

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนต่อความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

พิชชาภา จันทิวาสน์, พบ.¹, นนท โสวัณณะ, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว², ธานินทร์ ฉัตรภิบาล, พบ.³¹แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, ²ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, ³หน่วยระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นนท โสวัณณะ, พบ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว,
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
นเรศวร, ถนนพิษณุโลก-
นครสวรรค์ ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง
พิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000,
ประเทศไทย

Email: nons2521@gmail.com

Received: October 17, 2023;

Revised: December 13, 2023;

Accepted: February 13, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนช่วยลดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยระยะท้ายที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง 1 สัปดาห์ แต่การศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายภายใน 1 สัปดาห์ยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงศึกษาผลดังกล่าวในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการและที่ 1 สัปดาห์

แบบวิจัย: การศึกษาโดยการสังเกตแบบไปข้างหน้าโดยใช้กลุ่มศึกษาเดี่ยว

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มศึกษาเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและมีระดับ PPS ≤ 30 ทั้งหมด 37 คน วัดผลความทุกข์ทางใจโดยใช้แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaires-12 หลังเข้าร่วมการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนทันที และหลัง 1 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับก่อนกระบวนการ วิเคราะห์ด้วย multilevel Gaussian regression แสดงผลความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน (adjusted β -coefficients) และ 95%Confidence Interval (95%CI)

ผลการศึกษา: การศึกษาพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทางใจลดลงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการทันที 4.03 คะแนน (95%CI: -6.06, -1.99) และที่ 1 สัปดาห์ 4.84 คะแนน (95%CI: -7.04, -2.66) เมื่อปรับอิทธิพลปัจจัยกวน เช่น เพศและอายุของผู้ดูแล เป็นต้นพบค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง 4.03 คะแนน (95%CI: -6.07, -1.98) หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการ และลดลง 5.00 คะแนนที่ 1 สัปดาห์ (95%CI: -7.27, -2.82)

สรุป: การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนช่วยลดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ หากติดตามผลต่อเนื่องนานกว่า 1 สัปดาห์ อาจพบการเปลี่ยนแปลงที่ต่างออกไป ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การประชุมครอบครัว มะเร็งระยะท้าย ความทุกข์ทางใจ

ORIGINAL ARTICLE

Effects of Structured Family Meetings on Psychological Distress in Family Caregivers of End-of-Life Cancer Patients

Pitchapa Jantivas, MD.¹, Non Sowanna, MD.², Thanin Chattrapiban, MD.³

¹Family Medicine Residency Training Program, Department of Family Medicine, ²Department of Family Medicine, ³Clinical Epidemiology & Clinical Statistics Unit, Faculty of Medicine, Naresuan University, Thailand

Corresponding author :

Non Sowanna, MD.,
Department of Family
Medicine, Faculty of Medicine,
Naresuan University, Phitsa-
nulok Rd, Tha Pho subdistric,
Mueang, Phitsanulok 65000,
Thailand

Email: nons2521@gmail.com

Received: October 17, 2023;

Revised: December 17, 2023;

Accepted: February 13, 2024

ABSTRACT

Background: Structured family meetings reduce psychological distress in family caregivers of palliative patients with a prognosis longer than one week, but studies of caregivers of patients with end-of-life cancer within one week are limited. This study examined the effect of structured family meetings on caregivers of end-of-life cancer patients after the meeting and after one week.

Design: Prospective observational cohort (one-group pre-and-post assessment)

Methods: A study was conducted on 37 family caregivers of hospitalized cancer patients with PPS ≤ 30 . Psychological distress, using the Thai General Health Questionnaires-12, was measured immediately after participating in a structured family meeting and after one week compared to before the process. Data were analyzed using multilevel Gaussian regression, showing the difference in mean scores (Adjusted β -coefficients) and 95% confidence intervals.

Results: The study found that the mean difference in psychological distress scores decreased immediately after the family meetings by 4.03 points (95%CI: -6.06, -1.99) and at one week by 4.84 points (95%CI: -7.04, -2.66). In the adjusted analysis, controlling for confounders such as the caregiver's age and sex, the findings showed that the mean score decreased by 4.03 points (95%CI: -6.07, -1.98) immediately after the meetings and decreased by 5.00 points at one week (95%CI: -7.27, -2.82).

Conclusions: Structured family meetings reduce psychological distress in family caregivers of end-of-life cancer patients. If the follow-up continues for more than one week, different changes may be found. This is important for proper planning of continuing care

Keywords: structured family meeting, end-of-life cancer, psychological distress

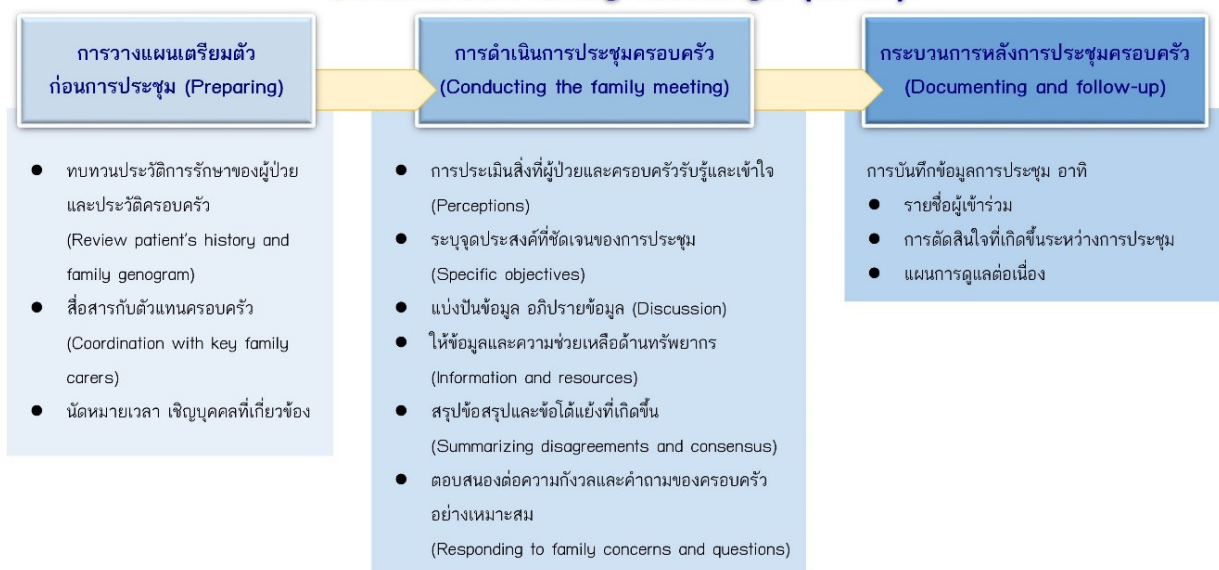
บทนำ

การประชุมครอบครัว (family meetings) ในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นหนึ่งในกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ จัดขึ้นเพื่อจุดประสงค์ที่หลากหลาย ได้แก่ การแบ่งปันข้อมูล ความกังวล ระบุเป้าหมาย การรักษา อภิปรายเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย การรักษา พยากรณ์โรค พัฒนาแผนการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นญาติ¹ และทำให้เกิดการร่วมมือกันของครอบครัว (family engagement) จากองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ มิติของผู้ป่วย มิติของครอบครัว^{2,3} มิติของสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล⁴⁻⁶ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การไม่รับการรักษา สถานะที่ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต⁷ และความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล⁸ เป็นต้น แต่ในเวชปฏิบัติยังมีข้อจำกัดของการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่หลากหลาย เช่น การปฏิเสธให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองโดยแพทย์เจ้าของไข้ เนื่องจากกลัวว่าจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกกังวล⁹ แพทย์เจ้าของไข้กังวลเกี่ยวกับกระบวนการประชุมครอบครัวหรือการพูดถึงอาการป่วยหนัก ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ทักษะมาก รู้สีกว่าการสื่อสารเครียดเกินไป และกลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ครัวารู้สึกสิ้นหวัง รวมไปถึงการที่แพทย์ขาดการฝึกฝน การขาดความมั่นใจในการสื่อสารข่าวร้ายและการแจ้งพยากรณ์โรคด้วย¹⁰ โดยการประชุมครอบครัวในอุดมคติควรมีแบบแผนชัดเจน และควรเป็นกระบวนการที่มีการวางแผนล่วงหน้า (planned in advance) ในเวลาที่เหมาะสม (happen in a timely manner) และมีเป้าหมายเป็นที่ตั้ง (goal-oriented manner) จึงควรมีการพูดถึงประเด็นที่สำคัญของผู้ป่วยและให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว¹¹

การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก (รูปที่ 1)^{1,12} คือ 1) กระบวนการก่อนการประชุมครอบครัว หรือการวางแผนเตรียมตัวก่อนการประชุม (preparing) ได้แก่ ทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วยและประวัติครอบครัว สื่อสารกับตัวแทนครอบครัว การนัดหมายเวลา และเชิญบุคคลที่เกี่ยวข้อง 2) กระบวนการดำเนินการประชุมครอบครัว (conducting the family meeting) ได้แก่ การประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้และเข้าใจ ระบุจุดประสงค์ที่ชัดเจนของการประชุม แบ่งปันข้อมูล อภิปรายข้อมูล สรุปข้อสรุปและข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือด้านทรัพยากรอย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อความกังวลและคำถามของครอบครัวอย่างเหมาะสม และ 3) กระบวนการหลังการประชุมครอบครัว (documenting and follow-up)

การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน Structured Family Meetings (SFM)



รูปที่ 1. แนวคิดการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน

ได้แก่ การบันทึกข้อมูลการประชุม อาทิ รายชื่อผู้เข้าร่วม การตัดสินใจที่เกิดขึ้นระหว่างการประชุม และแผนการดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น โดยการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนนี้มีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วย ในด้านผู้ป่วย ได้แก่ การลดระยะเวลาการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วย และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ไว้ขึ้น¹³ และด้านผู้ดูแล ได้แก่ การลดความรู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การเตรียมความพร้อมสำหรับทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ผลลัพธ์หลังสูญเสียผู้ป่วยที่ดีขึ้น และการลดความทุกข์ทางใจ (psychological distress) ในผู้ดูแลที่เป็นญาติ¹⁰

การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนมีส่วนช่วยในการลดความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า คะแนน distress thermometer scores ของผู้ดูแลผู้ป่วยลดลง 1 คะแนนหลังการประชุมครอบครัวดังกล่าวทันที ($p = 0.0059$, 95%CI: -1.5 to -0.3)¹⁴ และคะแนน GHQ-12 scores ในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่พยากรณ์โรคนานกว่า 1 สัปดาห์ลดลงหลังการประชุมครอบครัวดังกล่าว 10 วัน (adjusted coefficient = -2.26, $p < 0.01$)¹⁵ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาที่เพียงพอเกี่ยวกับผลของการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนต่อการลดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์¹⁶ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการดูแลผู้ป่วย และอาจเกิดความทุกข์ทางใจระหว่างการดูแลได้มากอีกกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากบทบาทการดูแลในฐานะผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้นตามสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้ายที่ถดถอยลง ทำให้ผู้ดูแลต้องเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทุกอย่างในชีวิต ทั้งกิจกรรมทั่วไป และกิจกรรมทางการแพทย์ ทั้งยังต้องดูแลในทุกสถานที่ ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ที่บ้าน และในสังคม นอกจากนี้ยังต้องรับมือกับสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย¹⁷ โดยพบว่าหน้าที่ในการตัดสินใจแทนการรักษาแทนผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด ความรู้สึกผิดกับการตัดสินใจ และความไม่มั่นใจในการตัดสินใจ นำไปสู่ความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลได้ โดยความทุกข์ทางใจผู้ดูแลที่มากขึ้นส่งผลต่อสุขภาพทั้งผู้ป่วยและตัวผู้ดูแล ผู้ดูแลที่วิตกกังวลจะส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น อีกทั้งพบว่าความทุกข์ทางใจหรือความ

อาจก่อให้เกิดการกำเริบของโรครุมิคุ้มกันทำลายตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลที่แย่ลง รวมไปถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มากขึ้นด้วย¹⁸

การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนช่วยลดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ดีขึ้นระหว่างการดูแลช่วงระยะท้ายของชีวิตได้ การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทางใจของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเทียบระหว่างก่อนและหลังการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนทันทีและหลังประชุมที่ 1 สัปดาห์

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospective observational cohort study (one group pre-and-post assessment) ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 37 คน คือ ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่อายุ 20 ปีขึ้นไป และมีระดับ Palliative Performance Scale (PPS) ≤ 30 ที่ได้รับคำปรึกษาจากหอผู้ป่วยผ่านทางแผนกดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Unit, COC) ของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนเป็นหนึ่งในขั้นตอนของกระบวนการดูแลตามมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหรือผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยและครอบครัวที่เคยเข้าร่วมการประชุม ครอบครัวอย่างมีแบบแผนมาก่อน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากโรคมะเร็งที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตาย ติดเชื้อโควิด เป็นต้น

การประมาณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม R studio จากขนาดอิทธิพล 0.44 (คำนวณจากค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์หลักในการศึกษานำร่อง) กำหนดอำนาจการทดสอบ 0.80 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยมีการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียวได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 33 คน

ปัจจัยที่สนใจศึกษา (determinant) คือ การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน ซึ่งหมายถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย โดยมีแนวทางและขั้นตอนในการประชุมที่ชัดเจน ครบทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมความพร้อมก่อนการประชุมครอบครัว ดำเนินการประชุมครอบครัว และบันทึกผลและวางแผนติดตามต่อเนื่องหลังการประชุมครอบครัว ใช้เวลาโดยประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง

ผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา (primary outcome) คือ ความทุกข์ทางใจ วัดคะแนนความทุกข์ทางใจโดยใช้เครื่องมือ General health Questionnaire-12 ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-12) ซึ่งมีความละเอียดอ่อนในการตรวจจับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลญาติ 19 มีคะแนน Cronbach's alpha = 0.8420 วัดคะแนนโดยใช้รูปแบบ Likert scale (0-1-2-3) รวมคะแนนเต็ม 36 คะแนน และมีผลลัพธ์รองที่ต้องการศึกษา (secondary outcome) คือ คะแนนความร่วมมือกันของครอบครัว เป็นคะแนนรวมของมิติต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือกันของครอบครัว โดยประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ด้านผู้ป่วย 7 คะแนน (สภาวะอารมณ์ 5 ระดับ และความรู้ในตัวโรค) ด้านครอบครัว 9 คะแนน (สภาวะอารมณ์ 5 ระดับ ความรู้ในตัวโรค ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 6 คะแนน (การมีบริเวณได้ร่วมประชุมกับญาติมีพื้นที่สงบให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ร่วมกัน และความมั่นใจของญาติต่อทีมผู้ให้การรักษา) คะแนนรวมทั้งหมด 22 คะแนน เก็บข้อมูลผลลัพธ์ 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนกระบวนการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน หลังกระบวนการทันที และหลังกระบวนการ 1 สัปดาห์ (supplementary materials)

วิเคราะห์ข้อมูล แสดงสถิติพรรณนาของข้อมูล continuous data เป็น mean $\pm$ SD และข้อมูล categorical data เป็น frequency (ร้อยละ) และสถิติที่ใช้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของระดับ ได้แก่ multilevel gaussian regression model แสดงผลเป็น β -coefficient และ 95%:CI โดยในแต่ละการวิเคราะห์ มีการปรับอิทธิพลของปัจจัยกวน โดยใช้การเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปร (forward selection) ทีละตัว และ/หรือ ทีละชุดของ

ลักษณะตามกลุ่มของปัจจัยกวน ซึ่งผู้วิจัยจำแนกปัจจัยกวนในการศึกษาครั้งนี้เป็น 4 ลักษณะ คือ

- ลักษณะที่ 1 (model 1) คือ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศและอายุของผู้ดูแล
- ลักษณะที่ 2 (model 2) คือ เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
- ลักษณะที่ 3 (model 3) คือ เพิ่มชุดของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ดูแล ได้แก่ โรคประจำตัวของผู้ดูแล และการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย
- ลักษณะที่ 4 (model 4) คือ เพิ่มลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่นำมาศึกษา 37 ราย เป็นเพศหญิงต่อเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 2 ต่อ 1 มีอายุตั้งแต่ 26-86 ปี เฉลี่ย 52.1 ปี (SD = 12.9) ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.3) และมีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรสของผู้ป่วย (ร้อยละ 62.2) และอาศัยอยู่ร่วมกันเพียงอย่างเดียวกับผู้ป่วย (ร้อยละ 83.8) ใช้ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.2 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 6.5) และมีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมานานเฉลี่ย 14.6 เดือน (SD = 13.1)

ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 40-90 ปี เฉลี่ย 65.5 ปี (SD = 10.9) เป็นเพศหญิงและเพศชายในปริมาณเท่า ๆ กัน ส่วนมากมีระดับ Palliative Performance Scale (PPS) ร้อยละ 30 (ร้อยละ 78.4) โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 35.2) และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายมากกว่า 1 ตำแหน่ง

แพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 18.6 วัน (SD = 47.2) และมีเพียงประมาณ 1 ใน 5 ของครอบครัว ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เคยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advanced care planning) มาก่อนเข้าร่วมการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน

ตารางที่ 1.1 ลักษณะของผู้ดูแลที่เป็นญาติ (n=37)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี), mean±SD	52.1±12.9
เพศ	
ชาย	12 (32.4)
หญิง	25 (67.6)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	31 (83.8)
มี	6 (16.2)
รายได้ส่วนบุคคล (บาท/เดือน)	
รายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน	16 (43.2)
รายได้น้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน	21 (56.8)
mean±SD	18300±17058.4
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	10 (27.0)
ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	27 (73.0)
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (patient-caregiver relationship)	
เครือญาติรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรสของ ผู้ป่วย (non-spousal)	23 (62.2)
คู่สมรสของผู้ป่วย (spousal)	14 (37.8)
อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย	
ใช่	31 (83.8)
ไม่ใช่	6 (16.2)
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย (caregiving hours)	
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อย (<12 ชม./วัน)	22 (59.5)
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยมาก (≥12 ชม./วัน)	15 (40.5)
mean±SD	12.2±6.5
ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (caregiving experience) (เดือน), mean±SD	14.6±13.1
เคยมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advanced care plan; ACP) มาก่อน	
ใช่	8 (21.6)
ไม่ใช่	29 (78.4)
ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงวัน ปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคอง (วัน), mean±SD	18.6±47.2
คะแนน GHQ (คะแนน), mean ± SD	
ก่อนการประชุมครอบครัว (pre-sfm)	14.6±6.9
หลังการประชุมครอบครัวทันที (post- (immediately))	10.5±5.2
หลังการประชุมครอบครัว 1 สัปดาห์ (post- (1 week))	9.6±5.2

ตารางที่ 1.2 ลักษณะของผู้ป่วย (n=37)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี), mean±SD	65.5±10.9
เพศ	
หญิง	19 (51.4)
ชาย	18 (48.6)
ชนิดของมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัย	
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	13 (35.2)
มะเร็งปอด	6 (16.2)
มะเร็งเต้านม	5 (13.5)
มะเร็งตับและระบบทางเดินน้ำดี	5 (13.5)
อื่น ๆ	8 (21.6)
การแพร่กระจายของมะเร็ง	
ไม่มีการแพร่กระจาย	5 (13.5)
มีการแพร่กระจาย 1 ตำแหน่ง	13 (35.1)
มีการแพร่กระจายมากกว่า 1 ตำแหน่ง	19 (51.4)
ระดับ Palliative Performance Scale (PPS)	
PPS 30%	29 (78.4)
PPS 20%	5 (13.5)
PPS 10%	3 (8.1)

ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วย มีคะแนน Thai GHQ-12 เฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมการประชุมครอบครัว 14.6 คะแนน (SD = 6.9) หลังการประชุมครอบครัวทันที 10.5 คะแนน (SD = 5.2) และ 1 สัปดาห์หลังการประชุมครอบครัว 9.6 คะแนน (SD = 5.2) (ตารางที่ 2)

ใน Crude analysis เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน Thai GHQ-12 หลังเข้าร่วมกระบวนการเทียบกับก่อนกระบวนการ พบว่าหลังเสร็จสิ้นกระบวนการทันที คะแนนลดลง 4.03 คะแนน (95%CI: -6.34, -1.71) และหลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์ คะแนนลดลง 4.53 คะแนน (95%CI: -7.29, -1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อกำจัดอิทธิพลของปัจจัยกวนทั้งหมด พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน Thai GHQ-12 หลังเสร็จสิ้นกระบวนการทันทีที่เทียบกับก่อนกระบวนการ คะแนนลดลงในระดับที่เท่ากันกับ Crude analysis แต่ผลวิเคราะห์คะแนนหลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์มีความแตกต่าง คือ หลังกระบวนการ 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลที่เป็นญาติมีคะแนน Thai GHQ-12 ลดลง 5 คะแนน (95%CI: -7.22, -2.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน Thai GHQ-12 ระหว่างก่อนและหลังการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน

เวลาที่วัด	n*	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน GHQ (95% CI)				
		Crude analysis	Adjusted analysis			
			Model 1 ^a	Model 2 ^b	Model 3 ^c	Model 4 ^d
ก่อน SFM [†]	37	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
หลัง SFM ทันที	37	-4.03 (-6.34, -1.71)	-4.03 (-6.07, -1.99)	-4.03 (-6.07, -1.98)	-4.03 (-6.07, -1.98)	-4.03 (-6.08, -1.98)
หลัง SFM 1 สัปดาห์	30	-4.53 (-7.29, -1.78)	-4.92 (-7.13, -2.74)	-4.94 (-7.14, -2.75)	-4.97 (-7.18, -2.79)	-5.00 (-7.22, -2.82)

[†] SFM (structured family meetings)

* n (number of participants in the regression analysis) คือ จำนวนผู้เข้าร่วมที่ใช้ในการวิเคราะห์ (ที่จุดเวลาหลัง SFM 1 สัปดาห์ มีจำนวนข้อมูลสูญหาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9)

^aModel 1: ปรับอิทธิพลของ เพศและอายุของผู้ดูแล

^bModel 2: ปรับอิทธิพลของ เพศและอายุของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

^cModel 3: ปรับอิทธิพลของ เพศและอายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล และการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย

^d Model 4: ปรับอิทธิพลของ เพศและอายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล การอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย และอายุของผู้ป่วย

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือกันของครอบครัวระหว่างก่อนและหลังการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน (ตารางที่ 3)

คะแนนความร่วมมือกันของครอบครัวเพิ่มขึ้นทันทีจากก่อนการประชุมครอบครัว 1 คะแนน และเพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน เมื่อผ่านไป 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการจัดอิทธิพลของปัจจัยกวน

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า หลังจากการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน (structured family meeting) ผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีระดับ PPS $\leq$ 30 มีคะแนนความทุกข์ทางใจที่วัดโดยแบบสอบถาม Thai GHQ-12 ลดลงจากก่อนเข้าร่วมการประชุม และลดลงกว่าเดิมเมื่อผ่านไป 1 สัปดาห์ ในขณะที่คะแนนการร่วมมือกันของครอบครัว เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมการประชุม 1 สัปดาห์

จากที่ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเพิ่มการปรับอิทธิพลของปัจจัยกวนแต่ละชุด ที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงของคะแนนความทุกข์ทางใจ ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยกวนดังกล่าวต่อการเกิดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติ โดยปัจจัยกวนดังกล่าวคือ เพศและอายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย และอายุของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าปัจจัยกวนเหล่านี้ส่งผลต่อการแปลผล จากหลายงานวิจัยก่อนหน้านี้ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีแนวโน้มต่อการเกิดอาการทางใจ ได้แก่ อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลระดับปานกลางและรุนแรงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ ซึ่งอาจเป็นผลจากการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียดที่แตกต่างจากเพศชาย จากการกระตุ้นของฮอโมนเพศ และ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) ที่ต่างกัน²² และผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยซึ่งมีความสนิททางอารมณ์ที่แน่นแฟ้นกับผู้ป่วยมีแนวโน้มต่อการเกิดอาการวิตกกังวลระดับปานกลางและรุนแรงมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในรูปแบบอื่นกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน²¹ อีกทั้งปัจจัยด้าน

ตารางที่ 3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการร่วมมือกันของครอบครัวระหว่างก่อนและหลังการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน

เวลาที่วัด	n*	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการร่วมมือกันของครอบครัว (95%:CI)	
		Crude analysis	Adjusted analysis [§]
ก่อน SFM [†]	37	Ref	Ref
หลัง SFM ทันที	37	1.00 (0.42, 1.58)	1.00 (0.42, 1.58)
หลัง SFM 1 สัปดาห์	30	1.52 (0.89, 2.13)	1.52 (0.89, 2.15)

[†]SFM (structured family meetings)

*n (number of participants in the regression analysis) จำนวนผู้เข้าร่วมที่ใช้ในการวิเคราะห์ (ที่จุดเวลาหลัง SFM 1 สัปดาห์ มีจำนวนข้อมูลสูญหาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 18.9)

[§] ปรับอิทธิพลของ เพศและอายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล การอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย และอายุของผู้ป่วย

สุขภาพของผู้ดูแลเอง ที่ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจมีความทุกข์ทางใจที่มากขึ้นจากที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลอาจไปเพิ่มภาระในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่การที่ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยมีแนวโน้มคะแนนความทุกข์ทางใจที่ลดลงหลังจากเข้าร่วมการประชุมครอบครัว¹⁵ ซึ่งอาจเป็นผลจากที่ได้ใช้เวลาร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ใช้ความรู้และทักษะการดูแล มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จากผลการศึกษาใน model 1-3 ที่กำจัดอิทธิพลของปัจจัยกวนด้านผู้ดูแลและเห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน GHQ ในระดับที่ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อกำจัดอิทธิพลของปัจจัยด้านผู้ป่วยเพิ่มเติมใน model 4 จะเห็นว่าการลดลงของคะแนนที่ชัดเจนขึ้น แสดงให้เห็นถึงการมีอิทธิพลของปัจจัยกวนด้านผู้ป่วยต่อความทุกข์ทางใจในผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้วิเคราะห์โดยใช้ปัจจัยกวนที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้านี้เท่านั้น อาจจะมีปัจจัยกวนที่ไม่ทราบ (unobserved confounder) เช่น มิติของการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ปัจจัยด้านผู้ป่วยในด้านอื่น เป็นต้น

แม้ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในหลักสัปดาห์ คะแนนความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลยังคงลดลงหลังเข้าร่วมการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{14,15,23} การลดลงของความทุกข์ทางใจนี้อาจเป็นผลจากที่การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจการรักษา ช่วยลดช่องว่างของการรับรู้ข้อมูล การที่ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน

ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้มากขึ้น (sense of control) และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาให้สอดคล้องกับคุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้²⁴ รวมไปถึงการสื่อสารอย่างเป็นระบบที่มีสื่อสารแบบ 2 ทาง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กล่าวถึงประเด็นที่สงสัยและกังวล ทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถรับรู้ เข้าใจ ให้ความช่วยเหลือ แนะนำแหล่งสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ตอบสนองต่อคำถามและความกังวลนั้น รวมไปถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

จากที่ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลที่เป็นญาติมีความทุกข์ทางใจในลดลงกว่าเดิม อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลมีทักษะในการปรับตัวต่อสถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น (cognitive model of coping) ซึ่งมีกระบวนการตั้งแต่การประเมินสิ่งที่กำลังเผชิญเบื้องต้น (primary appraisal) ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสีย ความกลัว หรือความท้าทาย หลังจากนั้นจะสามารถประเมินต่อ (secondary appraisal) ได้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมปัญหานั้น ๆ ได้มากน้อยแค่ไหน หากมองแล้วสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้ ประกอบกับมีแรงสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้เกิดมุมมองด้านบวกต่อความเครียดนั้น และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาได้ ทำให้สามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นลดลง และกลับสู่สภาพเดิมของตนได้ในที่สุด (resilience) ซึ่งกระบวนการทั้งหมด

นี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อเวลาผ่านไป²⁵ นอกจากนี้การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนยังมีผลในการช่วยเพิ่มความมั่นใจในบทบาทของผู้ดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้ดีมากยิ่งขึ้น¹⁵

การศึกษานี้มีจุดเด่น คือ เป็นการศึกษาที่กระทำในหน่วยงานที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในรูปแบบเดียวกันทุกราย ผู้ป่วยทุกรายที่ถูกปรึกษามาเพื่อขอรับการดูแลแบบประคับประคอง จะได้เข้าร่วมกระบวนการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนทุกคน ดำเนินการประชุมโดยทีมดูแลประคับประคองทีมเดียวกัน ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาคือเป็นรูปแบบการศึกษากลุ่มเดียวที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent data) เพื่อลดความแปรปรวนระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของผลลัพธ์ที่สนใจที่จะมีการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลแต่ละคนไม่เท่ากัน และมีการกำจัดอิทธิพลของปัจจัยกวนทำให้ได้ผลของการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงของความทุกข์ทางใจที่ชัดเจน โดยการศึกษานี้อาจมีอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) จากที่ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการความน่าจะเป็น เนื่องจากประชากรในแหล่งที่ผู้วิจัยทำการศึกษามีความจำเพาะสูง ในด้านการดูแลรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และมีจำนวนที่น้อยในการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (random sampling) ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการศึกษาก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้ปรึกษามาทางแผนกฯ (consecutive cases) และถึงแม้จะมีอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างผลที่พบจากการศึกษาดังกล่าวยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาก่อนหน้า^{14,15} การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอื่น คือ การเก็บข้อมูลหลังจากการกระบวนการ 1 สัปดาห์ มีข้อมูลสูญหายทั้งหมด 7 คน จากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนครบกำหนดเวลาเก็บข้อมูล แม้ว่าผู้ดูแลจะยังคงมีชีวิตอยู่ เนื่องจากการเก็บผลลัพธ์ในช่วงเวลาดังกล่าวอาจเป็นผลที่เกิดขึ้นในช่วงหลังการสูญเสีย (grief and bereavement) รวมได้ ไม่ใช่ผลจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพียงอย่างเดียว

การศึกษาคความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติต่อเนื่องไปจนถึงช่วงหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต การศึกษาผล

ดังกล่าวในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง หรือการศึกษาผลของการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนในสถานที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีประโยชน์ต่อไป

สรุป

การประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผนช่วยลดความทุกข์ทางใจในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ทันทีหลังเสร็จสิ้นกระบวนการ และลดลงกว่าเดิมหลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์ จึงสนับสนุนให้ดำเนินการประชุมครอบครัวอย่างมีแบบแผน ซึ่งได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนกระบวนการ การดำเนินการอย่างเป็นระบบ และการวางแผนต่อเนื่องชัดเจน ในการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงแพทย์ผู้รักษาควรประเมินและพิจารณาส่งปรึกษาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองให้ไว เพื่อที่จะได้เริ่มกระบวนการดูแลผู้ดูแลที่เป็นญาติควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นันทน์ โสวัณณะ และอาจารย์นายแพทย์ธานินทร์ ฉัตรภิบาล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำและความเห็นที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณหน่วยงานดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care unit; COC) ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย หน่วยระบบคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก (CEU) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ทางสถิติในการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกคนที่เข้าร่วมการศึกษา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, Aranda S. Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliat Care*. 2008;7:1-13.
- Weaver JL, Bradley CT, Brasel KJ. Family engagement regarding the critically ill patient. *Surg Clin North Am*. 2012;92:1637-47.
- Silver G, Traube C. A systematic approach to family engagement: Feasibility pilot of a pediatric delirium management and prevention toolkit. *Palliat Support Care*. 2019;17:42-5.
- Stapleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, Goss CH, Curtis JR. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34:1679-85.
- Bosch SJ, Lorusso LN. Promoting patient and family engagement through healthcare facility design: A systematic literature review. *J Environ Psychol*. 2019;62:74-83.
- Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:548-55.
- Sudore R, Casarett D, Smith D, Richardson Menno D, Ersek M. Family involvement at the end-of-life and receipt of quality care. *J Pain Symptom Manage*. 2014 May 1;48.
- Barello S, Castiglioni C, Bonanomi A, Graffigna G. The Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s): development and initial validation of a new questionnaire for measuring family caregiver engagement in healthcare. *BMC Public Health*. 2019;19:1562. PubMed PMID: 31771546
- Hawley P. Barriers to access to palliative care. *Palliat Care*. 2017;10:1178224216688887. PubMed PMID: 28469439
- Glaichen M, Goehring A, Johns H, Portenoy RK. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Curr Treat Options Oncol*. 2022;23:658-67.
- Gambhir HS, Goodrick S, Dhamoon A, Kaul V. Impact of structured and scheduled family meetings on satisfaction in patients admitted to hospitalist service. *J Patient Exp*. 2021;8:1-5.
- 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.
- 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.
- Powazki RD, Walsh D, Aktas A, Hauser K. Palliative medicine family conferences reduce spokesperson distress and enhance communication in advanced cancer. *J Palliat Med*. 2018;21:1086-93.
- Hudson P, Girgis A, Thomas K, Philip J, Currow DC, Mitchell G, et al. Do family meetings for hospitalised palliative care patients improve outcomes and reduce health care costs? A cluster randomised trial. *Palliat Med*. 2021;35:188-99.
- Lau F, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C, Yang J. Using the palliative performance scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:134-44.
- Seesawang J, Rungnoi N. Nursing Care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Nursing Science Journal of Thailand*, 2016;34:10-8.
- Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Semin Oncol Nurs*. 2012;28:236-45.
- Cuéllar-Flores I, Sánchez-López MP, Limiñana-Gras RM, Colodro-Conde L. The GHQ-12 for the assessment of psychological distress of family caregivers. *Behav Med*. 2014;40:65-70.
- ชนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;41:2-17.
- Oechsle K, Ullrich A, Marx G, Benze G, Heine J, Dickel L-M, et al. Psychological burden in family caregivers of patients with advanced cancer at initiation of specialist inpatient palliative care. *BMC Palliat Care*. 2019;18:102.
- Otten D, Tibubos AN, Schomerus G, Brähler E, Binder H, Kruse J, et al. Similarities and differences of mental health in women and men: a systematic review of findings in three large german cohorts. Vol. 9, *Frontiers in public health*. Switzerland; 2021. p. 553071.
- Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2016;35:96-112.
- Rainsford S, Hall Dykgraaf S, Kasim R, Phillips C, Glasgow N. 'Traversing difficult terrain'. Advance care planning in residential aged care through multidisciplinary case conferences: A qualitative interview study exploring the experiences of families, staff and health professionals. *Palliat Med*. 2021;35:1148-57.
- Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* [Internet]. Oxford University Press; 2021. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.001.0001>