุกข์ใจ	- .098 ^{ns}

* $p < 0.05$, ns = not significant

วิจารณ์

ความรุนแรงและทุกข์ทรมานระดับปานกลางของอาการปวดคล้ายคลึงกับการศึกษาของประเทศเอธิโอเปีย [13] ส่วนใหญ่ปวดมากหลังผ่าตัด 3 วันและค่อยลงตามลำดับ และประเทศอินโดนีเซีย [14] ปวดมากระยะ 24 ถึง 48 ชั่วโมงแรก กระนั้นมีการรายงานว่าปวดที่เป็นบางครั้งในช่วงกลางระหว่างหลังการผ่าตัดและการฟื้นตัวปกติ [15] อาการคลื่นไส้และอาเจียนเป็นผลจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไปร่วมกับการได้ยารับปวดประเภทฝิ่น ยิ่งเวลาผ่านอาการมักไม่รุนแรงและดีขึ้นโดยลำดับ [16] สำหรับอาการรู้สึกเศร้าใจและรู้สึกทุกข์ใจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง

ภาพลักษณ์การผ่าตัดเปิดรูลำไส้หรือรูทวารเทียมทางหน้าท้อง (stoma surgery) [3,17-18] ส่งผลให้วิตกกังวล ไม่มั่นใจตนเอง กลัวการเข้าสังคมและพบปะกับบุคคลอื่น รวมถึงรู้สึกเศร้าใจและรู้สึกทุกข์ใจ [17,19]

หลังผ่าตัด 3 วันผู้ป่วยมักได้รับอาหารรสเผ็ดและเค็มดี [20] ร้อยละ 85.11 เลือกอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยทำให้เพิ่มความอยากอาหาร [21] ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (ร้อยละ 73.9) ส่วนการจิบน้ำอุ่นบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนแตกต่างจากผู้ป่วยรักษาด้วยเคมีบำบัดนิยมกินผลไม้หรืออาหารรสเปรี้ยว [22] อนึ่ง การผ่าตัดลำไส้เป็นสาเหตุความแปรปรวนหลายรูปแบบของลำไส้ [4]

การพูดคุยและระบายกับญาติ คนใกล้ชิด และเพื่อน (ร้อยละ 54.5) น้อยกว่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่งในภาคใต้ (ร้อยละ 88.89)

คุณภาพชีวิตระยะยาว (long-term) ที่ไม่ดีของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ขึ้นกับการประสพกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างรุนแรงและการผ่าตัดเปิดรูลำไส้หรือรูทวารเทียมทางหน้าท้อง [23] กระนั้นก็ตามการศึกษปัจจุบันเป็นการประเมินค่าคุณภาพชีวิตระยะสั้น (short term) หลังผ่าตัด

อาการปวดสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปได้ว่าการอาการปวดรุนแรงและยาวนานสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำ [24] ขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการทั้ง 3 กลุ่มอาการ นอกเหนือจากอาการปวดกับคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่า อาการทุกอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการอาการของ ดอดด์ (symptom management conceptual model) กล่าวคือ ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบตั้งแต่ตัวบุคคล สุขภาพ การเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน อันมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้ การประเมินอาการ และการตอบสนอง รวมถึงผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกการดูแลรักษา การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ [5]

โดยสรุป ผู้ป่วยรับรู้อาการนอกเหนือจากอาการปวดในระดับน้อยถึงปานกลาง ขณะที่ส่วนใหญ่ทุกขั้ว ทรมานระดับน้อย เป็นคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดสูง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ. สุวิมล กิมปี, ผศ.ดร. สุพร ดนัยคุษฎีกุล และ ผศ. ดร. นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรอมณิรัตน์ ผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานวิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์และโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ผู้ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือการทำวิจัย รวมถึงผู้ป่วยผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available from: <http://globocan.iarc.fr>. 2010
2. Simpson J, Scholefield, JH. Treatment of colorectal cancer: surgery, chemotherapy and radiotherapy. *Surgery*. 2008;26(8):329-33.
3. Jonsson CA, Stenberg A, Frisman GH. The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. *Eur J Cancer Care*. 2011;20(2):248-56.
4. Honea N, Brant J, Beck SL. Treatment-related symptom clusters. *Semin Oncol Nurs*. 2007;23(2):142-51.
5. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668-76.
6. Miaskowski C, Dodd M, Lee K. Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):17-21.
7. Kim HJ, McGuire DB, Tulman L, Barsevick AM. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs*. 2005;28(4):270-82.
8. สุภาภรณ์ ดั่งแพง. อาการและกลุ่มอาการ: ความแตกต่าง การวิจัย และการนำไปใช้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2551;16(1):63-74.
9. Chen ML, Tseng HH. Identification and verification of symptom clusters in cancer patients. *J Support Oncol*. 2005;3(6 Suppl 4):28-9.

10. Chen ML, Lin CC. Cancer symptoms clusters: A validation study. *J Pain Symptom Manage.* 2007;4(6):590-9.
11. 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.
12. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: Development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993; 11(3):570-9.
13. Woldehaimanot TE, Eshetie TC, Kerie MW. Postoperative pain management among surgically treated patients in an Ethiopian hospital. *PLoS One.* 2014;9(7):1-9.
14. Chanif, Petpichetchian W, Chongchareon W. Acute postoperative pain of Indonesian patients after abdominal surgery. *Nurse Media J Nurs.* 2012;2(2):409-20.
15. สิริมนต์ ดำริห์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
16. Girard NJ. Clients having surgery. In: Black JM, Hawks JH, editors. *Medical – surgical nursing: Clinical management for positive outcomes.* Singapore: Elsevier; 2008.
17. ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2551.
18. Sharma A, Walker AA, Sharp DM, Monson JR, Walker LG. Psychosocial factors and quality of life in colorectal cancer. *Surgeon.* 2007;5(6):344-54.
19. Ivanova MO, Ionova TI, Kalyadina SA, Uspenskaya OS, Kishtovich AV, Guo H, et al. Cancer-related symptom assessment in Russia: Validation and utility of the Russian M. D. Anderson Symptom Inventory. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(5):443-53.
20. Welchman S, Hiotis P, Pengelly S, Hughes G, Halford J, Christiansen P, et al. Changes in taste preference after colorectal surgery: A longitudinal study. *Clin Nutr.* 2014 Oct 3. pii: 0261-5614(14)00245-3. doi: 10.1016/j.clnu.2014.09.017. [Epub ahead of print]
21. วิภาวดี หีดนาแค. กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
22. ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, พิชญภา พิชะยะ, ละวัลย์ รักษาเวศ และอาภรณ์ ดีนาน. ประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งจังหวัดชลบุรี. *วารสารโรคมะเร็ง.* 2555;32(2):45-60.
23. Bloemen JG, Visschers RG, Truin W, Beets GL, Konsten JL. Long-term quality of life in patients with rectal cancer: association with severe postoperative complications and presence of a stoma. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(7):1251-8.
24. Tylor RS, Ullrich K, Regan S, Broussard C, Schwenkglens M, Taylor RJ, et al. The impact of early postoperative pain on health – related quality of life. *Pain Pract.* 2013;13(7):515-23.