

การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ สิริพร มงคลถาวรชัย นวลจันทร์ ชานินทร์สุรัตน์ สลักจิต ศรีมงคล

งานบริการการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Care Management for Cholangiocarcinoma Patients

Chusri Kuchaisit, Siriporn Mongkoltawornchai, Nuanjan Taninsurat, Sarakjit Srimongkol

Nursing Division, Srinagarind Hospital Faculty of Medicine, Liver Fluke and Cholangiocarcinoma

Research Center, Khon Kaen University, Khon Kaen, 40002

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการตายมากกว่าโรคอื่น ๆ ในโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 50 และในประเทศที่กำลังพัฒนาพบอัตราการตายของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงมากกว่าร้อยละ 80¹ สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของประชากรไทย สถิติโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่า ในปี พ.ศ. 2531 สถิติการตายมีเพิ่มขึ้นจาก 18,284 คน เป็นจำนวน 45,834 คน ในปี พ.ศ. 2545²

โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก³ จากการรายงานของ Srivatanakul และคณะ⁴ ได้รายงานว่าการตายของประเทศไทย มากกว่า 9 ล้านคน เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมีการติดเชื้อของตับ อัตราการเกิดโรคคิดเป็นสัดส่วน 5 คนต่อประชากรทุก ๆ 100,000 คน และเกือบทั้งหมดมีหรือเคยมีพยาธิใบไม้ชนิด *Opisthorchis Viverrini* (OV.) จากสถิติล่าสุดของจังหวัดขอนแก่น ระหว่าง ปี 2533 -2536 พบอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นเป็น 97.4 ต่อประชากร 100,000 คน⁵ และสถิติของหน่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามะเร็งท่อน้ำดีพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดที่มารับการรักษาตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2539³

ผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค เนื่องจากวิธีการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกยังไม่มี ทั้งนี้ลักษณะทางคลินิกในระยะแรกของโรคอาการคลุมเครือ ไม่ชัดเจนต่อเมื่อระยะของโรคได้พัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 อาการของ

โรคจึงปรากฏชัดเจนขึ้น คือ มีอาการแสดงออกถึงปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ชีต ตับโต ตาเหลืองตัวเหลือง มีไข้และคันตามร่างกาย ตลอดจนมีการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี⁶⁻⁷

โรคมะเร็งท่อน้ำดีคุกคามต่อความรู้สึกและชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในความพยายามหาวิธีการจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค ตลอดจนวิธีการรักษาและเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 วันซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิตและมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาวนาน⁸ ดังนั้นวิธีจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการอาการ (Symptom management)

การจัดการอาการ มีความหมายคล้ายกับ การควบคุมอาการตนเอง หรือ การดูแลตนเอง (self-monitor, self-care, self-regulation, self-management)⁹⁻¹⁰ ที่หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่ส่งผลให้ประสบการณ์ของบุคคลแตกต่างกัน รวมถึงการรับรู้และการประเมินอาการซึ่งมีผลทำให้บุคคลตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ส่งผลให้บุคคลรับรู้แตกต่างกันประกอบด้วย องค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการและการประเมินอาการ การจัดการกับอาการและประสิทธิผลของการจัดการกับอาการ

วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นใช้หลายวิธีการ และจำเป็นต้องมีทักษะในการสังเกต การติดตามพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นให้ได้ผลตามที่คาดหวัง¹¹ จากการศึกษาของเมอร์ฟีและโกลเลอร์¹² ได้รายงานถึงวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นหลายวิธี เช่น ผู้ป่วยใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ การตอบโต้กลับ การค้นหาความช่วยเหลือ การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น การแยกตัว และการหลีกเลี่ยง เป็นต้น ด้วยลักษณะดังที่ได้กล่าวถึงการจัดการอาการจึงมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งในทุกระยะ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอการจัดการอาการของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และการจัดการทางการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยของ ชูศรี กุชัยสิทธิ์ และคณะ 2547¹³ ที่ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายบุคคลจำนวน 22 คน และได้ทำการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยจำนวน 25 คน ที่สะท้อนประสบการณ์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการ และการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ พอประมวลได้ดังนี้

การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

1. ลักษณะการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ดังแสดงในภาพที่ 1)

1.1 ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรบกวนพันธุอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี บางคนมีประวัติว่ามีบิดามารดา หรือญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังรับรู้สาเหตุมาจากการรับประทานอาหารดิบ หรือไม่สะอาด รวมถึงพฤติกรรมกรดดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่

1.2 อาการเริ่มแรก ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะมีอาการในระยะแรกคล้ายกับโรคแผลในกระเพาะอาหารทำให้ผู้ป่วยใช้เวลากับการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารรวมทั้งผู้ป่วยเป็นคนอีสานมีพฤติกรรมกรดบริโภคอาหารรสเผ็ดซึ่งมีสาร Capsaicin ช่วยในการขับลม แก้อืด จึงช่วยบรรเทาอาการอืดแน่นท้องได้

1.3 อาการของโรคระยะที่ 3 หรือ 4 หรือระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวด แน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ หนาวสั่น และคันตามร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียภาพลักษณ์และทุกข์ทรมาน จึงแสวงหาการรักษาเฉพาะทาง

ระยะพัฒนาการของโรคในแต่ละบุคคลมีระยะสั้นยาวแตกต่างกัน บางคนใช้เวลาเพียงสัปดาห์ แต่บางคนใช้เวลานานเป็นเดือน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีกินเวลา 2 สัปดาห์ จนถึง 3 เดือน และจะมาพบแพทย์โดยมีอาการนำ 4 ลักษณะ คือ ปวด เหลือง คัน และมีไข้สูง

2. ด้วยการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะแรกที่พบอาการผิดปกติ ผู้ป่วยมีการรับรู้และการจัดการ ดังนี้

2.1 อาการปวด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าเกิดจากการทำงานหนัก เส้นเอ็นหลังตึง จึงได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดและเพื่อนบ้านให้หมอมั่นหมอนเอ็นมาบีบนวด หรือรักษาโดยใช้สมุนไพร หรือรับประทานยาแก้ปวด

2.2 อาการแน่นท้อง ท้องอืด ผู้ป่วยมักจะคิดว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ผู้ป่วยบางคนรักษาด้วยตนเองโดยการไปซื้อยาแก้ปวดหรือยาปฏิชีวนะมารับประทาน บางคนไปสถานอนามัยใกล้บ้าน คลินิกหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะได้รับยารักษาโรคกระเพาะมารับประทาน

2.3 อาการปัสสาวะเหลือง ตาเหลือง ตัวเหลือง และคัน มักจะเข้าใจว่าเป็นโรคดีซ่าน ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากญาติและเพื่อนบ้านให้รักษาด้วยการรับประทานสมุนไพร แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเปลี่ยนไปรับการรักษาที่แพทย์ซึ่งแพทย์จะสงสัยว่าเป็นโรคตับอักเสบ เนื้ออกหรือมะเร็งที่ตับ และได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการทำอัลตราซาวด์ ตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็ก เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างไรก็ตามหรือหลายอย่างร่วมกัน จนแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

2.4 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้ออกตับมะเร็งตับ หรือมะเร็งท่อน้ำดี การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคแตกต่างกันตามประสบการณ์ ผู้ป่วยทุกคนให้ความหมายของมะเร็งตับไปในทางที่รุนแรงน่ากลัว เช่น เป็นแล้วรอตาย ปล่อยไว้นานรักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคของเวรกรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรับรู้สาเหตุของโรคว่าเกิดจากการรบกวนพันธุกรรมของบิดาไม่สะอาด สูบบุหรี่ ทำงานหนัก หรือกินยาแก้ปวดนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก วิตกกังวล กลัวตาย เครียดไม่แน่ใจ เสียใจ บางคนมีพฤติกรรมร้องไห้ นอนไม่หลับ กินไม่ได้ แยกตัว ไม่พูดกับใคร บางคนบอกอยากประชดชีวิต

3. ผลกระทบเมื่อป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยที่เกิดกับผู้ป่วย จะเป็นผลเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ที่หารายได้ในครอบครัวจะมีผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ต้องเที่ยวไปรักษาประสิทธิภาพการทำงานลดลง เป็นผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว เช่น บุตรต้องลางาน ต้องออกจากงาน หรือลาออกจากโรงเรียนเพื่อดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผลกระทบที่เกิดขึ้นยังมีผลดีที่เกิดขึ้น เช่น สัมพันธภาพ ในครอบครัวดีขึ้น บุตรหลานช่วยกันทำงาน เยี่ยมเยียนให้ความสนใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย (ดังแสดงในภาพที่ 2)

4. การแสวงหาการรักษา จากการศึกษาพบว่าการจัดการกับอาการของผู้ป่วย แต่ละบุคคลแตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์ของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาต่างๆ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน สื่อต่างๆ บุคคล เหล่านี้จะแนะนำให้ไปรับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงทำให้การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมกับอาการของโรครุนแรงขึ้น เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนไม่ตัดสินใจในทันที หากแต่ขอกลับไปปรึกษากับญาติพี่น้องก่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะมองไม่เห็นด้วยที่จะผ่าตัดและแนะนำให้เปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา เปลี่ยนสถานที่รักษา เปลี่ยนวิธีรักษา จนในที่สุดอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการคันและแน่นท้องมากจึงได้ตัดสินใจผ่าตัด (ดังแสดงในภาพที่ 3)

ดังนั้น การแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การรักษาด้วยตนเอง ได้แก่ การซื้อยากินเอง ทำตามการรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีอาการคล้ายกัน
2. การแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ หมอเส้น หมอเอ็น หมอสมุนไพร การปิดเป่าน้ำมันตตามความเชื่อด้านสุขภาพและปฏิบัติตามวัฒนธรรมในชุมชน
3. การแพทย์วิชาชีพ ได้แก่ สถานีนอนามัย คลินิกแพทย์โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับโคลแมน⁹⁻¹⁰ ที่ว่า บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk

sector) บุคคลอาจใช้ระบบบริการสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมๆ กันหรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพทั้งสามระบบก็ได้ ซึ่งการศึกษานี้ ผู้ป่วยมีการใช้ระบบบริการสุขภาพหลายระบบร่วมกัน และแต่ละระบบสามารถที่ก่อให้เกิดประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยได้ แม้ว่าผู้ใช้ระบบแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นการช่วยผู้ป่วยในด้านความรู้สึกผ่อนคลายความทุกข์ที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังสามารถบูรณาการกับระบบการแพทย์วิชาชีพ ทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถเชื่อมประสานเข้ากับระบบความเชื่อในสังคมวัฒนธรรมได้ดียิ่งขึ้น ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

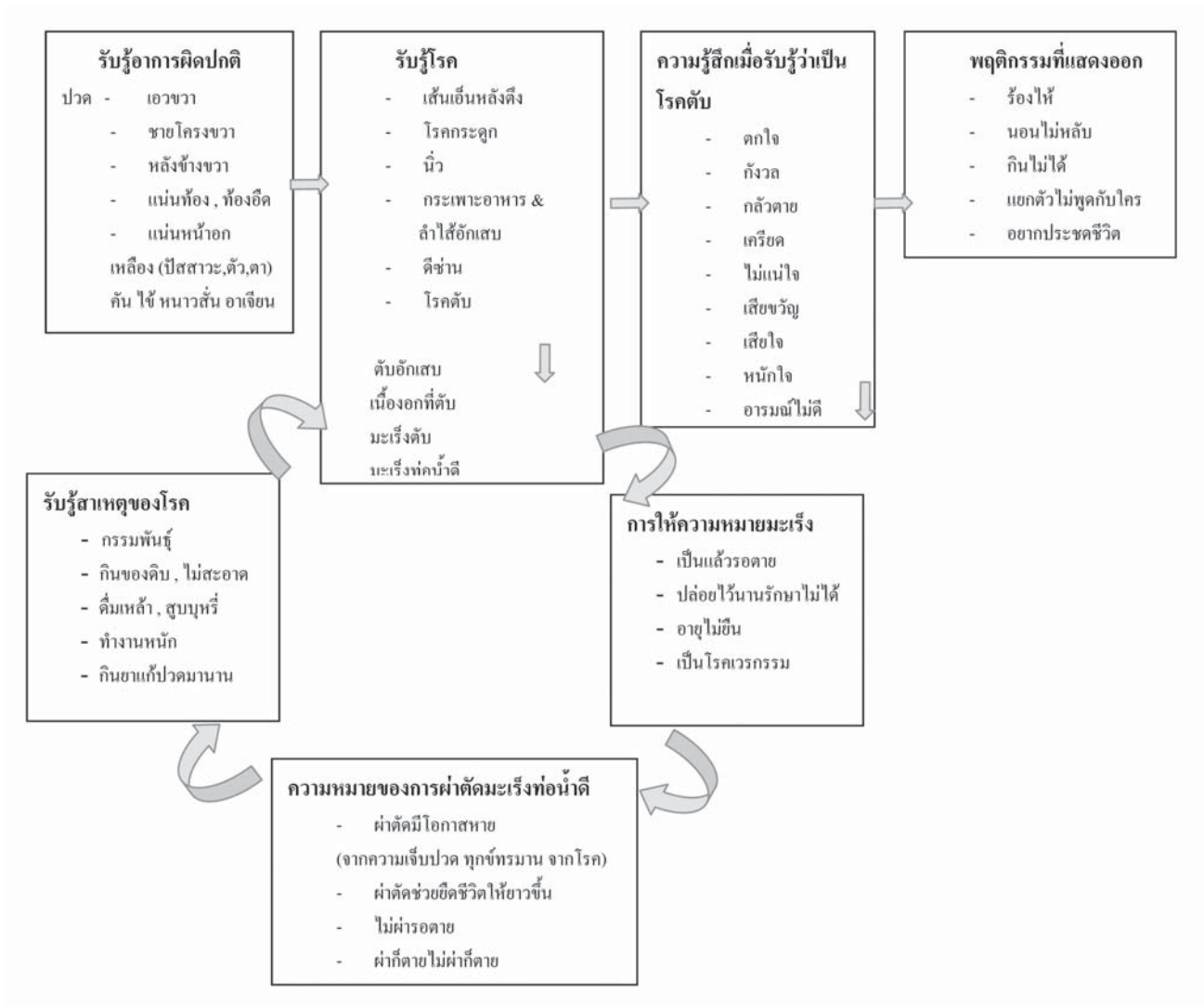
การพยาบาลในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

จากผลการศึกษา ได้ข้อความรู้ว่าการคัดกรองโรคในเบื้องต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้น ทั้งนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น พยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรค และการส่งรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

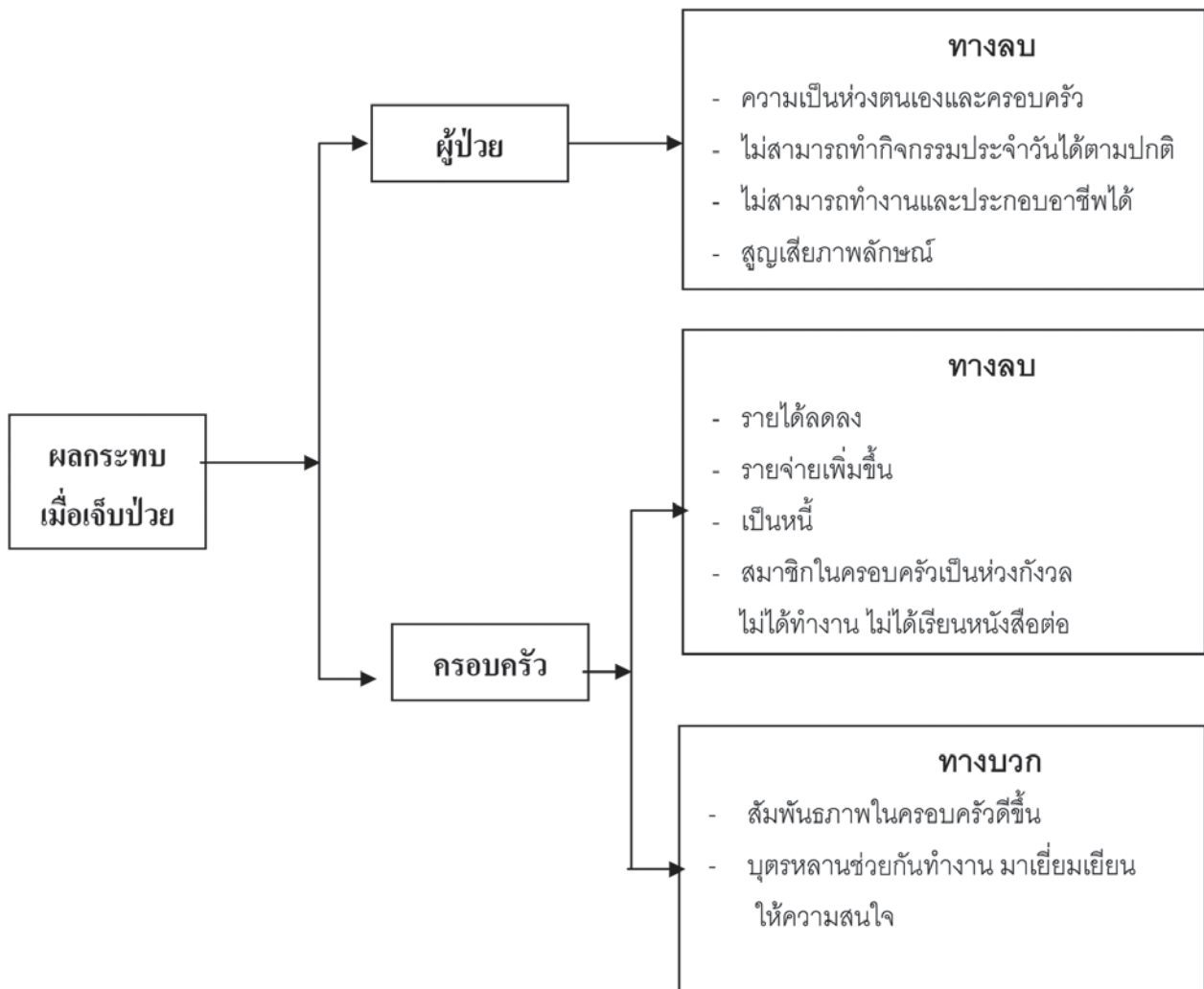
นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีความสำคัญเช่นกันในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีอิทธิพลปรับระบบคิดเรียนรู้ใหม่ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนางานและคุณภาพการบริการ

การพัฒนาระบบบริการพยาบาล การบริหารจัดการระบบบริการที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการการดูแล (care manager) ซึ่งจะสามารถทำงานประสานงานในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ทบทวนแผนการรักษาพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

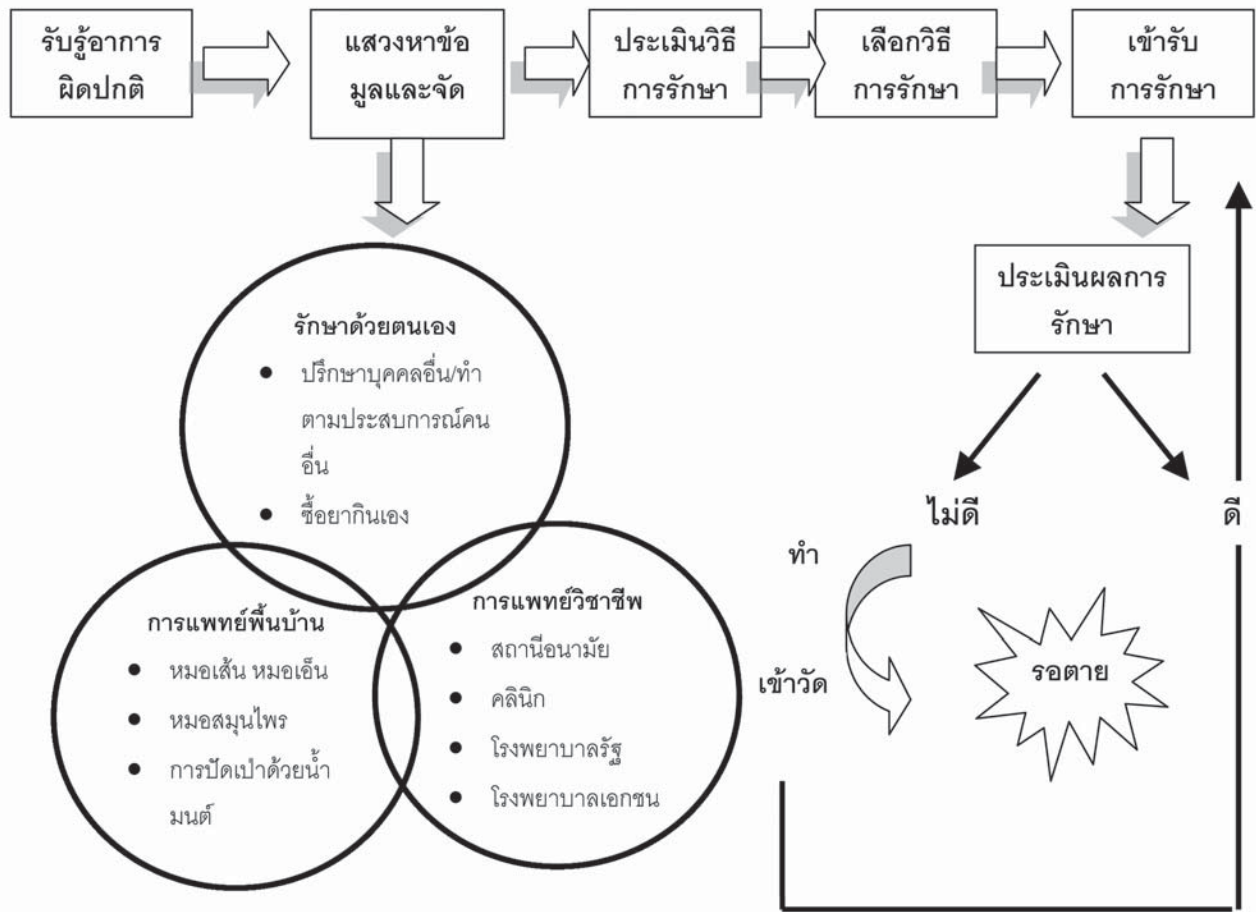
การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในทีมสุขภาพและองค์กรประชาชนในชุมชน เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันอุบัติการณ์ของโรค



ภาพที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี



ภาพที่ 2 การอธิบายถึงผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี



ตีความจากอาการ → แสวงหา → ทำใจ → ระยะเวลาสุดท้าย

ภาพที่ 3 แสดงวิธีการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. National Cancer Control Programes. Policies and managerial Guidelines. Geneva, World Health Organization. 1993.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. 2546. ค้นจาก <http://203.157.19.191>.
3. Vatanasapt V, Martin N, Sriplung H, Chindavijak K, Sontipong S, Sriamporn S. et. al. Cancer Incidence in Thailand. 1988-1991. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1995;4:475-83.
4. Srivatanakul P, Ohshima H, Khlal, Sukaryodhim S, Brouet I, Bartsch H. Int J Cancer. 1991;48:821-5.
5. วันชัย วัฒนศัพท์. ระบาดวิทยาของมะเร็งท่อน้ำดีตับ ใน: วันชัย วัฒนศัพท์, วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, พิศาล ไม้เรียง, วัฒนา สุชีไพศาลเจริญ และคณะ. รายงานโครงการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาเพื่อนำไปสู่การควบคุมและป้องกันมะเร็งตับในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. 2539;19.
6. Gitnick G. Diseases of the liver and biliary tract. St. Louis : Mosby Year-Book, 1992.
7. Gholson CF, Bacon BR. Essentials of clinical hepatology. Missouri : Mosby Year Book, 1993.
8. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์ 2537.
9. Kleinman A. Patient and Healer in Context of Culture. Berkley: University of California, 1980.
10. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. Ann Intern Med 1978 ; 88 : 251-8.
11. Murphy, MG, Moller MD. Relapse management in neurobiological disorder: The moller-murphy symptom management assessment tool. Arch Psychiatric Nursing 1993; VII :226-35.
12. Kanfer FH, & Goelick L. Self-management methods. In Kanfer FH, Goldstein AP.(Eds.), Helping People Change: A textbook of methods. 1991: 286-91.
13. ชูศรี คูชัยสิทธิ์ ศิริพร มงคลถาวรชัย นพพร เขาวะเจริญ สุจิตรา วราอัศวปติ อุบล จัวงพานิช พนอ เตชะอภิก และคณะ. การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท 2547.

