

## นิพนธ์ต้นฉบับ

การรับรู้ของญาติผู้ป่วยต่อกระบวนการประชุมครอบครัวที่  
ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลรักษาแบบประคับประคองญาณิศา ศุภศิริสันต์, พบ.,<sup>1</sup> ธนกร จงเจษฎ์, พบ.,<sup>2</sup> บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พบ.<sup>1</sup><sup>1</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, <sup>2</sup>โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พบ.,  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
กรุงเทพมหานคร 10300,  
ประเทศไทย  
Email: basmon@nmu.ac.th

Received: December 12, 2022;

Revised: January 4, 2023;

Accepted: March 14, 2023

## บทคัดย่อ

**ที่มา:** ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีการจัดประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคและวางแผนแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำเทคนิค SPIKES protocol มาประยุกต์ใช้ แต่การประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารยังมีข้อจำกัด ทางผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการประชุมครอบครัวเพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการในการสื่อสารระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับญาติผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการประชุมครอบครัวต่อไป

**รูปแบบการวิจัย:** ศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

**วิธีการศึกษา:** เก็บข้อมูลญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง สื่อสารใช้หลัก SPIKES protocol โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 100 คน ใช้แบบประเมินการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของแพทย์และญาติผู้ป่วย

**ผลการศึกษา:** ญาติผู้ป่วยมีการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยสอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารในระดับปานกลางถึงดีมาก มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ร้อยละความสอดคล้อง คือ 96-100 สัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 ในขณะที่การพูดคุยด้านอารมณ์มีค่าความสอดคล้องต่ำกว่าด้านอื่น ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวในระดับดีมาก

**สรุป:** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถนำหลัก SPIKES protocol มาใช้ในการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว

**คำสำคัญ:** การประชุมครอบครัว การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เทคนิค SPIKES

## ORIGINAL ARTICLE

# Perception of Family Members After Family Meetings in Palliative Care Provided by Family Physicians

Yanisa Supasirisun, MD,<sup>1</sup> Thanakorn jongjaid, MD,<sup>2</sup> Basmon Manomaipiboon, MD., MSc.<sup>1</sup>

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Ratchaphipat Hospital, Bangkok, Thailand

**Corresponding author :**

Basmon Manomaipiboon, MD., MSc., Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Dusit District, Bangkok 10300, Thailand  
Email: basmon@nmu.ac.th

Received: December 12, 2022;

Revised: January 4, 2023;

Accepted: March 4, 2023

**ABSTRACT**

**Background:** Family meetings are an essential component of palliative care to clarify treatment goals between the patient, family, and health care providers. Communication is also a fundamental component to establish an understanding of the care plan. The SPIKES protocol framework for family meetings were utilized in the palliative care unit to generate treatment goals. Evaluation of the SPIKES protocol framework for family meeting efficacy guides us to improve the family meeting in our practice. This study aimed to assess family members' perceptions of the process of family meetings in palliative care compared with family physicians' perceptions.

**Design:** A cross-sectional study.

**Methods:** To examine family members' perceptions and family physicians' perceptions during a family meeting using the SPIKES protocol. One hundred family member participants were enrolled. A questionnaire survey was applied based on six attributes derived from the SPIKES protocol.

**Results:** A moderate to excellent level of agreement was shown between family physicians' and family members' perceptions in family meetings in palliative care. ( $\kappa = 0.3902-0.8837$ , % agreement = 96-99 %,  $p < 0.001$ ). Discrepancies were more evident in issues involving emotions. The satisfaction level of family members in the family meeting was at an excellent level.

**Conclusion:** The SPIKES protocol framework for family meetings can guide family physicians and family members to establish goals of care for palliative patients with more empathy. To create an understanding between physicians and family members, the SPIKES protocol could increased satisfaction for family meetings.

**Keywords:** family meeting, palliative care, SPIKES protocol

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำจำกัดความว่า การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระยะท้ายของชีวิต (palliative care) เป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จัดการกับ ปัญหาความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อชีวิต ป้องกันและบรรเทา ความทุกข์ทรมาน เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม มิติกาย ใจ สังคม จิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และทำให้ผู้ป่วยได้ เสียชีวิตอย่างสงบ<sup>1-3</sup>

วิธีที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และ ญาติผู้ป่วย คือ การประชุมครอบครัว (family meeting)<sup>4</sup> โดยเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ<sup>5</sup> และถูกนำมาใช้บ่อยในการ พุดคุยเกี่ยวกับตัวโรค และการวางแผนการรักษา<sup>6,7</sup>

ในประเทศแคนาดาได้มีการนำ SPIKES protocol มา ประยุกต์ใช้ในการแจ้งข่าวร้าย และการประชุมครอบครัว ที่จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจที่ยากลำบาก<sup>8,9</sup> โดยประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่<sup>10,11</sup>

1. การเตรียมความพร้อม (setting)
2. การประเมินว่าผู้ป่วยทราบอาการเจ็บป่วยของตน แคล่ไหน (perception)
3. ประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง (invitation)
4. การให้ข้อมูลผู้ป่วย (knowledge)
5. การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย (empathy)
6. การสรุปเรื่องที่ได้พูดคุย (summary and strategy)

ในปัจจุบันการประชุมครอบครัวยังไม่มีรูปแบบหรือ แนวทางคำถามที่ชัดเจน แต่มุ่งเน้นการจัดการกับความ เศร้าและการพูดถึงการเสียชีวิต<sup>12,13</sup> โดยพบว่าการศึกษาวิจัยการรับรู้ในการแจ้งข่าวร้ายเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากหลัก SPIKES protocol ผล พบว่าความสอดคล้องในการรับรู้การสื่อสารต่ำ และความ พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับปานกลาง<sup>14</sup>

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นจำนวนมาก วชิรพยาบาลมีการจัดประชุมครอบครัว

โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจาก แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ และได้ผ่านการอบรมเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว เพื่อพูดคุย เกี่ยวกับตัวโรคและวางแผนแนวทางการรักษาร่วมกัน ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัวตามมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการ ประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยถึงแนวทางการรักษาล่วง หน้าโดยควรทำขณะผู้ป่วยยังมีสติรู้ตัว<sup>15</sup> แต่ในปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนเรื่องการดูแลในระยะ ท้ายไว้ล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลในระยะ ท้าย มี PPS < 30<sup>16,17</sup> ไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะ สื่อสาร และตัดสินใจได้ตามปกติ ดังนั้น ผู้ที่มีอำนาจใน การตัดสินใจแทนคือญาติซึ่งเป็นไปตามกฎหมาย<sup>18,19</sup> การ พุดคุยประชุมครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางการรักษาใน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเน้นด้านการคุยกับญาติเป็นหลัก<sup>20</sup> การรับรู้ กระบวนการและขั้นตอนของการประชุมครอบครัวจึงมี ความสำคัญ เนื่องจากแสดงถึงความเข้าใจของญาติต่อ ข้อมูลที่แพทย์ได้สื่อสารออกมา ทำให้เกิดความพึงพอใจ ต่อการดูแลรักษา และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตรงกับ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของ การประชุมครอบครัวที่เปรียบเทียบความสอดคล้องของ การรับรู้กระบวนการในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้รับ การรักษา ทางผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยนี้ขึ้นโดยเพื่อศึกษาการ รับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยและให้คำปรึกษา ในการประชุมครอบครัวของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และครอบครัวผู้ป่วย ในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS < 30 ซึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะเพียงพอที่จะสื่อสารและ ตัดสินใจได้ตามปกติ เพื่อประเมินว่าการสื่อสารของแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นทำให้ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้มาก น้อยเพียงใดและสอดคล้องกับที่แพทย์สื่อสารหรือไม่ เพื่อ เป็นประโยชน์ในการวางแผนแนวทางเพื่อพัฒนารูปแบบและ ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวในอนาคต

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติของผู้ป่วยทุกคนที่ผ่านเกณฑ์คัด

เลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย และเข้าร่วมการประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการพูดคุยเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน วชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมกราคม พ.ศ. 2564 จำนวน 100 คน<sup>21,22</sup> และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นผู้พูดคุยในการประชุม โดยระหว่างการพูดคุยมีการให้บุคคลที่สามที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวเป็นผู้สังเกตการณ์ เพื่อลดความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามของแพทย์ วิธีดำเนินการวิจัยแสดงดังรูปที่ 1

**เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)**

- ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ PPS < 30 ซึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ
- ญาติสามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้

**เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)**

- ตอบแบบสอบถามไม่ครบ
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า สมองเสื่อม หรือโรคทางจิตเวช

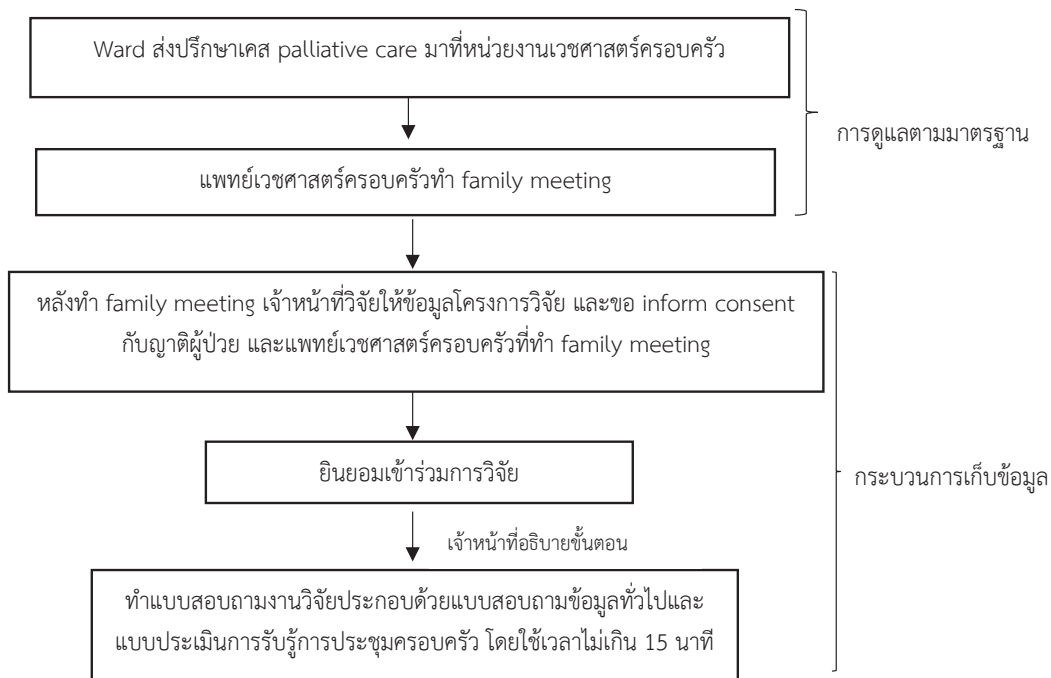
**วิธีการรวบรวมข้อมูล**

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา เศรษฐฐานะ

บทบาทและความใกล้ชิดของญาติในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์เกี่ยวกับการประชุมครอบครัว และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

เก็บข้อมูลการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของแพทย์และญาติผู้ป่วยผ่านแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากหลักการของ SPIKES protocol และงานวิจัยของ Toutin-Dias และคณะ<sup>14</sup> แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ คำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ คำถามข้อ 1, 2, 3 อยู่ในหมวด setting, ข้อ 4 อยู่ในหมวด perception, ข้อ 5 อยู่ในหมวด invitation, ข้อ 6, 7, 8 อยู่ในหมวด knowledge, ข้อ 9, 10, 11, 12, 13 อยู่ในหมวด empathy, ข้อ 14, 15, 16 อยู่ในหมวด summary and strategy, ข้อ 17 เป็นการประเมินความพึงพอใจ และข้อ 18 เป็นข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทั่วไป นำเสนอโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลการรับรู้การประชุมครอบครัว วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen’s kappa coefficient) ประเมิน % agreement



รูปที่ 1. วิธีดำเนินการวิจัย

## ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ณ หอผู้ป่วยใน วชิรพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 51) การศึกษาระดับปริญญา (ร้อยละ 47) บทบาทในการดูแลส่วนใหญ่คือเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ (ร้อยละ 53) และเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายหลัก (ร้อยละ 47) ซึ่งส่วนมากของญาติผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การประชุมครอบครัว (ร้อยละ 93) หรือการดูแลรักษาแบบประคับประคองมาก่อน (ร้อยละ 83)

การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากการประชุมครอบครัวที่จัดโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละของความสอดคล้อง (% agreement) ร้อยละ 96-100 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	35 (35)
หญิง	65 (65)
อายุ (ปี)	
น้อยกว่า 60 ปี	83 (83)
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	17 (17)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด 25 ปี, สูงสุด 79 ปี)	50.95 $\pm$ 10.16
อาชีพ	
ข้าราชการ	12 (12)
ค้าขาย	23 (23)
ธุรกิจส่วนตัว	15 (15)
รับจ้าง	34 (34)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (7)
อื่น ๆ (พนักงานบริษัท)	9 (9)

kappa coefficient) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

คำถามข้อ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 15 แพทย์ได้ทำขั้นตอนการสื่อสารครบถ้วน ทำให้เกิดข้อมูลที่สมบูรณ์ โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 100 ถือเป็นค่าความสอดคล้องระดับดีมาก จึงไม่สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนได้

**ตารางที่ 1.** ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี/ภรรยา	20 (20)
พี่น้อง	18 (18)
บุตร	51 (51)
บิดา/มารดา	5 (5)
อื่น ๆ (หลาน ลูกเขย)	6 (6)
ระดับการศึกษา	
อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้	2 (2)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	17 (17)
มัธยมศึกษา	17 (17)
ปวช. ปวส. วุฒิบัตร	17 (17)
ปริญญาขึ้นไป	47 (47)
รายได้ต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	8 (8)
น้อยกว่า 10,000 บาท	14 (14)
10,000-20,000 บาท	37 (37)
20,000-50,000 บาท	30 (30)
50,000-100,000 บาท	10 (10)
มากกว่า 100,000 บาท	1 (1)
บทบาทในการช่วยดูแลผู้ป่วย	
ช่วยดูแลสม่ำเสมอ	53 (53)
ช่วยดูแลเป็นบางครั้ง	33 (33)
แวะมาเยี่ยมผู้ป่วยนาน ๆ ครั้ง	8 (8)
เป็นผู้ดูแลหลัก	42 (42)
เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	47 (47)
เป็นผู้ตัดสินใจหลัก	42 (42)
ประสบการณ์การประชุมครอบครัว	
เคย	7 (7)
ไม่เคย	93 (93)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง	
เคย	17 (17)
ไม่เคย	83 (83)

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

	ญาติผู้ป่วย (% yes)	แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว (% yes)	% agreement	K-coefficient	p-value
Setting					
Q1	96	96	98	0.7396	< 0.001
Q2	100	100	100	-	NA
Q3	100	100	100	-	NA
Perception					
Q4	96	95	99	0.8837	< 0.001
Invitation					
Q5	96	95	99	0.8837	< 0.001
Knowledge					
Q6	100	100	100	-	NA
Q7	100	100	100	-	NA
Q8	3	100	97	0	NA
Empathy					
Q9	3	0	97	0	NA
Q10	98	99	99	0.6622	< 0.001
Q11	96	100	96	0	NA
Q12	96	99	97	0.3902	< 0.001
Q13	96	99	97	0.3902	< 0.001
Strategy & summary					
Q14	97	98	99	0.7951	< 0.001
Q15	100	100	100	-	NA
Q16	97	98	99	0.7951	< 0.001
ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว (ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.87±0.49	4.91±0.32	96	0.6146	< 0.001

คำถามข้อ 4 ( $K = 0.88$ ,  $p < 0.001$ ) และคำถามข้อ 5 ( $K = 0.88$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 99 ทั้งสองข้อ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก

คำถามข้อ 1 ( $K = 0.74$ ,  $p < 0.001$ ), 10 ( $K = 0.66$ ,  $p < 0.001$ ), 14 ( $K = 0.80$ ,  $p < 0.001$ ) และ 16 ( $K = 0.80$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละของความสอดคล้อง

ร้อยละ 98, 99, 99 และ 99 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดี

คำถามข้อ 12 ( $K = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ) และ 13 ( $K = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละความสอดคล้องร้อยละ 97 ทั้งสองข้อ และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับปานกลาง

ส่วนในด้านความพึงพอใจคำถามข้อที่ 17 ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของแพทย์คิดเป็น  $4.91 \pm 0.32$  คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยคิดเป็น  $4.87 \pm 0.49$  คะแนน ความพึงพอใจต่อการ

ประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยและแพทย์มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละของความสอดคล้องร้อยละ 96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโคเฮนมีความสอดคล้องกันในระดับดี (weighted  $K = 0.61, p < 0.001$ )

## วิจารณ์และอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความสอดคล้องของการรับรู้กระบวนการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วย และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากการประชุมครอบครัวที่จัดโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้ของญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสารมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยมีร้อยละของความสอดคล้อง 96-100 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโคเฮน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.3902-0.8837 โดยอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Toutin-Dias และคณะ<sup>14</sup> ซึ่งทำการศึกษเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการในการแจ้งข่าวร้ายเปรียบเทียบระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน พบว่ามีการรับรู้กระบวนการสื่อสารสอดคล้องกันค่อนข้างน้อยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโคเฮนอยู่ในช่วง -0.09-0.86 โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางอารมณ์ ความเป็นส่วนตัว และการสอบถามสิ่งที่ต้องการรู้ ซึ่งคาดว่าเกิดจากกลุ่มตัวอย่างคือแพทย์ที่ทำการประชุมครอบครัวและบริบทในการพูดคุยที่ต่างกัน โดยในวิจัยนี้ศึกษาในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการประชุมครอบครัวและทำในหอผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถนัดหมายและมีการเตรียมตัวทั้งแพทย์และญาติผู้ป่วย แต่ในการศึกษาของ Toutin-Dias และคณะ ทำในแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของความเร่งด่วน ความเชี่ยวชาญ เวลาการพูดคุย และสถานที่ ทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยมีความตรงกันในเรื่องของประเด็นการพูดคุยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอารมณ์จะมีค่าความสอดคล้องที่ต่ำกว่าแบบอื่น เช่น การให้เวลาญาติในการจัดการอารมณ์และความรู้สึก การแสดงความเห็นอกเห็นใจผ่านทางท่าทางหรือคำพูด แพทย์คิดว่า

ตนเองเข้าใจความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ร้อยละ 100 แต่มีญาติผู้ป่วยเพียงร้อยละ 96 ที่คิดว่าแพทย์เข้าใจความรู้สึกของตน นอกจากนี้ยังมีความตรงกันในการพูดคุยด้านความรู้ (knowledge) ที่แพทย์สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด และสอดคล้องกันมาก แสดงให้เห็นว่าแพทย์มักเชี่ยวชาญและถนัดในการพูดคุยเกี่ยวกับตัวโรคมกกว่า ส่วนด้านอารมณ์และความรู้สึกนั้นสื่อสารได้ยากกว่า และจากการประเมินคะแนนความพึงพอใจ พบว่าความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของแพทย์คิดเป็น  $4.91 \pm 0.32$  คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยคิดเป็น  $4.87 \pm 0.49$  คะแนน ความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวของญาติผู้ป่วยและแพทย์มีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ ประพนอม โฉมกาย และคณะ<sup>23</sup> ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการประชุมครอบครัวในผู้ป่วยระยะสุดท้ายช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถยอมรับในการดูแลแบบประคับประคองมากกว่าการไม่ได้เข้าประชุม

## ข้อเด่นและข้อจำกัด

จุดแข็งของวิจัย คือ การเก็บข้อมูลทำหลังการประชุมครอบครัวทันที ทำให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและตรงกับความเป็นจริง ลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากความทรงจำ (recall bias) มีการให้บุคคลที่สามที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวเป็นผู้สังเกตการณ์ เป็นการลดความลำเอียงจากการตอบแบบสอบถามของแพทย์

ข้อจำกัด งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลที่วชิรพยาบาลเพียงแห่งเดียว ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลรายละเอียดของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำการประชุมครอบครัว จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดได้

## ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การประชุมครอบครัวใช้หลัก SPIKES protocol ที่ทำโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ญาติสามารถรับรู้ได้สอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์สื่อสาร และมีความพึงพอใจอย่างมากในการประชุมครอบครัว ซึ่งอาจนำไปขยายผล โดยให้ความรู้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้สามารถทำการประชุมครอบครัวโดยใช้

SPIKES protocol ได้ และในการประชุมครอบครัวควรให้ความสำคัญในการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกให้มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่สอดคล้องของกระบวนการสื่อสารในการประชุมครอบครัว เช่น ความยากในการประชุมครอบครัว ความต้องการของแพทย์กับญาติผู้ป่วยไม่ตรงกัน เป็นต้น รวมถึงศึกษาความสอดคล้องในการทำประชุมครอบครัวที่จัดทำโดยแพทย์แผนกอื่น

### สรุป

การประชุมครอบครัว เป็นการจัดการพูดคุยกันระหว่างแพทย์ ทีมที่ดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับตัวโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยในอนาคต โดยมีการนำหลัก SPIKES protocol มาประยุกต์ใช้ในการสื่อสาร จากการศึกษาวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมครอบครัวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีการรับรู้กระบวนการและขั้นตอนการพูดคุยได้สอดคล้องกับสิ่งที่แพทย์ต้องการสื่อสาร โดยอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นการพูดคุยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอารมณ์ (empathy) จะมีความสอดคล้องที่ต่ำกว่าแบบอื่น ส่วนด้าน (knowledge) แพทย์สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนที่สุด จากการประเมินคะแนนความพึงพอใจ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรนำหลัก SPIKES protocol มาใช้ในการประชุมครอบครัวในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการสื่อสารระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการประชุมครอบครัว

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช” (Navamindradhiraj University Research Fund)

### เอกสารอ้างอิง

1. Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. Palliative care: time for action. *Oman Med J*. 2016;31:161-3.
2. กิติพล นาควิโรจน์. Palliative care คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/palliative>
3. บุษยามาส ชิวสกุลยง. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
4. Singer AE, Ash T, Ochotorena C, Lorenz KA, Chong K, Shreve ST, et al. A systematic review of family meeting tools in palliative and intensive care settings. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33:797-806.
5. Hudson P, Thomas T, Quinn K, Aranda S. Family meetings in palliative care: are they effective? *Palliat Med*. 2009;23:150-7.
6. กิติพล นาควิโรจน์. การจัดประชุมครอบครัวระหว่างทีมที่ดูแลกับครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative7th>.
7. Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliat Care*. 2008;7:12.
8. Joshi R. Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*. 2013; 59:637-9.
9. Gueguen JA, Bylund CL, Brown RF, Levin TT, Kissane DW. Conducting family meetings in palliative care: themes, techniques, and preliminary evaluation of a communication skills module. *Palliat Support Care*. 2009;7:171-9.
10. Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;S0738-3991(20)30110-5.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5:302-311.
12. Dumont I, Kissane D. Techniques for framing questions in conducting family meetings in palliative care. *Palliat Support Care*. 2009;7:163-70.
13. Sweeny K, Shepperd JA, Han PK. The goals of communicating bad news in health care: do physicians and patients agree? *Health Expect*. 2013;16:230-8.
14. Toutin-Dias G, Daglius-Dias R, Scalabrini-Neto A. Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *Eur J Emerg Med*. 2018;25:71-6.



15. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สามดีพริ้นติ้งอีควิพเม้นท์; 2559.
16. ดาริน จตุรภัทรพร. วิธีการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Scale [อินเทอร์เน็ต]; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative3th>
17. มาลินี พิสุทธิโกศล. ระยะเวลารอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งโดยใช้ Palliative Performance Scale (PPS). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27:294-302.
18. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 127, ตอนที่ 65 ก (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553).
19. พรทวิ ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2561.
20. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. Am J Med. 2000; 109:469-75.
21. Arifin WN. A Web-based sample size calculator for reliability studies. Education in Medicine Journal. 2018;10:67-76.
22. Shoukri MM, Asyali M, Donner A. Sample size requirements for the design of reliability study: review and new results. Stat Methods Med Res. 2004; 13:251-71.
23. ประนอม โฉมกาย, มารยาท สุจริตวรกุล, พรรณพัชร สกุลทรงเดช. ประสิทธิภาพของการประชุมครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2563] เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk/article/view/225889>.