

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยคัดเลือกรายงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2012) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยอย่าง ผลจากการสืบค้นรายงานวิจัยพบงานวิจัยทั้งหมด 13 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

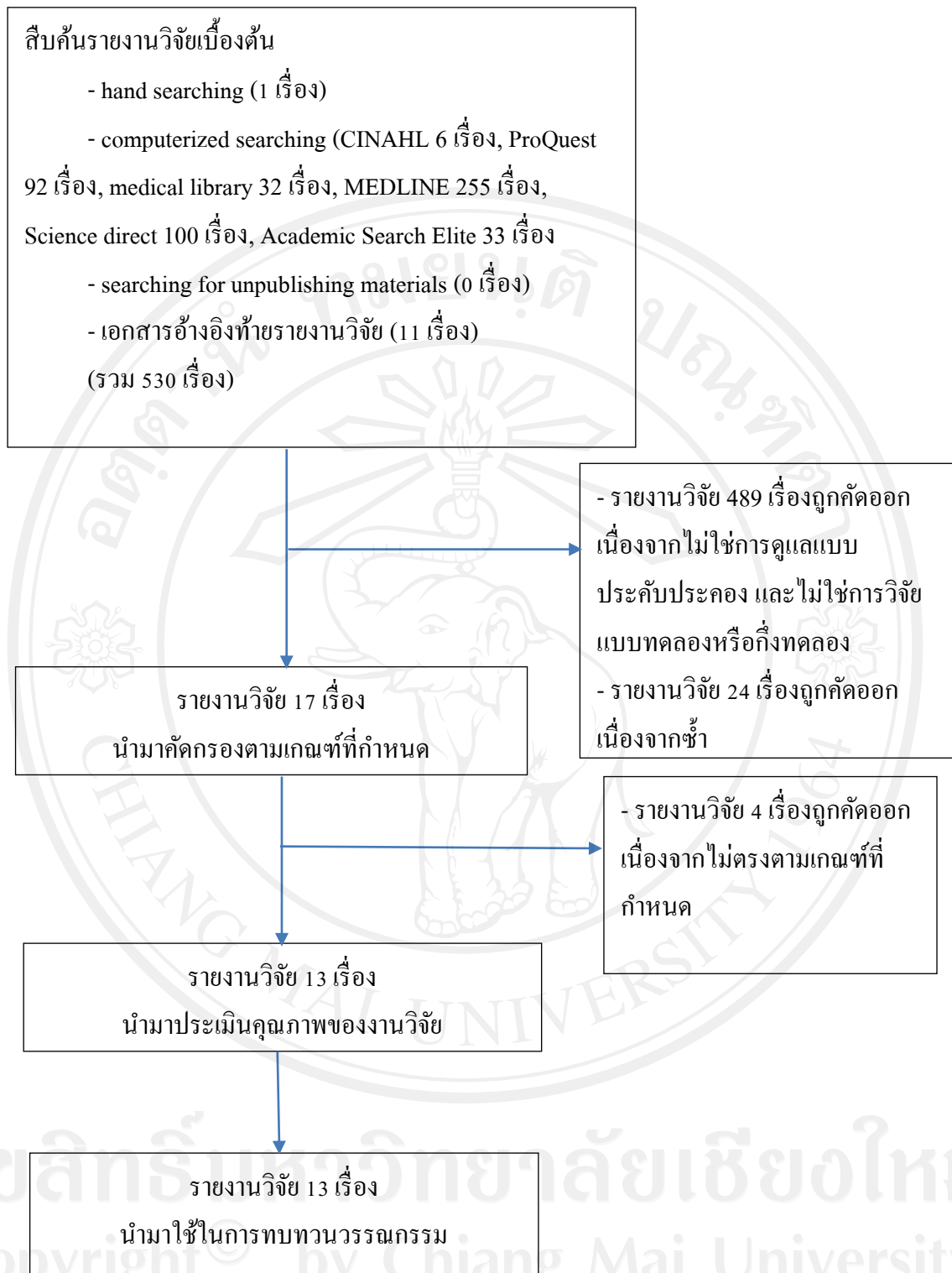
ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองและผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน

ผลการสืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2555 (ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ.2012) พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 13 เรื่อง ดังในแผนภาพที่ 4-1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนงานวิจัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 11 เรื่องและงานวิจัยเชิงทดลอง 2 เรื่อง งานวิจัยทั้งหมดได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ โดยตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2551 -2555 มากที่สุดจำนวน 7 เรื่อง รองลงมาคือตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2550 จำนวน 6 เรื่อง และส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (มากกว่า 30 คน) จำนวน 10 เรื่อง โดยมีงานวิจัยเพียง 3 เรื่องเท่านั้นที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน ส่วนหอผู้ป่วยวิกฤตที่ทำวิจัยมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 8 เรื่อง รองลงมา คือ หอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกามากที่สุดจำนวน 10 เรื่อง ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 4-1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาพที่ 4-1. ขั้นตอนการคัดเลือกรายงานวิจัยเข้าสู่การทบทวน

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

ลักษณะข้อมูลของงานวิจัย	จำนวน (n = 13)
ระเบียบวิธีวิจัย	
งานวิจัยเชิงทดลอง	2
งานวิจัยกึ่งทดลอง	11
การตีพิมพ์	
รายงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์	13
สถานที่ทำวิจัย	
ต่างประเทศ	13
ปีที่ได้รับการตีพิมพ์	
พ.ศ. 2545– 2550 (ค.ศ. 2002– 2007)	6
พ.ศ. 2551– 2555 (ค.ศ. 2008– 2012)	7
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (n<30)	3
กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (n>30)	10
หอผู้ป่วย	
หอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม	4
หอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม	1
หอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรม	8
ประเทศที่ทำวิจัย	
สหรัฐอเมริกา	10
ฝรั่งเศส	1
แคนาดา	1
ออสเตรเลีย	1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองและผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

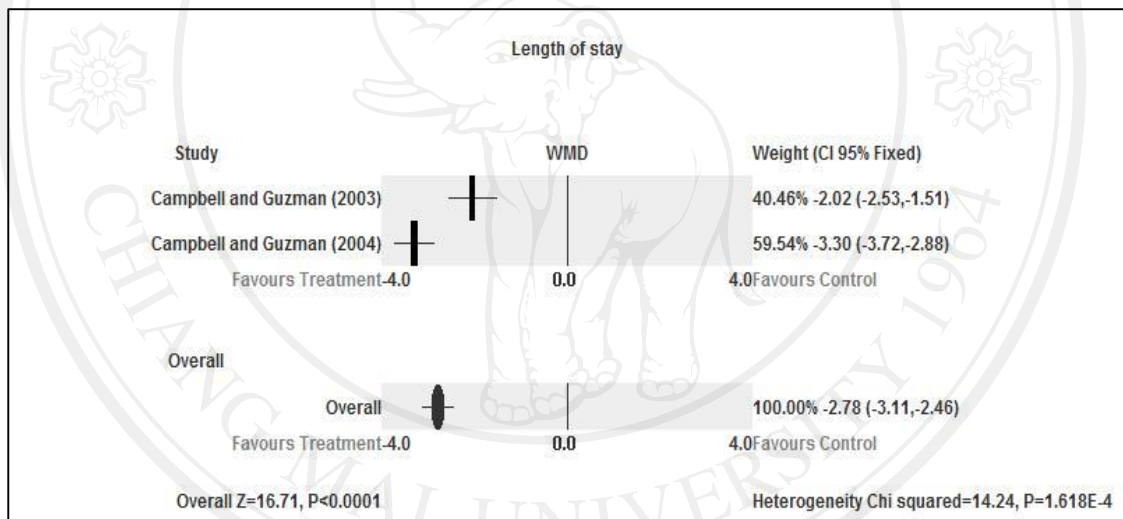
จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 13 เรื่อง ซึ่งพบว่า มี 2 งานวิจัยที่สามารถนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์เมตาได้ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองวิธีอื่น ๆ นั้นพบว่ามีความแตกต่างทั้งวิธีการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ และระยะเวลาที่วัดผลลัพธ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสรุปผลการทบทวนแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary)

งานวิจัยจำนวน 2 เรื่องที่ใช้การวิเคราะห์เมตา เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (ความเชื่อมั่นระดับที่ 2.d) การศึกษาแรกเป็นของ แคมเบล และ กัสแมน (Campbell & Guzman, 2003) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะสมองขาดเลือด หลังจากมีภาวะหัวใจหยุดเต้น (global cerebral ischemia associated with cardiac arrest [GCI]) ภายใน 24 ชั่วโมง หรือมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ system failure [MOSF]) มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลังใช้ระยะเวลา 11 เดือน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก (proactive palliative care) ใช้ระยะเวลา 11 เดือน โดยในวันแรกจะมีการคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ แจ้งการทำนายของโรคแก่ครอบครัวหรือผู้ตัดสินใจแทน ในวันที่ 2 ประชุมร่วมกับครอบครัวและพูดคุยทำความเข้าใจและสอบถามถึงความต้องการของครอบครัว วันที่ 3 ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับทีมและประชุมร่วมกับครอบครัว แนะนำการปรับเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการดูแลเพื่อความสุขสบาย (comfort measures only) และเสนอทางเลือกเกี่ยวกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตหากเป็นไปได้ ผลการศึกษา พบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งสองกลุ่มลดลง ($p < 0.001$) และในผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ สามารถลดระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา มาเป็นการดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ($p < 0.05$) ลดระยะเวลาในการเสียชีวิต ($p < 0.05$) และยังคงค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ($p < 0.05$)

การศึกษาที่ 2 เป็นงานวิจัยของ แคมเบล และ กัสแมน (Campbell & Guzman, 2004) ใช้วิธีการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก (proactive palliative care) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย (advanced-stage dementia) แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 26 คนกลุ่มทดลอง 26 คน กลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลย้อนหลังใช้ระยะเวลา 11 เดือน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการค้นหาเชิงรุก ใช้ระยะเวลา 1 ปี 7 เดือน มีการคัดกรองผู้ป่วย และร่วมประชุมระหว่างทีม

ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการทำนายของโรค ระบุความต้องการที่ชัดเจนบนพื้นฐานแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและเสนอทางเลือกในการคงใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้คำแนะนำในการดูแลแบบประคับประคอง การงดช่วยฟื้นคืนชีพ และการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตหากเป็นไปได้ ผลการศึกษา พบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง ($p < 0.004$) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง ($p < 0.007$) และค่าใช้จ่าย (หลังจากที่ผู้ป่วยงดการช่วยฟื้นคืนชีพ) ของหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง ($p < 0.001$)

เมื่อนำงานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ไปวิเคราะห์เมตาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป MASTARI ที่พัฒนาและเสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ เปรียบเทียบผลของการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก โดยวัดผลลัพธ์ คือ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) โดยใช้สถิติ weighted mean difference (WMD) ซึ่งได้ forest plot ดังภาพที่ 4-2



ภาพที่ 4-2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากได้รับการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก

ผลการวิเคราะห์เมตา พบว่า การดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก ทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้นลง (WMD 2.78; 95% CI 2.46, 3.11, $p < 0.0001$)

งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลแบบประคับประคองจำนวน 11 เรื่อง ไม่สามารถวิเคราะห์เมตาได้ เนื่องจากมีวิธีการปฏิบัติ การใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ และระยะเวลาที่วัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสรุปผลการทบทวนแบบบรรยายสรุปเชิงเนื้อหา ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

สไนเดอร์แมน และคณะ (Schneiderman et al., 2003) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) (level 1.c) โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับวิธีการรักษาและผลของการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ หรือเป็นการรักษาที่ช่วยยืดชีวิต โดยเป็นความขัดแย้งภายในทีมผู้ดูแลสุขภาพเอง หรือความขัดแย้งระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เมื่อพบว่ามีผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าว พยาบาลจะแจ้งผู้วิจัยหลัก เพื่อประเมินซ้ำและส่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการให้คำปรึกษาจากแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนคือ 1) กำหนดความต้องการการให้คำปรึกษา 2) ทบทวนข้อมูลในประเด็นที่ขัดแย้งระหว่างแพทย์ผู้ดูแล ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง 3) วินิจฉัยประเด็นทางจริยธรรม โดยพิจารณาจากหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายของโรงพยาบาล เอกสารข้อกำหนดทางจริยธรรม และกรณีตัวอย่าง 4) สรุปแนวทางในการดำเนินการในระยะต่อไป เช่น การปรึกษาหารือ สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งด้านอารมณ์และความไม่เข้าใจการรักษา ประเด็นการรักษาของแพทย์ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ การให้คุณค่ากับความต้องการและคุณภาพชีวิต ตลอดจนบริบทที่เกี่ยวข้องอื่นๆ 5) บันทึกการให้คำปรึกษาในรายงาน โดยระบุบุคคลที่ให้คำปรึกษา กิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนการให้คำปรึกษา เหตุผลในการให้คำปรึกษาทางจริยธรรม ประเด็นทางจริยธรรม ทางเลือกและการพิจารณาเหตุผลทางจริยธรรม ผลลัพธ์และการวางแผนในอนาคต 6) ติดตามผลโดยผู้ให้คำปรึกษาทางจริยธรรม เพื่อให้เกิดกระบวนการอย่างต่อเนื่อง 7) ประเมินผลและอธิบายผลที่ได้รับ และ 8) บันทึกบทเรียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในอนาคตและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า การให้คำปรึกษาทางจริยธรรมสามารถลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ($p = 0.03$) ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($p = 0.01$) และลดจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ($p = 0.03$) ซึ่งทีมบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 87 มีความเห็นว่า กระบวนการให้คำปรึกษาทางจริยธรรมสามารถช่วยไม่ให้เกิดข้อขัดแย้งในการรักษา

นอร์ตัน และคณะ (Norton et al., 2007) รายงานผลการศึกษากึ่งทดลอง (level 2.d) ถึงวิธีการให้คำปรึกษาการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก (proactive palliative care consultation) โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับคำปรึกษาขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (basic palliative care consultation) ประกอบด้วย 1) ทบทวนข้อมูลครอบคลุมประวัติทางการแพทย์ สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่ทำให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต การทำหนังสือแสดงเจตนา (advanced directive) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา 2) แจ้งอาการ

เจ็บป่วยปัจจุบันจากการตรวจร่างกายและประเมินอาการ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ ตื่นตระหนก ซึมเศร้าและวิตกกังวล และวางแผนการจัดการอาการ 3) อภิปรายการวางแผนการรักษา ร่วมกับทีม วางเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว 4) อภิปรายและแนะนำแนวทางการดูแลแบบประคับประคองร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 5) บันทึกข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลแบบประคับประคอง หลังจากการให้คำปรึกษาพื้นฐานแล้วพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากเกิดข้อขัดแย้งในการดูแลหรือต้องเพิ่มประเด็นการดูแลที่ซับซ้อน โดยต้องมีบุคคลอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือมีการเปลี่ยนแปลงสถานะ และไม่สามารถประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ จะใช้วิธีการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองอย่างเต็มรูปแบบหรือที่เรียกว่าแบบสมบูรณ์ (Complete palliative care consultation) คือ 1) แพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบ โดยใช้การประชุมร่วมกับครอบครัว ช่วยในการตัดสินใจบนเป้าหมายและความเป็นไปได้ของข้อจำกัดในการรักษา ร่วมกำหนดเป้าหมายของการดูแล และมีการทบทวนความสามารถของทีมโดยใช้สหสาขาวิชาชีพร่วมสนับสนุนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น ความต้องการบาทหลวงทำพิธีทางศาสนา ความต้องการใช้เพลงในการบำบัดหรือใช้การนวดผ่อนคลาย หรือการพูดคุยกับนักจิตวิทยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง ($p = 0.0001$)

การศึกษาของ เชียง และคณะ (Cheung et al., 2010) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) (level 1.c) ใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ (physician) ผู้บันทึกข้อมูล (registrar) แพทย์ประจำบ้าน (resident) และพยาบาลให้คำปรึกษาทางคลินิก (clinical nurse consultant) กลุ่มทดลองจะได้รับคำปรึกษาจากทีมภายใน 24 ชั่วโมง โดยสมาชิกภายในทีมจะมาตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันและให้คำปรึกษาร่วมกัน ซึ่งการให้คำปรึกษาประกอบด้วย 1) การสื่อสารหรือการแจ้งข่าว เน้นการตัดสินใจโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 3) การจัดการอาการเพื่อความสุขสบาย 4) การดูแลด้านจิตวิญญาณ และ 5) เน้นความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งไม่ได้ระบุบทบาทของสมาชิกในทีมที่ชัดเจน ผลการศึกษาพบว่า วิธีการให้คำปรึกษาไม่มีผลต่อจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาล ตลอดจนความพึงพอใจของครอบครัวพยาบาลและแพทย์ที่ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษาของ ซิร่า, แฮร์ริส, และ โอเรardon (Sihra, Harris, & O'Reardon, 2011) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (level 2.d) ศึกษาโครงการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต (IPAL-ICU project) ซึ่งกิจกรรมของโครงการประกอบด้วย การคัดกรองอาการของผู้ป่วยโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และรวบรวมข้อมูลให้กับทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง

ซึ่งจะมีการโทรศัพท์ติดต่อกับแพทย์ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตหรือแพทย์เจ้าของไข้โดยตรง เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย โดยแจ้งข้อมูลและกระบวนการคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เน้นการเพิ่มคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง หากตกลงร่วมกันว่าผู้ป่วยควรได้รับการให้คำปรึกษา ทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะเริ่มกิจกรรมของโครงการ คือ ประเมินความต้องการและให้คำปรึกษาในประเด็นต่อไปนี้ 1) การจัดการอาการปวด 2) อภิปรายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนา 3) ตั้งเป้าหมายของการดูแล 4) ให้ความรู้และดูแลสภาพจิตใจของครอบครัว 5) อภิปรายร่วมกันในเรื่องการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตหรือการถอนการรักษาที่ได้รับ 6) อภิปรายเกี่ยวกับการย้ายไปสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ (hospice) ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมหอผู้ป่วยวิกฤตมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้เปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ ซึ่ง พบว่า ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมมีการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 113 และในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 51 และโดยเฉลี่ยแล้วทั้งสองกลุ่มมีการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.2

การศึกษาของ วิลลาร์เรียล และคณะ (Villarreal et al., 2011) ทำการศึกษาวิจัยถึงทดลอง (level 2.d) ใช้วิธีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เฉพาะทางในหอผู้ป่วยวิกฤตและทีมแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเช้าของทุกวันก่อนที่จะมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน (pre-round) โดยจะระบุผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากการดูแลแบบประคับประคอง มีการให้ความรู้และฝึกอบรมให้กับแพทย์ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็นเกี่ยวกับการระบุความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการคงไว้ซึ่งการประสานงานของแพทย์ ซึ่งจะมีการประชุมทีมทุก 2-4 สัปดาห์ เพื่อทบทวนข้อมูลและอภิปรายพฤติกรรมทางบวกของทีมแพทย์เฉพาะทางในหอผู้ป่วยวิกฤตในการปฏิบัติตามแผนการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษา พบว่าอัตราการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 59 และอัตราการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 21 แต่ไม่พบการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ

การศึกษาของ เบรดเลย์, เวียเวอร์, และ บราเซล (Bradley, Weaver, & Brasel, 2010) เป็นการศึกษาถึงทดลอง (level 2.d) ทดสอบวิธีการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรม ซึ่งประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาของสมาคมแพทย์ทางศัลยกรรมประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (proactive case-finding) โดยกำหนดให้มีผู้คัดกรองผู้ป่วยทุกวัน และเสนอการดูแลแบบประคับประคองในระหว่างการตรวจเยี่ยมของทีมแพทย์ผู้ดูแล

และมีการแจ้งข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์เฉพาะทางด้านวิกฤตผ่านทางอีเมล (e-mail) อธิบายลักษณะผู้ป่วยที่พบตามเกณฑ์และเสนอการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย ซึ่งทีมแพทย์ผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้คำปรึกษาตามมาตรฐาน ซึ่งมีความหลากหลายของการให้บริการผ่านการช่วยเหลือเกี่ยวกับการถอนการรักษาที่ได้รับ หรือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัย พบว่า วิธีการให้คำปรึกษาโดยทีมแพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมดังกล่าวไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยระยะเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤตและการเพิ่มขึ้นของอัตราการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

การศึกษาของ อาชเรนส์ และคณะ (Ahrens et al., 2003) เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (level 2.c) ใช้วิธีการสื่อสารทางตรงโดยทีมในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกทำงานประสานกันเป็นทีม โดยกำหนดบทบาทการสื่อสารที่ชัดเจน คือแพทย์จะสื่อสารอาการล่าสุดของผู้ป่วยรายวันให้กับครอบครัว เสนอแนวปฏิบัติในการดูแล แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและชี้แนะเกี่ยวกับการบำบัดรักษากับครอบครัว เน้นการสื่อสารที่ใส่ใจต่อความรู้สึก มีความชัดเจนและคงที่ โดยมีการตั้งเป้าหมายของการรักษาในแต่ละวันและเสนอทางเลือกของการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิก จะให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยกับครอบครัวทุกวัน เน้นให้การพยาบาลด้านจิตใจแก่ครอบครัว เสนอแนวทางการให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายใต้บรรยากาศแห่งความเชื่อใจ กระตุ้นให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้คุณค่าและความคาดหวังของครอบครัวต่อผู้ป่วย อธิบายการรักษาต่าง ๆ ที่ครอบครัวต้องการทราบ ส่งเสริมให้เกิดการอภิปรายแผนการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการสื่อสารโดยตรงนี้จะเกิดขึ้นทุกวัน วันละ 2 ครั้งหรือตามความต้องการของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลสั้นลง ($p = 0.009$ และ $p = 0.03$ ตามลำดับ) ค่าใช้จ่ายคงที่ ค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อมในโรงพยาบาลลดลง ($p = 0.006$, $p = 0.01$ และ $p = 0.007$ ตามลำดับ)

การศึกษาของ ดาลีส์ และคณะ (Daly et al., 2010) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (level 2.d) ซึ่งศึกษาโครงสร้างของระบบการสื่อสารแบบเข้ม (intensive communication structure) โดยอาศัยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 2 คนเป็นผู้นำ มีกระบวนการ คือ 1) เตรียมการสื่อสารโดยฝึกอบรมทีมผู้ดูแล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการในหอผู้ป่วยวิกฤต และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอย่างน้อยต้องเข้าร่วมอบรม 2 ชั่วโมง ชี้แจงเหตุผลของการศึกษาและกำหนดข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ต่อเนื่อง 2) ปฏิบัติตามโครงสร้างของการสื่อสารแบบเข้ม โดยใช้การประชุมร่วมกับครอบครัวโดยมีผู้เข้าร่วมประชุม คือ แพทย์ในหอผู้ป่วยวิกฤต นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้จัดการรายกรณีและพยาบาล

ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง โดยจะต้องมีการประชุมร่วมกันภายใน 5 วันหรือ 1 อาทิตย์หลังจากรับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วยวิกฤต ในการประชุมแต่ละครั้งจะเลือกสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ไม่สื่อสารใกล้เคียงของผู้ป่วย มีการอภิปรายเกี่ยวกับอาการล่าสุดของผู้ป่วย การให้คุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย เป้าหมายของการดูแล การวางแผนการรักษา และความก้าวหน้าเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกและอัปเดตไว้ เพื่อติดตามความร่วมมือในการสื่อสาร ส่วนพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะมีการนัดหมายกันทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามการสื่อสารตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ผลการศึกษา พบว่าจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต อัตราการตายของผู้ป่วย การงดช่วยฟื้นคืนชีพหรือการเจาะคอ (tracheostomy) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การศึกษาของ เพนร็อด, ลูห์, ลิโวท, คอร์ทเซซ, และ ควาก (Penrod, Luhrs, Livote, Cortez, & Kwak, 2011) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (level 2.d) โดยใช้โปรแกรมนำร่องบนเครือข่าย (Network-based pilot) โดยมีการประชุมการศึกษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life Nursing Education Consortium) นำโดยแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นผู้นำในองค์กรที่ให้บริการเครือข่าย และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเป็นผู้จัดการ โปรแกรม ซึ่งจะมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านวิกฤตและการดูแลแบบประคับประคอง และพยาบาลระดับปริญญาเอกที่เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกระบวนการคือ 1) จัดประชุมเพื่อนำเสนอโครงการและนำชุดการสื่อสารและการดูแล (care and communication bundle) จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) แพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาสอนทักษะการสื่อสารให้กับทีม ซึ่งชุดการสื่อสารและการดูแลจะกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย วันที่ 1 ระบุผู้ตัดสินใจแทน กำหนดสถานะหนังสือแสดงเจตนา กำหนดความต้องการล่วงหน้าเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ วันที่ 3 ให้การสนับสนุนด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ วันที่ 5 มีการประชุมระหว่างครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการอภิปรายเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายของการดูแล หนังสือแสดงเจตนา การจัดการอาการปวด และมีการติดตามความก้าวหน้าของการดูแลทุก 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า มีการระบุผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย การช่วยเหลือทางด้านสังคม การประชุมร่วมกับครอบครัวและการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสูงขึ้น ($p < 0.05$) แต่พบว่า การกำหนดหนังสือแสดงเจตนาลดลง ($p < 0.001$) ซึ่งเมื่อประเมินผลในภาพรวมพบว่าคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$)

การศึกษาของ คิวโนท และคณะ (Quenot et al., 2012) เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (level 2.d) ใช้วิธีการสื่อสารโดยใช้กลยุทธ์แบบเข้ม (intensive strategy for communication) ในการปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาด้านองค์กร คือ การไม่จำกัดการเข้าเยี่ยมของครอบครัว เพิ่มทีมผู้ดูแลในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา กำหนดห้องประชุมเฉพาะในการประชุมร่วมกับครอบครัว และนัดหมายการประชุมร่วมกับครอบครัวอย่างชัดเจนและไม่ให้มีสิ่งใดรบกวนขณะสนทนา ประสานงานกับทีมผู้ดูแลเพื่อให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์ในการสื่อสารแบบเข้ม และอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะเริ่มให้การสื่อสาร 2) การพัฒนาด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย การประชุมร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการตกลงร่วมกันถึงระดับของการบำบัดรักษา เกี่ยวข้องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค โรคร่วม คุณภาพชีวิตที่ผ่านมา ความคาดหวังในชีวิต ความต้องการของผู้ป่วยผ่านหนังสือแสดงเจตนา กำหนดการงดหรือถอนการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมทั้งอภิปรายทางเลือกของการใช้ยาบรรเทาความทุกข์ทรมาน คือ การใช้ยาแก้ปวดและยาลดความวิตกกังวลในระยะสุดท้าย 3) จัดอบรมเฉพาะเกี่ยวกับจริยธรรมในการบันทึกข้อมูลเพื่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีม และมีการอภิปรายร่วมกับสมาชิกในทีมผู้ดูแลในกรณีเกิดความเครียดทางด้านอารมณ์ ผลการศึกษา วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ลดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนกระทั่งตัดสินใจการรักษาหรือถอนการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ($p < 0.05$) ระยะเวลาการเสียชีวิตที่ห่อผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลลดลง ($p < 0.05$) และพบว่ามีการใช้ยาแก้ปวดและยานอนหลับเพิ่มขึ้นอีกด้วย ($p < 0.05$)

ฮอล, รอกเกอร์, และ เมอร์เรย์ (Hall, Rucker, & Murray, 2004) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายโดยใช้การอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล มีการประชุมกลุ่มย่อยและมีการตกลงแนวปฏิบัติร่วมกัน คือ 1) พัฒนาเครื่องมือคัดกรองผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ทีมผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลแบบประคับประคอง 2) ส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการแพทย์ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการ สะท้อนถึงการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบาย โดยจะมีการบันทึกอย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก อาการปวด อาการกระสับกระส่ายรวมถึงการจัดการอาการเหล่านั้น 3) แพทย์มีคำสั่งเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดและยาลดความวิตกกังวลที่ยืดหยุ่น เพื่อให้พยาบาลสามารถบริหารยาได้ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดความทุกข์ทรมาน และมีประชุมร่วมกับแพทย์ กำหนดเป็นนโยบายการบริหารยาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการตัดสินใจการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตสั้นลง ($p = 0.05$) การตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพลดลง ($p < 0.05$) และผลลัพธ์ด้านการใช้ยา พบว่า การได้รับยากล่อมประสาท (diazepam) ลดลง ($p = 0.01$) แต่การได้รับยาแก้ปวด (morphine) นั้นไม่แตกต่างทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งมีการดูแลครอบครัวภายหลังการสูญเสียเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) เมื่อประเมินความเห็นของพยาบาล พบว่า พยาบาลร้อยละ 80

เห็นว่าการจัดการอาการตามรูปแบบดังกล่าว สามารถพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคอง
ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้เป็นอย่างดี

ในการทบทวนงานวิจัยทั้ง 11 งานวิจัยนั้นมีรายละเอียดในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ส่วนการวัดผลลัพธ์นั้นค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งสามารถสรุปลักษณะสำคัญของการปฏิบัติและ
ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบในแต่ละงานวิจัยตามตารางที่ 4-2



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 4-2

วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์ของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Schneiderman et al., 2003	การวิจัยเชิงทดลอง (RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต ที่ไม่สามารถรอดชีวิตหรือ จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลได้ ศึกษาใน 7 ICU ของโรงพยาบาลใน สหรัฐอเมริกา กลุ่มควบคุม 278 คน กลุ่มทดลอง 273 คน ระยะเวลาศึกษา 2 ปี	วิธีการให้คำปรึกษาทางจริยธรรม มีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดความต้องการการให้คำปรึกษา 2) ทบทวนข้อมูลในประเด็นที่ขัดแย้ง ร่วมกัน 3) วินิจฉัยประเด็นทางจริยธรรม 4) สรุปแนวทางในการดำเนินการในระยะ ต่อไป 5) บันทึกการให้คำปรึกษา 6) ติดตามผลโดยผู้ให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิด กระบวนการอย่างต่อเนื่อง 7) ประเมินผลและอธิบายผลที่ได้รับ 8) บันทึกบทเรียนเพื่อพัฒนาคุณภาพการ ดูแล	1) จำนวนวันนอนในหอ ผู้ป่วยวิกฤตลดลง (p = 0.03) 2) จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลลดลง (p = 0.01) 3) จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วย หายใจลดลง (p = 0.03) 4) ทีมบุคลากรร้อยละ 87 เห็นว่าการให้คำปรึกษาทาง จริยธรรมช่วยไม่ให้เกิดข้อ ขัดแย้งในการรักษา	level 1.c

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดการกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐานเชิง ประจักษ์
Ahrens et al., 2003	การศึกษาถึงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ที่มี ความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตใน หอผู้ป่วยวิกฤตทาง อายุรกรรม กลุ่มทดลอง 43 คน กลุ่มควบคุม 108 คน ระยะเวลาศึกษา 1 ปี	วิธีการสื่อสารทางตรงโดยทีมในหอ ผู้ป่วยวิกฤตซึ่งประกอบด้วย 1) จัดให้มี Daily Medical Update แก่ ครอบครัว 2) เสนอแนวปฏิบัติในการดูแลแบบ ประคับประคอง 3) อภิปรายอาการของผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายการรักษาในแต่ละวัน 4) ส่งเสริมการตัดสินใจของญาติ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	1) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย วิกฤตลดลง ($p = 0.009$) 2) จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลลดลง ($p = 0.03$) 3) ลดต้นทุนคงที่ ต้นทุน ทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ในโรงพยาบาล ($p = 0.006$, $p = 0.01$ และ $p = 0.007$ ตามลำดับ)	level 2.c

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Hall et al., 2004	ศึกษาทั้งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่ ตัดสินใจการรักษาที่ช่วยยืด ชีวิต กลุ่ม pre-intervention 138 คน กลุ่ม post- intervention 168 คน ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน	วิธีอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์และ พยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) สร้างเครื่องมือคัดกรองความต้องการ การรักษาที่ช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย 2) ส่งเสริมการบันทึกทางการพยาบาล อย่างสมบูรณ์เกี่ยวกับอาการไม่สบาย และการจัดการอาการเหล่านั้น 3) แพทย์มีคำสั่งเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวด และยาลดความวิตกกังวลที่ยืดหยุ่น 4) ประชุมร่วมกับแพทย์และกำหนดเป็น นโยบายการบริหารยาในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	1) ระยะเวลาการเข้ารับการ รักษาจนถึงผลการรักษาที่ช่วย ยืดชีวิตลดลง ($p = 0.05$) 2) การช่วยฟื้นคืนชีพลดลง ($p < 0.05$) 3) ได้รับยากล่อมประสาท ลดลง ($p = 0.01$) 4) การดูแลหลังการสูญเสีย เพิ่มขึ้น ($p < 0.05$) 5) พยาบาลร้อยละ 80 ให้ ความเห็น่ววิธีนี้สามารถ พัฒนากระบวนการการดูแลใน หอผู้ป่วยวิกฤตได้	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Bradley et al., 2010	เป็นการศึกษากึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใน Surgical ICU ตามเกณฑ์ที่เสี่ยง ต่อการเสียชีวิตในหอผู้ป่วย วิกฤต กลุ่ม pre-intervention 300 คน กลุ่ม Post- intervention 334 คน ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน	วิธีการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบ ประคับประคอง เน้นค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดย 1) กำหนดผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยทุกวัน และแจ้งทีมแพทย์ในระหว่างการตรวจเยี่ยม ผู้ป่วย 2) แจ้งข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมแพทย์ผู้ดูแล และแพทย์เฉพาะทางผ่านทางอีเมล ลักษณะของ ผู้ป่วยตามเกณฑ์และเสนอให้ทีมใช้การให้ คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย 3) ทีมแพทย์ผู้ดูแลพัฒนาการดูแล โดยให้ คำปรึกษาตามมาตรฐาน ซึ่งเกี่ยวกับการ ถอนการรักษาที่ได้รับ หรือการดูแลผู้ป่วย ในระยะสุดท้ายของชีวิต	อัตราการใช้คำปรึกษาทั้ง สองกลุ่มไม่แตกต่างกัน	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Cheung et al., 2010	เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (RCT) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วย วิกฤตทั่วไป ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน ระยะเวลาศึกษา 29 เดือน	วิธีการให้คำปรึกษาโดยทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแล แบบประคับประคอง ประกอบด้วย 1) แพทย์เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ และให้ คำปรึกษาโดยทีมภายใน 24 ชั่วโมง 2) สมาชิกภายในทีมทั้งหมดจะมาตรวจเยี่ยม ผู้ป่วยทุกวันและให้คำปรึกษาร่วมกัน ดังนี้ 2.1) การสื่อสารหรือการแจ้งข่าว 2.2) การตัดสินใจโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง 2.3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2.4) การจัดการอาการเพื่อความสุขสบาย 2.5) การดูแลด้านจิตวิญญาณ 2.6) ความต่อเนื่องในการดูแล	1) จำนวนวันนอนใน หอผู้ป่วยวิกฤตและใน โรงพยาบาลไม่แตกต่าง กัน 2) คะแนนความพึง พอใจของครอบครัว พยาบาลและแพทย์ที่ ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่แตกต่างกัน	level 1.c

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Daly et al., 2010	ศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตที่มี โอกาสเสียชีวิตสูง ดังนี้ 1) ไม่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจมาก่อน และใช้เครื่องช่วยหายใจ >3 วัน ซึ่ง คาดว่าจะไม่ถอดท่อช่วยหายใจหรือ ย้ายผู้ป่วยออกจากภายใน 2 วัน 2) แพทย์ไม่สามารถตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาได้หรือมี GCS < 6 คะแนน 3) มีผู้ตัดสินใจแทน กลุ่ม pre-intervention 135 คน กลุ่ม post-intervention 354 คน ระยะเวลาศึกษา 1 ปี 11 เดือน	ใช้วิธีการสื่อสารที่มีโครงสร้างแบบเข้ม โดย พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง 2 คนเป็นผู้นำ มี กระบวนการ ดังนี้ 1) เตรียมการสื่อสารโดยอบรมทีมอย่างน้อย 2 ชั่วโมง ชี้แจงการสื่อสารและกำหนดข้อตกลง ร่วมกัน 2) ประชุมร่วมกับครอบครัวภายใน 5-7 วัน ใน สถานที่ที่เป็นส่วนตัว อภิปรายอาการล่าสุดของ ผู้ป่วย การให้คุณค่าและความต้องการของผู้ป่วย เป้าหมายของการดูแล การวางแผนการรักษา และ ความก้าวหน้าในการพิจารณาแนวทางการดูแล ผู้ป่วย มีการบันทึกและอัปเดตไปไว้ 3) ติดตามความร่วมมือในการสื่อสาร โดยพยาบาล ผู้ปฏิบัติการชั้นสูงจะนัดหมายทุกสัปดาห์เพื่อ ติดตามการสื่อสารตลอดระยะเวลาของการวิจัย	1) จำนวนวันนอน ในหอผู้ป่วยวิกฤต ไม่แตกต่างกัน 2) อัตราการตาย ของผู้ป่วยไม่ แตกต่างกัน 3) การงัดช่วยพื้น คื่นซีพหรือการ เจาะคอ (tracheostomy) ทั้ง สองกลุ่มไม่ แตกต่างกัน	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Penrod et al., 2011	การศึกษาถึงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย วิกฤตที่มีอาการหนัก (critically ill) ที่รักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต ≥ 5 วัน กลุ่ม pre-intervention 176 คน กลุ่ม post-intervention 239 คน ระยะเวลาศึกษา 3 ปี	ใช้โปรแกรมนำร่องบนเครือข่าย (Network – based pilot program) คือ 1) จัดประชุมโดยแพทย์เฉพาะทางและพยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง นำชุดการสื่อสารและการ ดูแลมาใช้ในหอผู้ป่วย โดย วันที่ 1 ระบุผู้ตัดสินใจแทน กำหนดสถานะ หนังสือแสดงเจตนา ความต้องการในการช่วย ฟื้นคืนชีพ วันที่ 3 สนับสนุนด้านสังคมและด้านจิต วิญญาณ วันที่ 5 ประชุมระหว่างครอบครัวร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ อภิปรายเกี่ยวกับการ วินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค เป้าหมายของการ ดูแล หนังสือแสดงเจตนาการจัดการอาการปวด 2) ติดตามความก้าวหน้าทุก 3 เดือน	1) อัตราการระบุผู้ตัดสินใจ แทน อัตราการช่วยเหลือ ด้านสังคม อัตราการประชุม ร่วมกับครอบครัวและอัตรา การประชุมร่วมกับทีม สูงขึ้น ($p < 0.05$) 2) อัตราการกำหนดหนังสือ แสดงเจตนาลดลง ($p < 0.001$) 3) คุณภาพในการดูแลผู้ป่วย วิกฤตเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$)	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Sihra et al., 2011	ศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เข้ารับ การรักษาใน MICU และ SICU ตามเกณฑ์ กลุ่ม pre-intervention 96 คน กลุ่ม post- intervention 173 คน ระยะเวลาศึกษา 9 เดือน	ใช้โครงการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองใน หอผู้ป่วยวิกฤต (IPAL-ICU project) ประกอบด้วย 1) คัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาล 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) โทรศัพท์ติดต่อแพทย์เจ้าของไข้ เสนอการให้ คำปรึกษาโดยทีมผู้ดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะ ประเมินและให้การดูแลเกี่ยวกับ 2.1) การจัดการอาการปวด 2.2) อภิปรายเกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า 2.3) ตั้งเป้าหมายของการดูแล 2.4) ให้ความรู้และดูแลสภาพจิตใจของ ครอบครัว 2.5) อภิปรายเรื่องการงดหรือถอนการรักษาที่ยึด ชีวิต 2.6) อภิปรายเกี่ยวกับการย้ายไป Hospice	1) การให้คำปรึกษา เพิ่มขึ้นร้อยละ 113 ใน MICU และร้อยละ 51 ใน SICU 2) การให้คำปรึกษา เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ร้อยละ 80.2	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Villarreal et al., 2011	การศึกษาทั้งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ เข้ารับการรักษานใน MICU ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะ เสียชีวิต กลุ่ม pre-intervention 243 คน กลุ่ม post- intervention 348 คน ระยะเวลาศึกษา 9 เดือน	ใช้การประชุมร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เฉพาะทาง ในหอผู้ป่วยวิกฤตและทีมแพทย์เฉพาะทางด้านการ ดูแลแบบประคับประคองในช่วงเช้าที่มีการตรวจ เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน (pre-round) โดย 1) ระบุผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2) อบรมให้กับแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วย วิกฤตในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ในการระบุความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการ ลงไว้ซึ่งการประสานงานของแพทย์ 3) ประชุมทีมทุก 2-4 สัปดาห์ เพื่อทบทวนข้อมูล และอภิปรายพฤติกรรมทางบวกของทีมแพทย์ เฉพาะทางในหอผู้ป่วยวิกฤตในการปฏิบัติการดูแล แบบประคับประคอง	1) อัตราการให้คำปรึกษา ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอ ผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็น ร้อยละ 59 2) อัตราการให้คำปรึกษา ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยวิกฤตทาง อายุรกรรมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 21	level 2.d

ตารางที่ 4-2 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ/ การวัดผลลัพธ์	ผลการวิจัย	ระดับของหลักฐาน เชิงประจักษ์
Quenot et al., 2012	การศึกษาทั้งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตใน หอผู้ป่วยวิกฤตหรือ เสียชีวิตในโรงพยาบาล หรือจำหน่ายออกไปยัง หอผู้ป่วยอื่น กลุ่ม pre-intervention 306 คน กลุ่ม post- intervention 700 คน ระยะเวลาศึกษา 3 ปี	วิธีการสื่อสาร โดยใช้กลยุทธ์แบบเข้ม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาด้านองค์กร คือ ไม่จำกัดการเยี่ยมของญาติ เพิ่มทีมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา กำหนดห้อง ประชุม นัดหมายการประชุมที่ชัดเจนและไม่ให้มีสิ่งใด รบกวนขณะประชุม ประสานงานกับทีม และอบรม จริยธรรมก่อนเริ่มให้การสื่อสาร 2) การพัฒนาด้านการสื่อสาร คือ การประชุมร่วมกับทีม ผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัว ตกลงระดับของการ บำบัดรักษาร่วมกัน โดยคำนึงถึงการวินิจฉัยโรค การ พยากรณ์โรค โรคร่วม คุณภาพชีวิตที่ผ่านมา ความ คาดหวังในชีวิต ความต้องการของผู้ป่วย หนังสือแสดง เจตนา กำหนดการงดหรือถอนการรักษาที่ไม่เกิด ประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งอภิปรายร่วมกับสมาชิกใน ทีมผู้ดูแลในกรณีเกิดความเครียดทางอารมณ์	1) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาใน การเริ่มกระบวนการงาน ตัดสินใจงดหรือถอน การรักษาที่ไม่เกิด ประโยชน์ลดลง ($p < 0.05$) 2) ระยะเวลาการ เสียชีวิตที่หอผู้ป่วย วิกฤตและใน โรงพยาบาลลดลง ($p < 0.05$) 3) การใช้ยาแก้ปวดและ ยานอนหลับเพิ่มขึ้น ($p < 0.05$)	level 2.d

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยคัดเลือกรายงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองและการวิจัยกึ่งทดลองทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งเป็นรายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยและต่างประเทศที่รายงานไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2002 ถึง ค.ศ. 2012) ผลจากการสืบค้นพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 13 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพของงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

งานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ จำนวน 13 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ และตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ไม่พบงานวิจัยในประเทศไทย แม้ว่าจะได้ทำการสืบค้นข้อมูลอย่างครอบคลุมตามฐานข้อมูลที่กำหนดไว้ในแง่ของความทันสมัย พบว่า มีงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 มากที่สุด โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองเพียง 2 เรื่อง ส่วนอีก 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งถือว่าในแง่ของคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ level 1.c - level 2.d) (JBI, 2014) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 30 รายเกือบทั้งหมด มีงานวิจัยเพียง 2 เรื่องที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 ราย

2. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองและผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตจากงานวิจัยทั้ง 13 เรื่อง มีงานวิจัย 2 เรื่อง (Campbell & Guzman, 2003, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุก ซึ่งเน้นระบบการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรก แจ้งการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัวผ่านการประชุมร่วมกับครอบครัว เสนอการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยกำหนดระยะเวลาการดูแลที่ชัดเจน (ภายใน 3 วัน) ทำให้เกิดระบบของการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกที่สามารถคัดกรองและระบุผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย และจัดระบบการดูแลที่รวดเร็วสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งในทีมผู้ดูแลเองก็สามารถนำมาปฏิบัติได้ง่าย เพราะมีการระบุระยะเวลาของการดูแลที่ชัดเจน ทำให้เกิดการดูแลตั้งแต่ระยะแรกและมีความต่อเนื่อง จากการ

วิเคราะห์เมตา พบว่า การดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกทำให้จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลง (WMD 2.78; 95% CI 2.46, 3.11, $p < 0.0001$) ซึ่งผลที่จะตามมาหลังจากที่จำนวนวันนอนลดลง คือ ทำให้ผู้ป่วยหนักรายอื่นที่มีโอกาสรอดชีวิตได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และในทางเศรษฐกิจนั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม การวัดผลลัพธ์โดยการบันทึกจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตในงานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนั้นมีข้อแตกต่างจากการบันทึกจำนวนวันนอนในผู้ป่วยรายอื่น กล่าวคือ จะเริ่มบันทึกเมื่อแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วเท่านั้น จึงเป็นการวัดผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับการคัดเลือกรายการผู้ป่วย ดังนั้น วิธีการดูแลแบบประคับประคองเชิงรุกควรนำไปปรับใช้ เพื่อลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต

งานวิจัยที่ใช้การสรุปเชิงเนื้อหาทั้ง 11 เรื่อง มีความแตกต่างกันในระเบียบวิธีวิจัย และการปฏิบัติการดูแล ซึ่งสามารถอภิปรายลักษณะของการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่คล้ายคลึงกันได้ดังนี้

วิธีการให้คำปรึกษา มี 1 งานวิจัยใช้วิธีการให้คำปรึกษาทางจริยธรรมได้ผลลัพธ์ที่ดีเกี่ยวกับการลดจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาลและลดจำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนอีก 4 งานวิจัยมีความคล้ายคลึงกัน คือ การให้คำปรึกษาเชิงรุก โดย 2 งานวิจัย พบว่า มีการคัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เพื่อที่จะให้คำปรึกษาให้เร็วที่สุด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้นลง มีอัตราการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น แต่อีก 2 งานวิจัย ที่ใช้วิธีการให้คำปรึกษาโดยทีมแพทย์ที่เน้นค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก วัดผลลัพธ์ในเรื่องของอัตราการให้คำปรึกษา จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตและในโรงพยาบาล คะแนนความพึงพอใจของครอบครัว พยาบาลและแพทย์ที่ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม จะเห็นได้ว่าวิธีการให้คำปรึกษาที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีนั้นเกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาจริยธรรมและการให้คำปรึกษาเชิงรุก

วิธีการสื่อสาร มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6 งานวิจัย ประกอบด้วย 1) การสื่อสารทางตรงโดยทีมผู้ดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้จำนวนวันนอนลดลง ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลลดลง 2) การสื่อสารโดยอภิปรายร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยสร้างเครื่องมือคัดกรองความต้องการเกี่ยวกับการแผนการรักษา บันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการอาการ และกำหนดนโยบายการบริหารยาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลลัพธ์ที่ดี คือ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษานับถึงการงดการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตสั้นลง การช่วยฟื้นคืนชีพลดลง การดูแลหลังการสูญเสียเพิ่มขึ้น 3) วิธีการประชุมร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เฉพาะทางในหอผู้ป่วยวิกฤตและทีมแพทย์เฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคองผ่านการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คืออัตราการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม เพิ่มขึ้น และอัตราการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทาง

อายุรกรรมเพิ่มขึ้น 4) การใช้โปรแกรมนำร่องบนเครือข่าย (network-based pilot program) โดยจัดประชุม นำชุดการสื่อสารและการดูแลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และติดตามความก้าวหน้าของการดูแล ได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ อัตราการระบุผู้ตัดสินใจแทน อัตราการช่วยเหลือด้านสังคม อัตราการประจักษ์ร่วมกับครอบครัวและอัตราการประจักษ์ร่วมกับทีมสูงขึ้น และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น 5) วิธีการสื่อสารโดยใช้กลยุทธ์แบบเข้ม ประกอบด้วย การพัฒนาด้านองค์กร และการพัฒนาด้านการสื่อสาร วัตถุประสงค์ด้านกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการเริ่มกระบวนการจนตัดสินใจถอนหรือการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ลดลง ระยะเวลาการเสียชีวิตลดลง การใช้ยาแก้ปวดและยานอนหลับเพิ่มขึ้น

มีงานวิจัยอีก 1 งานวิจัยที่ใช้วิธีการสื่อสารที่มีโครงสร้างแบบเข้ม โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เตรียมการสื่อสารโดยอบรมทีม ประชุมร่วมกับครอบครัวภายใน 5-7 วัน วางแผนการรักษาและความก้าวหน้าในการพิจารณาแนวทางการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกและติดตามทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์ คือ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต อัตราการตาย การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการเจาะคอ (tracheostomy) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากผลการทบทวนดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า วิธีที่ใช้ในการสื่อสารการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญ และต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนการสื่อสารร่วมกัน โดยการสื่อสารดังกล่าวอาจจะต้องมีความรวดเร็ว สัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และสามารถวัดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านจำนวนวัน ระยะเวลา การใช้ยา และคุณภาพโดยรวมของการดูแล ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นการส่งเสริมในเรื่องการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย การจัดการอาการไม่สุขสบาย และการจัดการทางด้านจริยธรรมของทีมผู้ดูแล

ในเรื่องของความชัดเจนของวิธีการปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า มีรายงานวิจัยบางเรื่องที่อธิบายทุกขั้นตอนของการปฏิบัติอย่างชัดเจน แต่ก็พบรายงานวิจัยบางเรื่องที่ไม่ได้ระบุขั้นตอนที่ชัดเจน อธิบายไม่ครอบคลุม ทำให้เป็นข้อจำกัดในการสังเคราะห์งานวิจัย เมื่อประเมินความเหมาะสมของการวัดผลลัพธ์ บางรายงานวิจัยวัดผลลัพธ์อย่างหลากหลาย และพบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ที่ศึกษาถึงวิธีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีความต่างระหว่างสองกลุ่ม โดยศึกษาวิธีการให้คำปรึกษา 2 เรื่อง วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอัตราการให้คำปรึกษา จำนวนวันนอนและความพึงพอใจของการดูแล ศึกษาวิธีการสื่อสาร 1 เรื่อง วัดผลลัพธ์ คือ จำนวนวันนอน อัตราการตาย การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการเจาะคอ เมื่อศึกษางานวิจัยดังกล่าว พบว่า มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างน้อย และมีวิธีปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ทีมสหสาขาวิชาชีพไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการดูแลแบบ

ระดับประคอง ดังนั้น ควรมีการทำวิจัยซ้ำเกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษาหรือวิธีการสื่อสารที่มีคุณภาพ เพื่อที่จะได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำข้อสรุปที่ได้มาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองต่อไป

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือในแง่ของระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมา ทบทวน ซึ่งสามารถสรุปวิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤต แต่ยังไม่สามารถหาประสิทธิผลของการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่ดี ที่สุดได้ ซึ่งข้อเสนอแนะหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนในครั้งนี้มาจากการศึกษาเพียง 1-2 เรื่องเท่านั้น จึงควรมีการทำวิจัยซ้ำในแต่ละประเด็นโดยวัดผลลัพธ์เดียวกัน เพื่อที่จะได้นำงานวิจัย มาเปรียบเทียบผลโดยการสังเคราะห์เมตา จึงจะได้วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด และการที่ไม่พบการศึกษาวิจัย ในประเทศไทยเลยนั้น อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในระบบบริการในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งยังพบน้อยในประเทศไทย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การ ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองที่มี ประสิทธิภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved