

# ความรู้ ประสบการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ภัตสร โรจน์เพ็ญเพียร<sup>1\*</sup>, เพชรรัตน์ บุนนาค<sup>1</sup>, สวณี เต็งรังสรรค์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>2</sup>สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## Knowledge, Experiences and Barriers in Advance Care Plan for Terminal Cancer Patients of Family Medicine Residents

Passorn Rotpenpian<sup>1\*</sup>, Petcharat Bunnug<sup>1</sup>, Sawanee Tengrunsun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University.

<sup>2</sup>Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University.

Received: 15 February 2021 / Accepted: 21 May 2021 / Published online: 20 August 2021

**หลักการและวัตถุประสงค์:** ปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบมากขึ้น การดูแลแบบประคับประคองจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ซึ่งแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นกลุ่มสำคัญในทีมรับปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นการศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ และศึกษาประสบการณ์อุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน ศึกษาในแพทย์ประจำบ้านที่กำลังฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปีการศึกษา 2562 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาใช้เป็น total population เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา

**ผลการศึกษา:** แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 78 ราย ร้อยละ 94.87 มีความรู้ในระดับดี และร้อยละ 83.3 มีอุปสรรคในการทำกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า อุปสรรคได้แก่ การพยากรณ์ของโรคที่ไม่แน่ชัด ครอบครัวของผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ ตามลำดับ มีแพทย์ประจำบ้านจำนวน 7 คนเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่าแพทย์ประจำบ้านได้ตระหนักและเรียนรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก รวมถึงเห็นคุณค่าของตนเองระหว่างกระบวนการจัดการ

**สรุป:** แพทย์ประจำบ้านมีความรู้ในการทำวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ใน

**Background and Objectives:** Nowadays number of the terminal cancer patients are increasing. Palliative care is going to be a major role, especially advance care plan. The family medicine resident is an important part of the members in the palliative care team. The aims of this study were to explore the knowledge, experiences and barriers in advance care plan for terminal cancer patients of family medicine residents.

**Methods:** This was a mixed method study. Using the questionnaire was conducted among the doctors who were in residency training in family medicine in the year 2019 and this data were analyzed by statistical method. Semi-structured interview with purposive sampling was conducted and the data were analyzed using content analysis.

**Results:** 78 respondents answered the questionnaire. The 94.87 percentage of these were in a good level of the knowledge and the 83.3 percentage of these had the barrier among this process. The most barrier was the imprecise prognosis of the disease, the patient's family and the primary doctors, respectively. A sample of 7 family medicine residents complying with the inclusion criteria were recruited and interviewed. They were more acknowledged about advance care plan in the terminal care patients and learnt about obstacles within themselves.

\*Corresponding author : Passorn Rotpenpian, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Thailand, 12120. E-mail: aamsorn@gmail.com

ระดับดี แต่ละรายมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งที่เกื้อหนุนและที่บั่นทอนต่อกระบวนการ นอกจากนี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า (advance care plan) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยบุคลากรทางการแพทย์

**คำสำคัญ:** การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า; ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย; ความรู้; อุปสรรค; แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

**Conclusion:** There was a good level of knowledge in advance care plan for terminal cancer patients of family medicine residents. Each of them was the different experience, both enhancers and barriers, in advance care plan for terminal cancer patients. A new model of advance care planning in the terminal cancer patients by health care providers is established from this research.

**Keyword:** advance care plan; terminal cancer patients; knowledge; barriers; family medicine residents

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(4): 460-468. • Srinagarind Med J 2021; 36(4): 460-468.

## บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวขึ้น สาเหตุของการเสียชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม จากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง สถานะสุขภาพปัจจุบันอัตราการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย คือ โรคมะเร็ง คิดเป็น 120.5 คนต่อแสนประชากรต่อปี<sup>1</sup> การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเข้ามามีบทบาทค่อนข้างมาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวบรรเทาความทุกข์ทรมาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และยังทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ<sup>2, 3</sup> การดูแลแบบประคับประคองนั้นต้องอาศัยการร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ ต่อสนองความหวัง ความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นหนึ่งในหัวข้อของการฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อผู้ปฏิบัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ภายใต้แพทย์สภา แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แพทย์ประจำบ้านจะทำหน้าที่รับปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โดยจากการค้นหาเบื้องต้น มีการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับมุมมองของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้ป่วยมะเร็งในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้มีงานวิจัยในต่างประเทศศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคและสิ่งเกื้อหนุนต่อการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กับผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ายังไม่พบการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของแพทย์ในบริบทโรงเรียนแพทย์ของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ประสบการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

## วิธีการศึกษา

เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method study) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจความรู้ของแพทย์ประจำบ้านและอุปสรรคในเบื้องต้น และใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ และอุปสรรคในรายละเอียด ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

## ประชากรที่ศึกษาและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาเชิงปริมาณคือ แพทย์ประจำบ้านที่กำลังฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อผู้ปฏิบัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีรายชื่อในทะเบียนของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ปีการศึกษา 2562 จำนวน 250 ราย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็น total population โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ แพทย์ประจำบ้านที่กำลังฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อผู้ปฏิบัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีรายชื่อในทะเบียนของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ณ ปีพุทธศักราช 2562 เกณฑ์คัดเลือกรายชื่อคือ แพทย์ประจำบ้านที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ประชากรเชิงคุณภาพ คือ แพทย์ประจำบ้านที่ตอบแบบสอบถามดังกล่าว ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนรวม 6-10 คน หรือจนกว่าข้อมูลที่ได้จะมีความอิ่มตัว

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบความตรงและความเหมาะสม (Content validity) ซึ่งถือความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ใน 3 เป็นเกณฑ์ และผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของ Cronbach พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.905 แบบสอบถามนี้ครอบคลุมในเรื่องของข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และแบบสอบถามด้านกระบวนการและอุปสรรคเกี่ยวกับกระบวนการดังกล่าว สำหรับในส่วนของความรู้ ระดับความรูที่ดี คือ มากกว่าร้อยละ 80 ระดับความรู้ปานกลาง คือ ร้อยละ 50 ถึง 80 และระดับความรู้ต่ำ คือ น้อยกว่าร้อยละ 50 โดยเกณฑ์ในการตัดสินนี้อ้างอิงจากเกณฑ์ระดับความรู้จากงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2013 ของ Jiratha และ Chumworathayi<sup>4</sup> ที่ศึกษาเรื่อง knowledge and attitudes toward palliative terminal cancer care among Thai generalists ซึ่งใช้เกณฑ์ moderate level of knowledge ที่มากกว่าร้อยละ 50

การศึกษาเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview protocol) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมโดยถือความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ใน 3 เป็นเกณฑ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ครอบคลุมเรื่องการให้ความหมาย กระบวนการ และประสบการณ์ต่างๆ ในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (advance care plan) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

### วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษาเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 8 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 8 มิถุนายน 2563 โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามพร้อม QR code ทางไปรษณีย์ควบคู่กับเอกสารแนะนำโครงการไปยังสถาบันฝึกอบรมต่างๆ โดยได้เตรียมของจดหมายพร้อมเจ้าหน้าที่ที่อยู่ผู้รับ และติดแสตมป์ไปรษณีย์เพื่อส่งข้อมูลมายังผู้วิจัย หากไม่ได้รับการตอบกลับ ผู้วิจัยติดต่อไปยังเจ้าหน้าที่สถาบันอบรมดังกล่าวเพื่อสอบถาม ติดตาม และกระตุ้นเตือน

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นเสร็จ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยเลือกตัวแทนจากผู้ร่วมวิจัยที่มีอุปสรรคในการทำงานมากที่สุด ปานกลาง และที่ไม่มีหรือมีอุปสรรคในการทำงานน้อยที่สุด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563 หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถอดเทปควบคู่กัน ไปจนกว่าข้อมูลที่ได้จะมีความอิ่มตัว

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

การศึกษาเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สำหรับข้อมูลระดับนามบัญญัติ (nominal scale) และข้อมูลระดับเรียงลำดับ (ordinal scale) วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามากที่สุด ค่าน้อยสุด ส่วนข้อมูลระดับคะแนนจากแบบสอบถาม และระดับอุปสรรค ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลระดับเรียงลำดับ (ordinal scale) วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ด้วย Chi-square test

ส่วนกรณีที่ความถี่ต่ำกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวน cell ทั้งหมดจะใช้ Fisher's exact test แทน

การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์ออกเป็นบทความคำต่อคำ จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัย และที่ปรึกษาวิจัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นอิสระต่อกัน (Independent coding) หากผลการวิเคราะห์ที่ได้มาไม่สอดคล้องกัน จะทำการหาข้อสรุปร่วมกันอีกครั้ง

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ MTU-EC-CF-0-164/62

### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่ามีแพทย์ประจำบ้านตอบแบบสอบถามจำนวน 107 ราย อัตราตอบกลับแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 42.8 โดยเป็นแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.89 ไม่ใช่แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.74 และมีผู้ตอบกลับแบบสอบถามด้วยแบบสอบถามเปล่าจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.36 ดังนั้น จะนับจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็น 78 ราย

ผู้ร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 59 อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.1 มีสถานภาพโสดจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.4 นับถือศาสนาพุทธจำนวน 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.6 ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.8 มีอายุการทำงานหลังจบแพทยศาสตรบัณฑิตมากกว่า 3 ปี จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.1 และทุกรายไม่เคยเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ความรู้ของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผลคะแนนความรู้มีค่าเฉลี่ย 10.17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.36 คะแนน คะแนนสูงสุด 11 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน

ส่วนใหญ่ของผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80) จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.87 โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

อุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 มีอุปสรรค และจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 ที่ไม่มีอุปสรรค โดยอุปสรรคอันดับที่ 1 คือ การพยากรณ์ของโรคที่ไม่แน่ชัด รองลงมาคือ ครอบครัวของผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ของผู้ร่วมวิจัยมีอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย (N=78)

ผลการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	32 (41)
หญิง	46 (59)
<b>อายุ (ปี)</b>	
20-29	50 (64.1)
30-39	28 (35.9)
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	64 (82.1)
สมรส	13 (16.7)
หย่าร้าง	0 (0)
หม้าย	0 (0)
อื่นๆ	1 (1.3)
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	73 (93.6)
คริสต์	0 (0)
อิสลาม	4 (5.1)
อื่นๆ	1 (1.3)
<b>ภูมิลำเนา</b>	
ภาคเหนือ	16 (20.5)
ภาคกลาง	24 (30.8)
ภาคตะวันออก	4 (5.1)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11 (14.1)
ภาคใต้	22 (28.2)
ภาคตะวันตก	1 (1.3)
<b>อายุการทำงานหลังจบแพทยศาสตรบัณฑิต (ปี)</b>	
น้อยกว่า 1	1 (1.3)
1-3	34 (43.6)
มากกว่า 3	43 (55.1)
<b>ประวัติการจบแพทย์เฉพาะสาขาอื่น</b>	
ใช่	0 (0)
ไม่ใช่	78 (100)

70.51 รองลงมา คือ ผู้ร่วมวิจัยไม่มีอุปสรรค จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผู้ร่วมวิจัยมีอุปสรรคมาก (ทุกประเด็น) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82 และไม่มีผู้ร่วมวิจัยที่มีระดับอุปสรรคน้อย (1 ประเด็น) คิดเป็นร้อยละ 0

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป และระดับความรู้ กับอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวใน

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำแนกตามระดับความรู้ (คะแนนเต็ม =11 คะแนน) (N=78)

ระดับความรู้	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	1 (1.28)
ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 80	3 (3.85)
ระดับความรู้ดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80	74 (94.87)

ประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

**ประสบการณ์ และอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**

จากการเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า มีผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 7 ราย เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกจนข้อมูลที่ได้มีความอึดอัด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเนื้อหา สามารถสรุปรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ประสบการณ์ที่เกื้อหนุนในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**

พบว่า มีทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกของแพทย์ประจำบ้าน สิ่งสำคัญคือ การนิยามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

“...เรามีหน้าที่คุยเพื่อให้ได้คำตอบ หรือเรามีหน้าที่เพื่อลด suffering? ถ้าเรามองว่าการจะได้ advance care plan ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการดูแลอาการ หรือเรื่องของ Psycho ต่าง ๆ มันเป็นการลด suffering เราจะรู้สึกดีกว่า...”

กรณีศึกษาลำดับที่ 1

หลังจากการทำการกระบวนการนี้แล้ว ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ได้เติมเต็มตัวเอง ทำให้เกิดความคิดอยากที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

“...คือรู้สึกดีมาก (แววดตาเป็นประกาย) เพราะว่าเป็นส่วนตัว เรา มองเรื่องของความตาย คือการต้องสูญเสีย การต้องจาก .....เรา มีอยากจะทำสิ่งดีให้เขาจดจำ และการทำ advance care plan ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนที่เขาจะจากไป ... เราอยากจะทำให้แบบ เราได้เติมความรู้สักทีๆ พอได้ทำมันก็จะย้อนมาเติมเต็มเรา ....มันก็จะกลับมาคิดถึงว่า ทำไมเราถึงชอบ รักที่จะทำมันมากขึ้น เพราะว่าความรู้สึกนั้นกลับมาเติมเรา”

กรณีศึกษาลำดับที่ 1

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับระดับความรู้ และอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N=78)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความรู้				อุปสรรค				
	จำนวน (ร้อยละ)			Chi-square	p-value	จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี			มี	ไม่มี		
<b>เพศ</b>				2.357	0.385			0.042	0.837
ชาย	1 (1.28)	2 (2.56)	29 (37.18)			27 (34.62)	5 (6.41)		
หญิง	0 (0)	1 (1.28)	45 (57.69)			38 (48.72)	8 (10.26)		
<b>อายุ (ปี)</b>				25.362	0.144			7.766	0.429
≤ 30	0 (0)	3 (3.85)	67 (85.90)			58 (74.36)	12 (15.39)		
> 30	1 (1.28)	0 (0)	7 (8.95)			7 (8.95)	1 (1.28)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				7.958	0.27			2.737	0.347
โสด	0 (0)	3 (3.85)	61 (71.21)			55 (70.51)	9 (11.54)		
สมรส	1 (1.28)	0 (0)	12 (15.39)			9 (11.54)	4 (5.13)		
อื่นๆ	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)			1 (1.28)	0 (0)		
<b>ศาสนา</b>				5.884	1			0.829	1
พุทธ	1 (1.28)	3 (3.85)	69 (88.46)			60 (76.92)	13 (16.67)		
อิสลาม	0 (0)	0 (0)	4 (5.13)			4 (5.13)	0 (0)		
คริสต์	0 (0)	0 (0)	0 (0)			0 (0)	0 (0)		
อื่นๆ	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)			1 (1.28)	0 (0)		
<b>ภูมิลำเนา</b>				10.622	0.888			4.477	0.485
ภาคเหนือ	0 (0)	0 (0)	16 (20.51)			13 (16.67)	3 (3.85)		
ภาคกลาง	0 (0)	2 (2.56)	22 (28.21)			20 (25.64)	4 (5.13)		
ภาคตะวันออก	0 (0)	0 (0)	4 (5.13)			4 (5.13)	0 (0)		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0 (0)	0 (0)	11 (14.10)			10 (12.82)	1 (1.28)		
ภาคตะวันตก	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)			0 (0)	1 (1.28)		
ภาคใต้	1 (1.28)	1 (1.28)	20 (25.64)			18 (23.08)	4 (5.13)		
<b>อายุการทำงานหลังจบ แพทยศาสตรบัณฑิต (ปี)</b>				5.144	1			0.595	1
≤1	0 (0)	0 (0)	1 (1.28)			1 (1.28)	0 (0)		
1-3	0 (0)	1 (1.28)	33 (42.31)			28 (35.90)	6 (7.69)		
>3	1 (1.28)	2 (2.56)	40 (51.28)			36 (46.15)	7 (8.94)		

หมายเหตุ มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ กับอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N=78)

ระดับความรู้	อุปสรรค		Chi-square	p-value
	มีอุปสรรค จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีอุปสรรค จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับความรู้ต่ำ	0 (0)	1 (1.28)		
ระดับความรู้ปานกลาง	2 (2.56)	1 (1.28)	4.96	0.127
ระดับความรู้ดี	63 (80.77)	11 (14.10)		

หมายเหตุ มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p < 0.05

## ประสบการณ์ที่มันทอนในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

พบว่า มีทั้งจากตัวแพทย์ประจำบ้าน ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและครอบครัว และระบบการส่งปรึกษาทีมประคับประคอง นอกจากนี้ยังรวมถึงภาวะ *conspiracy of silence*

“...ก่อนที่เราจะคุย *advance care plan* นะ มันเห็นเลยว่าเราหงุดหงิด เราเคลียร์ปัญหาส่วนตัวยังไม่เสร็จ ... เคสที่เรา มักจะมีอารมณ์หงุดหงิด อารมณ์ร่วมเยอะ เพราะว่าก่อนที่เราจะเริ่ม เราไม่พร้อม...” กรณีศึกษาลำดับที่ 1

“...ปัญหาจะมีสองแบบ ก็คือ ได้ไม่ตรงกัน นื่องอินเทิน นื่องเดิน กับชีพ หรือสตาฟบอกแผนการรักษากับเราไม่ตรงกัน อันที่สองคือ ไม่มีใครรู้แผนเลย ซึ่งมันเป็นปัญหาในการคุย เพราะว่า บางที่เราประมาณได้อยู่แล้วว่า ไอ้ไหนคนไข้แบบ PPS ประมาณนี้ *disease* ประมาณนี้ ไม่น่าจะทำอะไรต่อ แต่ว่าพอเราคุยแล้ว มันก็มีประเด็นว่า เดินคิดว่าเป็นแบบเรา แต่ชีพ หรือสตาฟไม่คิดว่าเป็นแบบเรา ทำให้เวลาเราไปคุยแล้วจะให้เราคุยแค่นั้น...” กรณีศึกษาลำดับที่ 1

“...บุคลากรที่ยังไม่ค่อยมีความรู้ด้านพาลีเอทีฟมากนัก อาจจะมี *Perception* ที่ไม่ค่อยดีกับพาลีเอทีฟ อย่างเช่น อาจจะชอบคิดว่า พาลีเอทีฟ เหมือนไม่ได้มาทำอะไร เหมือนมา *drip* ยาให้เหมือนคนไข้ไป อะไรแบบนี้...คือเขา(แพทย์เจ้าของไข้) ชอบคิดว่า การไม่ทิวป์ ไม่ *cpr* คือ ตลอดกาลและตลอดไป และทำให้ลังเลใจว่า ถ้าไปเซ็นเอกสารไว้ เขาจะเข้าใจใหม่ว่ามันเป็นตอนช่วงระยะท้ายของชีวิตนะ...” กรณีศึกษาลำดับที่ 3

“...คือบางคนเขาก็ดูสิว่าเหมือนเป็นการแข่งเขาเหมือนกันนะ การที่แบบเขายังที่อยู่ แล้วมาคุยเรื่องแบบนี้...” กรณีศึกษาลำดับที่ 3

“...แบบหากไม่สู้เต็มที่ มันจะเหมือนเขาไม่ได้ทำอะไรให้พ่อกับแม่เขา เหมือนเขาปล่อยให้พ่อกับแม่เขาตายไปต่อหน้าต่อตา... เหมือนเขาคิดแบบนี้...ทั้งที่จริงๆแล้วเป้าหมายของเขา คือ ไม่อยากให้พ่อแม่ทรมาณนั้นแหละ...” กรณีศึกษาลำดับที่ 3

“...ความจริง *advance care plan* มันก็ไม่ได้แปลว่าต้อง NR ทุกเคส แต่มันก็ยาก พอบางที่เจ้าของไข้เขาเห็นว่า เนี่ย แยกแล้ว ทำไมเราถึงคุยแล้วคนไข้ยังสู้เต็มที่...” กรณีศึกษาลำดับที่ 7

“...คนไข้ก็จะถามกลับมาว่าตกลงเขาใกล้ตายแล้วทำไมถึงตกลงเขาเป็นโรคอะไรกันแน่...มันเป็นปัญหานึงในการจะคุย *advance care plan* ต่อ” กรณีศึกษาลำดับที่ 1

## สิ่งที่ได้เรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านจากการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แพทย์ประจำบ้านมองเห็นคุณค่าของกระบวนการ กล่าวคือ การได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างแท้จริงระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว การตระหนักถึงความเมตตาภายในตนเอง เกิดความสุขและแรงบันดาลใจในการทำงาน และยังเป็นสิ่งช่วยคลายความทุกข์ รวมถึงข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น

## แนวทางในการแก้ไขอุปสรรคในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

แพทย์ประจำบ้านคิดว่า ควรมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของแพทย์ทุกคนให้เข้าใจตรงกันมากขึ้น

“...คืออยากให้คนอื่นเขามีความรู้ด้าน *advance care plan* ที่มันถูกต้องมากกว่านี้ละ หมายถึง หมอ บุคลากรทางการแพทย์ เพราะปัญหาของการทำก็เจอ... และคิดว่าการทำให้หมอว่ามันง่ายกว่าการทำให้คนไข้หรือญาติรู้ก็เยอะ มันต้องใช้ความเข้าใจ...” กรณีศึกษาลำดับที่ 1

### วิจารณ์

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพบว่า อัตราตอบกลับแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 42.8 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในทางสถิติ<sup>5</sup> กล่าวคือ อัตราการตอบกลับแบบสอบถามที่ยอมรับได้ อยู่ที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ขึ้นไป

ในส่วนของความรู้พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ดี (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80) ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคลพบว่า แพทย์ประจำบ้านทุกรายเข้าใจในนิยามของการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าได้เป็นอย่างดี

ในส่วนของอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านพบว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการทำการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งประเด็นที่เป็นอุปสรรคมากที่สุดคือ พยากรณ์ของโรคที่ไม่แน่ชัด รองลงมาคือ ครอบครัวของผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกกับรายบุคคล พบว่า แพทย์ประจำบ้านพบว่า การพยากรณ์โรคที่ไม่ชัดเจนทำให้การทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าเกิดความยากลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2015 ของประเทศอังกฤษ โดย Lund และคณะ<sup>6</sup> พบว่า การพยากรณ์โรคยังไม่ชัดเจน การต่อรองกับผลการรักษาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ และการดำเนินงานที่ไม่สามารถทำได้อาจเป็นเพราะมีปัจจัยภายในองค์กร หรือปัจจัยทางการดำเนินโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าตัวแพทย์เองเกิดความไม่มั่นใจกับตัวโรคและแนวทางการรักษา

นอกจากนี้ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดของข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย ที่มีความสัมพันธ์กับอุปสรรคของแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อปี ค.ศ. 2018 ของประเทศออสเตรเลีย Lam และคณะ<sup>7</sup> ได้ศึกษาการปฏิบัติอุปสรรค และตัวอย่างของกระบวนการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุในเวสเทิร์นนิวเซาท์เวลส์ พบว่า ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่าหรือมากกว่า 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ต่อทัศนคติของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในการทำงาน แต่ขัดแย้งในประเด็นว่า ร้อยละ 81 ของผู้ร่วมวิจัยพบว่า การฝึกอบรมมาอย่างเป็นทางการมีความสำคัญ เหมือนกับงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2016 ของ Johnson และคณะ<sup>8</sup> ที่พบว่า ความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์ของแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า มีความสำคัญต่อกระบวนการ

การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า แพทย์ประจำบ้านในงานวิจัยนี้อาจมี recall bias เกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามที่เป็นจำนวนตัวเลข

สำหรับประสบการณ์ของแพทย์ประจำบ้านพบว่า สิ่งที่เกี่ยวข้อง และ/หรือ บันทึกลงในกระบวนการ มีทั้งจากตัวแพทย์ประจำบ้านเอง และไม่ใช่จากตัวแพทย์ประจำบ้าน ตัวแพทย์ประจำบ้านเองเป็นหนึ่งในอุปสรรค ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลพบว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ แพทย์ประจำบ้านมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ความไม่มั่นใจในตนเอง ความรู้สึกถูกคาดหวัง ความคาดหวังในตัวเอง ความไม่พร้อมจากภาวะหรือปัญหาอารมณ์ส่วนตัว และอคติของตัวแพทย์ประจำบ้านเองในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาเมื่อปี ค.ศ. 2019 ของ Jo Risk และคณะ<sup>9</sup> พบว่า อุปสรรคของกระบวนการสามารถเกิดขึ้นที่ระดับบุคคล กล่าวคือ เนื่องจากตัวแพทย์ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ มีทัศนคติที่ไม่สมเหตุสมผลต่อกระบวนการอารมณ์ไม่พร้อม หรือความไม่มั่นใจ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2016 ของ Johnson และคณะ<sup>10</sup> พบว่า ความรู้ ทัศนคติและประสบการณ์ของแพทย์ รวมถึงความลังเลใจ ความไม่สบายใจเกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า มีความสำคัญต่อการเริ่มกระบวนการทั้งสิ้น ดังนั้น งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ก่อนการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า แพทย์ประจำบ้านควรมีการเตรียมความพร้อมของตัวเองด้วยเสมอ ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความรู้ และด้านจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลในประเด็นเรื่อง แพทย์ประจำบ้านมีระดับของอุปสรรคที่แตกต่างกัน เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยภายในตัวแพทย์ประจำบ้านเอง กล่าวคือ การนิยามบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านแต่ละคนแตกต่างกัน หรือแนวความคิดที่แตกต่างกันของแต่ละคนขณะปฏิบัติงาน

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า หากแพทย์ประจำบ้านมีการนิยามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม อาจทำให้กระบวนการการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นไปได้ด้วยดีมากขึ้น

แพทย์เจ้าของไข้เป็นทั้งปัจจัยเกื้อหนุน และปัจจัยที่บั่นทอนในการวางแผนรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้ป่วย เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะแพทย์บางคนอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นเหตุให้แพทย์ประจำบ้านในงานวิจัยนี้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาว่า ควรมีการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์ทุกคนให้เข้าใจตรงกันมากขึ้น เพื่อช่วยให้การส่งปรึกษาเป็นไปอย่างเหมาะสมมากขึ้น รวมถึงสนับสนุนให้แพทย์พูดคุยสื่อสารกันให้มากขึ้นเกี่ยวกับแผนการรักษาเพื่อส่งต่อรายละเอียดผู้ป่วยให้กับทีมแพทย์ที่ร่วมรักษา

ส่วนในแง่ของตัวผู้ป่วยก็เป็นหนึ่งในอุปสรรคของกระบวนการได้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลพบว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า เนื่องจากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค

การพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา หรือผู้ป่วยบางคนยังไม่พร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2010 ของ Boyd และคณะ<sup>10</sup> และการศึกษาเมื่อปี ค.ศ. 2016 ของ Johnson และคณะ<sup>10</sup> พบว่า ผู้ป่วยกังวลว่าการทำการวางแผนรักษาตัวเองล่วงหน้าจะสร้างความกลัวและความไม่สบายใจกับตนเองและญาติ กลัวเรื่องการเริ่มต้นกระบวนการ กลัวข้อมูลระหว่างกระบวนการ ซึ่งต้องทำวิจัยต่อในส่วนข้อมูลประเทศไทย เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นในมุมมองแพทย์ประจำบ้าน ส่วนเหตุผลที่แท้จริงอาจยังตอบไม่ได้จากงานนี้

สำหรับประเด็นครอบครัวของผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งพบว่า เป็นอุปสรรคอันดับที่ 2 และสอดคล้องกับงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2012 ของ Van Oorschot และคณะ<sup>11</sup> งานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2016 ของ Johnson และคณะ<sup>10</sup> และงานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2019 ของ Jo Risk และคณะ<sup>9</sup> พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และผู้ดูแลมีผลต่อการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในอุปสรรค เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวยังอยู่ในสถานะไม่พร้อมทางจิตใจ อาจรวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาโรคของสมาชิกในครอบครัวยังไม่ตรงกับทีมการรักษา ความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่เกี่ยวข้องไม่เป็นไปในทางเดียวกัน และที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะ conspiracy of silence ซึ่งทำให้การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความเข้าใจของตัวผู้ป่วยเอง ในทางตรงกันข้าม งานวิจัยเมื่อปี ค.ศ. 2011 ของ Barnes และคณะ<sup>12</sup> พบว่าร้อยละ 36-47 ของผู้ป่วยมะเร็ง ต้องการให้ครอบครัวมาอยู่ด้วยในการตัดสินใจ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล แพทย์ประจำบ้านบางรายพบว่า ครอบครัวจะมีส่วนเข้ามาช่วยคุยกับผู้ป่วย ทำให้เข้าใจตัวโรค และวางแผนร่วมกันได้ง่ายขึ้น บางครอบครัวสมาชิกจะเข้ามาช่วยเป็นผู้ดูแลหลักในเรื่องต่างๆ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอีกด้วย ดังนั้น งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นทั้งปัจจัยเกื้อหนุน และปัจจัยที่บั่นทอนในการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำบ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวนั้นๆ

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามมาไม่ครบเนื่องด้วยระหว่างขั้นตอนเก็บข้อมูลแบบสอบถามอยู่ในช่วงสถานการณ์ล็อกดาวน์โควิด-19 ซึ่งอาจทำให้เป็นอุปสรรคในการส่งแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์

### สรุป

แพทย์ประจำบ้านที่กำลังฝึกอบรมในหลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีความรู้ในการทำการวางแผนดูแล

รักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี

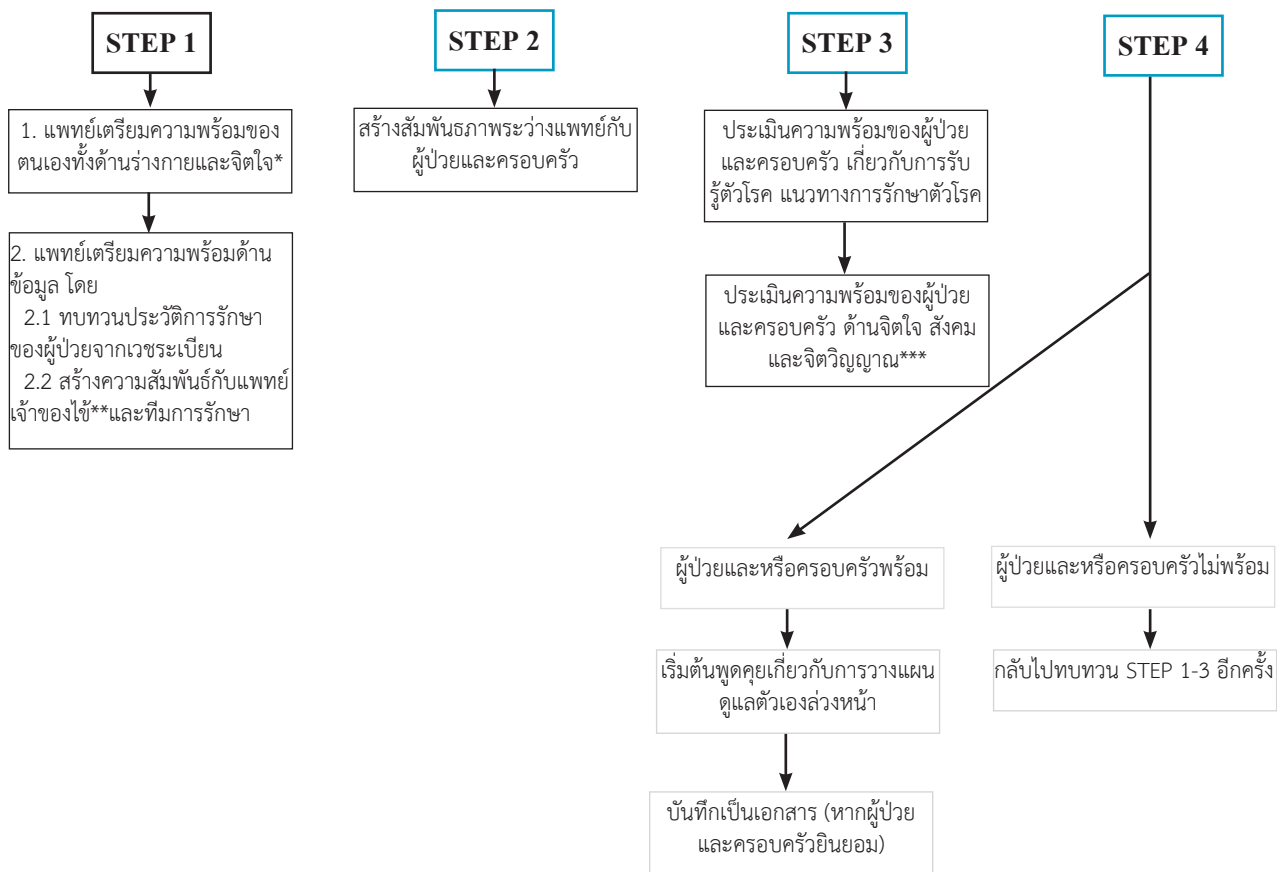
แพทย์ประจำบ้านแต่ละรายมีประสบการณ์ที่ต่างกัน ในการทำการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีทั้งที่เกือหนุน และที่บั่นทอนต่อกระบวนการ โดยสาเหตุที่เกือหนุนเกิดได้ทั้งจากตัวแพทย์ประจำบ้านเอง และไม่ใช้จากตัวแพทย์ประจำบ้าน อันได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และระบบการส่งปรึกษาที่มีระดับประคอง สิ่งสำคัญในกระบวนการนี้คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แพทย์ประจำบ้านมองเห็นคุณค่าของการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กล่าวคือ การได้ทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างแท้จริงระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว การตระหนักถึงความเมตตาภายในตนเอง เกิดความสุขและแรงบันดาลใจในการทำงาน และยังเป็นสิ่งช่วยคลายความทุกข์ รวมถึงข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการใน

การทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแนวทางนี้อาจเป็นหนึ่งในกระบวนการที่บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ รายละเอียดดังรูปที่ 1

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์จากสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้คำปรึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสถาบันฝึกอบรมต่างๆ ที่ช่วยเหลือตอบรับการติดต่อจากผู้วิจัย และขอขอบคุณแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวทุกท่านที่ร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยนี้ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี



รูปที่ 1 กระบวนการในการทำการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า (advance care planning) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยบุคลากรทางการแพทย์  
**หมายเหตุ** 1. ทั้งนี้กระบวนการจะดีขึ้นหากระบบดี กล่าวคือ มีระบบชัดเจน มีลำดับขั้น และมีรายละเอียดที่เป็นเอกสารในการส่งปรึกษา ซึ่งจะเกือหนุนระบบการส่งต่อได้ง่ายขึ้น 2. ในงานวิจัยนี้แพทย์ประจำบ้านมีระดับความรู้ดีเกี่ยวกับการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า หากเป็นบุคลากรทางการแพทย์อื่น อาจต้องศึกษาเรื่องนี้เพิ่มเติม

\*ด้านจิตใจของแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ การนิยามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกถูกคาดหวัง และความคาดหวังในตัวเอง

\*\*ควรมีการสร้างความสัมพันธ์กับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพูดคุยถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรค การรักษา และการพยากรณ์ให้เข้าใจตรงกัน

\*\*\*ภาวะ conspiracy of silence ควรได้รับการตรวจสอบ



## เอกสารอ้างอิง

1. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2537 - 2560 รายปี [cited 2019 August5]. Available from: [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15).
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
3. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, สำลี สาลีกุล, นิภาพร อภิลิทธิวาสนา, มณีรัตน์ เทียมหมอก. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าเพื่อการตายดี (Advanced care planning for peaceful death). วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2560; 33: 138-145.
4. Jiratha B, Chumworathayi B. Knowledge and Attitudes toward Palliative Terminal Cancer Care among Thai Generalists. Asia Pacific Journal of Cancer Prevention 2013; 14: 6173-6180.
5. นิศาชล รัตน์มณี, ประสพชัย พสุนนท์. อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ(Response rate in quantitative research). Journal of Humanities and Social sciences Thonburi University 2019; 13: 181-188.
6. Lund S, Richardson A, May C. Barriers to advance care planning at the end of life: an explanatory systematic review of implementation studies. PloS One 2015; 10: 0116-0629.
7. Lam L, Ansari AS, Baquir PJ, Chowdhury N, Tran K, Bailey J. Current practices, barriers and enablers for advance care planning among healthcare workers of aged care facilities in western New South Wales, Australia. Rural and remote health 2018; 18: 4714.
8. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. Psycho-oncology 2016; 25: 362-386.
9. Jo Risk LM, Joel Rhee, Lucie Walters, Paul R Ward. Barriers, enables and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. BMJ Open 2019; 9: 1-17.
10. Boyd K, Mason B, Kendall M, Barclay S, Chinn D, Thomas K, et al. Advance care planning for cancer patients in primary care: a feasibility study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2010; 60: 449-458.
11. Van Oorschot B, Schuler M, Simon A, Flentje M. Advance directives: prevalence and attitudes of cancer patients receiving radiotherapy. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2012; 20: 2729-2736.
12. Barnes KA, Barlow CA, Harrington J, Orndel K, Tookman A, King M, et al. Advance care planning discussions in advanced cancer: analysis of dialogues between patients and care planning mediators. Palliative & supportive care 2011; 9: 73-79.

SMJ