

The Systematic Reviews on Palliative Nursing Management in The Terminally Ill Cancer Patients from Hospital to Home

Sureewan Sawangha, M.S.N.¹, Jaruwan Sanongyard, M.S.N, Ed.D.², Tiwa Mahaprom, M.S.N., M.Ed³
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹⁻³

Division of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi¹

Division of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi²

Department of Adult Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai³

Received: Nov 7, 2022

Revised: Jul 25, 2023

Accepted: Aug 31, 2023

Abstract

Background: Patients with cancer who are in the terminal stage are at high risk of death. These patients must return home for palliative care until their last days. Therefore, there is a need for a patient treatment service system to manage and coordinate treatment between hospitals and homes for efficient and continuous nursing.

Objectives: This report is a literature review with the purpose to summarize the practice methods and results of palliative care at home.

Methods: The research method is studying the existing research results published between the years 2017 and 2022, from May 2022 to April 2023, using the electronic databases of Thai journals, namely TCJO and Thai LIS Digital Collection, and following the PICOS Framework concept of Joanna Briggs Institute.

Materials: The quality analysis of the research study was conducted using the Review Manager software for a quasi-experimental study assessment, following the Checklist for Quasi-Experimental Studies: non-randomized experimental studies. Subsequently, the data was subjected to statistical analysis using Meta-analysis, and content analysis was performed to address the literature review questions.

Results: The search results from the keyword search yielded a total of 226 research reports. Among these, 219 were from the TCJO database, and 7 were from the Thai LIS Digital Collection. Six studies met the criteria for literature review based on the PICOS framework: 3 quasi-experimental studies and 3 operational studies. The research quality levels were rated as TCI 1 and 2, with three studies falling into each category. However, the statistical results were insufficient for Meta-analysis, so content analysis was performed instead. The study focused on two models of patient care service systems for end-stage cancer patients transitioning from hospitals to home care. The first model was case management, and the second model involved network and family participation. The results indicated an improvement in the quality of care with the implementation of the Palliative Care Outcome Scale (POS). There was no significant difference in the measured physical performance (palliative performance scale: PPS) between the two models, but the group receiving care in the emergency department had fewer hospital admissions and shorter hospital stays compared to the control group.

Additionally, the palliative care at home continuity led to an overall improvement in the patient's quality of life.

Conclusions: The patient care service system model of transitioning end-stage cancer patients from hospitals to home care, with the involvement of healthcare professionals and working as a network from hospital to home, promotes and supports patients and caregivers in self-care management, leading to an improved quality of life. This positively benefits the patients, their families, and the hospitals and aligns with the policies of the Ministry of Public Health.

Key words: Palliative; Home Care in Cancer Patients; palliative Care

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาล

แบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

สุริวรรณ แสงวงหา, พย.ม.¹, จารุวรรณ สอนงญาติ, พย.ม.,ศศ.ด.², ทิพา มหาพรหม, พย.ม.,ค.ม.³

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹⁻³

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี¹

ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี²

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย เป็นภาวะเสี่ยงสูงที่ส่งผลต่อผู้ป่วยจะเสียชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปดูแลที่บ้านจนถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการจัดการระบบบริการพยาบาล การวางแผนเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อสรุปวิธีปฏิบัติและผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านจากหลักฐานงานวิจัยที่มีคุณภาพ

วิธีการศึกษา: การสืบค้นข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี.ศ.2560-2565 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 -เมษายน 2566 ด้วยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารในประเทศไทย คือ TCIO และ Thai LIS Digital Collection และตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริกส์ PICOS Framework

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager ในการศึกษาเชิงทดลอง ประเมินคุณภาพภายในของงานวิจัยกึ่งทดลองตามแบบตรวจสอบงานวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Meta analysis และวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา: ผลจากการสืบค้นด้วยคำค้นพบรายงานวิจัยทั้งหมด 226 เรื่อง จากฐานข้อมูล TCIO 219 เรื่อง จากวารสาร Thai LIS Digital Collection 7 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยตรงตามเงื่อนไขการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) 6 เรื่องเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 3 เรื่อง และเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง ระดับคุณภาพงานวิจัยอยู่ในระดับ TCI 1 และ 2 อย่างละ 3 เรื่อง พบผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ด้วย Meta analysis จึงวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา โดยจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่คล้ายคลึงกัน ได้ 2 รูปแบบคือ การจัดการระบบบริการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณี และรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและครอบครัว พบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ผลการวัดสมรรถนะของร่างกายไม่แตกต่างกันแต่ การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและอัตราการเสียชีวิตที่บ้านสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน ด้วยการส่งต่อดูแลที่บ้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงขึ้น

สรุป/วิจารณ์: รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จะส่งผลที่ดีขึ้นเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ การทำงานเป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงบ้าน เป็นการส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ป่วยครอบครัว โรงพยาบาลและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย; การพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน; การพยาบาลแบบประคับประคอง

บทนำ

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนกว่า 19 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตถึง 9.6 ล้านคน และมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นในทุกปี ส่วนข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งสถานการณ์โรคมะเร็งโลกระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นอย่างมาก^{1,2} ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้หมดหวังในชีวิต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ความเจ็บป่วยต่างๆ³ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้าย ที่มีอาการลุกลามของโรคจนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ² ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต แผนการรักษาเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาให้หายจากโรคเป็นการให้ความสำคัญกับการดูแลและคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่โดยไม่เหนียวแน่นถึงการตาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO)⁴ ให้คำจำกัดความการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ลดทอนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคมของ

ผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลตั้งแต่แรกวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจยังอยู่นานหลายเดือน โดยผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมานจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วย โดยมีความเกี่ยวข้องกับการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต (Withholding life-sustaining treatment) และการถอนการรักษาที่ได้รับ (Withdrawal life-sustaining treatment)² นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงที่สุด หากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของสถานพยาบาลและของครอบครัวได้ที่สำคัญคือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำไปสู่การตายดีสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์⁴ จากการเปิดเผยขององค์การอนามัยโลก พบว่าแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ซึ่งร้อยละ 34 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย⁴ ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองนับเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ โดยปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวนมาก แต่มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงบริการได้⁵ จากการเก็บข้อมูล ของกระทรวงสาธารณสุขไทย Service Plan สาขา Intermediate Palliative Care ในปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านมีเพียงร้อยละ 36.04 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเองได้มีนโยบายผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลมีหน่วยบริการ เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี 2558 ปัจจุบันแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 Service Plan สาขา Intermediate care & Palliative care มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมโยงระบบบริการ Palliative care ในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงาน การส่งข้อมูล แผนและระบบการบริการดูแล ทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง มีการจัดระบบบริการ สร้างระบบเครือข่ายบริการพยาบาลของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เพิ่มโอกาสในการจัดการปัญหา เกิดการพึ่งพาซึ่งกันและกันและสุดท้ายเกิดอำนาจและพลังในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹ อีกทั้งได้วางรากฐานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลครอบคลุมทั้งระดับเขต จังหวัด จนถึงระดับอำเภอ ให้เกิดการปฏิบัติจริงในทุกๆ พื้นที่เกี่ยวข้องกับบริการต่างๆ⁶ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สนับสนุนเภสัชกร นักกายภาพบำบัดและอาสาสมัคร มีบทบาทสำคัญ ในการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว⁴ การทำงานร่วมกันแบบ สหวิทยาการ คือกฎแห่งความสำเร็จในการกำหนดเป้าหมายการดูแลซึ่งสนับสนุน คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดและบรรเทาอาการทรมานสำหรับผู้ป่วยในที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม นอกจากนี้อัตราการกลับเข้ารับรักษาใหม่เมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ 7 วันลดลงอย่างมากด้วยวิธีการทำงานเป็นทีม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการประเมินการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมโดยความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ⁷ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักที่สำคัญ ในระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สุขให้สัมฤทธิ์ผลอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาเครือข่าย ระบบการบริการ

พยาบาลแบบประคับประคอง เพื่อปรับสู่การปฏิบัติงานจริง ในพื้นที่ตามบริบทของสังคมไทย โดยเชื่อมโยงระบบเครือข่ายบริการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกันภายใต้หลักการพยาบาลองค์รวมอย่างเป็นรูปธรรม⁶ แต่พบว่าอุปสรรคและปัญหาในการดูแล คือ ระบบในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังไม่ชัดเจนขาดแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่เพียงพอในการจัดการความปวด ขาดความรู้ในด้านเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนองตอบความต้องการของครอบครัวและการให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยหนักระยะสุดท้าย ขาดการให้การสนับสนุนด้านความรู้และทักษะจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลระยะสุดท้าย⁸ ซึ่งการพัฒนาแบบแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลง พยาบาลและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากขึ้น แบบแผนการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมลดความทุกข์ทรมานของชีวิตเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน⁹

จากการสืบค้นงานวิจัยเบื้องต้นพบ การศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยกึ่งทดลองในประเทศไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 เรื่อง ไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) เพื่อรวบรวมคัดเลือกผลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปองค์ความรู้ สรุปแนวทางในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทยที่ได้จากผลงานวิจัยนั้นว่ามี รูปแบบ วิธีปฏิบัติการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสรุปรูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อสรุปผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิธีการศึกษา (Methods)

กลุ่มตัวอย่าง วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่ทำการศึกษาในประเทศไทยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แหล่งข้อมูลสืบค้น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ของประเทศไทยตามทางเว็บไซต์ต่างๆ ฐานข้อมูลที่เข้าสืบค้นประกอบด้วย ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCUJO) และ Thai LIS Digital Collection ที่เข้าถึงได้จากระบบคอมพิวเตอร์ โดยคำสืบค้นคือผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการระบบบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้านการพยาบาลแบบประคับประคองที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 - เมษายน 2566

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) คือ 1) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการ ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทยเป็นตัวแปรต้น 2) เป็นการศึกษา

เกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านในประเทศไทย เป็นตัวแปรตาม 3) เป็นงานวิจัยที่มีรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลองที่ศึกษาในประเทศไทย ที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่เป็นภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกงานวิจัย (Exclusion criteria) คือไม่เป็นไปตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) และไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ขั้นตอนการสืบค้นงานวิจัยประกอบด้วย

1. กำหนดคำสำคัญ (Key words) ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการระบบบริการพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่บ้านการพยาบาลแบบประคับประคอง

2. สืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ใช้กรอบแนวคิดตามหลักการทบทวนวรรณกรรม ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ หลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) ที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบวิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอนไว้¹⁰ รายงานวิจัยมีเกณฑ์คัดเลือกรายงานวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง (Population) เป็นกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลระยะสุดท้าย

การ จัดกระทำ (Intervention) คืองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการบริการพยาบาลด้วยรูปแบบประคับประคอง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านรูปแบบการวางแผนจำหน่าย การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายในชุมชน หรือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การเปรียบเทียบ (Comparison) เปรียบเทียบผลลัพธ์ของ Palliative care กับผลการ

ประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS score) หรือผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) คุณภาพชีวิต สมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน, การรับรักษาในโรงพยาบาล และหรือจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ (Outcome) คือผลที่เกิดจากการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้าน คือผลลัพธ์ทางคลินิก¹¹ ที่สำคัญในผู้ป่วยตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS score) ประกอบด้วย 9 อาการ คือ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการร่งงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ประกอบด้วย 1) อาการปวด 2) อาการรบกวนอื่น 3) ความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย/การรักษา 4) ความวิตกกังวลของครอบครัว 5) การได้รับข้อมูล ความเจ็บป่วยและการดูแล 6) การได้ระบายความรู้สึก 7) ความรู้สึกซึมเศร้า 8) รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า 9) การเสียเวลาในการดูแลรักษา 10) การได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย สมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรับรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

รูปแบบการศึกษา (Study design) การศึกษาเชิงทดลอง การศึกษาเชิงทดลอง และงานวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

3. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

(TCIJO) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai LIS) และการสืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่ค้นได้ (Reference list)

4. สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนดด้วยวิธีการสืบค้น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นจากรายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบนี้มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) ที่ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย ตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical appraisal form) โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยกึ่งทดลอง และ 3) แบบสกัดข้อมูล (Data extraction form) โดยทั้งสองแบบประเมินผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนา บริกส์ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ซึ่งมีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูลโดยทดสอบความตรงกันของผู้บันทึกโดยผู้วิจัย 3 คนอย่างมีอิสระโดยนำแบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบสกัดข้อมูล ไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากรายงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater agreement) พบว่ามีความเห็นที่ตรงกันทั้ง 5 เรื่อง วิเคราะห์คุณภาพงานวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager (Rev Man) ในการศึกษาเชิงทดลอง ประเมินคุณภาพภายในของงานวิจัยกึ่งทดลองตามแบบตรวจสอบงานวิจัยกึ่งทดลอง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Meta analysis และวิเคราะห์สรุปเชิง

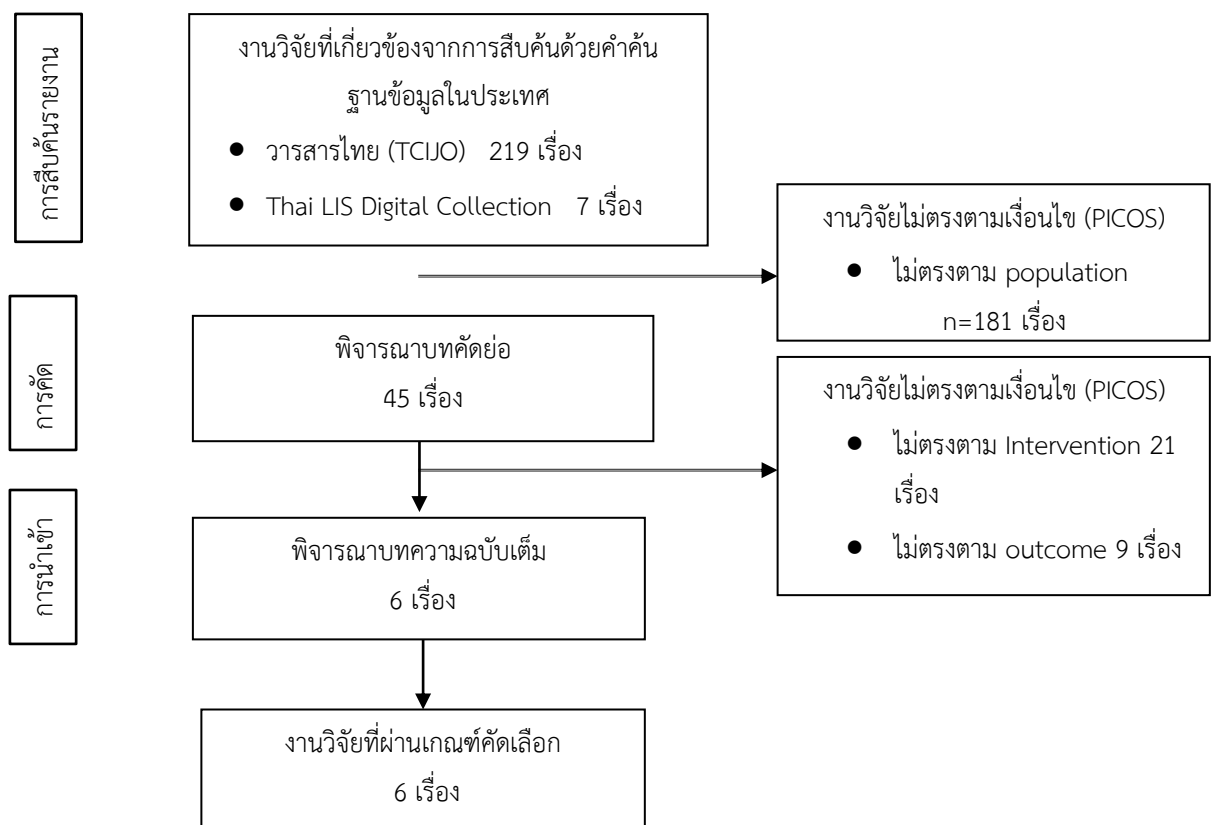
เนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวนวรรณกรรม
(Native summary)

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติ
จริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณา
การวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
เลขที่โครงการวิจัย 0010.1/2562 วันที่
รับรอง 25 เมษายน 2565 วันหมดอายุ 26 เมษายน
พ.ศ. 2566

การคัดกรองงานวิจัย

ผลจากการสืบค้นด้วยคำค้น การพยาบาลแบบ
ประคับประคองรายงานวิจัยทั้งหมด 226 เรื่อง ใน
ฐานข้อมูล วารสารไทย (TCUJO) 219 เรื่อง จาก
วารสาร Thai LIS Digital Collection 7 เรื่อง

สืบค้นด้วยคำสำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
พบว่ามีการวิจัยไม่ตรงตาม population 181 เรื่อง
เหลืองานวิจัยเข้าเกณฑ์พิจารณาบทความ 45 เรื่อง
สืบค้นด้วยสืบค้นต่อการพยาบาลจากโรงพยาบาล
สู่บ้าน โดยพิจารณาบทความ 45 เรื่อง พบว่างานวิจัยไม่ตรง
ตามเงื่อนไข 42 เรื่อง ประกอบด้วยไม่ตรงตาม
Intervention 21 เรื่อง ไม่ตรงตาม Outcome 9
เรื่อง และไม่ตรงตาม Study design 10 เรื่อง
หลังจาก นำบทความฉบับเต็มมาพิจารณา
รายละเอียดเหลืองานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์ ใน
การศึกษาค้นคว้าการทบทวนวรรณกรรม (PICOS)
ได้งานวิจัยที่ผ่านตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ 6 เรื่อง ดังภาพ
ที่ 1



ภาพที่ 1 การคัดรายงานวิจัยเข้ามาในการศึกษา

ผลการสกัดข้อมูลการวิจัย

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ตามหลักการทบทวนวรรณกรรม (PICOS) พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ 6 เรื่องเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-post test Design) ทั้งหมด 3 เรื่อง งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 เรื่อง ไม่พบงานวิจัยเชิงทดลอง งานวิจัยทั้งหมดได้รับการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ระดับคุณภาพงานวิจัย ถูกจัดอยู่ในระดับ TCI 1 จำนวน 3 เรื่องและ TCI กลุ่มที่ 2 จำนวน 3 เรื่อง ส่วนงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่พบมีผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอในการวิเคราะห์ด้วย Meta analysis จึงวิเคราะห์ สรุปเชิงเนื้อหาเพื่อตอบคำถามการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า รูปแบบวิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการรายกรณี 1 เรื่อง และรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2 เรื่อง และอีก 3 เรื่องเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) 3) ประเมินของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) 4) ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) และ 5) การเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรับรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านที่ตีพิมพ์ทั้งหมด 6 งานวิจัยดังตารางที่ 1-6 ดังนี้

ตารางที่ 1 การศึกษาที่ 1

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยจังหวัดลำปาง ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: รัตนาภรณ์ รักชาติ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ กัญญา ศรีอรุณ ปานจิตร วงศ์ใหญ่ ภัทรนัย ไชยพรม ชื่อวารสาร: วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่เผยแพร่: 2565;4(2)1-19 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ทีมผู้ให้บริการผู้ป่วย 5 คน ผู้ป่วย และผู้ดูแล 6 คน เครือข่ายชุมชนต้นแบบ 10 คน
การจัดกระทำ (intervention)	การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลก 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งใน ชุมชนต้นแบบ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบมีแนวทางพัฒนาที่สำคัญ 6 ประเด็น โดยเชื่อมระบบไร้รอยต่อระหว่างบ้านและโรงพยาบาล เสริมความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ใช้หลัก "บวร" (บ้าน วัด ราชการ) ในการทำงานร่วมกัน จัดสร้างศูนย์อุปกรณ์ที่เข้าถึงง่าย ดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ โดยใช้พิธีกรรมล้านนา และจัดตั้งศูนย์เรียนรู้โรคมะเร็งเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคมะเร็ง สุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน

ตารางที่ 1 การศึกษาที่ 1 (ต่อ)

การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบ 1. Palliative care Outcome Scale for: POS 2. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการ
ผลลัพธ์ (outcome)	ผลลัพธ์ทางคลินิก 1. ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (POS) หลังการใช้รูปแบบดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .028 และ p 0.021)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบ

ตารางที่ 2 การศึกษาที่ 2

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ภิญโญ อุทธิยา, ขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, พัทธพร เกิดมงคล และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์ ชื่อวารสาร: วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่เผยแพร่: 2561;48(3):371-383 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะท้ายของโรงพยาบาลรามารัตน์ที่มารับบริการในหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน
การจัดกระทำ (intervention)	โปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม การพยาบาลครอบคลุมระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยมี เนื้อหากิจกรรมดังนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) มีการอบรมให้ความรู้เรื่อง โรคและการดำเนินของโรคและการสอนสาธิตทักษะ การจัดการอาการของโรค การส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 2) การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, และโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ทำแบบทดสอบสุขภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test (CMT)) และแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต และอาการไม่สุขสบาย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ, 2) แบบประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ESAS) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง

ตารางที่ 2 การศึกษาที่ 2 (ต่อ)

การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคะแนน คุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G Version 4) 4 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านอารมณ์ 2) การทำหน้าที่ 3) ด้านร่างกาย และ 4) ด้านครอบครัวและสังคม เปรียบเทียบอาการไม่สบาย (ESAS score) อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และ อาการอ่อนเพลียอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล
ผลลัพธ์ (outcome)	1) กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านสังคม/ครอบครัว และด้านจิตใจ/อารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการไม่สบาย (ESAS score) มีอาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และอาการอ่อนเพลียเป็นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย อาการไม่สบายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มแต่อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ($p < 0.001$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) และ ($p < 0.001$)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลัง การทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการจัดการ รายการผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนใช้สถิติใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) มา เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ตารางที่ 3 การศึกษาที่ 3

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ช่อผกา ปุยขาว, สุริพร ธนศิลป์, จรรยา ฉิมหลวง ชื่อวารสาร: วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่เผยแพร่: 2562; 26(2):93-106 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แบบ ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 คน โดยการจับคู่ ผู้ดูแลให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย ในชีวิตประจำวัน
การ จัดกระทำ (intervention)	กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผ่านการตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ .80 สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอน การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผู้ดูแลให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (Pre-test) และ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมพร้อมกับการให้ข้อมูลสุขภาพและให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังนี้ วันที่ 1 แลกเปลี่ยนข้อมูล เสริมแรงบวก ให้ ความรู้เรื่องโรค การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลในกิจกรรมประจำวัน

ตารางที่ 3 การศึกษาที่ 3 (ต่อ)

การจัดกระทำ (intervention)	ประเมินผลกิจกรรมการให้ความรู้ตามแผนการสอนและมอบคู่มือฯ ติดตามและเสริมแรง วันที่ 2 ให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อได้นำไปปฏิบัติ ให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลแบบประคับประคอง การบริหารยา และการจัดการอาการ โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัว ตัดสินใจดูแลผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น วันที่ 3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกความรู้สึก ตลอดจนปัญหาอุปสรรคเมื่อได้นำไปปฏิบัติ ทบทวนความรู้กิจกรรมการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ในส่วนที่พร้อมและ สาธิตกิจกรรมการดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลต้องการทบทวน เพิ่มเติม ติดตามและเสริมแรงช่วงเย็น วันที่ 4,5,6 ติดตามแบบไม่เป็นทางการโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ในช่วงเย็น เพื่อเสริมแรงและให้กำลังใจ วันที่ 7 ประเมินผลกิจกรรมการมีส่วนร่วมโดย ให้ผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัย นัดพบผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนทดลองและหลังทดลอง
การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยวัดก่อนและหลังการทดลองและ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
ผลลัพธ์ (outcome)	1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995)

ตารางที่ 4 การศึกษาที่ 4

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ศรีรัตน์ มากมาย, พรรณี สิทธิโน, สีดา พรหมรินทร์ ชื่อวารสาร: วารสารโรคมะเร็ง ปีที่เผยแพร่: 2561; 8(2):45-56 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่จำนวน 267 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 136 ราย และกลุ่มทดลอง 131 ราย ตามเกณฑ์การคัดเข้า
การจัดกระทำ (intervention)	แผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประยุกต์จากการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ประกอบด้วย กระบวนการดูแล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 กระบวนการดูแลที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โดยทีมผู้จัดการการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 2 ทีม คือ ทีมหลักโรงพยาบาล คือแพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกรชุมชน 1 คน มีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล และส่งต่อให้ทีมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ทีมเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ตารางที่ 4 การศึกษาที่ 4 (ต่อ)

การจัดกระทำ (intervention)	ทีมรพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เภสัชกรชุมชน 1 คนให้การดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีกิจกรรมทบทวนและทำความเข้าใจแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ และทีมดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน วางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ทบทวนประวัติการเจ็บป่วยประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดยใช้ PPS Score ประเมินอาการรบกวน โดยใช้ ESAS ส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษา ต่อเนื่องที่บ้านแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ ผ่านระบบเยี่ยมบ้าน ส่วนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพการดูแล แบบประคับประคองในชุมชน ติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วัน จากวันที่ได้รับข้อมูลผ่านระบบเยี่ยมบ้าน กรณีเร่งด่วนจะมีการประสานงาน และกำหนดให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 1-2 วัน กำหนดเวลาเยี่ยม ครั้งละ 1 ชั่วโมง ให้การดูแลครอบคลุมใน 2 ประเด็น คือ การจัดการอาการรบกวนและการสนับสนุน ครอบครัวผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน มีการนัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้า และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมและเตรียมทีมเยี่ยม ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การบริหารยาที่ได้รับล่าสุด เตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์และยาที่จำเป็น สำหรับจัดการอาการรบกวน เตรียมเอกสารที่จำเป็น เช่น ใบส่งตัว ใบสั่งยา ใบรับรองแพทย์ ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้านดังนี้ เพื่อจัดการอาการรบกวน วัดสัญญาณชีพ ประเมิน PPS Score ประเมินอาการรบกวน (ESAS) ระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยมีเนื้อหากิจกรรมดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 อบรมให้ความรู้เรื่องโรค การดำเนินของโรค การสอนสาธิตทักษะ การจัดการอาการของโรค การส่งเสริมความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ทำแบบทดสอบสุขภาพจิตและประเมินของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (PPS) ความถี่ของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านขึ้นกับระดับสมรรถนะของร่างกาย (PPS Score)
การเปรียบเทียบ (comparison)	เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง 4 ด้าน คือ 1) ความผาสุกทางด้านอารมณ์ 2) การทำหน้าที่ 3) ด้านร่างกาย และ 4) ด้านครอบครัวและสังคม เปรียบเทียบอาการไม่สุขสบาย (ESAS score) อาการเบื่ออาหาร อาการไม่สุขสบายกายใจ และอาการอ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล
ผลลัพธ์ (outcome)	กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการในแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คือ 1. สาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การจัดการความปวดร้อยละ 83.9 2. การดูแลออกซิเจน การทำแผล จัดการอาการรบกวน เช่น ปรับยาระงับปวด ให้ยาบรรเทาอาการเหนื่อยร้อยละ 81.7 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่ม ระดับสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตกลุ่มทดลองมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง (P= 0.001)
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ สองกลุ่มชนิดวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-post test Design) ใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน เพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามเพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามต่อการได้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลประยุกต์

ตารางที่ 5 การศึกษาที่ 5

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่าย โรงพยาบาลพระพุทธรูป ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: เพ็ญศรี จาประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช ชื่อวารสาร: วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่เผยแพร่: 2564;30(6):1101-1111 TCI กลุ่มที่: 1
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ร่วมวิจัยประกอบทีมสหวิชาชีพ 41 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 31 คน และผู้ดูแลหลัก 31 คน
การ จัดกระทำ (intervention)	ระยะที่ 1 ของการศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระยะที่ 2 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไข และสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (1) การวางแผนการดูแล (2) การดูแลประคับประคองแบบองค์รวมโดยใช้แนวคิด LIFESS (3) การจัดการดูแลในวันสุดท้ายของชีวิตร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ในเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรูป ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ
การเปรียบเทียบ (comparison)	1. ค่าเฉลี่ย POS 2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3. ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ
ผลลัพธ์ (outcome)	1. ค่าเฉลี่ย POS 1) อาการปวด 2) อาการรบกวนอื่น 3) ความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วย/การรักษา 4) ความวิตกกังวลของครอบครัว 5) การได้รับข้อมูลความเจ็บป่วยและการดูแล 6) การได้ระบายความรู้สึก 7) ความรู้สึกซึมเศร้า 8) รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า 9) การเสียเวลาในการดูแลรักษา 10) การได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา ก่อนการดูแลกับวันที่ 5 ผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น ($P < 0.05$) 2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน 3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีต่อรูปแบบบริการอยู่ในระดับมาก 4. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้มีการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วย ผู้ใหญ่ จากสถาบัน National Institute of Health and Care Excellence (2019) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธรูป

ตารางที่ 6 การศึกษาที่ 6

การศึกษา	ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ชื่อผู้แต่งวรรณกรรม: ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรี, อรินรดา ลาตุลา ชื่อวารสาร: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ปีที่เผยแพร่: 2562;37(2) : 199-207 TCI กลุ่มที่: 2
กลุ่มตัวอย่าง (population)	ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 15 คน และเครือข่ายชุมชน ที่เข้าร่วมวิจัย 15 คน รวม 90 คน
การจัดกระทำ (intervention)	รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ 1) การจัดประชุมทีมระดมสมองเพื่อหารูปแบบการดูแล 2) การจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) การแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดหน้าที่ 4) การส่งต่อสู่ชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) การวิเคราะห์ปัญหา และวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การประเมินผล 4) การปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง เก็บรวบรวมด้วยแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและแบบส่งต่อการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.87
การเปรียบเทียบ (comparison)	1. การดูแลตามรูปแบบ 2. สถานที่เสียชีวิต 3. ผลของรูปแบบ 4. ส่งต่อดูแลที่บ้าน
ผลลัพธ์ (outcome)	ผลลัพธ์หลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบร้อยละ 100 เสียชีวิตอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 10 เสียชีวิตขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 63 ส่งต่อดูแลที่บ้าน ร้อยละ 90 ผลของรูปแบบการดูแลพบว่ามีเหมาะสมนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 93 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมากและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับมาก
รูปแบบการศึกษา (Study design)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยใช้ ทฤษฎีระบบ เป็นกรอบบริหารและนำวงจรพัฒนาต่อเนื่องของเดมมิง ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

วิจารณ์

บททวนวรรณกรรมในครั้งนี้นักวิจัยทั้งทดลองมีผลลัพธ์ทางสถิติไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติ Meta analysis ทำให้ข้อจำกัดในการสังเคราะห์งานวิจัย จึงใช้วิธีการสรุปเชิงเนื้อหาทั้ง 6 เรื่อง ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยและรูปแบบวิธีการดูแลแตกต่างกัน สามารถจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่คล้ายคลึงกัน เป็น 2 รูปแบบคือ

รูปแบบแรกเป็นการจัดการระบบบริการพยาบาลรูปแบบการจัดการรายกรณี มีรายละเอียดที่ชัดเจนในเรื่องของกรอบระยะเวลา กิจกรรมในแต่ละช่วงเวลา มีการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ยกเว้นด้านสังคม/ครอบครัว และด้านจิตใจ/อารมณ์สูง อาการไม่สุขสบายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มแต่อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองน้อยลง¹³ ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

พบรูปแบบการจัดการรายกรณีเพียงการศึกษาเดียว ส่วนรูปแบบที่ 2 ใช้รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและครอบครัว 5 งานวิจัย ผลลัพธ์ที่ตีพบว่า การดูแลจะมีการแบ่งทีมชัดเจนเป็นลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ผู้ดูแล เกษัตริ์ พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วย มีการประสานการทำงานเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลถึงเครือข่ายชุมชน ประสานส่งต่อการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่าย มี 4 งานวิจัยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบสองกลุ่ม ชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยการใช้เครื่องมือที่เป็นที่ยอมรับ คือการประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดยใช้ PPS Score ประเมินอาการรบกวน โดยใช้ ESAS และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) การวิจัยมีกิจกรรมทบทวนและทำความเข้าใจแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้และทีมผู้ดูแล ซึ่งได้ผลที่ดีเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ที่ดีขึ้น^{12,13,16} ถึงแม้ว่าแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบผลการวัดสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) ไม่แตกต่างกัน แต่การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁵ และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านสูงเกินไปตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ^{15,17} เช่นเดียวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้รอต่อ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน ด้วยการส่งต่อดูแลที่บ้าน¹⁶ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงขึ้น¹⁴ แต่มี 1 งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าเรื่องอื่น แต่ผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย (POS) สูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน¹²

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายการจัดการดูแลแบบองค์รวม ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเชื่อมโยงทุกระดับของบริการสุขภาพ โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลมีทั้งการสาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย จัดการอาการรบกวนด้านอาการปวดและสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมมีมาตรฐานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีการเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เน้น 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุน การดูแล 6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัว³ ผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและสถานบริการสุขภาพมากขึ้น จนวาระท้ายและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างสงบ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสุขภาพ) ด้วยความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ สุขภาพดี (PP&P Excellence) บริการดี (Service Excellence) คนดี (People Excellence) และบริหารดี (Governance Excellence) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีเป้าหมายของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิต บรรเทาความเจ็บปวด และ อาการของโรค การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ได้เน้นการรักษาให้หาย แต่จะเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ ตอบสนองความ

ต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยและครอบครัว ดำรงรักษาคุณภาพชีวิตที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วยด้วยการทำให้ทุกๆ วันเป็นวันที่ดีที่สุดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต¹¹

สรุป

จากผลการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จะส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงชุมชน มีการประเมินผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือที่มีความเฉพาะเป็นที่ยอมรับ อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการดูแลตนเอง การจัดการอาการรบกวน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การทบทวนวรรณกรรม

ข้อเสนอแนะ

1 การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายควรมีการจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองด้วยรูปแบบการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการดูแลแบบเครือข่าย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมที่ให้การรักษา ทั้งแพทย์ พยาบาลเภสัชกร เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการจัดระบบบริการขับเคลื่อนแบบเชิงรุกที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน

2 ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับผลลัพธ์การจัดการระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนแบบเครือข่าย

3 การจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลที่ถูกต้อง

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข รายงานตามตัวชี้วัด กระทรวงปี 2565.กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care: ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน. เข้าถึงเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2562. 41-51.
- อรพรรณ ไชยเพชร, กิตติกร นิลมานันต์ และวิภาวี คงอินทร์. ประสบการณ์ของพยาบาลไอซียู ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย. วารสารสภาการพยาบาล. 2554; 26(1): 41-55.
- WHO Palliative care. Global Health Observatory; 2018 [2020 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2565. <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์.: กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. 85-110.

7. Pitchayapa Pornrattanakavee, Tassaya Srichan, Kasan Seetalarom, Siriwimon Saichaemchan, Nittha Oer-areemitrand Naiyarat Prasongsook. Impact of interprofessional collaborative practice in palliative care on outcomes for advanced cancer inpatients in a resource-limited setting. BMC Palliative Care. 2022;21(229):2-9.
8. ปัทิตตา นิกเว้น, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำและธิดาภรณ์ จันทร์ดา. การรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลต่อการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559; 27(1):128-141.
9. มยุรี สุขปัญญารักษ์, อุทุมพร มาลัยทอง, นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ และสุพิชา อาจคิดการ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. 2018;35(1):65-74.
10. อัจฉรา คำมะทิตย์ และ มัลลิกา มากรัตน์. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(3): 246-259.
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย;2559.5-10.
12. รัตนภรณ์ รักษาติและคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้าย โดยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งจังหวัดลำปาง.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.2565;4(2)1-19.
13. ภิญโญ อุทธิยา, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, พชรพร เกิดมงคลและพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. สาธารณสุขศาสตร์. 2561;48(3):371-384.
14. ช่อผกา ปุยขาว,สุริพร ธนศิลป์และจรรยาฉิมหลวง. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):93-106.
15. ศรีรัตน์ มากมาย, พรณิ สิริธิน และสิดาพรมรินทร์. ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม. วารสารโรคมะเร็ง. 2561;8(2): 45-56.
16. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสมและสุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(6):1101-1111.
17. ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศรีและอรินรดา ลาตลาด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านโรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2).119-207.