

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขา ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก

ธีราพร ชมภูแสง พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ปร.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ พ.บ. ว.ว. (สาขาศัลยศาสตร์) วท.ม. (ระบาศาสตร์)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ภาวะโภชนาการ ผลอัลบูมินในเลือด ผลบิลิรูบิน และความสามารถในการหายใจ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ที่ศูนย์ศัลยกรรมตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี โรงพยาบาลราชวิถี คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 10 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมา 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิตินอนพารามตริก ผลการวิจัย พบว่า (1) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทั้งภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม มีคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง และความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ภาวะโภชนาการดีขึ้น และความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผลลัพธ์อื่นๆ ไม่พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และ (2) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมมา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โปรแกรมมา ที่พัฒนาขึ้นมีผลดีต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ลดลง สามารถนำไปปรับใช้ในบริบทใกล้เคียงกับที่ศึกษาโดยควรทำการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและติดตามหลังการจำหน่าย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2564; 8(1): 20-36

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ มะเร็งตับ-ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก

¹ผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล: Corresponding author, Email: suchira.cha@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

วันที่รับบทความ 16 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 13 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 14 กรกฎาคม 2564

Effects of a Multidisciplinary Hepatopancreatobiliary Cancer Care Team Program on Uncertainty in Illness, Symptom Distress, Symptom Management and Clinical Outcomes

Teeraporn Chompoosaeng¹ MNS. (Adult Nursing)

Suchira Chiviboontham² Ph.D. (Nursing), APMSN

Somboon Subwongcharoen³ MD, MSc (Epidemiology)

Abstract: This quasi-experimental research aimed to test the effects of a multidisciplinary hepatopancreatobiliary cancer care team program on uncertainty in illness, symptoms distress, symptom management, and clinical outcomes (nutritional status, serum albumin level, bilirubin level, and lung capacity). Twenty hepatopancreatobiliary cancer patients at the One Stop Liver Center, Rajvithi Hospital were purposively selected based on the predetermined criteria. They were divided into: the control group receiving usual nursing care (n=10); and the experimental group receiving the program (n=10). Data were analyzed using descriptive and non-parametric statistics. Results: (1) the comparison of outcomes between pre- and post experiment within the control and the experimental group showed that: In the control group, the symptom distress scores were decreased, and the lung capacity were increased statistically significance ($p < .05$); while in the experimental group, the uncertainty of illness scores were decreased; the nutritional status were improved; and the lung capacities were increased statistically significance ($p < .05$). However, there were no statistically significance of the test outcomes ($p > .05$); and (2) the comparison between the control and the experimental group, both before and after the experiment showed that there were no statistically significant between both groups ($p > .05$). The program developed help reduce uncertainty in illness. It could be applied to the patients similar to the context of this study. Further research should be done in the larger sample groups and with the following up after discharge.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2021; 8(1): 20-36

Keywords: multidisciplinary care team program, hepatopancreatobiliary cancer patients, uncertainty in illness, clinical outcomes.

¹Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing (Dip.APAGN), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathidodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Department of Surgery, Rajavithi Hospital.

Received January 16, 2021; Revised July 13, 2021; Accepted July 14, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเกิดมะเร็งในตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ส่งผลให้การทำหน้าที่ในการควบคุมระบบการเผาผลาญ การจับเก็บ การสังเคราะห์ การย่อยและการดูดซึมสารอาหารผิดปกติ มีพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของภาวะทุพโภชนาการ¹ ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับเรื้อรัง พบมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 56 ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะดัชนีมวลกายที่ลดลง และภาวะโภชนาการไม่เพียงพอทั้งพลังงานและโปรตีน² ผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง เช่น การติดเชื้อ การฟื่นหายของแผลซ้ำ การทำหน้าที่ของหัวใจและปอดลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 20³ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ในระยะแรกของโรคมักไม่แสดงอาการ ประมาณร้อยละ 80 มาพบแพทย์ในระยะที่มีการลุกลามของโรคไปมากแล้ว⁴ ส่วนใหญ่มาด้วยอาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 87.3) วิตกกังวล (ร้อยละ 87.3) ปวดท้อง (ร้อยละ 76.9) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 10)⁵ มีรายงานผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับอ่อนส่วนใหญ่มีน้ำหนักลดลงก่อนมาพบแพทย์ (ร้อยละ 100) เนื่องจากอาการปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน และเบื่ออาหารรุนแรงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย และจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง⁶

การจัดการอาการ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจะประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นว่ามากน้อยเพียงใด

และจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเหล่านั้น⁷ การศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านมที่ได้รักษาเคมีบำบัดแบบรับประทาน โดยผู้ป่วยมีการรับรู้อาการข้างเคียงของยาและประเมินระดับความรุนแรงของอาการทุกวัน พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการอาการและลดการกลับมานอนเข้าโรงพยาบาลได้⁸

การรักษามะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี มีหลายวิธีขึ้นกับระยะของโรคเมื่อมาพบแพทย์ การรักษาโดยการผ่าตัด ถือเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น⁷ แต่พบว่าภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ ร้อยละ 2.7-3.4^{9,10} การศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารปอดด้วยเครื่อง incentive spirometer การหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 2.6 เหลือ 1.6¹¹

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ และทางเดินน้ำดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงเมื่อเทียบกับการเจ็บป่วยในช่วงของการวินิจฉัยครั้งแรก โดยเฉพาะความผาสุกด้านร่างกาย (physical wellbeing) และความผาสุกด้านจิตใจ (emotional wellbeing) พบว่าผู้ป่วยจะให้ความหมายเกี่ยวกับโรคแตกต่างกันตามประสบการณ์ ส่วนใหญ่ให้ความหมายในทางที่รุนแรง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เสียใจ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ แยกตัว ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม⁵ จากประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งเป็น

พยาบาลปฏิบัติงานที่ศูนย์ศัลยกรรมระดับ ต่ำอ่อน และทางเดินน้ำดี พบว่าช่วงเวลาการรอคอยการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมาก โดยพบว่าจะมีการโทรมาสอบถามความก้าวหน้าในการประชุมทีมระดับ ต่ำอ่อน และทางเดินน้ำดี เพื่อทราบคิวเข้ารับการรักษา และสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่อย่างน้อยเฉลี่ย 3-4 คน ต่อสัปดาห์ เนื่องจากวิตกกังวลว่าถ้ารอคอยรักษานาน อาการหรือโรคที่เป็นอยู่จะรุนแรงมากขึ้น และการได้รับคำตอบที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่ออาการที่ต้องเผชิญอยู่ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอจะช่วยลดภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยได้

การศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษากับผู้ป่วยหรือเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสื่อสารข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียด พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และคะแนนการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสื่อสารข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ สำหรับปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับระยะของโรคสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ การสนับสนุนและการเรียนรู้เพื่อการปรับตัว และการได้รับการช่วยเหลือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น หากได้รับการตอบสนองที่เพียงพอ จะทำให้ความรู้สึกไม่

แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้¹⁴ และการให้ความรู้ข้อมูล และการใช้บทบาทของพยาบาลในการดูแลสนับสนุนให้คำแนะนำปัญหาต่างๆ แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบมีผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง¹⁴

ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับ ต่ำอ่อน และทางเดินน้ำดี จึงต้องมีการส่งเสริมผู้ป่วยและญาติให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค กระบวนการรักษาต่างๆ ทั้งการผ่าตัด และการทำหัตถการตามแนวทางการรักษาของแพทย์ การจัดการกับอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ความรู้ความชำนาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ร่วมกันการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ มีรายงานว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา และเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์การดูแลได้¹⁵ รวมทั้งการประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผ่านระบบการดูแลร่วมกันจะช่วยลดความกังวลใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาตามนัดหมาย¹⁶ และการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับ ต่ำอ่อน และทางเดินน้ำดี¹⁷

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับ ต่ำอ่อน และทางเดินน้ำดี โดยมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ความรู้คำแนะนำ คำปรึกษา และการฝึกปฏิบัติก่อนเข้ารับการผ่าตัด และศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อผู้ป่วย ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ และเพิ่มผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และส่งเสริม

โภชนาการให้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ซึ่งจะเป็นสิ่งยืนยันผลลัพธ์ของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

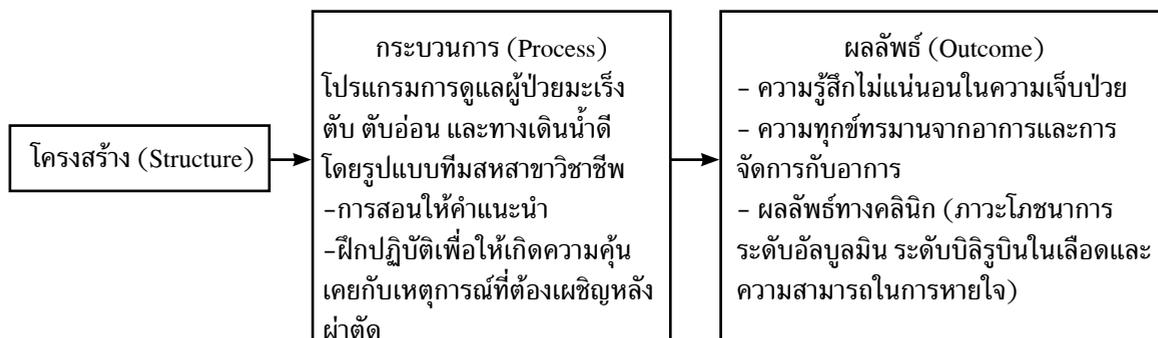
1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian Model¹⁸ ดังใน ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของคุณภาพบริการด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้ คือ (1) โครงสร้าง (structure) คือ นโยบายโรงพยาบาลในการจัดระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team: MDT) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์วิชาชีพมาร่วมดูแลอย่างชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะผู้เตรียมเข้าสู่บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง จึงประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ และนักกายภาพบำบัด (2) กระบวนการ (process) คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล¹⁹ ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีมีอาการและอาการแสดงหลายอย่าง และที่พบได้บ่อยคือ อาการเบื่ออาหาร เหนื่อยล้า ปวดท้อง/ไม่สบายท้อง น้ำหนักลด ภาวะพร่องโภชนาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง ซึ่งแต่ละอาการมีความถี่ในการเกิดอาการสูง และความรุนแรงของอาการจะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ หากอาการของผู้ป่วยเกิดอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ จึงสามารถจัดการกับอาการหรือมีประสบการณ์ในการจัดการอาการต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง โดยผู้ป่วยมีความเชื่อในทีมสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยได้ และ (3) ผลลัพธ์ (Outcome) ของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะโภชนาการ ระดับอัลบูมิน ระดับบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ศัลยกรรมตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 – เมษายน พ.ศ. 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือ (1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี และมีอาการคงที่ (3) มีกำหนดเข้ารับรักษาโดยการผ่าตัดก่อนเข้าร่วมโครงการประมาณ 1- 2 สัปดาห์ (4) มีผล SET test มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน (5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ (6) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนาม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power 3 จากงานวิจัยที่พบมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม²⁰ คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 1.7 แต่เนื่องจากโปรแกรมการดูแลมีความแตกต่างกัน จึงปรับลดขนาดอิทธิพลที่ใช้คำนวณ เท่ากับ 1.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ

(power of test) เท่ากับ .80 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อยกลุ่มละ 14 ราย เนื่องจากเป็นการวิจัยทดลองที่อาจมีกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมวิจัย จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์ศัลยกรรมตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 94 ราย พบมีการเลื่อนผ่าตัดรวม 20 ราย ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ 14 ราย เปลี่ยนแผนการรักษา 14 ราย ไม่มีคิวผ่าตัด 22 ราย ผ่าตัดนอกเวลา 8 ราย จึงเหลือผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มละ 10 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม 10 รายจนครบทุกขั้นตอนของการวิจัยก่อน จากนั้นจึงรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 10 ราย เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรอง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรอง

การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบประเมิน Set

Test คัดกรองความจำและการรู้คิด (cognitive status) พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอัคร์ทาร์²¹ ซึ่งกำหนดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบอกชื่อสัตว์ผลไม้ และจังหวัดทั้งหมด 4 หมวด หมวดละ 10 ชื่อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 40 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีการรับรู้ปกติ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา และ (2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การประเมินสภาวะร่างกาย (Eastern Cooperative Oncology Group Score: ECOG score) ระดับโปรตีนอัลบูมิน ระดับบิลิรูบิน ในเลือด และความสามารถในการหายใจ

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale: MUIS) แปลเป็นภาษาไทยโดยอภิญาพจนารถ²⁰ มี 4 ด้าน คือ (1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 13 ข้อ (2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 7 ข้อ (3) การขาดข้อมูลการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย 7 ข้อ (4) การไม่สามารถทำนายสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ 5 ข้อ (5) คำถามเกี่ยวกับทีมสุขภาพ 1 ข้อ รวม 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเกต (Likert scale) 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน เฉยๆ ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) ความรู้สึกไม่แน่นอน ในระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า 82 คะแนน (2) ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 82-112 คะแนน (3) ระดับสูง คะแนนมากกว่า 112 คะแนน ในการศึกษา

ที่ผ่านมาได้มีการนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่²⁰ และใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก¹⁴ ได้ความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบราคเท่ากับ 0.80 และ 0.83 ตามลำดับ และเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานจึงไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำในการศึกษานี้

2.3 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการ พัฒนาโดย สุรัชย์ มณีเนตร²² มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่า 0-4 คะแนนโดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการเลย ให้ 0 คะแนน มีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน มีความทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง ให้ 2 คะแนน มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากให้ 3 คะแนน และมีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด ให้ 4 คะแนน กำหนดระดับคะแนนรายข้อดังนี้ ค่า 0.1-1.0 คะแนน มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับต่ำ ค่า 1.01-2.0 คะแนน ในระดับปานกลาง ค่า 2.01-3.0 คะแนน อยู่ในระดับสูง และ ค่า 3.01-4.0 คะแนน อยู่ในระดับสูงที่สุด กำหนดระดับคะแนนโดยรวม คือ ค่า 0.1-12.0 คะแนน มีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมในระดับต่ำ ค่า 12.1-24.0 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ค่า 24.1-36.0 คะแนน อยู่ในระดับสูง และ ค่า 36.1-48.0 คะแนน อยู่ในระดับสูงที่สุด การศึกษานี้ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบราค ของเครื่องมือเท่ากับ .86

2.4 แบบประเมินการจัดการกับอาการ พัฒนาโดย สุรัชย์ มณีเนตร²² มีข้อความคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนน 0-4 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ค่า

0.1-1.3 คะแนน คือ มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการในระดับต่ำ ค่า 1.4-2.6 คะแนน คือ อยู่ในระดับปานกลาง และ ค่า 2.7-4.0 คะแนน คือ อยู่ในระดับสูง กำหนดระดับประสิทธิผลในการจัดการกับอาการโดยรวม ดังนี้ ค่าคะแนนรวม 0.1-24 คะแนน คือ มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการในระดับต่ำ ค่า 24.1-48 คะแนน คือ มีระดับปานกลาง และ ค่า 48.1-72 คะแนน คือ มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ ครอนบราค ได้เท่ากับ .89

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการ ใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดย ศ.นพ.สุรัตน์ โคมินทร์ มีค่า sensitivity 90% และ ค่า specificity 100% แบ่งเป็น 8 ด้าน คือ (1) ด้านน้ำหนัก ประเมิน 2 ระดับ คะแนนจาก 0 ถึง 1 (2) ดัชนีมวลกาย (3) รูปร่างผู้ป่วย (4) น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงไปใน 4 สัปดาห์ (5) ลักษณะอาหารที่รับประทานในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 2 ข้อย่อย ได้แก่ ลักษณะอาหารที่กิน และ ปริมาณที่กินได้ ประเมิน 4 ระดับ คะแนนจาก 0 ถึง 2 ตามลำดับ (6) อาการต่อเนื่อง >2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย ได้แก่ ปัญหาการเคี้ยวกลืน ปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร และปัญหาาระหว่างกินอาหาร ประเมิน 3 ระดับ คะแนนจาก 0 ถึง 2 ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร ประเมิน 4 ระดับ คะแนนจาก 0 ถึง 2 และโรคที่เป็นอยู่ถ้าโรคมีความรุนแรงน้อย - ปานกลาง ให้ 3 คะแนน ถ้าโรคมีความรุนแรงมากให้ 6 คะแนน คะแนนรวม มีค่า 0-5 คะแนน คือมีภาวะทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย ค่า 6-10 คะแนน คือ มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง และค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 11 มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง

2.6 เครื่องวัดความสามารถในการหายใจ

ใช้เครื่อง Wright peak flow meter รุ่น eMini - wright digital peak flow meter วัดค่า PEF (peak expiratory flow) ซึ่งเป็นการวัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด จะเกิดขึ้นในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ จากตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่ มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาทีหรือลิตรต่อวินาที ที่ BTPS (Body Temperature Pressure Saturated with water vapor) ช่วงค่ามาตรฐาน 60-850 L/min (PEF) ตามมาตรฐาน EN ISO 23747:2009 และ ATS ERS: 2006

3. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ในระยะก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และผลกระทบที่เกิดขึ้น และคู่มือเกี่ยวกับโรคตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี การดูแลเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการต่างๆ และการบริหารปอดโดยใช้เครื่องบริหารปอด (incentive spirometer) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.72 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาที ครั้งที่ 1 แพทย์นัดหมายมาโรงพยาบาลเพื่อรับฟังวันนัดเข้ารับการรักษา อธิบายเรื่องโรค อาการ แนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการเตรียมตัวก่อนเข้ารับรักษาด้วยการผ่าตัด ฝึกการหายใจ การไอ และการใช้ incentive spirometer นักกายภาพบำบัด ฝึกการบริหารร่างกายจนทำได้ และให้ไปฝึกต่อที่บ้าน นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ แนะนำเรื่องการรับ

ประธานอาหาร และพยาบาลซึ่งเป็นผู้วิจัย ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับเมื่อมีปัญหา และ ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามนัดเพื่อเข้ารับการรักษา ด้วยการผ่าตัด ผู้วิจัยทบทวนความรู้และการฝึกปฏิบัติตามข้อแนะนำครั้งที่ 1 โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบอนุญาต MURA2018/598 และจากโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ใบอนุญาต 163/2561 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาและต่อสัมพันธ์ภาพกับผู้วิจัยระหว่างการอยู่รักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ และทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของข้อมูลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) สถิติ The Wilcoxon Signed Rank test และสถิติ The Mann-Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p \leq .05$)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มควบคุม (10 คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (7 คน) มีค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 56 ปี (Q.D 7.75) กลุ่มทดลอง (10 คน) มีค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 65 ปี (Q.D 9.12) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (7 คน และ 7 คน ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (6 คน และ 5 คน ตามลำดับ) ไม่ได้ทำงาน (3 คน และ 5 คน ตามลำดับ) และใช้สิทธิ์บัตรทอง (6 คน และ 7 คน ตามลำดับ)

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง (4 คน) ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน (3 คน) ทั้งสองกลุ่มมีระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 0-1 (กลุ่มควบคุม 7 คน และกลุ่มทดลอง 7 คน ตามลำดับ) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งตับ ถุงน้ำดี และท่อน้ำดี (4 คน) กลุ่มควบคุมพบเป็นมะเร็งตับมากที่สุด (4 คน) และผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ ของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) ตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ ทดสอบความแตกต่าง ค่าสัดส่วน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ข้อมูลผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ

2.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ข้อมูลของ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง มีค่ามัธยฐานความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 103.00 คะแนน (Q.D 5.5) และกลุ่มทดลอง

เท่ากับ 101.50 คะแนน (Q.D 8.62) ตามลำดับ และภายหลังการทดลอง พบค่ามัธยฐานความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงทั้งสองกลุ่ม แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 97.50 คะแนน (Q.D 5.37) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 92.00 คะแนน (Q.D 6.00) ตามลำดับ

2.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการ ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่ามีค่ามัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ 12 คะแนน (Q.D 5.37) อยู่ในระดับต่ำ และภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานลดลงเท่ากับ 9.00 คะแนน (Q.D 3.12) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่ามีค่า มัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการเท่ากับ 6 คะแนน (Q.D 4.84) และ ภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงและอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเท่ากับ 3.50 คะแนน (Q.D 3.87) _

2.3 การจัดการกับอาการ ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่ามีค่ามัธยฐาน การจัดการอาการ อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 27.50 คะแนน (Q.D 10.00) และ ภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 31.00 คะแนน (Q.D 10.25) ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า การจัดการกับอาการ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 20 คะแนน (Q.D 10.25) (อยู่ในระดับต่ำ) และ ภายหลังการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานการจัดการกับอาการอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 24.00 คะแนน (Q.D 7.62)

2.4 ภาวะโภชนาการ ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.00 คะแนน (Q.D 1.87) และภายหลังการทดลอง พบว่า

มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.50 คะแนน (Q.D 1.75) ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า ภาวะทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 7 คะแนน (Q.D 1.50) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีภาวะโภชนาการดีขึ้นอยู่ในระดับปกติ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.00 คะแนน (Q.D 2.12)

2.4 ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด อยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 4.55 mg/dl (Q.D 0.42) และ ภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานระดับของโปรตีนอัลบูมินในเลือด อยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 4.45 mg/dl (Q.D 0.66) และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด อยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 4.35 mg/dl (Q.D 0.20) และภายหลังการทดลอง พบว่ามีค่ามัธยฐานระดับของโปรตีนอัลบูมินในเลือด อยู่ในระดับปกติ มีค่าเท่ากับ 4.15 mg/dl (Q.D 0.53)

2.5 ระดับบิลิรูบินในเลือด ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าระดับบิลิรูบินในเลือดอยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 0.54 mg/dl (Q.D 0.94) และภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานระดับของบิลิรูบินในเลือดอยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 0.51 mg/dl (Q.D 1.65) สำหรับ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐาน ระดับบิลิรูบินในเลือดอยู่ในระดับปกติ มีค่าเท่ากับ 0.43 mg/dl (Q.D 0.07) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีระดับของบิลิรูบินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าเท่ากับ 0.48 mg/dl (Q.D 0.06)

2.6 ความสามารถในการหายใจ ข้อมูลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานความสามารถในการหายใจ เท่ากับ 378.00 L/min

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขา ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก

(Q.D 92.25) และภายหลังการทดลอง มีค่ามัธยฐานความสามารถในการหายใจเพิ่มขึ้น เท่ากับ 432.00 L/min (Q.D 65.87) สำหรับ กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานความสามารถในการหายใจ เท่ากับ 285.00 L/min (Q.D 67.87) และ ภายหลังการทดลอง พบว่า มีค่ามัธยฐานความสามารถในการหายใจ เท่ากับ 408 L/min (Q.D 71.50)

3. ผลการเปรียบเทียบ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก (ภาวะโภชนาการ ระดับโปรตีนอัลบูมินและระดับบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ) ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

การทดสอบโดยใช้สถิติ The Wilcoxon Signed Rank Test ในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การ

จัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับโปรตีนอัลบูมินและระดับบิลิรูบินในเลือด ไม่มีความแตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ในขณะที่คะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ ภายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง และความสามารถในการหายใจมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 1) ในขณะที่ กลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คะแนนภาวะโภชนาการลดลง และความสามารถในการหายใจ พบมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ระดับโปรตีนอัลบูมิน ระดับบิลิรูบินในเลือด ทั้งระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับของโปรตีนอัลบูมิน ระดับของบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ของโปรแกรม	กลุ่มควบคุม (n=10)			Z	p	กลุ่มทดลอง (n=10)			Z	p
	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่			จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่		
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	7 ^a	6.21	43.50	-1.632 ^d	.103	9 ^a	5.78	52.00	-2.499 ^d	.012*
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	3 ^b	3.83	11.50			1 ^b	3.00	3.00		
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	7 ^a	5.64	39.50	-2.023 ^d	.043*	4 ^a	3.00	12.00	-.318 ^d	.750
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	2 ^b	2.75	5.50			2 ^b	4.50	9.00		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับของโปรตีนอัลบูมิน ระดับของบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ	กลุ่มควบคุม (n=10)			Z	p	กลุ่มทดลอง (n=10)			Z	p
	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่			จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่		
3. การจัดการกับอาการ										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	5 ^a	6.40	32.00	-.465 ^d	.642	4 ^a	4.25	17.00	-.625 ^c	.515
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	5 ^b	4.60	23.00			5 ^b	5.60	28.00		
4. ภาวะโภชนาการ										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	5 ^a	4.80	24.00	-.905 ^d	.366	8 ^a	5.06	40.50	-2.144 ^d	.032*
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	3 ^b	4.00	12.00			1 ^b	4.50	4.50		
5. ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	4 ^a	4.63	18.50	-.726 ^d	.446	7 ^a	5.50	38.50	-1.899 ^d	.058
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	3 ^b	3.17	9.50			2 ^b	3.25	6.50		
6. ระดับบิลิรูบินในเลือด										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	3 ^a	3.67	11.00	-1.362 ^c	.173	2 ^a	2.50	5.00	-1.521 ^c	.128
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	6 ^b	5.67	34.00			5 ^b	4.60	23.00		
7. ความสามารถในการหายใจ										
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายลบ	1 ^a	3.00	3.00	-2.497 ^c	.013*	2 ^a	1.50	3.00	-2.497 ^c	.013*
อันดับที่ของผลต่างที่มีเครื่องหมายบวก	9 ^b	5.78	52.00			8 ^b	6.50	52.00		

* $p < .05$

a. หลังการทดลอง < ก่อนการทดลอง;

b. หลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง;

c. Base on negative ranks;

d. Base on positive ranks

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขา ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก

4. ผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับโปรตีนอัลบูมินและระดับบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดสอบ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U

test พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับโปรตีนอัลบูมิน บิลิรูบินในเลือด คะแนนความสามารถในการหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยโปรแกรมฯ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับของโปรตีนอัลบูมิน ระดับของบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	Z	p	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	Z	p
1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย										
กลุ่มควบคุม	10	1.15	111.50			10	12.35	123.50		
กลุ่มทดลอง	10	9.85	98.50	-4.92	.623	10	8.65	86.50	-1.402	.161
2. ความทุกข์ทรมานจากอาการ										
กลุ่มควบคุม	10	12.95	129.50			10	12.60	126.00		
กลุ่มทดลอง	10	8.05	80.50	-1.86	.063	10	8.40	84.00	-1.59	.110
3. การจัดการกับอาการ										
กลุ่มควบคุม	10	12.05	120.50			10	11.50	115.00		
กลุ่มทดลอง	10	8.95	89.50	-1.17	.241	10	9.50	95.00	-0.757	.449
4. ภาวะโภชนาการ										
กลุ่มควบคุม	10	10.95	109.50			10	12.80	128.00		
กลุ่มทดลอง	10	10.05	100.50	-0.347	.729	10	8.20	82.00	-1.76	.078
5. ระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด										
กลุ่มควบคุม	10	11.05	111.50			10	11.15	111.50		
กลุ่มทดลอง	10	9.95	99.50	-0.418	.676	10	9.85	98.50	-0.494	.621
6. ระดับบิลิรูบินในเลือด										
กลุ่มควบคุม	10	11.85	118.50			10	10.75	107.50		
กลุ่มทดลอง	10	9.15	91.50	-1.02	.307	10	10.25	102.50	-0.189	.850

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการกับอาการ ภาวะโภชนาการ ระดับของโปรตีนอัลบูมิน ระดับของบิลิรูบินในเลือด และความสามารถในการหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ผลลัพธ์ของโปรแกรม	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	Z	p	จำนวน	ค่าเฉลี่ยอันดับที่	ผลรวมอันดับที่	Z	p
7. ความสามารถในการหายใจ										
กลุ่มควบคุม	10	11.90	119.00	-1.05	.290	10	11.70	117.00	-.907	.364
กลุ่มทดลอง	10	9.10	91.00			10	9.30	93.00		

* $p < .05$

a. หลังการทดลอง < ก่อนการทดลอง; b. หลังการทดลอง > ก่อนการทดลอง;

c. Base on negative ranks;

d. Base on positive ranks

อภิปรายผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

จากผลการศึกษาที่พบว่าใน กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ใน 2 ด้าน คือ มีคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง และมีความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 1) แสดงถึงผลของการได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในสองด้านนี้ได้

ในขณะที่ กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมฯ แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ พบมีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ภายหลังการทดลองใน 3 ด้าน คือ มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง มีภาวะโภชนาการดีขึ้น และมีความสามารถในการหายใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตาราง

ที่ 1) นั่นคือ การได้รับโปรแกรมฯ แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมฯ มีทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์พยาบาล นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ช่วยให้ข้อมูลและชี้แนะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแล โดยใช้แหล่งประโยชน์ด้านความเชื่อถือในตัวบุคลากรทางการแพทย์ เกิดการยอมรับ และเชื่อฟัง ปฏิบัติตามคำแนะนำ คำชี้แนะของทีมสุขภาพ¹⁹ จึงอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ งามพิศ ธนไพศาล และคณะ²³ ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัด 80 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับมาก ในเรื่องการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการรักษาเกิดความมั่นใจว่าการรักษาจะช่วยให้อาการ

เจ็บป่วยดีขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้ และการศึกษาของ อภิญา พจนารถ²⁰ ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ 6 ครั้ง ในช่วง 2 สัปดาห์ พบว่า มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนกรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล¹⁹ ที่ใช้ในการศึกษานี้

ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการหายใจที่สูงกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่คล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ดังตารางที่ 1) แสดงถึงประสิทธิผลของการได้รับการพยาบาลตามปกติและการได้รับโปรแกรมฯ ที่สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านการหายใจได้ ทั้งนี้ความสามารถในการหายใจเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการฟื้นหายจากการผ่าตัด มีเครื่องมือวัดได้ผลชัดเจนจึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างในระยะหลังผ่าตัดได้ในทั้งสองกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มควบคุมที่พบว่ามีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ลดลง แตกต่างจากกลุ่มทดลองที่พบว่า มีภาวะโภชนาการดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แม้จะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จึงอาจมีบางปัจจัยที่ทำให้ผลการศึกษานี้มีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันได้ จึงควรทำการ

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป

2. ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างของข้อมูลผลลัพธ์ที่ศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) แสดงว่า คุณลักษณะของตัวแปรผลลัพธ์ก่อนการทดลองโดยภาพรวมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทั้งกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมฯ แบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแสดงถึงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่เท่าเทียมกันระหว่างทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง กลับพบผลเช่นเดียวกันว่าข้อมูลผลลัพธ์ที่ศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานการวิจัย ที่ควรพบว่าผลลัพธ์โดยภาพรวม มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การที่พบความไม่แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดีที่เข้ามารับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อย ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดด้านผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่มีจำนวนน้อยแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาคู่ขนานระดับตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ที่นำเข้ากลุ่มควบคุมและ

กลุ่มทดลองในระยะแรกเท่ากับ 39 ราย และ 55 ราย ตามลำดับ แต่ในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเริ่มแรกของการมีสถานการณ์โควิด-19 โดยเฉพาะในช่วงเวลาการดำเนินการทดลอง อาจทำให้พบมีการเลื่อนผ่าตัดถึง 20 ราย (กลุ่มควบคุม: กลุ่มทดลอง=8:12 ราย) มีแผนการผ่าตัดแต่ยังไม่สามารถกำหนดวันที่แน่นอนได้ 22 ราย (กลุ่มควบคุม: กลุ่มทดลอง=7:15 ราย) มีการเปลี่ยนแผนการรักษา 10 ราย (กลุ่มควบคุม: กลุ่มทดลอง=5:5 ราย) นัดผ่าตัดนอกเวลา 8 ราย (กลุ่มควบคุม: กลุ่มทดลอง=3:5 ราย) และปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ 14 ราย (กลุ่มควบคุม: กลุ่มทดลอง=6:8 ราย) จึงเหลือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มละ 10 ราย ซึ่งควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ การจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะการมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมฯ และประสานงานหลัก จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี โดยเฉพาะด้านการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลงได้ ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยและในบริบทขององค์กรที่คล้ายคลึงกันได้

ด้านการทำวิจัย ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี โดยทีมสหสาขา ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการติดตามผลของโปรแกรมฯ ภายหลังผ่าตัด และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งปรับโปรแกรมและเครื่องมือให้เหมาะสมกับระยะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cheung K, Lee SS, Raman M. Prevalence, and mechanisms of malnutrition in patients with advanced liver disease and nutrition management strategies. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10(2):117-25.
2. Huynh DK, Selvanderan SP, Harley HAJ, Holloway RH, Nguyen NQ. Nutritional care in hospitalized patients with chronic liver disease. World J Gastroenterol 2015; 21(45):12835-42.
3. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer related malnutrition. Clin Nutrition 2017; 36(5): 1187-96.
4. Cahill BA, Braccia D. Current treatment for hepatocellular carcinoma. Clin J Oncol Nurs 2004; 8(4):393-9.
5. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms social support uncertainty and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. Cancer Nurs 2011; 34(6):434-42. (In Thai)
6. Maninet S, Jitpanya C. Factors related to quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma: A systematic review of literature. Princess of Naradhiwas University J 2014; 6(2):24-35. (In Thai)
7. 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.
8. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized controlled trial. J Clin. Oncol 2009; 27(36):6191-98.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี แบบทีมสหสาขา ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ทางคลินิก

9. Smetana GW. Postoperative pulmonary complications: an update on risk assessment and reduction. *Cleve Clin J Med* 2009; 76(suppl 4): S60-5.
10. Dimick JB, Chen SL, Taheri PA, Henderson WG, Khuri SF, Campbell DA. Hospital costs associated with surgical complications: A report from the private-sector National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg* 2004; 199(4):531-7.
11. Cassidy MR, Rosenkranz P, McCabe K, Rosen EJ, Mc Aneny D. I COUGH reducing postoperative pulmonary complications with a multidisciplinary patient care program. *Jama Surgery* [Internet] 2013[Cite 2018 May 5]; Available from: jamasurgery.com.
12. Maneerat N. Effect of information provision on uncertainty in illness among parents of children with cancer [Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007. (In Thai)
13. Boursamarrang P. Effectiveness of communication program on uncertainty in illness and coping strategies in family members of critical ill patients [Master of nursing science (Adult Nursing)]. Bangkok: Rangsit University; 2014. (In Thai)
14. Phrodcharoen M. Prediction factors of uncertainty in illness among persons with colorectal cancer [Master of nursing science (Adult Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013. (In Thai)
15. Reynolds RB, McCoy K. The role of advanced practice providers in interdisciplinary oncology care in the United States. *Chin Clin Oncol* [Internet]. 2016. [cited 2019 Dec 5]; 5(3):44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/cco.2016>.
16. Cohen GS, Black M. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma: A model for therapy. *J Multidiscip Healthc* 2013; 9(6):189-95.
17. Iwasa M, et al. Nutrition therapy using a multidisciplinary team improves survival rates in patients with liver cirrhosis. *Nutrition* 2013; 29(11-12):1418-21.
18. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA J* 1988; 260(12):1743-8.
19. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J Nurs Scholarsh* 1988; 20(4):225-32.
20. Pochanart A. Effect of supportive-educative nursing system on uncertainty in illness among newly diagnosed breast cancer patients [Master of Nursing Science (Adult Nursing)]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (In Thai)
21. Isaacs B, Akhtar AJ. The set test rapid test of mental function in old people. *Age Ageing* 1972; 1(4): 222-6.
22. Maninet S. Relationships among personal factors, symptoms, symptom management, sense of Coherence, and quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma [Master of Nursing Science (Adult Nursing)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (In Thai)
23. Thanapaisal N, Sanpoch K, Hupreehasat N, Ontisong K, Armat W, Chinpan W. Pre-operative information need for cholangiocarcinoma patients in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand. *Srinagarind Med J* 2008; 23(4): 360-65. (In Thai)