The Relationship between Pain, Fatigue, Depression and Quality of Recovery in Patients undergoing Colorectal Cancer Surgery*

Khwanhathai Changyai, RN, MNS[1], Pongsri Srimoragot, RN, DNS[1], Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS[1], Wiroon Boonnuch, MD[2]

Abstract

Purpose: To determine the relationship between pain, fatigue, depression and quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery.

Design: A descriptive correlational design.

Methods: The study sample consisted of 85 patients undergoing elective open abdominal colorectal cancer surgery aged 18 years and older who received general analgesia during the surgery and who were admitted into the surgical wards at three tertiary hospitals in Bangkok, namely Siriraj Hospital, Ramathibodi Hospital, and Bhumibol Adulyadej Hospital. Data were collected between April and August, 2013. The instruments used in data collection included the Demographic Characteristics Questionnaire and the Illness and Treatment Questionnaire, the numeric pain scale, the Modified Fatigue Symptom Checklist, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, and the Quality of Recovery Questionnaire. Data were analyzed by means of descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Main findings: The study findings revealed that fatigue and depression were negatively related to quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery at moderate and low levels with statistical significance ($r = -.592$, $r = -.377$, $p < .01$), respectively. However, there was no relationship between pain and quality of recovery in patients undergoing colorectal cancer surgery ($r = -.057$, $p > .05$).

Conclusion and recommendations: Nurses should cooperatively work to develop the guideline for holistic nursing practice by utilizing management of fatigue and depression to promote quality of recovery in patients receiving colorectal cancer surgery.

Keywords: pain, fatigue, depression, quality of recovery, colorectal cancer surgery

J Nurs Sci. 2013;31 Suppl 2:27-37

Corresponding Author: Associate Professor Pongsri Srimoragot, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: pongsri.sri@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*

ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*

ขวัญหทัย ช้างใหญ่, พย.ม.[1] ผ่องศรี ศรีมรกต, พย.ด.[1] สุพร ดนัยดุษฎีกุล, พย.ด.[1]
วิรุณ บุณนุช, พ.บ.[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อรับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายใต้การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 85 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินระดับความปวด แบบประเมินอาการอ่อนล้า แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: อาการอ่อนล้าและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับปานกลาง และในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.592$, $r = -.377$, $p < .01$) ตามลำดับ ส่วนความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ($r = -.057$, $p > .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ด้วยการจัดการกับอาการอ่อนล้าและภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวที่มีคุณภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำสำคัญ: ความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการฟื้นตัว การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

J Nurs Sci. 2013;31 Suppl 2:27-37

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ผ่องศรี ศรีมรกต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: pongsri.sri@mahidol.ac.th

* *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[2] *คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสุขภาพที่นับวันจะมีความสำคัญมากขึ้น ตามการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสังคมและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบัน ในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ การผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และรังสีรักษา จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า ร้อยละ 17.6 เป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มาเป็นอันดับหนึ่ง[1] จุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด นอกจากเป็นการขจัดมะเร็งออกจากร่างกายให้ได้มากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายภายหลังผ่าตัด ผลจากการผ่าตัดผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปยังอวัยวะภายในช่องท้อง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึกส่งผลรบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะแทรกซ้อนจะส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยจาก 7 วัน เป็น 12-14 วัน[2,3] การฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดเป็นกระบวนการปรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายสู่ภาวะปกติ[4] ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล กล่าวคือผู้ที่มีการฟื้นตัวที่ดีจะส่งผลให้มีวันนอนในโรงพยาบาลที่ลดลง การฟื้นตัวหลังผ่าตัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีการกลับคืนของรีเฟลกซ์รวมถึงการทำงานของระบบมอเตอร์ ระยะกลางผู้ป่วยเริ่มมีการทำงานของอวัยวะต่างๆ สภาพร่างกายเริ่มกลับมาทำงานได้ปกติจนกระทั่งพร้อมกลับบ้าน และระยะยาว เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้านจนกระทั่งสภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมีความผาสุกเทียบเท่าก่อนผ่าตัด[5] โดยระยะของการฟื้นตัวระยะกลางเป็นระยะที่มีความสำคัญ ซึ่งพบว่าภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเกิดขึ้นและพบมากที่สุดในช่วงวันที่ 3 หลังผ่าตัด[6] จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัดเปิดช่องท้องได้แก่ สภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการ ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สภาพจิตใจของผู้ป่วยและอาการแสดงที่พบหลังผ่าตัด เช่น ความปวด[7] แต่สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ได้แก่ อาการทางกาย และปัญหาทางจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสำคัญบางประการมาทำการศึกษาในครั้งนี้คือ ความปวด อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้า

ความปวดเป็นผลมาจากเนื้อเยื่อบริเวณนั้นได้รับบาดเจ็บซอกซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อขาดการกระตุ้น การทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับอีกด้วย[8] โดยพบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องจะรู้สึกปวดแผลมากในช่วง1-3 วันแรก[9] ความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าไอขับเสมหะ ทำให้มีเสมหะคั่งค้าง การขยายตัวของปอดน้อยลงส่งผลให้การแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง นำไปสู่การไอไม่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดปัญหาปอดแฟบ และปอดอักเสบ[10] ในผู้ที่มีคะแนนปวดมากกว่า 7 ขึ้นไปจะส่งผลให้การฟื้นตัวในระยะแรกเป็นไปอย่างล่าช้า[11]

อาการอ่อนล้าจากการผ่าตัดเป็นอาการที่พบได้บ่อยภายหลังได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลจากการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายภายหลังผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร สามารถพัฒนาไปสู่อาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดได้[12] อาการอ่อนล้าภายหลังผ่าตัดในระดับสูงสัมพันธ์กับการลดลงของมวลกล้ามเนื้อในส่วนที่ไม่ใช่ไขมันและความสามารถของร่างกายในการแสดงออกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน[13] อาการอ่อนล้าพบได้ในสัปดาห์แรกภายหลังผ่าตัด[14] เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานหลายสัปดาห์จะส่งผลต่อการสูญเสียการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อและส่งผลให้กระบวนการฟื้นตัวล่าช้า[15]

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้ 1.5-2.5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังผ่าตัด จะมีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันภายหลังผ่าตัด[16] ทำให้กระบวนการหายของแผลล่าช้าและเพิ่มโอกาสเกิดแผลอักเสบ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายและการรับรู้กระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดลดลง การกลับคืนสู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล่าช้า[17] และยังส่งผลให้ความต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย[18]

ความปวด อาการอ่อนล้าและภาวะซึมเศร้าจึงมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยการฟื้นตัวที่มีคุณภาพจะเป็นสภาวะที่ร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตภายหลังผ่าตัดกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติหรือดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังผ่าตัด โดยประเมินได้จากการฟื้นตัว ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิตปกติ จากที่กล่าวมาข้างต้นส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาถึงผลกระทบของตัวแปรดังกล่าว ทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ แต่อยู่ในระยะการฟื้นตัวที่แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรความปวด อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วงการฟื้นตัวระยะกลางซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญ เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจะพบได้มากในระยะนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลจัดการกับกลุ่มอาการต่างๆ ตลอดจนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลส่งเสริมการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมติฐานงานวิจัย

ความปวด อาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาโดยมีการนัดหมายผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า และได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย รับไว้ในหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมทั่วไปชายหญิงในโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 57 ราย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชจำนวน 20 ราย และโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 8 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบเปิดหน้าท้องครั้งแรก ทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มีสติสัมปชัญญะและสามารถตอบคำถามได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก Power analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และเนื่องจากไม่พบงานวิจัยที่ใกล้เคียงจากการทบทวนวรรณกรรมจึงไม่สามารถใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ระดับปานกลางเท่ากับ .30 ตามข้อเสนอของ โพลิทและเบค[19] จากการคำนวณโดยเปิดตาราง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-9) ที่พัฒนาโดย Myles และคณะ เป็นแบบประเมินการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดแบบวันเดียวในแผนกผู้ป่วยนอก มีความตรงและไวต่อการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่วงสัปดาห์แรก[20] ฉบับแปลเป็นไทยโดย พนารัตน์ รัตนสุวรรณ ยิ้มแย้มและคณะ[21] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง ให้คะแนนจาก 0-2 โดยคะแนนรวมของคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีค่าตั้งแต่ 0-18 คะแนน คะแนนต่ำหมายถึงคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความปวด ใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขมีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร คะแนนความปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความปวดของ McCaffery และ

Beebe[22] ในการแปลความหมายของระดับความปวด ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด, 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดเล็กน้อย, 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง, 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินอาการอ่อนล้า (Modified Fatigue Symptoms Checklist) ที่พัฒนาโดย Pugh และ Milligan[23] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวดี โปชัยคุปต์[24] แบ่งการประเมินอาการอ่อนล้าออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วงคะแนน คะแนนโดยรวมอยู่ระหว่าง 30-120 แบ่งอาการอ่อนล้าออกเป็น 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 34.6 หมายถึง มีอาการอ่อนล้าน้อย คะแนนระหว่าง 34.7-55.4 หมายถึง มีอาการอ่อนล้าปานกลาง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 55.5 หมายถึง มีอาการอ่อนล้ามาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) พัฒนาและปรับปรุงโดย Radloff[25] ฉบับแปลเป็นไทยโดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน[26] เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า แบ่งการประเมินออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์ด้านบวก อาการทางกาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วงคะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนที่เท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัส 093/2556 (EC4) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลรามาธิบดี (ID 05-56-27 ย)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลรามาธิบดีในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์พร้อมกับขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตามแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด แบบประเมินระดับความปวด แบบประเมินอาการอ่อนล้า แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 3 หลังผ่าตัด ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 60.0) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.82 ปี (SD = 11.59) ร้อยละ 67.1 มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 38.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) เป็นผู้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20 เป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 74.2 มีรายได้เพียงพอ และร้อยละ 56.5 เป็นผู้มีโรคประจำตัว

2. ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 63.5) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อจำแนกตามตำแหน่งของมะเร็ง ร้อยละ 29.6 พบในลำไส้ใหญ่ส่วนคด (Sigmoid colon) และร้อยละ 36.5 พบในลำไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.6) มีผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็นชนิด Adenocarcinoma ซึ่งเป็นชนิดที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ร้อยละ 35.3 พบใน stage 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.7) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว โดยร้อยละ 20 เป็นการผ่าตัดชนิด Low anterior resection ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 3.63 ชั่วโมง (SD = 1.83) มีปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด เฉลี่ย 384.87 มิลลิลิตร (SD = 422.96) ความยาวแผลเฉลี่ยเท่ากับ 20.62 เซนติเมตร (SD = 5.22) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.6)

มีตำแหน่งแผลผ่าตัดในแนว lower midline มีระดับฮีโมโกลบินในเลือดน้อยกว่า 12 g/dl พบก่อนผ่าตัด (ร้อยละ 58.8) และหลังผ่าตัด (ร้อยละ 49.4)

3. ความปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) มีอาการปวด คะแนนปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 (SD = 1.92) เป็นความปวดเล็กน้อย ร้อยละ 47.1 ปวดปานกลาง ร้อยละ 36.5 และปวดมาก ร้อยละ 4.7 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 68.2) ไม่ได้รับการจัดการความปวด และในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด (ร้อยละ 31.8) มีวิธีการจัดการความปวด 3 วิธีหลัก คือ การให้ยาระงับปวดทางช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง (Epidural catheter) ร้อยละ 40.7 การจัดการความปวดทางหลอดเลือดดำโดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุม (Patient-controlled analgesia) ร้อยละ 29.6 และการให้ยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยต้องการด้วย Morphine ร้อยละ 22.2 และยา Pethidine ร้อยละ 14.8

4. อาการอ่อนล้า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการอ่อนล้าเท่ากับ 48.94 (SD = 11.88) เป็นอาการอ่อนล้าในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 62.4) รองลงมาคือมีอาการอ่อนล้ามาก (ร้อยละ 29.4) และมีอาการอ่อนล้าน้อย (ร้อยละ 8.2)

5. ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.8) ไม่มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 21.2 มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คะแนนขึ้นไป)

6. คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเท่ากับ 13.10 (SD = 1.96) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมากกว่าค่าเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 62.4 และคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดน้อยกว่าค่าเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 37.6

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	Actua Range	$\overline{X}$	SD
1. ความปวด	0-8	3.21	1.92
2. อาการอ่อนล้า	30-79	48.94	11.88
3. ภาวะซึมเศร้า	0-39	12.81	8.32
4. คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	9-17	13.10	1.96

7. ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด อาการอ่อนล้า ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ($r = - .057$, $p > .05$) อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .592$, $p < .01$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .377$, $p < .01$) นอกจากนี้ยังพบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .657$, $p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	1.000			
2. ความปวด	- .057	1.000		
3. อาการอ่อนล้า	- .592**	.118	1.000	
4. ภาวะซึมเศร้า	- .377**	.073	.657**	1.000

**p < .01

การอภิปรายผล

ความปวด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r = -.057$, $p > .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงมีเพียงร้อยละ 4.7 และมีความปวดปานกลางอีกร้อยละ 36.5 ซึ่งแม้ว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับการจัดการความปวด (68.2%) ประกอบกับการประเมินการฟื้นตัวในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในภาพรวมซึ่งแบ่งเป็นหลายด้านไม่เฉพาะเจาะจงในด้านใดด้านหนึ่ง ไม่เหมือนกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมาที่ประเมินผลลัพธ์ด้านการเคลื่อนไหวที่ความปวดส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวโดยตรง ซึ่งอาจทำให้การประเมินของผู้ป่วยนั้นเป็นการประเมินในภาพรวมของการฟื้นตัว ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า ความปวดไม่ได้มีผลกระทบต่อคุณภาพการฟื้นตัวที่ชัดเจนเพียงพอเสมือนการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้การประเมินความปวดยังประเมินเฉพาะวันที่ 3 หลังผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดลดลงแล้ว จึงทำให้ความปวดไม่เป็นอุปสรรคขัดขวางคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ผลการศึกษาจึงไม่ยืนยันสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ อมรรัตน์ แสงใสแก้ว[27] ที่ศึกษากลุ่มอาการที่พบภายหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า อาการปวดแผลผ่าตัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบในวันที่ 1, 3 และ 5 หลังผ่าตัด และพบว่ากลุ่มอาการที่พบในวันที่ 3 หลังผ่าตัดนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.410$, $p < .01$) โดยผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง

อาการอ่อนล้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8) มีอาการอ่อนล้าในระดับปานกลางขึ้นไป ค่าเฉลี่ยของอาการอ่อนล้าเท่ากับ 48.94 (SD = 11.88) อาการอ่อนล้าที่พบเป็นอาการอ่อนล้าในระดับปานกลางร้อยละ 62.4 รองลงมาคือมีอาการอ่อนล้ามากร้อยละ 29.4 และมีอาการอ่อนล้าน้อยร้อยละ 8.2 โดยพบว่าอาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.592$, $p < .01$) กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้น คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะลดลง หรือถ้าอาการอ่อนล้าลดลง คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจะเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าอาการอ่อนล้าหลังผ่าตัดเกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับที่ร่างกายผู้ป่วยต้องการ (negative nutritional intake) จากการที่กระเพาะอาหารและลำไส้ของผู้ป่วยหยุดทำงาน (paralytic ileus) หลังผ่าตัดทำให้ต้องงดอาหารและน้ำทางปาก และได้รับสารน้ำและเกลือแร่ชดเชยทางหลอดเลือดดำเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ประกอบกับเมื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่างกายจะมีการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น มีการหลั่งสารสื่ออักเสบออกมาจำนวนมาก ร่างกายมีการสลายโปรตีนในเซลล์กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น แต่การสังเคราะห์โปรตีนกลับลดลง จึงทำให้มีการสูญเสียโปรตีนในกล้ามเนื้อ เมื่อโปรตีนในกล้ามเนื้อลดลง จึงนำไปสู่การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อหรือมวลกล้ามเนื้อเสื่อมประสิทธิภาพ และทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง[28] การหลั่งสารสื่ออักเสบจำนวนมากยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเฉื่อยชาและไม่ตื่นตัวต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อถูกทำลาย[29] ผู้ที่มีอาการอ่อนล้าจะมีการรับรู้ถึงการขาดแคลนพลังงาน ทำให้มีความต้องการการพักผ่อนนอนหลับ เนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานอาจมีอาการแสดงออกคือครึ่งหลับครึ่งตื่น ซึ่งรบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย[30] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wennstrom, Stomberg, Modin และ Skullman[31] ที่พบว่า หลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วงสัปดาห์ที่ 1-4 ขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและติดตามต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลพบว่า คุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยลดต่ำลงอย่างมากในช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมอันเนื่องมาจากทนทุกข์ทรมานกับอาการอ่อนล้าที่เผชิญอยู่ และจากการติดตามประเมินอาการอ่อนล้าอย่างต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์พบว่า หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีคะแนนอาการอ่อนล้ามากกว่าในระยะก่อนผ่าตัด และอาการอ่อนล้าจะค่อยๆ ลดลงในสัปดาห์ต่อมา นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = .657$, $p < .01$) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดมีส่วนเสริมให้อาการอ่อนล้ารุนแรงยิ่งขึ้น

ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 78.8 และมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น

ร้อยละ 21.2 โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.377$, $p < .01$) กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะฟื้นตัวได้เร็ว ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดหลังการผ่าตัดของบุคคลจากอิทธิพลของสภาวะจิตใจ โดยภาวะซึมเศร้าจะส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งคอร์ติโคโตฟินรีลีสซิ่งฮอร์โมนออกมากระตุ้นการทำหน้าที่ของ hypothalamic-pituitary adrenal axis จากนั้นไฮโปทาลามัสจะกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้มีการหลั่ง adrenocorticotropic hormone ฮอร์โมนตัวนี้จะมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตส่วนนอก ทำให้หลั่งคอร์ติซอลออกมาจำนวนมากซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน หรือส่งผลโดยตรงต่อเซลล์ภูมิคุ้มกันทำให้มีการหลั่ง proinflammatory cytokines ที่ผิดปกติที่พบมากคือ interleukin-6 ไซโตไคน์ที่หลั่งเพิ่มมากขึ้นนี้ทำให้ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดยาวนานขึ้นและส่งผลต่อกระบวนการหายของแผล[32] สอดคล้องกับการศึกษาของ Doering, Moser, Lemankiewicz, Luper และ Khan[33] เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อกระบวนการหายของแผลและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะมีอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการหายของแผลใน 6 สัปดาห์ต่อมา ด้านการฟื้นตัวทางร่างกายซึ่งทดสอบด้วยการเดินบนลู่วิ่งสายพานระยะเวลา 6 นาที (6-minute walk test) พบว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถเดินได้ระยะทางที่สั้นกว่า นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเชื่อมโยงกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงหลังผ่าตัด ดังการศึกษาของนันทา ขวัญดี[34] เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจำนวน 86 คนภายหลังทำผ่าตัดพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 87.2 นั้นมีความต้องการการพึ่งพาผู้อื่นด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับเล็กน้อย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดนั้น อาจเป็นเพราะข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ที่เก็บข้อมูลความปวดครั้งเดียวในวันที่ 3 หลังผ่าตัดซึ่งเป็นช่วงการฟื้นตัวระยะแรก ข้อมูลอาจไม่สะท้อนถึงระดับความปวดในวันที่ 1-2 หลังผ่าตัดได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้ย้อนทบทวนไปถึงประสบการณ์ความปวดที่ผ่านมาส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ความปวดไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลงแล้วจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ติดตามประเมินความปวดของผู้ป่วยตั้งแต่หลังผ่าตัดใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งหาแนวทางในการจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผสมผสานการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากความปวดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัด สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลงและมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้าได้

2. พยาบาลควรสังเกตอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยและสอบถามอาการผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมทั้งประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินอาการอ่อนล้าและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เพื่อที่จะสามารถประเมินอาการอ่อนล้าได้อย่างครอบคลุม ค้นหาสาเหตุและวางแผนหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในบทบาทที่พยาบาลสามารถกระทำได้ เพื่อลดผลกระทบจากอาการอ่อนล้าและภาวะซึมเศร้าอันจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวภายหลังผ่าตัด ในรายที่มีภาวะซึมเศร้า ควรประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษานักจิตวิทยาคลินิกมาประเมินอาการและให้คำปรึกษาโดยวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ

3. ควรมีการนำเครื่องมือประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมาร่วมประเมินผู้ป่วยเพื่อติดตามการฟื้นตัวอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในตัวแปรของความปวดโดยติดตามประเมินความปวดทุกวันตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดและวันต่อๆ มาเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความปวดในแต่ละวัน รวมทั้งศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในระยะอื่นๆ

เช่น หลังผ่าตัดระยะแรก รายสัปดาห์ ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรืออาจเป็นการศึกษาในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบส่องกล้องรวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วไปในตัวแปรดังกล่าวเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

3. ศึกษาอำนาจการทำนายของอาการอ่อนล้า และภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพื่อสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Information Technology Division. National Cancer Institute [Internet]. Bangkok: Hospital - Based Cancer Registry; 2012 [updated 2011; cited 2013 Sep 1]. Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospitalbase 2011.pdf
2. Schmelzer TM, Mostafa G, Lincourt AE, Camp SM, Kercher KW, Kuwada TS, et al. Factors affecting length of stay following colonic resection. J Surg Res. 2008;146(2): 195-201.
3. Ramirez JM, Blasco JA, Roig JV, Maeso-Martinez S, Casal JE, Esteban F, et al. Enhanced recovery in colorectal surgery: A multicentre study. BMC Surg. 2011;11:9.
4. Zalon ML. Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. Nurs Res. 2004;53(2):99-106.
5. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: A concept analysis. J Adv Nurs. 2007;57(5):552-8.
6. Singh PP, Srinivasa S, Lemanu DP, Kahokehr AA, Hill AG. The surgical recovery score correlates with the development of complications following elective colectomy. J Surg Res. 2013;184(1):138-44.
7. Krisanabud P. Factors associated with recovery among patients undergoing non-traumatic general abdominal surgery within one week. Thai Journal of Nursing Council. 2012;27(1):39-48. (in Thai).
8. Wu CL, Rowlingson AJ, Partin AW, Kalish MA, Courpas GE, Walsh PC, et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. Reg Anesth Pain Med. 2005;30(6):516-22.
9. Lekhitkamlorn P, Taboonpong S, Petpichetchian W. Relationships among sleep quality, pain and outcomes in abdominal postoperative patient. Thai Journal of Nursing Council. 2003; 18(3):47-64. (in Thai).
10. Porth CM. Pathophysiology: Concepts of altered health states. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2005.
11. Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA, Polissar NL, Buckley FP. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. Anesth Analg. 2002;95(3):627-34.
12. Munson B. Myths & facts: About sleep deprivation. Nursing. 2000;30(7):77.
13. Jensen MB, Houborg KB, Norager CB, Henriksen MG, Laurberg S. Postoperative changes in fatigue, physical function and body composition: An analysis of the amalgamated data from five randomized trials on patients undergoing colorectal surgery. Colorectal Dis. 2011;13(5):588-93.

14. Schwenk W, Bohm B, Muller JM. Postoperative pain and fatigue after laparoscopic or conventional colorectal resections. A prospective randomized trial. Surg Endosc. 1998;12(9):1131-6.
15. Zargar-Shoshtari K, Paddison JS, Booth RJ, Hill AG. A prospective study on the influence of a fast-track program on postoperative fatigue and functional recovery after major colonic surgery. J Surg Res. 2009;154(2):330-5.
16. Orsi AJ, McCorkle R, Tax AW, Barsevick A. The relationship between depressive symptoms and immune status phenotypes in patients undergoing surgery for colorectal cancer. Psycho-Oncol. 1996;5(4):311-9.
17. Rosenberger PH, Jokl P, Ickovics J. Psychosocial factors and surgical outcomes: An evidence-based literature review. J Am Acad Orthop Surg. 2006;14(7):397-405.
18. Balentine CJ, Hermosillo-Rodriguez J, Robinson CN, Berger DH, Naik AD. Depression is associated with prolonged and complicated recovery following colorectal surgery. J Gastrointest Surg. 2011;15(10):1712-7.
19. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
20. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. Anesth Analg. 1999;88(1):83-90.
21. Yimyaem RP, Suwantinpracha J, Uppan K, Saeseaw O, Sornsakda W. Quality of recovery score and pain control between continuous epidural bupivacaine-morphine and intravenous patient controlled analgesia after upper abdominal surgery. Srinagarind Medical Journal. 2006;21(4):267-74. (in Thai).
22. McCaffery M, Beebe A, Lathem J. Pain: Clinical manual for nursing practice. Aylesbury, England: Mosby; 1994.
23. Pugh LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. ANS Adv Nurs Sci. 1993;15(4):60-70.
24. Pochaiqoupt P. A comparison of fatigue, episiotomy pain and satisfaction between side-lying and sitting positions in postpartum breastfeeding mothers [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2000. 137 p. (in Thai).
25. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385-401.
26. Kuptniratsaikul V, Ketuman P. The Study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) in Thai People. Srinagarind Medical Journal. 1997;49(5): 442-8. (in Thai).
27. Sangsaikaew A. Factors predicting postoperative functional performance among persons with abdominal surgery [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2010. 141 p. (in Thai).
28. Bautmans I, Njemini R, De Backer J, De Waele E, Mets T. Surgery-induced inflammation in relation to age, muscle endurance, and self-perceived fatigue. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010;65(3):266-73.

29. Winkelman C. Inactivity and inflammation: Selected cytokines as biologic mediators in muscle dysfunction during critical illness. AACN Clin Issues. 2004;15(1):74-82.
30. Portenoy RK. Cancer-related fatigue: An immense problem. Oncologist. 2000;5(5): 350-2.
31. Wennstrom B, Stomberg MW, Modin M, Skullman S. Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery--a long-term follow-up. J Clin Nurs. 2010;19 (5-6):666-72.
32. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. J Psychosom Res. 2002;53(4):873-6.
33. Doering LV, Moser DK, Lemankiewicz W, Luper C, Khan S. Depression, healing, and recovery from coronary artery bypass surgery. Am J Crit Care. 2005;14(4):316-24.
34. Khwandee N. The relationship between pain, depression, social support and functional recovery in eldery patients with hip fracture following surgery [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. 168 p. (in Thai).