

การปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

The Best Practice of Services for Cancer Patients: A Scoping Review

เอกรัฐ ทองเต็ม¹ คณิตราพร ประกอบกิจ¹ นิษา ถนัดคำ¹ ศิริพันธ์ สาสัตย์²

Ekkarat Tongtem¹ Kanittraporn Prakobkit¹ Nisa Tanadkar¹ Siriphan Sasat²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10210

¹Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science,

Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand 10210

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์รูปแบบ/วิธีการให้บริการโรคมะเร็งทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลัง การรักษาของหน่วยงานที่ให้การปฏิบัติเป็นเลิศทั้งในและต่างประเทศ ใช้กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต คัดเลือกงานวิจัยจาก 7 ประเทศ จากงานวิจัยทั้งหมด 2,553 เรื่อง มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 70 เรื่อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหาตาม Donabedian model ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบ/วิธีการให้บริการโรคมะเร็ง แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ก่อนรักษา มุ่งเน้นคุณภาพของระบบการบริหารจัดการและการคัดกรอง 2) ระหว่างการรักษา เน้นการให้บริการตามมาตรฐานและแนวปฏิบัติ 3) หลังการรักษา เน้นการใช้บริการทางจิตใจและสังคม การสร้างเครือข่ายบริการเชื่อมโยงกับบุคลากรในระดับต่าง ๆ และพัฒนา ระบบบริการ และ 4) ไม่ระบุระยะ เน้นการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและแบบ เสมือนจริงในการให้คำปรึกษา

คำสำคัญ: การปฏิบัติที่เป็นเลิศ, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

Abstract

The objective of this study was to collect and analyse model/methods of pre-treatment, treatment, and post-treatment phases in the institutions providing best practice services both nationally and internationally. The scoping review was used as a conceptual framework and research articles were selected from seven countries. Seventy out of 2,553 research studies were met criteria. Content analysis was used based on the Donabedian model. The results were summarized in 4 phases: 1) Pre-treatment phase, focuses on the quality of the management system and screening. 2) Treatment phase, emphasizes on standard care and practice guideline. 3) Post-treatment phase, centres on using the psychosocial care service, creating a network and developing a care system and 4) Unspecified treatment phase, emphasizes on integrated care with patient-centred care using communication and virtual technology for counselling.

Keywords: best practice, cancer patient, scoping review

Corresponding Author: Email: sisasat@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 ส.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ต.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 พ.ย. 2565

บทนำ

มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก 18.1 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2018 มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 6 ของคนที่เสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง¹ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563 ถึงร้อยละ 29.4 และในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการป่วยระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นมากที่สุดถึงร้อยละ 36² สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ภาพรวมของปัญหาโรคมะเร็งที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพของคนไทย และเชื่อมโยงถึงคุณภาพของรูปแบบและวิธีการรักษาโรคมะเร็ง อัตราการรอดชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว อย่างไรก็ตามพบการวิเคราะห์คุณภาพบริการด้านการดูแลผู้ป่วยสู่ความเป็นเลิศ 2 เรื่อง เรื่องแรกพบว่าบุคลากรด้านการพยาบาลมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและถ่ายทอดความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ รวมถึงรูปแบบด้านการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการบริการที่เป็นเลิศยังไม่ชัดเจนเพียงพอ³ และเรื่องที่สอง ผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการบริการในเชิงรูปธรรม และมีการรับรู้ด้านการให้ความมั่นใจต่อการบริการมากที่สุด ประเด็นที่ต้องปรับปรุงคือ การบริการที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วเพื่อลดระยะเวลาการเข้ารับบริการหรือรักษา⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รับบริการไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เผชิญอยู่⁵ แสดงให้เห็นภาวะท้าทายทั้งในด้านข้อมูลในเชิงทฤษฎีและปฏิบัติที่ยังมีรูปแบบการบริการไม่ชัดเจน และซับซ้อน ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการสู่ความเป็นเลิศ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ และครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปสู่การถอดบทเรียน การพัฒนาต่อยอด และนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์รูปแบบ/วิธีการให้บริการโรคมะเร็งทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาของหน่วยงานที่ให้การปฏิบัติเป็นเลิศ ระหว่างปี ค.ศ. 2012 – 2021

วิธีดำเนินการศึกษา

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ตาม the Arksey and O'Malley methodological framework⁶ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) ระบุปัญหาการวิจัยและกำหนดวัตถุประสงค์ของการทบทวน โดยตั้งคำถาม “รูปแบบและการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา หลังการรักษา และไม่ระบุระยะการรักษา จากหน่วยงานที่มีการปฏิบัติที่เป็นเลิศในประเทศและต่างประเทศเป็นอย่างไร”

2) กำหนดคุณสมบัติของงานที่จะนำมาศึกษา จากฐานข้อมูล CINAHL, PubMed, Scopus, Pro Quest, ThaiLis, ThaiJO, Google scholar ตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2012 – 2021

3) คัดเลือกงานวิจัยที่จะศึกษา ด้วยเครื่องมือ Population, Concept & Context โดยที่กลุ่มประชากร (population) ได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด แนวคิดที่สนใจ (concept) ได้แก่ การให้บริการ การรักษา การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด และบริบท (context) จาก 7 ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร เยอรมัน ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไทย เกณฑ์การคัดออก คือ งานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่โดยไม่ใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทย

4) จัดกลุ่มข้อมูลการศึกษาตามประเด็นหลักที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ วิธีการ/รูปแบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยทั่วไป การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา รวมทั้งแนวทางและคุณภาพของการให้บริการ โดยการสร้าง Data extraction sheet ข้อมูล 3 ส่วนตาม Donabedian model⁷ คือ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

5) สรุปข้อมูลและรายงานผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา หลังการรักษา รวมทั้งไม่ระบุระยะ โดยที่แต่ละระยะมี 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะงานวิจัย จัดหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ อยู่ภายใต้ชุดการวิจัย “การพัฒนาต้นแบบศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการโรคมะเร็งแบบครบวงจร” คณะผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ และ

ผ่านการอนุมัติ เลขรหัส 063/2563 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2563

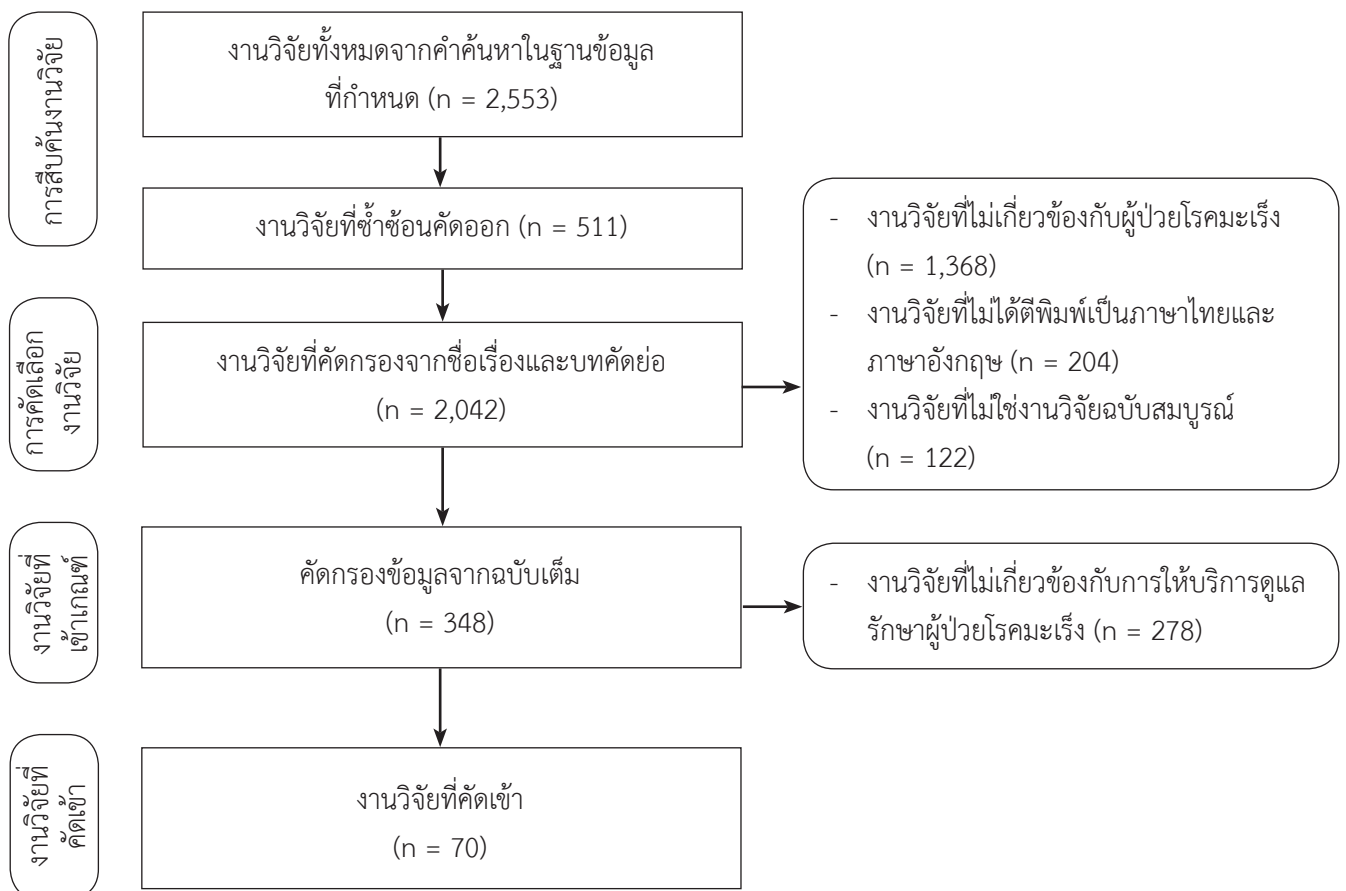
ผลการศึกษา

จากงานวิจัยทั้งหมด 2,553 เรื่อง มีงานวิจัยและวรรณกรรมที่ผ่านเกณฑ์ 70 เรื่อง (แผนภาพที่ 1) จัดกลุ่มข้อมูลตามระยะการรักษา คือ ระยะก่อนการรักษา ระยะระหว่างการรักษา ระยะหลังการรักษา และไม่ระบุระยะการรักษา โดยในแต่ละระยะแบ่งข้อมูลออกเป็น 3 องค์ประกอบตาม Donabedian model⁷ คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย สถานที่ สิ่งแวดล้อม บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ และวัสดุและครุภัณฑ์ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย กระบวนการบริหารจัดการ รูปแบบและวิธีการ และแนวปฏิบัติกิจกรรม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วยคุณภาพของผู้ใช้บริการและคุณภาพของผู้ให้บริการ สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระยะก่อนการรักษา (Pre-treatment phase)

ปัจจัยนำเข้า การศึกษาวิจัยและวรรณกรรม

ส่วนใหญ่ระบุสถานที่ในสถานพยาบาลและในชุมชน เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมะเร็ง แผนกรังสีรักษา และศูนย์ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน ส่วนบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงาน ทีมวิจัยที่เข้าไปศึกษา นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา นักวิเคราะห์ข้อมูลและผู้ประสานงานการทดลองทางคลินิก รวมถึงอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล⁵ และการใช้วัสดุครุภัณฑ์ เช่น เครื่อง Low-dose computed tomography (LDCT)⁸



แผนภาพที่ 1 แผนผังการสืบค้นงานวิจัยตาม Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA)⁹

กระบวนการ พบการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ เช่น การพัฒนาเครื่องมือช่วยการตัดสินใจ เพื่อปรับปรุงการจัดลำดับผู้ป่วย ระบบนัดหมาย การพัฒนา โมเดลเชิงทำนายระยะเวลาการให้บริการ¹⁰ การปรับปรุง มาตรฐานใหม่ในการตรวจวินิจฉัยให้เร็วขึ้น¹¹ การจัดการมะเร็ง ในระหว่างที่มีการระบาดของ Corona virus-19 โดยเน้น การจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ¹² และการบริหารจัดการ แบบบูรณาการ เช่น ในสหรัฐอเมริกา มีการพัฒนา City of Hope Tobacco Control Initiative เพื่อแก้ปัญหาโรคมะเร็งปอด จากการสูบบุหรี่ เน้นการทำงานแบบชุมชนมีส่วนร่วม และการใช้ เทคโนโลยีเพื่อคัดกรองมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่รายใหม่และ รายเดิมด้วยเครื่อง Low-dose computed tomography (LDCT) สามารถตรวจหามะเร็งปอดในระยะเริ่มต้นได้ และการส่งต่อเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง¹⁰ และใน สหราชอาณาจักร มีเครื่องมือเพื่อปรับปรุงการวินิจฉัยในระยะ เริ่มแรก เริ่มจากกระบวนการคัดกรอง เครื่องมือตรวจที่แม่นยำ การสื่อสารกับผู้ป่วย การช่วยเหลือในการปรับตัว และพฤติกรรม ของผู้ป่วย¹³ และได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการเข้าถึงบริการ โรคมะเร็งในปัจจุบัน⁸

ผลลัพธ์ พบประเด็นสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูล การรักษาตามจริง และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือก แนวทางการรักษา⁵ การเลิกสูบบุหรี่¹⁰ และอัตราการรอดชีวิต จากโรคมะเร็ง¹¹ ส่วนคุณภาพการให้บริการในด้านผู้ให้บริการ ประเมินจากต้นทุน ประสิทธิภาพค่าใช้จ่าย และประสิทธิผลที่ ได้รับ ผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และเสนอทางเลือก ที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นวิธีช่วย พึงศักยภาพของผู้ป่วยได้⁵

2. ระยะระหว่างการรักษา (Treatment phase)

ปัจจัยนำเข้า ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล เป็นทีม สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ตลอดจนเครือข่ายชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาล ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสา และพระภิกษุ^{14,15} รวมถึงบุคลากรด้านการดำเนินงาน ได้แก่ ทีมผู้บริหารองค์กรพยาบาล คณะกรรมการวิจัยและพัฒนา คุณภาพพยาบาล และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการจัดการ รายกรณี³ ในด้านการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบ

มีส่วนร่วม ส่วนเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น แบบการ ประเมินความเสี่ยงด้านโภชนาการ ความพึงพอใจ แนวปฏิบัติ ทางพยาบาล¹⁵ แนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการตรวจคัดกรอง¹⁶

กระบวนการ ในประเทศไทยใช้รูปแบบการวิจัย ที่หลากหลาย เช่น การวิจัยแบบผสมวิธี วิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม วิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย การสัมภาษณ์ เชิงลึก และการวิจัยเชิงพรรณนา ในต่างประเทศมุ่งเน้น การศึกษาเกี่ยวกับการรอดชีวิต การรักษาแบบบูรณาการ การพัฒนาทักษะของบุคลากร การตรวจสอบคุณภาพการดูแล และการกำหนดกรอบงาน เช่น การศึกษาเปรียบเทียบผล การรอดชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับ การรักษา¹⁷ รูปแบบและวิธีการรักษาแบบบูรณาการโดยใช้ ดนตรีบำบัดร่วมกับการนวด การฝังเข็ม และจิตวิทยาสุขภาพ¹⁸ ฝึกอบรมทักษะการสื่อสารของบุคลากรการแพทย์¹⁹ การตรวจ สอบและการติดตามเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการทบทวน เคมีบำบัดที่นำโดยพยาบาล (Nurse-led chemotherapy) และการใช้กลยุทธ์ให้บริการฉุกเฉินด้านมะเร็งวิทยา⁸ รวมทั้ง การสนับสนุนและพัฒนาแนวปฏิบัติกิจกรรมการ เช่น แนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งสหราชอาณาจักร เพื่อจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา²⁰ ให้ข้อมูลตามมาตรฐานการรักษาผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถ ติดต่อได้ตลอดและทันที และการจัดระบบข้อมูลทางคลินิก ให้มีการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงถึงกัน¹⁵

ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ Corona virus-19 มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการโดยใช้มาตรการเพิ่มขีด ความสามารถของบุคลากร และลดการติดต่อ/สัมผัสกับผู้ป่วย ให้มากที่สุด¹¹ โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมาสนับสนุนการ ประชุมเสมือนจริง และการเฝ้าติดตามอาการหรือผลการรักษา ระยะไกล ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ มุ่งเน้นที่การประเมิน เบื้องต้นและการบริหารจัดการให้ได้ใน 24 ชั่วโมงแรกก่อน ส่งต่อ²¹

ผลลัพธ์ คุณภาพการบริการที่ประเมินจากผู้รับบริการ คือ ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย และคุณภาพ ชีวิตที่ได้จากการรับบริการ²² การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระหว่างพยาบาลที่แสดงถึงการดูแลทางด้านจิตใจ²³ และมีความ มั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น²⁴ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแล ที่ดีขึ้นและญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น¹⁴ ผู้รับบริการไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่มีความทุกข์ทรมานการระดับรุนแรง¹⁵

ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาโดยคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง¹⁷ สถานบริการที่มีความพร้อมสูงมีอัตราการรอดชีวิตสูง²⁵ กิจกรรมการรักษาที่ผสมผสานกับการใช้ดนตรีบำบัด ช่วยลดอาการข้างเคียงจากการรักษา ลดความวิตกกังวลความฟุ้งซ่าน และช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย¹⁰

3. ระยะหลังการรักษา (Post - treatment phase)

ปัจจัยนำเข้า สถานที่ในการศึกษา พบในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และในชุมชน เช่น รพ.สต. มีบุคลากรเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อสม. และเครื่องมือที่ใช้ เช่น แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยใน²⁶⁻²⁸

กระบวนการ มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ปฏิเสธการรักษาพยาบาล²⁶ ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งหลังจากรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีบำบัด⁸ การวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพภาคบังคับของโรงพยาบาลในเยอรมัน²⁹ การศึกษาแบบผสมผสาน สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทางออนไลน์ในออสเตรเลีย²⁸ แนวปฏิบัติการดูแลในงานวิจัยไทย เช่น เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ให้ส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต. เพื่อจัดอบรม อสม. พบปะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและหายป่วย สร้างเครือข่ายบริการและพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้มีความพร้อม²⁷

ผลลัพธ์ ในแคนาดาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่กับบ้านหลังผ่าตัดมะเร็งได้ตามปกติ ระยะเวลาการใช้ชีวิตอยู่บ้านเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษามะเร็งด้วยการผ่าตัดได้ โดยพัฒนาวิธีการรักษาหรือหัตถการต่าง ๆ เพื่อลดจำนวนวันที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล³⁰ ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งปอดในเยอรมันทุกรายให้คะแนนการรักษาและดูแลในระดับดี ประเด็นที่ผู้ป่วยมีความเห็นเกี่ยวกับบริการที่ได้รับมากที่สุด คือ ประเด็นความไม่สอดคล้องของการรักษาโดยแพทย์คนเดียวกัน รู้สึกมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการตัดสินใจ และไม่พึงพอใจกับวิชาชีพและสังคม ประเด็นการฟื้นฟูสมรรถภาพและจิตวิทยามะเร็ง²⁹ และประเด็นคุณภาพผู้ให้บริการ สามารถประเมินจากรูปแบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบครอบคลุม ความร่วมมือกับเครือข่ายบริการในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและการแพทย์ทางเลือก²⁷

4. ไม่ระบุระยะการรักษา (Unspecified treatment phase) มีรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้ระบุระยะของการรักษา พอสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า มีการศึกษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก³¹ และแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก³² ศูนย์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบครบวงจร²⁸ หน่วยดูแลแบบประคับประคอง และสถานดูแลระหว่างวัน ด้านบุคลากรแบ่งประเภทตามหน่วยบริการ เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจากหน่วยบริการผู้ป่วยใน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลพยาบาล และสมาชิกของกลุ่มวิชาชีพอื่น ส่วนหน่วยบริการดูแลระหว่างวันและแผนกผู้ป่วยนอก มีสหสาขาวิชาชีพและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง²⁷ มีเครื่องมือวิจัย เช่น แบบรายงานผลลัพธ์ผู้ป่วย ที่ช่วยเจ้าหน้าที่คลินิกโรคและปัญหาเฉพาะการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ³²

กระบวนการ พบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือก³³ การประเมินทัศนคติของประชาชนต่อการบำรุงผิว พฤติกรรมการป้องกันแสงแดด และพฤติกรรมการถูกแดดเผาที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งผิวหนังในโครงการ SunSmart³⁴ การสร้างแนวปฏิบัติใหม่ตามหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ³⁵ การศึกษาระบบการปรับปรุงแก้ไขติดตามปัญหาการรักษาและเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วย และจัดทำปฏิทินการรับประทานยาแบบประคับประคอง³⁶ เป็นต้น

ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพของผู้ให้บริการที่พบ เช่น การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับทัศนคติและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง³⁷ เครื่องมือการดูแลแบบประคับประคอง inter RAI สามารถนำไปสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความเสี่ยงหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วยด้านโภชนาการ³⁸ และมีการกำหนดกลยุทธ์สำหรับการบริการ²⁴ ส่วนด้านคุณภาพของผู้รับบริการ เช่น กลุ่มเพศสภาพ (LGBTQ) ที่เป็นมะเร็ง มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของบุคลากรที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ การสื่อสารที่เปิดกว้างและไม่ตัดสิน และการเอาชนะการขาดความรู้และอคติ และกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านโดยการสื่อสารทางไกล³⁹

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระยะก่อนการรักษา การคัดกรองและพัฒนา ระบบการส่งต่อ มีความสำคัญอย่างยิ่งในระยะก่อนการรักษา เป็นมาตรการเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเข้าถึงอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ปรับปรุงเครื่องมือการตรวจ ให้มีความแม่นยำมากขึ้น ปรับปรุงระบบการจองคิวเข้าตรวจ และการจัดระเบียบคลินิก เพื่อให้การนัดหมายผู้ป่วยให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น การปรับปรุงมาตรฐานการวินิจฉัยใหม่ ให้รวดเร็วขึ้น และมีการเร่งประสานงานและประเมินผล รวมทั้งส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปรับการรักษาในระดับ ทุติยภูมิ เช่น ในสหรัฐอเมริกาที่จัดทำโครงการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มช่องทางเข้าถึงแหล่ง ข้อมูลในชุมชน⁸ สอดคล้องกับประเทศแคนาดาที่ให้บริการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยการตรวจ Mammogram และตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงอุจจาระทุก ๆ 2 ปี และปรับปรุงการนัดหมายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น⁴⁰ รวมทั้งในสหราชอาณาจักร มีการปรับปรุงมาตรฐาน การวินิจฉัยใหม่ให้เร็วขึ้นโดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ให้ได้รับ การวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นหรือโดยเร็วที่สุด¹¹ เป็นต้น

2. ระยะระหว่างการรักษา พัฒนารูปแบบการดูแล รักษาและการบริการให้มีประสิทธิภาพ เป็นประเด็นที่ทุก ประเทศกล่าวถึงในระยะระหว่างการรักษา เช่น สหราชอาณาจักรจัดให้มีระบบการตรวจสอบและการติดตาม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการทบทวนเคมีบำบัดที่นำ โดยพยาบาล²⁰ สหรัฐอเมริกามีการจัดรูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยผ่านคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพมะเร็ง ช่วยให้ผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง¹⁷ มีการรักษาที่ผสมผสาน กับการใช้ดนตรีบำบัด เพื่อช่วยลดอาการหรือผลข้างเคียง จากการรักษา ลดความวิตกกังวล ความฟุ้งซ่าน และช่วยให้ ผู้ป่วยผ่อนคลาย ในขณะที่ประเทศไทยมีการจัดบริการเพื่อ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพโภชนาการ ที่รุนแรง⁴¹ ขณะเดียวกันมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ เช่น ประเทศเยอรมนีมีการพัฒนาบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพให้มี ความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลแบบประคับประคอง⁴² สหราชอาณาจักรจัดให้มีการเสริมศักยภาพของพยาบาล ในการทบทวนเคมีบำบัด²⁰ แสดงให้เห็นถึงการมุ่งเน้นพัฒนา ไปที่กลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยตรง ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความขาดแคลน

ในวิชาชีพนั้น ๆ

3. ระยะหลังการรักษา ในระยะนี้การให้บริการ ทางจิตใจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นควรเปิดโอกาสให้ การแพทย์ทางเลือกมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ประเทศเยอรมนี ใช้แนวคิด “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” โดยใช้ผลิตภัณฑ์จาก ธรรมชาติและ/หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตควบคู่กันกับการ รักษาแบบดั้งเดิม นอกจากนี้ยังมีการจัดทำทาง การพยาบาลโดยไม่ใช้ยาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง⁴³ ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ดนตรีบำบัดเป็นรายบุคคล เพื่อลด ความเครียดด้านร่างกายและจิตใจ¹⁸ สอดคล้องกับประเทศ ออสเตรเลียมีการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมในการรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง²⁸ จะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศจะเลือกใช้ตาม บริบททางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่

4. ไม่ระบุระยะการรักษา พบว่ามีการทำงานร่วม กันแบบสหสาขาวิชาชีพ การดูแลแบบบูรณาการ และการใช้ เทคโนโลยีมักจะได้รับการกล่าวถึงในทุกระยะของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นการสร้างเครือข่ายบริการและพัฒนาระบบเชื่อมโยงกับ บุคลากรในระดับต่าง ๆ ทั้งเครือข่ายระหว่างวิชาชีพใน โรงพยาบาล เช่น แพทย์ รังสีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง นักรังสีการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และในชุมชน เช่น รพ.สต. พยาบาลชุมชน (รพช.) อสม. จิตอาสาและพระภิกษุ รวมทั้งเครือข่าย วิชาชีพด้านสุขภาพและสังคม ตัวอย่างในประเทศเยอรมนี มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลัง การรักษา ซึ่งเป็นเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย ระหว่างอาชีพที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์⁴⁴ จากประเด็นนี้ ทำให้ทราบว่า การพัฒนาระบบเชื่อมโยงบุคลากรในระดับ ต่าง ๆ ช่วยให้การบริการและการดูแลรักษามีความต่อเนื่อง และผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การดูแลแบบบูรณาการ เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการดูแล ในสหราชอาณาจักร ให้ความสำคัญต่อการสื่อสารและรับฟังผู้ป่วยมะเร็งและญาติ ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการดูแล⁴⁵ ในสหรัฐอเมริกาให้การบริการ แก่ประชากรกลุ่มน้อย และกลุ่มเพศสภาพ (LGBTQ) โดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เข้ารับการอบรมใน หลักสูตรผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้องอกวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของกลุ่ม LGBTQ ผู้ให้บริการและพนักงานสวมเครื่องประดับที่

ยืนยันตัวตน เช่น ธงสายรุ้ง หรือใช้โปสเตอร์ยืนยันในพื้นที่รอรับการตรวจ เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้³⁹ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยผู้ป่วยและญาติยังมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลรักษาโรคมะเร็งค่อนข้างน้อย⁵ ดังนั้นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการรับทราบข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบบริการในประเทศไทย

การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและเทคโนโลยีแบบเสมือนจริงในการให้บริการผู้ป่วยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดต่อรุนแรง ด้วยภาวะการแพร่ระบาดของ Corona virus-19 ทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในประเทศแคนาดาได้ปรับรูปแบบการให้บริการ โดยลดการติดต่อ/สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงเพื่อลดการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อ นำเทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาช่วยในการรักษา เช่น การให้บริการรักษาแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ให้บริการผ่านทางระบบเสมือนจริง (virtual)³⁶ สามารถลดปัญหาการเดินทางหรือการเข้าไม่ถึงบริการของผู้ป่วยได้ แต่อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องกิจกรรมที่จำเป็นต้องให้กับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การทำหัตถการ และกิจกรรมการพยาบาล เป็นต้น จะเห็นว่ารูปแบบการให้บริการจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ ตามบริบททางสังคมและนโยบาย

บทสรุป

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้พบว่า ในระยะก่อนรักษามุ่งเน้นการตรวจคัดกรองและคุณภาพของระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ระยะระหว่างการรักษาเน้นรูปแบบและวิธีการให้บริการตามมาตรฐาน แนวปฏิบัติ ที่สามารถดูแลและจัดการอาการป่วยได้ตามเป้าหมาย ไม่นำไปสู่ภาวะที่รุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิต เพิ่มศักยภาพของบุคลากรควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพในระยะหลังการรักษาเน้นการใช้บริการทางจิตใจและสังคม การสร้างเครือข่ายบริการและพัฒนาระบบเชื่อมโยงกับบุคลากรในระดับต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง และวางแผนการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต การรักษามุ่งเน้นการดูแลแบบบูรณาการ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่ผสมผสานการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและใช้เทคโนโลยีแบบเสมือนจริงในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัย คือ ได้รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งในระยะก่อนการรักษา ระยะรักษา และระยะหลังการรักษา และได้แนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง สำหรับข้อเสนอแนะ ควรมีการนำรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งในระยะก่อนการรักษา ระยะรักษา และระยะหลังการรักษาไปทดลองใช้เพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และพัฒนาต่อยอดการให้บริการโรคมะเร็งที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน มา ณ ที่นี้ด้วย

References

1. World Health Organization (WHO). WHO report on cancer: Setting priorities investing wisely and providing care for all. Geneva: WHO, 2020.
2. National cancer institute. Hospital-based cancer registry 2021; (36): 5-8. (in Thai)
3. Sutthiprapa P, Somsup R, Angkhanit M. The model development quality services of patient care for excellence in Roi-Et hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(1): 244-53. (in Thai)
4. Daoprasert K, Channam Y, Choengpanya W, Thammawong S, Cheamuangphan N, Arom L, et al. A study of cancer patients' expectations and perceptions on the quality of service, radiotherapy outpatient department, Lampang cancer hospital. Journal of Thai Association of Radiation Oncology. 2015; 21(1): 79-86. (in Thai).
5. Phodhidara, Y., Dumrongphakhaphakorn, P. Phanput, A. Poomphit, C. and Nungboon, S. Powerful knowledge of healthcare providers: Choices and perceived patient rights of laan women with breast cancer. Journal of Nursing and Health Care. 2014; 32(3): 6-13. (in Thai)

6. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 2005; 8(1), 19–32.
7. Donabedian A. Twenty year of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Eval Health Prof.* 1985; 8: 243-65.
8. Presant CA, Salgia R, Kulkarni P, Tiep BL, Sanani S, Leach B, et al. Implementing Lung cancer screening and prevention in academic centers, affiliated network offices and collaborating care sites. *J Clin Med.* 2020; 9(6).
9. PRISMA. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372.
10. Bentayeb D, Lahrichi N, Rousseau L. Patient scheduling based on a service-time prediction model: a data-driven study for a radiotherapy center. *Health Care Manag Sci.* 2019; 22(4): 768-782.
11. The NHS National Medical Director. Clinically-led review of NHS access standards: Interim report from the NHS national medical director. NHS: UK; 2019.
12. Dave RV, Kim B, Courteny A, O'Connell R, Rattay T, Taxiarchi VP, et al. Breast cancer management pathways during the COVID-19 pandemic: Outcomes from the UK 'alert level 4' phase of the B-MaP-C study. *Br J Cancer.* 2021; 124(21): 1785-94.
13. McMillian cancer support. Top tips for commissioners: Improving cancer services through primary care commissioning. England; 2016.
14. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat hospital, Khon kaen province. *Journal of Nursing and Health Care.* 2019; 37(2): 199-207. (in Thai)
15. Prayalaw S, Manokhoon K, Chathongyot N, Prasanchum P. Development of a nursing care model for patients with head and neck cancer receiving chemo-radiotherapy. *Journal of Nursing and Health Care.* 2019; 37(4): 244-53. (in Thai)
16. Chen H, Johnson M, Boland E, Seymour J, Macleod U. Emergency admissions and subsequent inpatient care through an emergency oncology service at a tertiary cancer centre: service users' experiences and views. *Support Care Cancer.* 2018; 27(2): 451-60.
17. Liu JC, Kaplon A, Blackman E, Miyamoto C, Savior D, Ragin C. The impact of the multidisciplinary tumor board on head and neck cancer outcomes. *The Laryngoscope.* 2020; 130(4): 946-50.
18. Lopez G, Christie A, Power-James C, Bae MS, Dibaj SS, Gomez T, et al. The effects of inpatient music therapy on self-reported symptoms at an academic cancer center: a preliminary report. *Support Care Cancer.* 2019; 27(11): 4207-12.
19. Iwamoto M, Nakamura F, Higashi T. Monitoring and evaluating the quality of cancer care in Japan using administrative claims data. *Cancer Sci.* 2016; 107(1): 68-75.
20. Oncology Nursing Society (ONS). Acute oncology initial management guideline. UK: 2020.
21. Hannon B, Mak E, AL Awamer A, Banerjee S, Blake C, Kaya E, et al. Palliative care provision at a tertiary cancer center during a global pandemic. *Support Care Cancer.* 2021; 29(5): 2501-2507.
22. Kanrat K, Pongthavornkamol K, Wattanakitkrileart D. Factors associated with perception of quality of care in cancer patients during hospitalization. *Chula Med J.* 2016; 60(5): 523-34. (in Thai)

23. Saikaew S, Tanatwanit Y, Kunsongkit W. Effective communication between nurses and advanced cancer patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 21(2): 93-101. (in Thai)
24. Wamaloon C, Tubtimhin S, Niramansakulpong P, Halak C, Tubtimhin S, Limjitrakorn P, et al. Development of caring model for cancer outpatients with undergoing radiation therapy in the temporary rental house community. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*. 2017; 1(1): 39-60. (in Thai)
25. Itzstein MS, Lu R, Kernstine KH, Halm EA, Wang S, Xie Y, et al. Closing the gap: Contribution of surgical best practices to outcome differences between high- and low-volume centers for lung cancer resection. *Cancer Med*. 2020; 9(12): 4137-47.
26. Yommuang W, Phithaktham C, Wongpairin A, Soleb T. The process of following up with breast cancer patients refusing medical treatment. *Srinagarind Medical Journal*. 2017; 32.
27. Gahr S, Lodel S, Berendt J, Thomas M, Ostgathe C. Implementation of best practice recommendations for palliative care in German. *Comprehensive Cancer Centers. Oncologist*. 2019; 25(2): e259-e265.
28. Hunter J, Ussher J, Parton C, Kellett A, Smith C, Delaney G, et al. Australian integrative oncology services: A mixed-method study exploring the views of cancer survivors. *BMC Complement Altern Med*. 2018; 18(1): 153.
29. Steeb T, Wessely A, Merkl H, Voskens C, Erdmann M, Heinzerling L, et al. Experiences of in-patients with skin cancer in a German university hospital setting: A cross-sectional survey. *Patient Preference Adherence*. 2021; 15: 41-8.
30. Chesney TR, Haas B, Coburn NG, Mahar AL, Zuk V, Zhao H, et al. Patient-centered time-at-home outcomes in older adults after surgical cancer treatment. *JAMA Surg*. 2020; 155(11): e203754.
31. El Majzoub I, Qdaisat A, Chaftari PS, Yeung SJ, Sawaya RD, Jizzini M, et al. Association of emergency department admission and early inpatient palliative care consultation with hospital mortality in a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer*. 2019; 27(7): 2649-55.
32. Sibert N, Kowalski C, Pfaff H, Wesselmann S, Breidenbach C. Clinicians' knowledge and attitudes towards patient reported outcomes in colorectal cancer care - insights from qualitative interviews. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21: 366.
33. Lim E, Vardy J, Oh B, Dhillon H. Integration of complementary and alternative medicine into cancer-specific supportive care programs in Australia: A scoping study. *Asia-Pac J Clin Oncol*. 2017; 13(1): 6-12.
34. Tabbakh T, Vlokov A, Wakefield M, Dobbinson S. Implementation of the SunSmart program and population sun protection behaviour in Melbourne, Australia: Results from cross-sectional summer surveys from 1987 to 2017. *PLoS Med*. 2019; 16(10): 1-17.
35. Omata M, Cheng A, Kokudo N, Kudo M, Lee JM, Jia J, et al. Asia-pacific clinical practice guidelines on the management of hepatocellular carcinoma: a 2017 update. *Hepatol Int*. 2017; 11(4): 317-70.

36. Marchese M, Heintzman A, Pasetka M, Charbonneau F, DeAngelis D, Peragine C. Development of a process map for the delivery of virtual clinical pharmacy services at Odette cancer centre during the COVID-19 pandemic. *J Oncol Pharm Pract*. 2021; 27(3): 650-57.
37. Brouwers MC, Vukmirovic M, Spithoff K, Makarski J. Understanding optimal approaches to patient and caregiver engagement in the development of cancer practice guidelines: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): 186.
38. Stevens T, Keller H, Williams N, Downar J, Gughrie D. Cross-sectional nutrition profile of palliative home care clients in Ontario and performance of the interRAI palliative care nutrition clinical assessment protocol. *J Parenter Enter Nutr*. 2021;45(1): 183-92.
39. Sutter ME, Simmons VN, Sutton SK, Vadaparampil ST, Sanchez JA, Bowman-Curci M, et al. Oncologists' experiences caring for LGBTQ patients with cancer: Qualitative analysis of items on a national survey. *Patient Educ Couns*. 2021; 104(4): 871-76.
40. Wang AMQ, Yung EM, Nitti N, Shakya Y, Alamgir AKM, Lofters AK. Breast and Colorectal Cancer screening barriers among immigrants and refugees: A mixed-methods study at three community health centres in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2019; 21(3): 473-482.
41. Prayalaw, S., Manokhoon, K., Chathongyot, N., and Prasanchum, P. Development of a Nursing Care Model for Patients with Head and Neck Cancer Receiving Chemo-radiotherapy. *Journal of Nursing*. 2019; 37(4): 244-253. (in Thai)
42. Harnischfeger N, Rath HM, Ullrich A, et al. Evaluation of a communication skills training to facilitate addressing palliative care related topics in advanced cancer patients: Study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*. 2020; 19: 67.
43. Thronicke A, Oeia SL, Merkle A, Herbstreitb C, Lemmensb H, Grahb C, et al. Integrative cancer care in a certified cancer centre of a German anthroposophic hospital. *Complementary Therapies in Medicine*. 2018; 40: 151-157.
44. Griesshammer E, Adam H, Sibert NT, Wesselmann S. Implementing quality metrics in European cancer centers (ECCs). *World Journal of Urology*, 2019; 39: 49-56.
45. Royal Pharmaceutical Society Faculty. Professional curriculum to support members with the knowledge, skills, experience and behaviours to advance in their practice. *Professional Curriculum for Cancer Care*. 2014: 1-42.