



University of Dundee

Phenwan, Tharin

Published in:
Journal of Primary Care and Family Medicine

Publication date:
2018

Licence:
CC BY

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Discovery Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Phenwan, T. (2018). . . *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 1(1), 11-17.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in Discovery Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
 JOURNAL OF PRIMARY CARE
 AND FAMILY MEDICINE

VOLUME 1 No.1 MAY-AUGUST 2018 ISSN 2651-0553



PALLIATIVE
 CARE



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine (PCFM)

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ผศ.พญ.สายพิน หัตถ์รัตน์

ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวานนท์

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

นพ.สตาจค์ ศุภผล

กองบรรณาธิการ

ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์

นพ.กรภัทร มยุระสาคร

พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

นพ.นนท์ ไสววัฒน์

พญ.อรวรรณ ตะเวทิงค์

พญ.ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์

ผศ.พญ.ปัทมา โกมทุบุตร

ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ

รศ.พญ.สรญา แก้วพิบูลย์

ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

ผศ.ดร.พญ.หญิงศรินาถ ตงศิริ

ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก.จตุพร ทองอิม

ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ผศ.ดร. ภัทรระ แสนไชยสุริยา

ดร.สุรศักดิ์ อธิคมานนท์

นส.สุรรัตน์ ธนากิจ

นส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด

จังหวัดนนทบุรี 11120

โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

โทรศัพท์ 053-936362 แฟกซ์ 053-289306 email: pcfmjournals@gmail.com

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournals.com

สารบัญ

สารจากประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	4
บทบรรณาธิการ	5
จดหมายถึงกองบรรณาธิการ	7
กิตติกรรมประกาศ	8
เปิดเล่ม...	9
ความไม่ยุติธรรม Palliative Care และ Family Medicine	
บทความพิเศษ	11
การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ	
บทความปริทัศน์	17
การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ	
นิพนธ์ต้นฉบับ	31
ความต้องการการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งของคนไทย	
ปัจจัยที่มีผลกับความสามารถในการใช้อินเตอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น	45
ความชุกของการสูญเสียความรู้สึกที่เท่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	57
กรณีศึกษา	68
“ตอนนี้ไม่สำคัญว่ามะเร็งจะลามไหม ขอเพียงผมนั่งดูบ้านที่กำลังสร้างได้ก็พอ” กรณีศึกษาการดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยกลุ่มอาการกลุ่มรากประสาทคล้ายหางม้าจากเนื้องอก	
เรื่องเล่า	76
ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิต	
บรรณาธิการสะท้อนบทเรียน	
ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิต	

สารจากประธาน
ราชวิทยาลัยแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย



การดำเนินงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (Journal of Primary Care and Family Medicine) ในครั้งนี้ เป็นความริเริ่มครั้งใหม่ของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทย โดยร่วมมือกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.) ซึ่งเป็นผู้เริ่มต้นในการดำเนินงานวารสารก่อนหน้าี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อวิชาการมาตรฐานขึ้นมาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับใช้เผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิจัย/วิชาการของสมาชิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสหวิชาชีพและผู้สนใจ ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพโดยรวมของประชาชน ถือเป็นงานวิชาการที่ทำทลายความเข้มแข็งของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ และสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งในการระดมกำลังความคิด งบประมาณ และเวลาทำงาน จนสามารถผลิตวารสารฉบับแรกได้สำเร็จ นับเป็นก้าวที่สำคัญอีกก้าวหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการระดับปฐมภูมิของไทย ในฐานะของตัวแทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณทีมบรรณาธิการ ที่ตั้งใจอาสาเข้ามาร่วมผลิตงานกันโดยไม่หวังผลตอบแทน นักวิชาการที่ร่วมส่งผลงานเข้ามาเผยแพร่ รวมถึงคณะกรรมการต่าง ๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการพัฒนาวารสารวิชาการฉบับนี้ และมั่นใจว่าการเรียนรู้ของทีมงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตวารสารฉบับนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความเข้มแข็งทางวิชาการอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผศ. ดร. นพ. อภินันท์ อร่ามรัตน์
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บทบรรณาธิการ

ก้าวอย่างใหม่ ที่มั่นคงกว่าเดิม

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว (Journal of Primary Care and Family Medicine: PCFM) ใช้ชื่อย่อ วารสาร PCFM ได้มีการดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ร่วมกับชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เกษัชกรรม เทคนิคการแพทย์ ที่มุ่งหวังให้เป็นเวทีเสนองานวิชาการทั้งในด้านระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย ที่ต่างมีความสำคัญต่อกันและกัน แต่ด้วยปัจจัยข้อจำกัดบางส่วนของทีมงาน ทำให้วารสารนี้ได้หยุดไประยะหนึ่ง

มาถึง ณ ปัจจุบันที่ทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวมีกำลังมากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น ทีมงานเดิมจึงเห็นควรให้มีการจัดทำวารสาร PCFM ขึ้นมาใหม่อีกครั้ง แต่เพียงความเป็นเจ้าของวารสารได้ปรับให้สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มาเป็นเจ้าของวารสาร PCFM อย่างเป็นทางการ และเป็นหน่วยหลักในการสนับสนุนงบประมาณบริหารจัดการ แต่ทีมงานที่เป็นทีมกองบรรณาธิการ ยังคงเป็นเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเช่นเดิม มีสมาชิกใหม่ ๆ และผู้แทนองค์กรต่าง ๆ เข้ามาร่วมมีบทบาทรับผิดชอบเพิ่มขึ้น และยังคงลักษณะที่เป็นพื้นที่วิชาการกลางที่เครือข่ายวิชาชีพอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ และใช้ความรู้เวชศาสตร์ครอบครัวมาร่วมเสนอผลงาน และแลกเปลี่ยนวิชาการในวารสารนี้ด้วย ทั้งที่เข้าเป็นทีมกองบรรณาธิการ และเสนอผลงานวิชาการในเนื้อหาวารสาร รวมทั้งส่วนของสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน ยังคงมีส่วนร่วมในด้านการจัดการวิชาการด้านระบบบริการปฐมภูมิ

กระแสทั่วโลกทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทยต่างตระหนักมากขึ้นต่อความสำคัญของศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย ประชาชน ได้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ การพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ ได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญในการประกันให้ระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศมีความเท่าเทียม และเข้าถึงได้ทั่วหน้า รวมทั้งทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ มีผลลัพธ์ลงทุนสุขภาพที่ดี ภายใต้การลงทุนงบประมาณที่ไม่สูงเกินไป



การที่ระบบบริการปฐมภูมิจะมีคุณภาพได้มากน้อยเพียงใดแล้ว องค์ประกอบสำคัญหนึ่งคือ ความรู้ความสามารถของบุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการในระบบนี้ ซึ่งเป็นผลผลิตของการจัดการศึกษาทั้ง ในมหาวิทยาลัยและองค์การวิชาชีพ และการจัดการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ต่อเนื่อง ก็เป็นอีกองค์ประกอบ หนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาวิชาการให้สอดคล้องกับยุคสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลง วารสารวิชาการนี้ก็มุ่งหวังให้เป็นกลไกหนึ่งของการจัดการเรียนรู้ต่อเนื่องทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการบริการของเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรม โอกาสการแสดงฝีมือ และการใช้ความรู้ความสามารถ ต่อของแพทย์ หรือทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ฉะนั้นวิชาการในอีกด้านหนึ่งที่สำคัญร่วมกันจึงเป็นเรื่อง ของการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ การพัฒนางานเวชปฏิบัติ ครอบครัว จึงต้องมีการพัฒนาทั้งในเชิงความรู้วิชาการ ฝีมือ ทักษะของแพทย์/ทีม เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลประชาชนเป็นรายบุคคล รายครอบครัว และต้องมีความเข้าใจในการจัดการระบบบริการ ปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพร่วมกันด้วย

ฉะนั้นเนื้อหาของงานวารสาร PCFM (Primary Care and Family Medicine) นี้ จึงเปิดให้ เป็นช่องทางการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ทั้งในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และระบบบริการปฐมภูมิ เป็น ทั้งวิชาการด้านคลินิก และด้านการจัดระบบบริการ ร่วมกัน รวมทั้งเปิดให้เป็นพื้นที่กลางในการเผยแพร่วิชาการทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ และสาขาวิชาชีพต่าง ๆ รวมทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ในด้านบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว

การก้าวอย่างเริ่มต้นใหม่ของวารสารฉบับนี้ ถือว่าเป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ที่มุ่งหวังให้เป็นก้าว อย่างที่มั่นคง เป็นระบบมากขึ้น มุ่งหวังสนับสนุนให้มีการพัฒนาวิชาการในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และ ระบบบริการปฐมภูมิอย่างแพร่หลาย เป็นที่ยอมรับ พัฒนาให้มีความทันสมัย และตอบสนองต่อการ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แพทย์หญิงสุภัทรา ศรีวิณิชชากร
นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
บรรณาธิการ

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ

เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

แพทย์ปฏิบัติครอบครัวเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่ง มีบทบาทหลักในการทำงานในระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับทีมงานปฐมภูมิและประสานเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการสาธารณสุขสาขาอื่น ๆ เพื่อให้ประชาชนที่ตนดูแลมีสุขภาพที่ดี สิ่งแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ต้องตอบตัวเองได้คือ “เราเชี่ยวชาญเรื่องอะไร” คำตอบผมคิดว่า ไม่มีอะไรจะตอบได้ดีไปกว่า “การสร้างองค์ความรู้ใหม่” แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีองค์ความรู้ที่จะต่อยอดหรือแตกต่างจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่มีอยู่แล้วจากแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ องค์ความรู้อะไรที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจะสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อประเทศ

เมื่อสัปดาห์ก่อนผมต้องเขียนแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ในอำเภอแม่สอด ผมทบทวน CPG จากราชวิทยาลัยเฉพาะทางและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม ในโรงพยาบาล 3 ท่าน คำตอบที่ได้ ก็หลากหลาย แต่ที่ตรงกันคือ CPG เหล่านั้นใช้ในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care practice) ไม่ได้ด้วยหลายเหตุผล ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของเวชปฏิบัติ ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างจากบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ค่าใช้จ่ายเพื่อให้จัดบริการตามคำแนะนำของแพทย์เฉพาะทางมีราคาสูงเกินกว่ากำลังที่จะบริหารจัดการได้ในบริการปฐมภูมิ เป็นต้น

ทั้งนี้การเขียน CPG จำเป็นต้องอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นหากมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริบทของประเทศไทยเราคงจะสามารถเขียน CPG ที่ตอบโจทย์ของปฐมภูมิ แต่ในปัจจุบันการทำงานวิจัยในบริการปฐมภูมิ (primary care research) ยังมีน้อยมาก ใครควรสร้างองค์ความรู้เหล่านี้จากเวชปฏิบัติที่เราทำทุก ๆ วันนี้ ? แพทย์เฉพาะทางมีความเชี่ยวชาญในโรคที่ตรวจรักษาในบริบทของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ คำถามคือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จะสร้างองค์ความรู้ได้ไหม ? ผมตอบว่าได้ เราทำงานในบริบทชุมชน ทำงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คนไข้ในหลากหลายกลุ่มวัยแบบองค์รวม การผลิตงานวิจัยที่ตอบโจทย์ระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) ควรเป็นหน้าที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ใช่หรือไม่

การเป็นผู้มีความรู้หลากหลาย (Generalist) คือ อัตลักษณ์ที่สำคัญของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและเป็นคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ เพราะ โลกที่แยกส่วนเกิดจากวิธีคิดที่ลึกลับแต่ไม่เห็นภาพรวม จนนำมาซึ่งระบบการทำงานที่แยกส่วน (system fragmentation) การทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวอาศัยความเชี่ยวชาญในการมองและทำงานแบบไม่แยกส่วน มองเห็นระบบและความเชื่อมโยง นั่นคือมีความเชี่ยวชาญในการ “มององค์รวม”

ในขณะเดียวกัน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวก็สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในประเด็นที่เฉพาะ จากการสั่งสมประสบการณ์การทำงานในระบบบริการปฐมภูมิ เกิดเป็นความเชี่ยวชาญในปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติในพื้นที่นั้น ๆ การฝึกปฏิบัติและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสั่งสมเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น การดูแลระดับประคอง การดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพเด็กและวัยรุ่น การส่งเสริมป้องกันโรค การให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัว เป็นต้น โดยเน้นว่า เห็นองค์รวมนะครับ เพราะสิ่งที่เห็นบ่อยคือเมื่อเราสนใจเรื่องเฉพาะมาก ๆ เราจะเริ่มสนใจสิ่งอื่นน้อยลง เช่นสนใจความตายแต่ไม่สนใจคนอยู่หรือไม่สนใจเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเลย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ ผมขอเชิญพวกเราสร้างความรู้ที่ไร้อัตรา แต่เป็นความรู้เพื่อประโยชน์ของส่วนรวมกันครับ ความรู้ที่เกิดจากการมองแบบองค์รวม ทำงานจริงในชุมชน เป็นความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้ในบริบทของเรากันนะครับ

นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแห่งประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ
ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบันดังรายนามต่อไปนี้

รศ. นพ. สุรเกียรติ์ อชานานภาพ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รศ. นพ. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์

ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผศ. นพ. ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ. นพ. ภารเอก มั่นสวานิช

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อ. นพ. ศุภการ เตชสอนันต์

ศูนย์บริรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

อ. พญ. นิศาชล เดชเกรียงไกรกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อ. นพ. ฉันทวัฒน์ สุทธิพงษ์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลนครพิงค์

อ. พญ. นิสิตา นาทประยุทธ์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณา
บทความต้นฉบับ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความ ได้ผลงานบทความที่มีคุณภาพและถูกต้อง
ตามหลักวิชาการ

เปิดเล่ม PALLIATIVE CARE

ความไม่ยุติธรรม palliative care และ family medicine

ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี

ภาพติดตาตั้งแต่สมัยเป็นนักเรียนแพทย์คือ คนไข้ palliative คือคนไข้ที่ถูกทิ้ง ถูกย้ายไปไว้เตียงไกลสุดของวอร์ด ทั้งที่เป็นโรคระยะลุกลามหรืออาการเพียบหนัก แพทย์หรือพยาบาลก็จะเดินไปราวन्दห่าง ๆ เดินผ่านเร็วมาก หรือเดินไปไม่ถึงเตียงเหล่านั้นเลย คำสั่งการรักษาไม่เคยเปลี่ยน ทั้งที่พวกเขาเหล่านั้นยังรู้สึกตัวดี พูดคุยได้นั่งได้ ความรู้สึกสงสัย ทำให้ไปถามพี่ ๆ ว่า จะช่วยเขาอย่างไรได้บ้าง ก็มักได้รับคำตอบว่า palliative แล้ว ปล่อยแล้ว ไม่ทำอะไรแล้ว ไม่รู้จะทำอะไรให้ นำมาซึ่งความรู้สึกว่าไม่ถูกต้อง ไม่ยุติธรรม พวกเขา ยังไม่ตาย และยังต้องการความช่วยเหลืออยู่ เขาถึงได้มาโรงพยาบาล ด้วยความเป็นนักศึกษา แพทย์ทำอะไรไม่ได้มาก เมื่อรับเคสก็ทำได้แค่ลากเก้าอี้ไปนั่งคุย ฟังเรื่องราวทุกข์สุขและพยายามเอาเรื่องราวของเขาไปปรึกษาพี่ ๆ และอาจารย์ให้ การที่นักเรียนแพทย์สักคนไปนั่งฟังนั่งเป็นเพื่อน คอยเป็นตัวแทนเสียงถามคำถามโง่ ๆ เป็นกระบอกเสียงแทนเขา ก็รู้สึกได้ว่าคนไข้รู้สึกดี

เมื่อไปเป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก อยู่สุดปลายทางถนน เป็นทั้งด้านหน้าและด้านหลังของระบบสาธารณสุข คนไข้ที่ป่วยด้วยโรคที่หมดหวังทั้งเข้ามา ถูกส่งต่อ และถูกส่งกลับมาที่เดิม มันต้องมีอะไรสักอย่างที่ทำให้เขาได้ การอยู่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ทำให้คนไข้ทุกคนเป็นเสมือนญาติ คำนึงหน้าคำนึงตากัน ความรู้สึกอยากช่วยเหลือแม้เขากำลังจะตายหรือถูกส่งกลับมารอคอยความตาย ทำให้พยายามลองผิดลองถูกหาทางช่วยเหลือเขาในทุก ๆ ด้าน แม้จะยากหรือเหนื่อยใจแต่กลับทำให้ทั้งเรา เขาและญาติ รู้สึกดีทั้งที่กำลังจะลาจากกัน ความตายไม่ได้น่ากลัวหรือต้องโศกเศร้าเสมอไป

การดูแลคนไข้ palliative ทำให้เข้าใจความหมายของชีวิตและการมีชีวิตอยู่ การได้ดูแลคน ๆ หนึ่งที่กำลังจะจากไป ได้เรียนรู้บทเรียนที่กลั่นกรองสังเคราะห์มาจาประสบการณ์ทั้งชีวิตของเขา หาฟังที่ไหนไม่ได้ และแต่ละคนไม่เหมือนกัน ถือเป็นเกียรติ เป็นโอกาสที่ดี การได้ดูแลพวกเขาจากต้นจนถึงหลังการตาย เป็นบทเรียนที่ทรงคุณค่าแก่การสร้างหมอบให้เต็มคน

ขอบคุณคนไข้ palliative care ทุกคนที่ได้สอนความเป็นคน สอนความเป็นองค์กรวมให้อย่างแท้จริง จนได้มาสนใจในเวชศาสตร์ครอบครัว ศาสตร์ของการดูแลสุขภาพคน โดยไม่สนใจว่าโรคของเขาจะเป็นชิ้นส่วนไหน โรคของเขาจะหายหรือไม่ จะมีชีวิตอยู่อีกกี่วัน ความสำคัญคือเราดูแลคน ๆ นั้น ให้เขามีชีวิตและใช้ชีวิตได้ ไม่ว่าเวลาชีวิตเขาจะเหลือเท่าไร และการได้เลือกไปเรียนเวชศาสตร์ครอบครัวที่แคนาดา ยิ่งทำให้เห็นว่าการดูแลแบบ Palliative care เป็นการดูแลที่งดงาม มีอะไรให้ทำได้อีกมากมาย ไม่ใช่อดีตแบบเดิม ๆ ที่สิ้นหวัง ทอดทิ้ง ไม่ใส่ใจดูแล เพราะหากสนใจที่ความเป็นคน โรคที่เขาไม่อาจรักษาไม่ได้ แต่รักษาความเป็นคนของเขาได้ และนั่นคือหัวใจหลักของทั้ง Family Medicine และ Palliative care.

การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ

นายแพทย์ธารินทร์ เพ็ญวรรณ
 ว.เวชศาสตร์ครอบครัว
 สำนักวิชาแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช
 Email: phenwant@gmail.com

บทคัดย่อ

การแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง หากแพทย์ไม่สามารถแจ้งข่าวได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือในการรักษาในอนาคตได้ บทความนี้ ได้อธิบายถึงความสำคัญของการแจ้งข่าวร้าย ปัจจัยที่ทำให้การแจ้งข่าวร้ายสำเร็จ ปัจจัยที่ทำให้การแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ยังขาดประสิทธิภาพ ตัวอย่างของการแจ้งข่าวร้าย รวมถึงข้อเสนอแนะและกระบวนการในการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย

บทนำ

ณ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแห่งหนึ่ง

“ตอนแรกก็รู้ว่า เป็นมะเร็ง หนูก็ยังไม่ทราบตัวเองเลยว่าเป็น (ยิ้มเศร้า ๆ) ไม่ทราบเลย...(ส่ายหน้า) คุณหมอก็ไม่ได้บอกหนู ทราบตอนมาตรวจหลังผ่าตัดแล้วก็มี อาจารย์ หมอของที่เนี่ยถามหนูว่า

“เนี่ยที่ผ่าไปเนี่ย คุณรู้มั๊ยคุณเป็นอะไร?”

“ไม่ทราบค่ะ”

“แล้วคุณหมอก็ไม่ได้บอกเหรอ?”

“หมอก็ไม่ได้บอก”

“อ้าวแล้วหนูไม่ถาม”

“หนูก็ไม่ได้ถาม”

“อ้าว แล้วคุณอยากรู้มั๊ยว่าคุณเป็นอะไร”

“หนูอยากรู้ค่ะ”

“แล้วคุณหมอก็บอก... ตอนนั้นก็ตกใจเหมือนกันว่าเกิดขึ้นได้ยังไง.....แฟนรู้ว่ามาผ่าตัด แต่ก็ไม่รู้ว่าผ่าอะไร...ลูกก็ไม่รู้ว่าที่ผ่าไปเนี่ยผ่าอะไร”

บทสนทนาด้านบน เป็นบทสนทนาจริงของผู้ป่วยรายหนึ่งกับแพทย์ที่ติดตามดูแลอาการ ผู้ป่วยจำบทสนทนาด้วยความรู้สึก ณ ตอนนั้นได้อย่างแม่นยำ และนำมาเล่าให้ผู้เขียนฟังอีกต่อหนึ่ง จากเนื้อหาในบทสนทนา พบได้ว่า มีประเด็นที่น่า

เรียนรู้หลายจุด ได้แก่

1. ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ทราบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง แม้กระทั่งหลังผ่าตัด ก็ยังไม่ทราบ จนกระทั่งมีแพทย์อีกคนมาถามซ้ำในการมาโรงพยาบาลในภายหลัง
2. แพทย์ที่ทำการผ่าตัด อาจไม่ได้บอกถึงตัวโรค ตามที่ผู้ป่วยกล่าวจริง หรือบอกไปแล้ว แต่ทว่า ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่สามารถทำความเข้าใจได้ อันเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ

แต่ทว่า ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุไหน ผลลัพธ์ที่ออกมาคือ ผู้ป่วยต้องใช้ชีวิต โดยไม่ทราบถึงตัวโรค หรือแม้กระทั่งได้รับการผ่าตัดอะไร และมีการสะท้อนความถึงความเสียใจ ตกใจ ถึงสิ่งที่ตนพึงรู้ แต่ไม่ได้ ซึ่งเกิดจากการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์ผู้ดูแล

ข่าวร้าย (Bad News)

หมายถึง ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ต่อผู้ฟัง เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เปลี่ยนแปลงถึงวิถีชีวิตของผู้ได้รับสาร หรือจำกัดทางเลือกต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตในอนาคต¹ Robert Buckman นิยามคำว่าข่าวร้ายว่าเป็น “สารหรือข้อมูลใด ๆ ที่เปลี่ยนแปลง

มุมมองต่ออนาคตของผู้ป่วยอย่างยิ่งยวดในทางลบ”²⁻⁴

การแจ้งข่าวร้าย เป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญที่แพทย์กระทำบ่อยที่สุด และได้รับการเพิกเฉยมากที่สุด⁵⁻⁷

ตัวอย่างของข่าวร้าย

- การบอกผลชิ้นเนื้อแก่ผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งเต้านม
- การแจ้งผลการติดเชื้อ HIV
- การแจ้งสามีว่าภรรยาเป็นโรคสมองเสื่อม
- การแจ้งผลตรวจโครโมโซมที่ผิดปกติของทารกในครรภ์แก่มารดา
- การแจ้งกับพ่อแม่ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านพัฒนาการช้า
- การบอกผลวินิจฉัยโรคเบาหวานกับเด็กวัยรุ่น เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการแจ้งข่าวร้ายขาดประสิทธิภาพ

1. แพทย์

งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่า การแจ้งข่าวร้ายของแพทย์นั้น ทำได้แค่ระดับพอใช้ (suboptimal) เท่านั้น⁹ สาเหตุหลักที่เป็นเช่นนั้นเพราะว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดทักษะในการแจ้งข่าวร้าย และยังคงมีความลังเลที่จะคุยถึงประเด็นอันละเอียดอ่อนนี้กับผู้ป่วย รวมถึงการหลีกเลี่ยงที่จะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย¹⁰ ซึ่งหากย้อนไปในอดีตกาล พบว่า แพทย์จะได้รับการสอนให้เลี่ยงที่จะไม่พูดเรื่องข่าวร้ายกับผู้ป่วย ดังเช่นที่ฮิโตะชิระระบุว่า “ฟังจดเว้นการบอกสิ่งต่าง ๆ ที่มากเกินไปแก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมักคาดเดาไปในทางร้ายไว้ก่อน”¹¹ ในสมาคมแพทย์อเมริกันเองก็มีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันว่าควรละเว้นการกระทำใด ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียขวัญและกำลังใจ¹²

แนวคิดเช่นนี้ ยังคงดำรงมาจนถึงกลางศตวรรษที่ 20^{13,14} เนื่องจากผู้ที่เชื่อในแนวคิดนี้ระบุว่าได้ยึดหลักเวชจริยศาสตร์ในเรื่อง Do no harm ว่า การที่บอกข่าวร้าย จะส่งผลร้ายแก่ผู้ป่วย แต่ทว่า การกล่าวอ้างที่ว่านี้ เกิดจากความเชื่อ 2 ประการ อันได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่ต้องการทราบความจริง
2. ผู้ป่วยจะรับความจริงไม่ได้^{13, 15}

ซึ่งความเชื่อที่ว่ามานั้น ไม่เคยได้รับการพิสูจน์เลยแม้แต่เน้อย จนเมื่อมีการทำการสำรวจในภายหลัง ผลที่ได้พบว่า แท้จริงแล้ว

1. ผู้ป่วยต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับโรคของตน^{16, 17}
2. การปกปิดความจริง มักส่งผลเสียตามมา ได้แก่ การได้รับการรักษาที่ล่าช้าลง และสร้างความสับสนแก่ผู้ป่วยและญาติ^{14, 18} (ดังเช่นตัวอย่างเรื่องเล่าที่ยกมา)
3. สภาพสังคมที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาของตนมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคของตนตามจริง^{1, 14, 17}

2. ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับแพทย์ยาวนาน มีอายุน้อย หรือมีความคาดหวังสูง ล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้การแจ้งข่าวร้ายยากยิ่งขึ้น¹⁹ ยิ่งไปกว่านั้น นิสัยส่วนตัวและประสบการณ์ในอดีตของผู้ป่วย ก็มีผลด้วยเช่นกัน¹ การแจ้งข้อมูลเรื่องเดียวกันในบุคคลสองคน อาจถือว่าเป็นข่าวร้ายในคนหนึ่ง แต่ในอีกคนหนึ่ง กลับไม่ถึงว่าเป็นข่าวร้ายก็ได้²⁰ ยกตัวอย่างเช่น การแจ้งผู้ป่วยซึ่งเคยดูแลสามีที่เป็นโรคเบาหวานอย่างรุนแรงจนต้องตัดขาทิ้ง และตาบอดทั้งสองข้าง อาจถือเป็นข่าวร้ายอย่างยิ่งยวด เนื่องจากผู้ป่วยได้มองเห็นตัวเองในอนาคตโดยเชื่อมโยงกับสามี แต่ในทางกลับกัน การบอกผู้ป่วยอีกคนว่าเป็นมะเร็งเต้านม ความร้ายของข่าวอาจไม่รุนแรงเท่าผู้ป่วยรายแรก เนื่องจากเคยเห็นพี่สาวเป็นโรคนี้อีก ทำให้การรักษาจนหายและใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ เป็นต้น

3. วิธีที่แพทย์แจ้งข่าวร้าย

การแจ้งข่าวร้าย นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วย (ผู้รับสาร) แล้ว ยังสร้างความตึงเครียดแก่แพทย์ (ผู้ส่งสาร) ด้วยเช่นกัน เนื่องจาก แพทย์บางส่วน ไม่เคยได้รับการฝึกวิธีการแจ้งข่าวร้าย รวมไปถึงวิธีการจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนหลังแจ้งข่าวร้าย¹⁰ หากแพทย์แจ้งข่าวร้ายด้วยกระบวนการที่ไม่เหมาะสมแล้ว จะเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งไม่ควรเกิด²¹ ในทางกลับกัน แพทย์ที่แจ้งข่าวได้อย่างเหมาะสมนั้น จะช่วยคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย ทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการและความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย^{1, 21-23}

ความสำคัญของการแจ้งข่าวร้าย

- เป็นกระบวนการที่แพทย์ต้องกระทำอยู่บ่อย ๆ จากตัวอย่างที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า มีหลายโรค หลากโอกาส ที่แพทย์ต้องแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วย¹⁶ โดยที่การแจ้งข่าว

นั้น อาจไม่ได้จำกัดถึงแค่โรคที่คนมองว่าเป็นโรคร้าย เช่น มะเร็ง เสมอไป

● ผู้ป่วยต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับตัวโรค

จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 ต้องการทราบความจริงเกี่ยวกับตัวโรคและพยากรณ์โรคของตน^{1, 18} ถึงแม้ว่าจำนวนร้อยละจะมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมและความเชื่อในแต่ละประเทศ แต่ผู้ป่วยเกินครึ่งล้วนอยากทราบถึงตัวโรคของตน⁹

● เป็นการรักษาสติของผู้ป่วย

ตามหลักเวชจริยศาสตร์พื้นฐาน ผู้ป่วย มีสิทธิที่จะทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวโรคของตนถึงแม้ว่าในบริบทของประเทศไทยซึ่งมีความเป็นกลุ่มก้อนทางวัฒนธรรมสูง²⁴ มีหลายครั้งที่ครอบครัวรับทราบถึงตัวโรคก่อนผู้ป่วย และขอร้องแพทย์ไม่ให้บอกความจริงเพราะกลัวผู้ป่วยจะ “เสียกำลังใจ” หรือ “รับไม่ได้” แพทย์ ก็ยังคงต้องยึดหลักสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย และประเมินต่อว่าผู้ป่วยต้องการรับทราบถึงข่าวร้ายหรือไม่

วิธีการแจ้งข่าวร้าย

มีการพัฒนารูปแบบสำหรับการแจ้งข่าวร้ายหลายประเภท เช่น SPIKES^{1, 2, 4, 16, 25}, ABCDE²⁶ หรือ BREAK⁹ โดยพบว่าทั้งหมด สามารถช่วยให้แพทย์แจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในที่นี้ ขอยกตัวอย่างการแจ้งข่าวร้ายโดยอิงกับ SPIKES Model เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความมีประสิทธิภาพในการช่วยแพทย์เตรียมตัวการแจ้งข่าวร้ายและเป็นที่ยอมรับกันแพร่หลาย มีรายละเอียดดังนี้

1. Setting up the interview
2. Assessing patient's Perception
3. Obtaining the Invitation
4. Giving Knowledge and information
5. Addressing to patient's Emotion and Empathic responses
6. Summary and Strategy

การเตรียมความพร้อมและสภาพแวดล้อมก่อนการแจ้งข่าวร้าย (Setting up the interview)

เป็นขั้นตอนที่มีจุดประสงค์เพื่อเตรียมตัวสภาพจิตใจแก่ทั้งสองฝ่าย อันได้แก่ แพทย์ และผู้ป่วย ซึ่งโดยปกติแล้ว ผู้

ป่วยและญาติ มักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในเชิงลบ (เสียใจ โกรธ ปฏิเสธความจริง) ต่อการแจ้งข่าว แพทย์จึงควรระลึกถึงจุดนี้เพื่อเป็นการเตรียมตัวเองและช่วยผู้ป่วยไปสู่ความจริงในขั้นตอนต่อไป โดยมีคำแนะนำในการปฏิบัติดังนี้

- จัดหาสถานที่ที่เงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว ถ้าเป็นไปได้ ควรมีห้องเพื่อแจ้งข่าวร้าย หากไม่มีห้อง อาจใช้บริเวณข้างเตียงผู้ป่วย โดยทำการดึงม่านปิดเพื่อสร้างความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วย
- สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการให้บุคคลในครอบครัวมาร่วมพบสนทนาหรือไม่
- แพทย์ควรนั่งระหว่างทำการแจ้งข่าวร้าย เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายขึ้น และเป็นการสื่อว่าแพทย์ไม่เร่งรีบ
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยการใช้วจนภาษา (น้ำเสียง ความเร็ว และการทิ้งจังหวะในการพูด) และอวัจนภาษา (การสบตา สีหน้าท่าทาง และการสัมผัส) อย่างเหมาะสม
- ปิดอุปกรณ์สื่อสารหรือเปิดเป็นระบบสั่น
- อาจเริ่มด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ตัวอย่างประโยคที่ใช้ “วันนี้รู้สึกยังไงบ้างครับ?”

การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย (Assessing the patient's Perception)

- มีเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเข้าใจต่อสถานการณ์อย่างไรบ้าง โดยใช้หลักถามก่อนบอก หากมีความเข้าใจผิด จะได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- เป็นการประเมินผู้ป่วยอีกทางว่าอยู่ในระยะใดของการตอบสนองต่อข่าวร้าย ตัวอย่างประโยคที่ใช้

“คุณหมอก่อนบอกเกี่ยวกับก้อนที่เต้านมว่าไงบ้างครับ?”

“คุณเข้าใจว่าที่หมอตกลงไปทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์นี้เพราะอะไรนะครับ?”

“คุณคิดยังไงเกี่ยวกับอาการน้ำหนักลดที่ไม่หายนี้?”

การประเมินว่าผู้ป่วยต้องการรับรู้ข้อมูลใดบ้าง (Obtaining the patient's Invitation)

จุดประสงค์ของขั้นตอนนี้ ไม่ได้อยู่ที่ว่าจะแจ้งหรือไม่แจ้งข่าวร้าย แต่อยู่ที่ว่า “ผู้ป่วยต้องการรับสารมากแค่ไหน?” ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนมากมักต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวโรคและการพยากรณ์โรคทั้งหมดแต่ส่วนหนึ่งก็ต้องการ



ทราบแค่บางส่วนเท่านั้น หากผู้ป่วยต้องการทราบแค่ผลในภาพรวมหรือข้อมูลแค่บางส่วน แพทย์ก็ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามในภายหลังได้

ตัวอย่างประโยคที่ใช้

“หมอมีผลชิ้นเนื้ออยู่ในกระดาด้านนี้แล้ว ต้องการให้หมอบอกแค่นี้ไหมครับ?”

“อยากให้หมอบอกรายละเอียดเกี่ยวกับตัวโรคแค่ไหน?”

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (Giving Knowledge and information to the patient)

- ก่อนให้ข้อมูล ควรมีการแจ้งเตือน (warning shot) กับผู้ป่วยก่อนเพื่อลดภาวะช็อกและดึงเครียดที่จะตามมา

ตัวอย่างประโยคที่ใช้

“ผลออกมาไม่ค่อยดีนะ”

- ให้ข้อมูลโดยหลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์
- ใช้ภาษาในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ใช้น้ำเสียงและท่าทางที่สงบ
- หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลแบบทื่อและตรงเกินไป เช่น “เป็นมะเร็งนะ ต้องตัดเต้านอก ไม่ตัดตายแน่”
- ค่อย ๆ ให้ข้อมูลที่ละเอียด และมีการทิ้งช่วงเป็นระยะ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการทำใจ

- หากการพยากรณ์โรคไม่ดี หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่ทำให้ความหวังผู้ป่วย เช่น “ทำอะไรไม่ได้แล้ว”
- ประเมินปฏิกิริยาของผู้ป่วยเป็นระยะ มีการถามซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลอย่างถูกต้อง

การแสดงความเห็นอกเห็นใจกับผู้ป่วย (Addressing the patient s' Emotion with Empathic responses)

- การตอบสนองปฏิกิริยาและอารมณ์ในแง่ลบต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่แพทย์ส่วนมากมองว่าทำได้ยาก อดทนหลีกเลี่ยง^{1, 3, 5, 27} แต่ก็จำเป็นต้องทำ
- ผู้ป่วยสามารถมีปฏิกิริยาได้หลายรูปแบบ (โกรธ ร้องไห้ เสียใจ นิ่งเงียบไป ปฏิเสธที่จะฟัง) แพทย์จึงต้องจับอารมณ์ของผู้ป่วยให้ได้พร้อมกับสะท้อนความรู้สึกและตอบสนองอย่างเหมาะสม หากผู้ป่วยนิ่งเงียบไป ให้ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อถามถึงอารมณ์ของผู้ป่วย
- สบตาและใช้ภาษาที่อ่อนโยน
- หาสาเหตุว่าที่ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองเช่นนั้นจากอะไร เช่น ผู้ป่วยอาจกังวลเรื่องรายจ่ายในครอบครัว ลูกที่ยังเล็กอยู่ ฯลฯ
- มีการทิ้งช่วงเงียบอย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 ตัวอย่างประโยคในการสนทนา ที่ใช้ในการแจ้งข่าวร้าย

ประโยคที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ	ประโยคสำรวจความรู้สึกของผู้ป่วย	ประโยคตอบรับ
“หมอเองก็หวังว่าผลจะออกมาดีกว่านี้เหมือนกัน”	“ตอนนี้รู้สึกยังไงบ้าง?”	“การที่คุณรู้สึกแบบนี้เป็นเรื่องที่ปกติมาก หากใครต้องเจอแบบคุณ ก็คงรู้สึกคล้ายกัน”
“หากเป็นหมอเอง ก็คงเป็นข่าวที่ทำให้รับได้ยากเหมือนกัน”	“คุณดูเงียบไป พอจะบอกหมอได้มั๊ยครับว่าตอนนี้รู้สึกยังไง?”	“คนไข้คนอื่น ก็รู้สึกทำนองเดียวกับคุณ”
“คุณคงซึ้งมาก”	“ที่ว่าหวังที่บ้านนี่คือยังไงนะครับ? เล่าให้หมอฟังได้มั๊ย?”	

การสรุปและวางแผน Summary and Strategy

- ผู้ป่วยส่วนมากหลังทราบข่าวร้าย มักรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว จึงต้องมีการทิ้งช่วงและถามย้ำอีกครั้งว่าผู้ป่วยพร้อมจะคุยเรื่องแผนการรักษาและการดูแลในขั้นตอนนี้ต่อไปหรือไม่
- เมื่อผู้ป่วยพร้อม แพทย์ทำการสรุปข้อมูลในการดูแลและวางแผนเรื่องการรักษาร่วมกับผู้ป่วย อันได้แก่
 - ทางเลือกในการรักษา
 - จุดประสงค์ในการรักษา
 - การส่งไปพบแพทย์อื่นเพื่อรับคำปรึกษาหรือการรักษาเพิ่มเติม
 - การนัดหมายในครั้งต่อไป
 - การดูแลตนเองที่บ้าน
 - การติดต่อหากมีปัญหา
 - ข้อควรระวังในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
 - ความต้องการและความกังวลอื่น ๆ ของผู้ป่วย

- สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ตัวอย่างประโยคที่ใช้
“ผมจะอยู่ดูแลคุณให้ผ่านช่วงนี้ไปได้”
- ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง
- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

สรุป

การแจ้งข่าวร้าย เป็นกระบวนการทางการแพทย์อย่างหนึ่งที่แพทย์ต้องทำและหมั่นฝึกฝนอยู่เสมอ ในปัจจุบันมีการสอนการแจ้งข่าวร้ายในหลายรูปแบบเพื่อช่วยให้การแจ้งข่าวร้ายมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น^{9, 16} แต่ทว่า ไม่ว่าเราจะแจ้งอย่างไรหรือวิธีใด ข่าวร้ายก็คือข่าวร้าย ส่วนจะร้ายเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นกับประสบการณ์ชีวิต ความคาดหวัง และอุปนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วย และหากแพทย์ไม่สามารถแจ้งข่าวได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ข่าวร้าย มีความร้ายยิ่งขึ้น และส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือในการรักษาในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA. 1996;276(6):496-502.
2. Baile WF, Buckman R, Schapira L, Parker PA. Breaking bad news: more than just guidelines. J Clin Oncol. 2006;24(19):3217; author reply -8.
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J (Clin Res Ed). 1984;288(6430):1597-9.
4. Buckman R. Doctors can improve on way they deliver bad news, MD maintains. Interview by Evelyne Michaels. CMAJ. 1992;146(4):564-6.
5. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. J Clin Oncol. 2002;20(8):2189-96.
6. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. Med Educ. 2001;35(3):197-205.
7. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. Crit Care Med. 2014;42(2):265-71.
8. Greiner AL, Conklin J. Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. Obstet Gynecol Surv. 2015;70(1):39-44.
9. Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. Indian J Palliat Care. 2010;16(2):61-5.
10. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004;363(9405):312-9.
11. Davey LM. The oath of Hippocrates: an historical review. Neurosurgery. 2001;49(3):554-66.
12. Riddick FA, Jr. The code of medical ethics of the american medical association. Ochsner J. 2003;5(2):6-10.
13. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. JAMA. 1961;175:1120-8.
14. Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. J Clin Oncol. 1984;2(8):948-55.
15. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol. 1995;13(9):2449-56.
16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

17. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*. 1979;241(9):897-900.
18. Beale EA, Baile WF, Aaron J. Silence is not golden: communicating with children dying from cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(15):3629-31.
19. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliat Support Care*. 2017;15(3):328-35.
20. VandeKieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
21. Schofield PE, Butow PN, Thompson JF, Tattersall MH, Beeney LJ, Dunn SM. Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*. 2003;14(1):48-56.
22. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
23. Vogel BA, Leonhart R, Helmes AW. Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Educ Couns*. 2009;77(3):391-7.
24. Meeuwesen L, van den Brink-Muinen A, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Educ Couns*. 2009;75(1):58-66.
25. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ*. 1997;156(8):1159-64.
26. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171(4):260-3.
27. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-60.

Bereavement Care in Family Practice and Primary Care

Rojanasak Thongkhamcharoen, MD, MPH,
Diploma Thai Board of Family Medicine
Department of Social Medicine,
Maesot General Hospital, Tak, Thailand

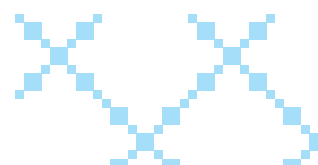
Abstract

Loss of a loved one is a natural part of life that humans must face. The majority of bereaved people can handle their grief and as time passes return to their normal lives with support from families, close friends, local communities, and in some cases religious beliefs. However, some bereaved people are not able to cope due to “complicated grief” (CG). Evidence shows that CG can lead to prolonged psychological and somatic problems, increased health care utilization, alcohol and anxiolytics overuse, morbidity and mortality.

Family physicians take care of people along their entire family life cycle and have many opportunities to encounter death and bereaved people. Therefore, they can have a close therapeutic relationship with the whole family and play a vital role in bereavement care. Family physicians should have a basic knowledge in bereavement care to monitor and provide basic bereavement counseling for timely identification, referrals and proper management of complicated grief.

Keywords:

bereavement, family practice, general practice, grief, primary care



การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ

นายแพทย์ โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
วุฒิปัตริเวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัด ตาก

บทคัดย่อ

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักถือเป็น ธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบและผู้สูญเสียส่วนใหญ่ถึงแม้จะมีอาการโศกเศร้าแต่เมื่อช่วงเวลาผ่านไประยะหนึ่งเมื่อได้รับการปลอบประโลมจากญาติ เพื่อน คนใกล้ชิด ชุมชนรอบข้าง และในบางรายใช้ความเชื่อทางศาสนาเพื่อการเยียวยา ผู้คนส่วนใหญ่ก็จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้ แต่มีผู้สูญเสียจำนวนหนึ่งที่ยังไม่สามารถจัดการกับความโศกเศร้าได้ เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ เริ่มมีอาการทางกายและทางจิตใจจนต้องเข้ารับบริการทางสาธารณสุขรูปแบบต่าง ๆ อีกทั้งยังมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาคลายกังวลและแอลกอฮอล์ รวมถึงมีโอกาสเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตมากขึ้น

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตลอดวงจรชีวิตของครอบครัวจึงมีโอกาสพบกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่เป็นประจำ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในฐานะแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงของผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติที่ได้รับผลกระทบจากการเสียชีวิต แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจึงควรมีความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลผู้สูญเสียและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติเพื่อเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา รักษาเบื้องต้นตลอดจนส่งต่อผู้สูญเสียไปรับการวินิจฉัยและการบำบัดที่เหมาะสม

คำสำคัญ:

ปฐมภูมิ, เวชปฏิบัติครอบครัว, เวชปฏิบัติทั่วไป, ภาวะสูญเสีย, ภาวะเศร้าโศก

การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ

นายแพทย์ วิจารณ์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
วุฒิปริญญาตรีเวชศาสตร์ครอบครัว สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัด ตาก
Email: rthongcu@gmail.com

บทนำ

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) เป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ต้องประสบ ภาวะเศร้าโศก (grief) ของแต่ละบุคคลมีความเฉพาะตัว ผู้สูญเสียประมาณ 80-90%¹ มีภาวะเศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาแบบปกติ (normal grief) จะกระทบต่อการดำเนินชีวิตในเวลาไม่นาน ผู้สูญเสียประมาณครึ่งหนึ่งสามารถปรับตัวได้ดีภายใน 1 ปี² คนกลุ่มนี้ต้องการผู้รับฟังที่ดี การสนับสนุนข้อมูลที่เป็นสำหรับการปฏิบัติตัว ในขณะที่เศร้าโศกโดยไม่จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญ³ อย่างไรก็ตาม 20% ของผู้สูญเสียจะเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (complicated grief : CG)⁴ ซึ่งมีผลเสียหลายประการ ได้แก่ มีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ⁵ มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเวช⁶ เพิ่มความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง ภาวะทุพโภชนาการ ระบบภูมิคุ้มกันแย่ง ต่อมแอดลอกซอลมาก⁷

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมักพบกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ตนเองดูแล แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอังกฤษหนึ่งคนต้องพบผู้ป่วยที่ตัวเองดูแลเสียชีวิตเฉลี่ย 20 ราย/ปี⁸ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้สูญเสียจะมาขอคำปรึกษาแพทย์บ่อยขึ้น ทั้งปัญหาทางกายและปัญหาทางจิตใจ⁹ ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจึงควรมีความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลผู้สูญเสีย คัดกรองภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ให้คำปรึกษา และส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลต่อได้อย่างเหมาะสม

นิยามศัพท์สำคัญ

Loss แปลว่า “การสูญเสีย” หมายถึง สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก สูญหาย หรือ ต้องปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ในชีวิต¹⁰ จะเห็นได้ว่าเป็นคำที่มีความหมายทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับความตายแต่เพียงอย่างเดียว

Bereavement แปลว่า “การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก”¹¹ เป็นภาวะหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลและครอบครัวประสบกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก¹²

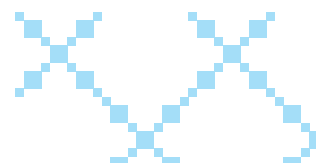
Grief มีคำแปลภาษาไทยที่หลากหลาย ได้แก่ “ความเศร้าโศก”^{10,11} “ความโศกเศร้า”¹³ “ภาวะเศร้าโศก”^{14,15} และ “อารมณ์เศร้าโศก”¹⁶ ผู้เขียนขอใช้คำว่า “ภาวะเศร้าโศก” เนื่องจากสื่อความหมายตรงตามนิยามมากที่สุด

“ภาวะเศร้าโศก” ในบางวารสารทางการแพทย์ให้ความหมายเพียงการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการสูญเสีย^{12,16} ในขณะที่ความหมายที่กว้างกว่า หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม ความรับรู้ สภาวะทางกาย และมีผลกระทบต่อสังคมและจิตวิญญาณ^{17,18}

Mourning แปลว่า “การไว้อาลัย” เป็นกระบวนการปรับตัวหลังการสูญเสียผ่านพิธีกรรมที่ปรับไปตามบริบทของชุมชน สังคม และ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณี^{12,17}

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การเข้าใจแนวคิดเหล่านี้จะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์



และประยุกต์เพื่อการวางแผนดูแลผู้สูญเสียได้อย่างเหมาะสม ค.ศ. 1917 Freud S ได้อธิบายภาวะเศร้าโศกกว่าเป็นกระบวนการปกติของการเยียวยาตนเองและส่วนใหญ่มีได้ต้องการการแทรกแซงทางการแพทย์ ต่อมา ค.ศ. 1944 Lindemann E ได้บัญญัติคำว่า “Grief work” คือภาวะเศร้าโศกเปรียบดั่งงานที่ผู้สูญเสียต้องใช้พลังกายและใจเพื่อที่ผ่านความเศร้าโศกไปได้ และ Lindemann ได้แบ่งภาวะเศร้าโศก เป็น 3 ระยะ (stage)¹⁹ ได้แก่ 1.ไม่สามารถยอมรับและไม่เชื่อว่าสูญเสีย (shock/disbelief) 2.เริ่มยอมรับความสูญเสียและเกิดอาการทางกายและจิตใจ (acute mourning) และ 3.การฟื้นคืนสู่สภาวะปกติและกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันตามเดิม (resolution)

ค.ศ. 1969 Elizabeth Kubler Ross นำเสนอลำดับขั้นตอนของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย คือ 1.การปฏิเสธ (denial) 2.โกรธ (anger) 3.ต่อรอง (bargaining) 4.ซึมเศร้า (depression) และ 5.การยอมรับ (acceptance) ต่อมาพบว่าปฏิกิริยาดังกล่าว ไม่ได้เป็นตามลำดับขั้นตอนเสมอไป มีการสลับสับเปลี่ยนไปมา ในช่วงเวลาหนึ่งก็สามารถมีได้มากกว่าหนึ่งอารมณ์และยังขาดปฏิกิริยาบางอย่างที่ไม่ได้อธิบายไว้¹⁹ อีกทั้งทฤษฎีนี้ยังมีได้มีงานวิจัยรองรับ²⁰

ค.ศ. 1980 Bowlby J ได้เสนอทฤษฎี “attachment theory” ว่าความพลัดพรากจากสิ่งที่ตนเองผูกพันจะเกิดปฏิกิริยาความรู้สึกของการสูญเสียที่เกิดขึ้นหลังจากที่ญาติผู้สูญเสียคนหนึ่งที่ตนเองผูกพัน เป็นความรู้สึกที่ควรจะมี เพราะ ความเศร้าโศกเป็นการปรับสภาพจิตใจให้ผู้สูญเสียสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้หลังจากที่ไม่มีผู้ตายอยู่ด้วยอีกต่อไป ทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ¹⁹

ระยะที่ 1 ความรู้สึกมึนชา (Numbness) รู้สึกมึนชา คิดอะไรไม่ออก มีความรู้สึกไม่ยอมรับต่อความสูญเสีย

ระยะที่ 2 ความโหยหา (Yearning and searching) คิดถึงและอยากที่จะได้พบผู้เสียชีวิต คิดถึงสิ่งที่เคยทำร่วมกับผู้เสียชีวิต คิดถึง เรื่องขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข รู้สึกผิดที่ไม่ได้ดูแลผู้เสียชีวิต หรือไม่ทันได้ดูแลผู้ตาย อาจมีความรู้สึกโกรธตัวเองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

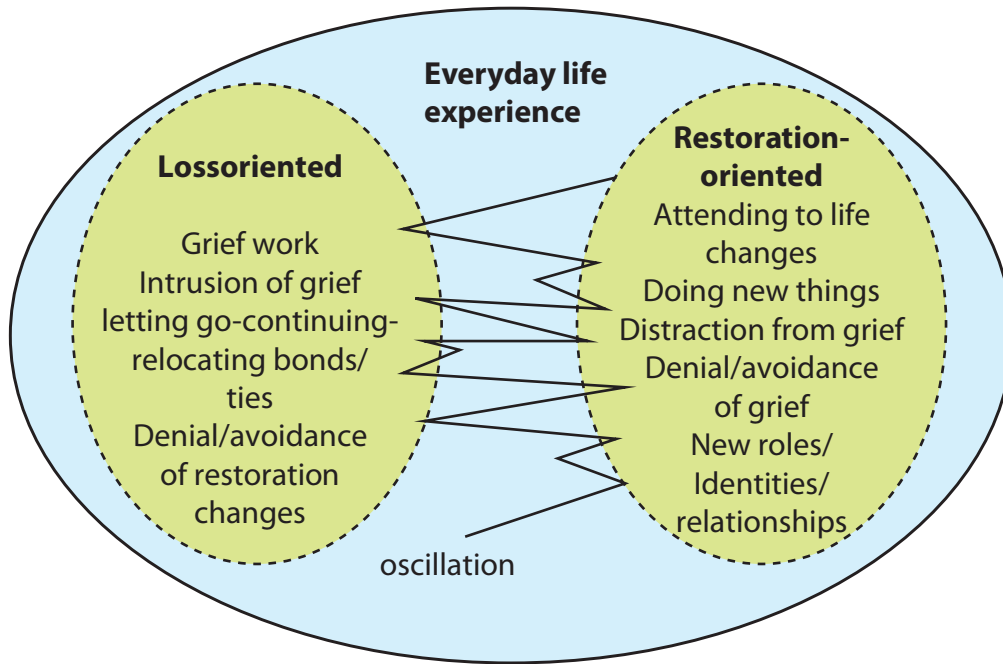
ระยะที่ 3 ความสับสนและสิ้นหวัง (Disorganization and despair) รู้สึกสับสน สิ้นหวัง มีความรู้สึกซึมเศร้า

ระยะที่ 4 การฟื้นตัว (Reorganization) ทำใจได้ สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่กับผู้อื่น

สรุปแล้วทฤษฎีที่กล่าวมาในช่วงก่อนทศวรรษ 90 มักจะมองภาวะเศร้าโศกเป็นระยะ และ ให้ความหมายของการกลับสู่ภาวะปกติ คือ การทำใจได้และลดความผูกพันต่อผู้เสียชีวิต²⁰ แต่ในความเป็นจริงปัจเจกบุคคลอาจมีอาการบางอย่างที่ต่างไปจากทฤษฎี¹² ดังนั้นจึงควรประยุกต์ใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยไม่ควรด่วนสรุปว่าผู้ที่มีอาการเศร้าโศกที่ต่างไปจากทฤษฎี มีความผิดปกติ¹⁷

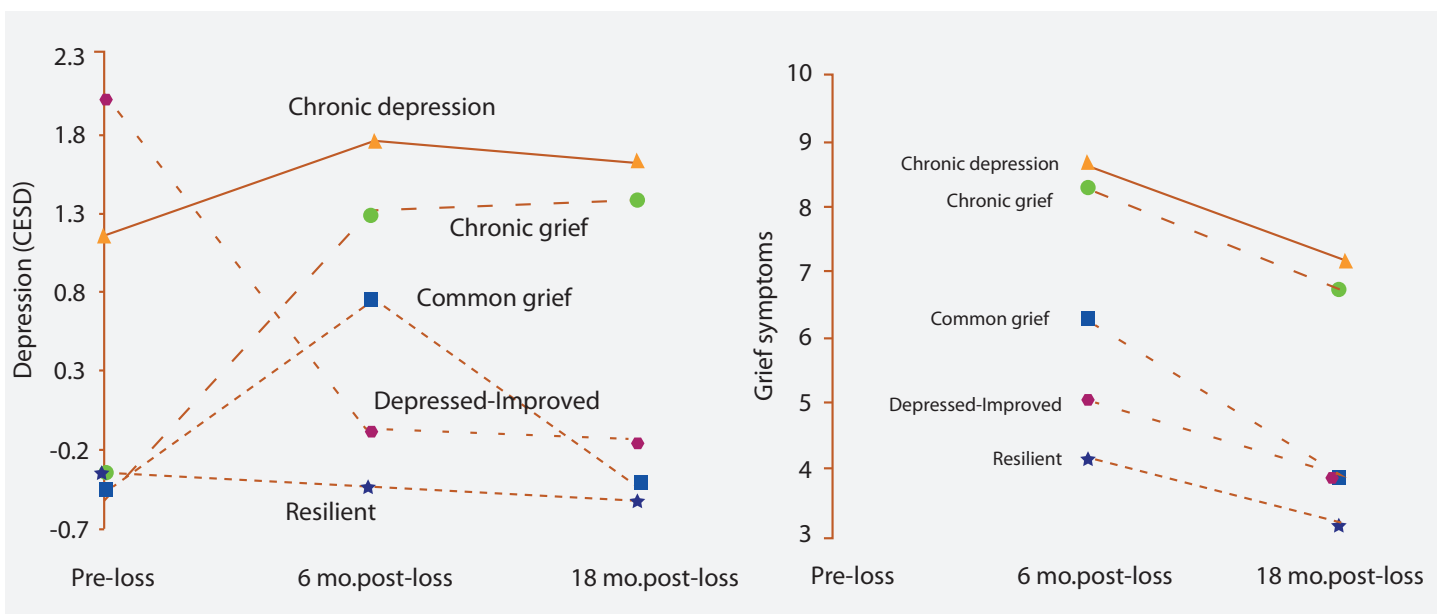
ในปี ค.ศ.1996 Klass D, Silverman P และ Nickman S เสนอทฤษฎี “continuing bonds” เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการดำรงอยู่ของความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต ต่างจากทฤษฎีก่อนๆ ที่พูดถึงการแยกหรือลืมความสัมพันธ์เดิมเพื่อดำเนินชีวิตต่อไป โดยผู้สูญเสียจะยังคงมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตแต่มีการเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์ไป การฟื้นคืนสภาพของทฤษฎีนี้ คือ ผู้เสียชีวิตจะยังคงอยู่ในความทรงจำและยังสามารถระลึกถึงได้เสมอ ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ トラบเท่าที่ยังดำรงชีวิตได้ดีและไม่เสียความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อการปรับตัวอีกด้วย²¹ ในวัฒนธรรมจีน ผู้ตายมีความสัมพันธ์กับผู้สูญเสียในฐานะ “บรรพบุรุษ” และในวัฒนธรรมไทยเองก็มีการทำบุญให้กับผู้ตาย

ในช่วงปี ค.ศ.1999 Stroebe M และ Schut H ได้เสนอทฤษฎี Dual Process Model กล่าวว่า ผู้สูญเสีย จะมีทั้งช่วงเวลาที่เผชิญหน้ากับความสูญเสีย (Loss-orientation) สลับกับการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติและหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก (Restoration-orientation)²² การเผชิญหน้ากับความเศร้าโศกเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกโหยหาถึงผู้เสียชีวิต มีทั้งผลดีคือ สามารถเผชิญความจริงและมองการสูญเสียเป็นการเจริญเติบโตทางความคิด จิตวิญญาณ และมองผู้เสียชีวิตเป็นต้นแบบหรือคิดในเชิงบวก ในขณะที่เดียวกันในผู้ที่มีความเสี่ยงก็อาจหมกมุ่นในความคิดเชิงลบหรือประสบการณ์อันเจ็บปวด ส่วนการจจดอยู่กับชีวิตประจำวัน ทำให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ก็เป็นการหลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงเรื่องที่ทำให้เจ็บปวด²³ ดังรูปที่ 1

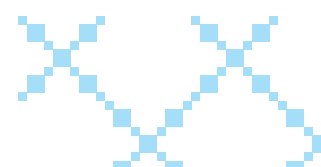


รูปที่ 1. Dual Process Model of coping with bereavement โดย Stroebe M และ Schut H²²

ทฤษฎีนี้มองการปรับใจต่อการสูญเสีย และการปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตในสังคมที่ไม่มีผู้เสียชีวิตอีกต่อไปเป็น ความเครียดของผู้สูญเสีย (stressors)²⁴ พบว่าในแต่ละคนอาจจะเดินไปในทาง loss-orientated coping หรือ restoration-oriented coping ขึ้นกับปัจจัยเรื่องระยะเวลาของภาวะเศร้าโศก ปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมรอบข้าง โดยช่วงแรกจะอยู่ใน loss-orientation มากกว่า ผู้ที่รักษาสมดุลต่อความเครียดทั้งสองด้านได้ดีและมีมุมมองเชิงบวกต่อทั้งโลกภายในและภายนอกมักจะฟื้นคืนสภาพได้ดี¹⁸



รูปที่ 2. รูปแบบความซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression [CES-D] scores) คะแนนอาการเศร้าโศกติดตามตั้งแต่ก่อนการเสียชีวิตของผู้ป่วยจนถึง 18 เดือนหลังการเสียชีวิต (N=185 คน)⁴



ในปี ค.ศ.2002 Bonnano G และคณะ ได้เสนอแนวคิดที่เปลี่ยนความเข้าใจต่อภาวะเศร้าโศก โดยค้นพบวิธีการดำเนินของภาวะเศร้าโศก (Trajectories of grief)⁴ พบว่า มีการตอบสนองต่อความเศร้าโศก 5 รูปแบบ (รูปที่ 2) ได้แก่ 1. คนที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิมก่อนจะประสบกับการสูญเสีย (Chronic depression 10.2%) 2. คนที่มีภาวะเศร้าโศกเรื้อรัง เริ่มมีความเศร้าโศกเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเริ่มป่วยและไม่ดีขึ้นหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Chronic grief 15.6%) 3. คนที่มีภาวะเศร้าโศกอย่างมากในช่วงแรกแต่ดีขึ้นอย่างมากเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต (Depressed-Improved 4.9%) 4. กลุ่มที่เป็นภาวะเศร้าโศกแบบปกติ (Common Grief 10.7%) และ 5. กลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกน้อยตั้งแต่ก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Resilience 45.9%) งานวิจัยนี้ค้นพบว่า รูปแบบที่เคยเชื่อกันว่า common grief พบบ่อยนั้นมีได้เป็นลักษณะที่พบบ่อยในงานวิจัยชิ้นนี้ รูปแบบที่พบบ่อยกลับเป็นกลุ่มที่มีความยืดหยุ่น (Resilience) แยกกับความเชื่อในอดีตว่าคนที่ไม่มีภาวะเศร้าโศกจะเป็นผู้มีความผิดปกติและเกิดภาวะเศร้าโศกตามมาในภายหลัง

อาการทางคลินิก

ภาวะเศร้าโศกสามารถเกิดตั้งแต่ก่อนการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Anticipatory grief) เมื่อญาติผู้ป่วยได้รับทราบว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในอนาคต ญาติผู้ป่วยจะมีความกังวลกับการที่จะพลัดพรากจากคนที่ตนเองผูกพัน กังวลต่อผลของการ

สูญเสีย พยายามยอมรับความจริง และ ทหาวิธีแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดหลังความตายของผู้ป่วย Anticipatory grief ทำให้ญาติปรับตัวก่อนการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไป ได้ทำกิจกรรมที่ยังค้างค้าง (Unfinished business) พุดคุยแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอดีตได้ และ วางแผนแก้ปัญหาล่วงหน้าได้ ปฏิกริยาที่พบบ่อยแสดงในตารางที่ 1

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Complicated Grief: CG)

อุบัติการณ์ของ CG ในต่างประเทศ พบประมาณ 7-15%^{3,26} ส่วนในประเทศไทยพบ CG ประมาณ 16 %¹⁶ CG มีคำพ้องความหมายหลายคำ ได้แก่ abnormal grief, pathologic grief^{4,16}, Prolonged Grief Disorder (PGD)²⁵ และเกณฑ์ Diagnostic and statistical manual of mental disorders ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5 (DSM-5) ได้จัด CG ไว้ในชื่อว่า “Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD)”^{26,27} ดังแสดงในตารางที่ 2

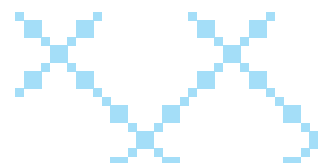
การวินิจฉัย CG หรือ PCBD ตามเกณฑ์ DSM 5 มี criteria 5 หมวดหลัก ได้แก่ ต้องเป็นผู้ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (criteria A) ต้องมีอาการหลักใน criteria B อย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ และ ต้องมีอาการแสดงย่อย ๆ ใน criteria C อีก 6 ใน 12 ข้อ โดยผู้สูญเสียมีอาการทั้ง criteria B และ C นานกว่า 6 เดือน หรือ 1 ปี (ตามอายุผู้สูญเสีย) อาการข้างต้นต้องมีผลกระทบต่อการอยู่ร่วมใน

ตารางที่ 1 ปฏิกริยาที่พบบ่อยจากภาวะเศร้าโศกแบบปกติ¹⁸

การแสดงออก	คำอธิบาย
อารมณ์	ซึมเศร้าเป็นพัก ๆ สิ้นหวัง กังวล รู้สึกผิด โกรธ โดดเดี่ยว ไม่มีความสุข ผ่อนคลาย (ผู้เสียชีวิตพ้นความทุกข์ทรมาน)
พฤติกรรม	อ่อนล้า ร้องไห้ กระทบกระสาย
ทัศนคติ	สูญเสียความมั่นใจ สิ้นหวัง สงสัย แยกตัวจากสังคม ไม่เชื่อว่าเป็นความจริง
สรีรวิทยา	เบื่ออาหาร น้ำหนักลด การนอนผิดปกติ ปวดหัว ใจสั่น ปวดเมื่อยตัว ตาพร่า ถอนหายใจ รู้สึกปากแห้ง
ใช้สารเสพติด	เพิ่มปริมาณการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาจิตเวช
การเจ็บป่วย	ติดเชื้อง่ายขึ้น การเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียด

ตารางที่ 2 DSM-5 Criteria for Persistent Complex Bereavement Disorder
(แปลจาก APA. DSM ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 5)²⁷

DSM-5 Criteria for Persistent Complex Bereavement Disorder
A. เป็นคนที่ประสบกับการเสียชีวิตของคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด
B. ตั้งแต่คนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเสียชีวิต ต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 1 ข้อ เป็นเวลาหลายวันในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกและเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน หลังจากการเสียชีวิตในกรณีของผู้ใหญ่ และ 6 เดือนในกรณีของเด็กที่มีภาวะเศร้าโศก: <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความโหยหา/ปรารถนาอยากพบผู้ตายอย่างต่อเนื่อง (yearning/longing) 2. เศร้าเสียใจและรู้สึกเจ็บปวดต่อการตายอย่างมาก (sorrow or emotional pain) 3. หมกมุ่นกับการคิดถึงผู้ตาย (preoccupation with the deceased) 4. หมกมุ่นกับเหตุการณ์เสียชีวิต (preoccupation with the circumstances of the death)
C. ตั้งแต่คนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเสียชีวิตต้องมีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 6 ข้อ เป็นเวลาหลายวันในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกและเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน หลังจากการเสียชีวิตในกรณีของผู้ใหญ่ และ 6 เดือนในกรณีของเด็กที่มีภาวะเศร้าโศก: <p>ปฏิกิริยาความทุกข์จากการตาย (Reactive distress to the death)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยากที่จะยอมรับการตาย 2. ไม่เชื่อหรือมีความมั่นใจว่าความรู้สึกต่อการสูญเสีย 3. ยากที่จะรำลึกเกี่ยวกับผู้ตายในเรื่องเชิงบวก 4. ขมขื่นหรือโกรธต่อการสูญเสีย 5. การประเมินตนเองแบบไม่เหมาะสมในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้ตาย (เช่น โทษตัวเอง) 6. หลีกเลียงอย่างมากที่จะพบสิ่งที่จะทำให้นึกถึงผู้ตาย (เช่น หลีกเลียงบุคคล สถานที่ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ตาย) <p>ส่งผลเสียต่อเอกลักษณ์ทางสังคม (Social identity disruption)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ต้องการที่จะตายเพื่อไปอยู่กับผู้ตาย 8. ยากที่จะเชื่อใจผู้อื่นตั้งแต่มีการเสียชีวิต 9. รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแยกตัวจากผู้อื่นตั้งแต่มีการเสียชีวิต 10. รู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมายหรือว่างเปล่าเมื่อไม่มีผู้ตาย หรือไม่เชื่อว่าได้อยู่ได้หากไม่มีผู้ตาย 11. สับสนเกี่ยวกับบทบาทในชีวิตหรือสูญเสียตัวตน (เช่น รู้สึกว่าส่วนหนึ่งของชีวิตได้ตายไปพร้อมกับผู้ตาย) 12. ยากหรือลังเลที่จะมีความสนใจในการวางแผนอนาคตตั้งแต่การสูญเสีย (เช่น เรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่ หรือ เริ่มกิจกรรมใหม่)
D. อาการข้างต้นทั้งหมดมีความสำคัญทางคลินิกจนเกิดความทุกข์ หรือมีผลกระทบต่อการทำงาน อาชีพ หรือความสามารถด้านอื่น ๆ
E. ภาวะโศกเศร้าดูมากเกินกว่าที่ควรเป็นหรือไม่เข้ากับวัฒนธรรม หรือ ศาสนา หรือ บรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ <p>ระบุหาก: มีภาวะเศร้าโศกที่เกิดจากความรุนแรง (traumatic bereavement): ภาวะเศร้าโศกที่เกิดจากการฆาตกรรม หรือฆ่าตัวตายร่วมกับ หมกมุ่นในความทุกข์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการตายอย่างผิดธรรมชาติ (บ่อยครั้งตอบสนองต่อสิ่งที่กระตุ้นให้นึกถึงการสูญเสีย)</p> <p>รวมถึงภาวะวาระสุดท้าย ความรุนแรงของความทุกข์ทรมานและการบาดเจ็บ หรือความโหดร้ายที่เกิดกับผู้ตาย</p>



สังคม กระบวนการหรือการดำเนินชีวิต (criteria D) และภาวะเศร้าโศกดูมากเกินกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่เข้ากับวัฒนธรรม ศาสนา หรือ บรรทัดฐานที่เหมาะสมตามอายุ (criteria E)²⁷

ภาวะเศร้าโศกสามารถกระตุ้นภาวะทางจิตเวชของผู้สูญเสีย อีกทั้งอาการของ CG มีความคล้ายคลึงกับอาการจิตเวชอื่น จึงต้องวินิจฉัยแยกภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ²⁸ โดยเฉพาะภาวะโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) ดังแสดงในตารางที่ 3 ภาวะ CG จะมีภาวะ yearning เป็นอาการหลักในการวินิจฉัย อีกความแตกต่างระหว่าง CG กับ MDD คือ เนื้อหาของความรู้สึกผิดและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย CG จะมีเนื้อหาแรงจูงใจเกี่ยวเนื่องกับผู้ตาย เช่น รู้สึกผิดต่อผู้ตาย ในขณะที่ MDD จะเกี่ยวเนื่องกับอารมณ์ซึมเศร้าที่เนื้อหาไม่เฉพาะเจาะจง เช่น เบื่อ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ชีวิตไร้ค่า เป็นต้น²⁸

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) เป็นอีกภาวะต้องวินิจฉัยแยกโรค แม้ว่าทั้งสองภาวะจะมีความคล้ายกันโดยเฉพาะหากสาเหตุการตายเป็นสาเหตุที่รุนแรง แต่ความแตกต่าง คือ PTSD มักเกิดจากการเผชิญอันตรายต่างจาก CG ที่เกิดจากการเผชิญการสูญเสีย และ PTSD จะมีอาการสำคัญคือ “กลัว” ในขณะที่ CG คือ “อาการเศร้าและโหยหา”²

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Complicated grief)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูญเสีย (bereaved person adjustment) คือ ความสามารถในการ

คิดพิจารณาและปรับตัว ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน และ ความเครียดจากการสูญเสีย ดังที่แสดงไว้ในรูปที่ 3

ในแต่ละองค์ประกอบจะมีทั้งปัจจัยที่มีผลต่อทั้งในการฟื้นตัว (resilience resources) และปัจจัยเสี่ยง (risk factors)^{29,30} การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้สามารถประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังบุคคลที่มี risk factors ในการเกิด CG ได้ดีขึ้น

● ปัจจัยภายนอก (inter-personal factors)

Risk factors: ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม, มีปัญหาเศรษฐกิจ, มีปัญหาการสื่อสารกับคู่ครอง, เป็นคนกลุ่มน้อย, มีลูกคนเดียว

Resilience resources: ได้รับการสนับสนุนจากสังคม, มีการสื่อสารที่ดีกับคู่ครอง, มีชุมชนศาสนา, เข้าถึงบริการสุขภาพ, มีลูกหลายคน

● ปัจจัยภายใน (intra-personal factors)

Risk factors: เพศหญิง, มีความเจ็บป่วยทางกายป่วยทางจิตและใช้สารเสพติด, บุคลิกภาพผิดปกติ, อายุน้อยหรือสูงอายุ, ความสัมพันธ์แบบไม่มั่นคง

Resilience resources: มองโลกในแง่ดี, เคยฝึกสติ, เป็นคนอารมณ์ดี, มีความนับถือตนเอง, ความสัมพันธ์แบบมั่นคง, อายุวัยกลางคน

● ความเครียดจากการสูญเสีย (loss-oriented stressors)

ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต, บริบทของการสูญเสีย เช่น การเสียชีวิตนั้นผู้สูญเสียได้ทราบล่วงหน้าหรือเป็นการเสียชีวิตที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน, เป็นภาวะเศร้าโศก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างความโศกเศร้าที่ผิดปกติ และ ภาวะโรคซึมเศร้า (ดัดแปลงจาก Shear และคณะ)²⁶

ความโศกเศร้าที่ผิดปกติ (Complicated grief: CG)	ภาวะโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD)
ความเศร้าจะเกี่ยวเนื่องกับการคิดถึงผู้ตาย	อารมณ์เศร้าไปทุกเรื่อง
สนใจอย่างมากในเรื่องผู้ตาย	ไม่สนใจหรือไม่มีความสุขในทุกกิจกรรม
รู้สึกผิดในเรื่องการตายหรือรู้สึกผิดต่อผู้ตาย	รู้สึกผิดไปทุกเรื่อง
โทษตัวเองในเรื่องที่เกี่ยวกับการสูญเสีย	ความนับถือตนเองลดลง
ความคิดฆ่าตัวตายจะเกิดจากไม่อยากอยู่โดยไม่มีผู้ตายหรืออยากตายเพื่อไปอยู่ร่วมกับผู้ตายอีกครั้ง	ความคิดฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางลบและความนึกคิด
หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือบุคคลที่จะทำให้นึกถึงการสูญเสีย	ไม่พบในภาวะซึมเศร้า
โหยหาถึงคนตายอย่างมาก	ไม่พบในภาวะซึมเศร้า



รูปที่ 3 รูปแบบความสัมพันธ์ของ loss-oriented stressors, inter-personal factors และ intra-personal factors ต่อ appraisal/coping ดัดแปลงจาก Jaaniste T, Coombs S, Donnelly TJ, Kelk N, Beston D.²⁹

ที่เกิดจากสาเหตุการตายที่รุนแรง เช่น ฆาตกรรม หรือ ภัยพิบัติ (traumatic grief), การมีโอกาสได้ดูแลผู้เสียชีวิตก่อนเสียชีวิต, การมีโอกาสได้บอกลา, การสูญเสียซ้ำ ๆ เป็นต้น

ทั้งสามปัจจัยมีผลกระทบต่อ “การคิดพิจารณาและปรับตัว” (appraisal/coping) ซึ่งมี 2 วิธีคิด ได้แก่ 1. วิธีคิดที่เป็น Risk mechanisms ยกตัวอย่างเช่น ย้ำคิดหมกมุ่น, คิดโทษตัวเอง, อยู่ในภาวะ loss-orientation หรือ restoration-orientation โดยไม่มีการปรับเปลี่ยน และ 2. วิธีคิดที่เป็น Resilience mechanisms ยกตัวอย่างเช่น มีการปรับเปลี่ยนไปมาระหว่าง loss-orientation หรือ restoration-orientation, มีการปรับตัวเชิงรุก, คิดเชิงบวก, ยืดหยุ่น, ยอมรับการเปลี่ยนแปลง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ

การเข้าสู่การดูแลระดับประคับประคองที่ดีตั้งแต่เนิ่น ๆ จะช่วยบรรเทาวิกฤตที่เกิดขึ้น ทีมสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือประคับประคองจิตใจญาติผู้ป่วย โดยถือว่า ภาวะเศร้าโศกเป็นเรื่องปกติ ฝืนติดตามจนมั่นใจว่าผู้เศร้าโศกไม่กลับมาสู่ภาวะปกติจึงจะเริ่มมีการแทรกแซง ไม่ควรรีบร้อนที่จะมองว่าเป็นความผิดปกติ²⁸ ควรที่จะประเมินความต้องการและความจำเป็น สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นได้ สามารถระบุ “ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ” และ ส่งต่อผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกในเวลาที่เหมาะสม

หลักฐานงานวิจัย Bereavement care ในปฐมภูมิยังมีน้อยมาก³² ในประเทศอังกฤษ แพทย์ GP และ district nurses แม้จะมีความสนใจในการดูแลคนกลุ่มนี้ในเชิงรุก แต่ยังคงขาดความรู้ ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกเรื่องนี้น้อยมาก มักดูแลโดยใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการแนะนำ และ ยังมีความกลัวต่อการดูแลคนกลุ่มนี้ สิ่งที่บุคลากรปฐมภูมิมักปฏิบัติ คือ การโทรติดตาม เยี่ยมบ้านและส่งจดหมายแสดงความเสียใจ³³ แพทย์ GP กลัวที่จะวินิจฉัยผิดพลาดเนื่องจากไม่เคยได้รับการอบรมยิ่งไปกว่านั้นแพทย์ GP เองก็ยังมีภาวะเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียคนไข้ที่มีความผูกพัน³⁴ แพทย์ทั่วไปที่ไม่ได้รับการอบรมมักจะจ่ายยาทางจิตเวชให้ผู้สูญเสียมากกว่า ในขณะที่ผู้ที่ได้รับการอบรมจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นและส่งต่อผู้ที่มีภาวะ CG ให้กับผู้เชี่ยวชาญมากกว่า แต่ความสามารถในการวินิจฉัย CG ได้ไม่มีความแตกต่าง³⁵

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวควรทราบข้อมูลการเสียชีวิตของคนในพื้นที่ตนเองจากเครือข่ายในชุมชน ชาวท้องถิ่น หรือ รายงานจากโรงพยาบาล แพทย์ที่ติดตามดูแลผู้สูญเสียควรยึดถือหลักการ ที่จะไม่สร้างความทุกข์เพิ่มเติมให้กับผู้สูญเสีย มีทักษะการฟังที่ดี แสดงออกถึงความเข้าใจ (empathy) รวมถึงมีความเป็นมิตร และมีความเข้าใจพื้นฐานต่อเรื่องภาวะเศร้าโศก³⁶

แนวทางการดูแลหลังการสูญเสียของ ประเทศสิงคโปร์³¹ ประเทศออสเตรเลีย³⁷⁻⁴⁰ และประเทศอังกฤษ^{41,42} มีการวางแนวทางอย่างชัดเจน ตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิต เข้ามาสู่

palliative care จนถึงหลังการสูญเสียในต่างประเทศ Bereavement care มักจะมีการประสานส่งต่อศูนย์บริการ bereavement support ซึ่งในบริบทในเมืองไทยนั้นไม่มีบริการนี้

ประเทศออสเตรเลียสนับสนุนการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่และเริ่มเข้าสู่ palliative care มีการให้ข้อมูลที่เพียงพอ ทีมเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan: ACP) ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัว มีบทบาทการดูแลผู้ป่วย รับฟังความกังวล แนะนำวิธีดูแลตัวเอง มีการประชุมครอบครัว (Family care conference) เพื่อประเมินความจำเป็นในการดูแลทุกมิติ รวมถึงประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้ดูแลและครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้าย (last hour of life) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวควรมีการแจ้งภาวะใกล้ตายแก่ผู้ดูแลและครอบครัว ช่วยเหลือสนับสนุน แนะนำการดูแลในระยะสุดท้ายและประคับประคองจิตใจ เมื่อเกิดการเสียชีวิตโดยเฉพาะการเสียชีวิตที่บ้าน ควรประเมินความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนในครอบครัวและชุมชนไปพร้อม ๆ กับการเตรียมการดูแลวางแผน bereavement care โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสียชีวิตกะทันหัน ไม่ได้คาดหมายมาก่อนหรือเป็นการตายที่เกิดจากความรุนแรง มีการนัดติดตามในรายที่จำเป็นทุก 3-12 สัปดาห์ สนับสนุนข้อมูลและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน จะเริ่มคัดกรองภาวะ CG และประชุมทีมเพื่อวางแผนดูแล^{37,38} ในกรณีนี้ที่เข้า criteria ของ CG อาจพิจารณาส่งต่อ³⁹ เมื่อครบรอบ 1 ปี อาจมีการส่งการ์ดหรือติดตามอีกครั้ง การที่ติดตามครบ 1 ปี มิได้หมายความว่ายุติการดูแลหลังการสูญเสีย ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูญเสีย ปรึกษาได้เสมอเมื่อต้องการ³⁹ ในกรณีที่มีความเสี่ยงที่ผู้เศร้าโศกจะทำร้ายตนเองหรือมีอาการตอบสนองที่รุนแรง และ กระทบการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมาก ก็มีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อนเวลา³⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะ CG ที่สำคัญที่ทีมสุขภาพควรเข้าใจวิธีเขียนและการแปลผล คือ ผังครอบครัว (genogram) เป็นเครื่องมือแรกที่ใช้นบันทึกข้อมูลโครงสร้างครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวในแต่ละ generations ประวัติการเสียชีวิตต่าง ๆ รวมถึงระบบสนับสนุนใน

ครอบครัวอีกด้วย genogram ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินก่อนที่จะใช้ แบบประเมินความเสี่ยงภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Complicated Bereavement Risk Assessment Tool: CBRAT)⁴⁰

แบบคัดกรองความเสี่ยงนี้จะให้คะแนนตามในรูปที่ 4 หากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำจะไม่มีการติดตามอาการ อาจเพียงส่งการ์ดแสดงความเสียใจ ในขณะที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง จะมีการติดตามโดยอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมหรือบุคลากรปฐมภูมิและดูแลโดยประเมิน CBRAT ซ้ำ แต่หากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องมีการปรึกษาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ⁴⁰

ประเทศสิงคโปร์กำหนดให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับมีข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังการเสียชีวิต พร้อมให้ครอบครัวที่ต้องการขอความช่วยเหลือ เช่น การจัดการศพ การแจ้งตาย การจัดงานศพ และสามารถคัดกรองภาวะเศร้าโศกผิดปกติ (Complicated Grief) เพื่อที่จะส่งต่อให้กับผู้เชี่ยวชาญ³¹ ในขณะที่สถานบริการระดับ palliative care specialist ต้องมีระบบในการคัดกรองผู้ดูแลและครอบครัวที่มีความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลภาวะเศร้าโศกและให้คำปรึกษาโดยตรง หรือ ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ³¹

ประเทศอังกฤษได้แบ่งระดับการดูแลออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ^{41,42}

องค์ประกอบที่ 1 บุคคลส่วนใหญ่ที่มี normal Grief สามารถที่จะจัดการได้โดยไม่ต้องพบบุคลากรทางแพทย์ ผู้สูญเสียอาจได้รับการดูแลโดยญาติมิตรเพื่อนฝูง โดยบุคลากรการแพทย์อาจสนับสนุนข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

องค์ประกอบที่ 2 บุคคลบางส่วนต้องการการสนับสนุนมากกว่าคนทั่วไปโดยอาจต้องการทบทวนและระบายความเศร้าโศก ไม่จำเป็นต้องดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่ดูแลโดย อาสาสมัคร ทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มศาสนา และการสนับสนุนจากชุมชน สิ่งสำคัญคือ บุคลากรทางการแพทย์จะต้องติดตาม พร้อมจะส่งต่อเพื่อการดูแลทางสุขภาพกายหรือจิตใจตามความเหมาะสม

องค์ประกอบที่ 3 บุคคลจำนวนน้อยที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ หรือ ผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลคนไข้ประคับประคองมาพอสมควรหรือ อาจเป็นบุคลากรด้านจิตเวช โดยเฉพาะผู้สูญเสียที่เป็นเด็กและวัยรุ่น

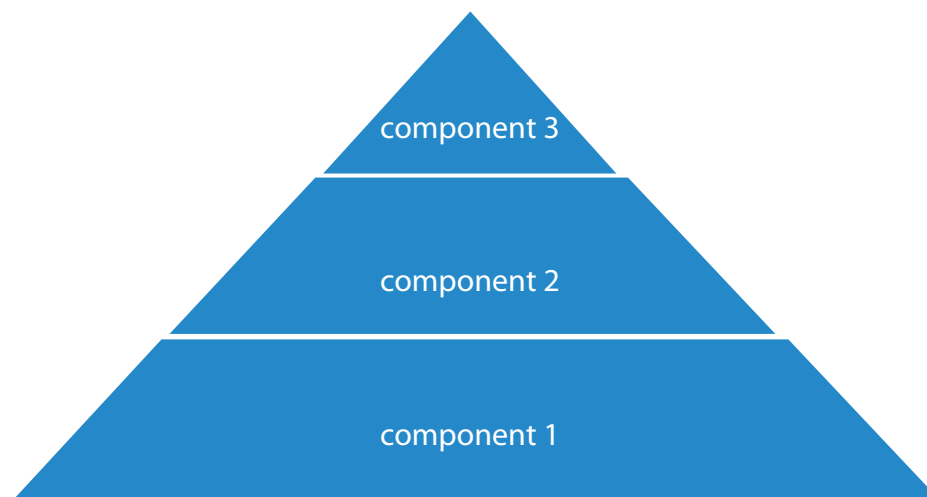
COMPLICATED BEREAVEMENTS RISK ASSESSMENT TOOL (CBRAT)

(**it is acknowledged that protective factors and resilience may outweigh apparent risk factors)

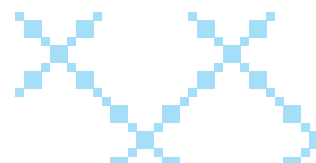
<p>Client Characteristics (Bereaved client)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Under 18 <input type="checkbox"/> Was a twin <input type="checkbox"/> Young Spouse <input type="checkbox"/> Elderly Spouse <input type="checkbox"/> Isolated <input type="checkbox"/> Lacks Meaningful Social Support <input type="checkbox"/> Dissatisfied with help available during illness <input type="checkbox"/> New to Financial Independence <input type="checkbox"/> New to Decision Making <p>Deceased Illness</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inherited Disorder <input type="checkbox"/> Stigmatised Disease in the Family/Community <input type="checkbox"/> Lengthy and Burdensome <p>Death</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sudden or Unexpected <input type="checkbox"/> Traumatic Circumstances Associated with Death <input type="checkbox"/> Significant Cultural/Social Burdens as a result of Death 	<p>History of Loss (Bereaved Client)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cumulative Multiple Losses <input type="checkbox"/> Previous Mental Health illness <input type="checkbox"/> Current Mental Health illness <input type="checkbox"/> Other Significant Health Issues <input type="checkbox"/> Migrant/Refugee <p>Relationship with Deceased</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Profound Lifelong Partner <input type="checkbox"/> Highly Dependant <input type="checkbox"/> Ambivalent <input type="checkbox"/> Deeply Connected <input type="checkbox"/> Culturally Defined
--	--

Risk factors scores
 0-2 Low
 3-5 Moderate
 5+ High
 All persons scoring moderate to high presume to be at risk**

รูปที่ 4 แบบคัดกรองภาวะ CG ที่มา Gippsland Region Palliative Care Consortium Clinical Practice Group⁴⁰



รูปที่ 4 องค์ประกอบการดูแลภาวะโศกเศร้าในประเทศอังกฤษ⁴²



คำแนะนำสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและทีมสุขภาพต่อการดูแลภาวะเศร้าโศกในบริบทแบบไทย

การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงหลังจากเสียชีวิตไปแล้ว ดังนี้

1. ในช่วงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต: จัดบริการเข้าถึง palliative care ในพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบตั้งแต่ระยะต้น มีหลักฐานว่าการจัดการดูแล palliative care ที่ดีลดภาวะ CG⁴³ ได้ ผู้เศร้าโศกอาจจะมาหาแพทย์บ่อยครั้ง ด้วยอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดเมื่อยตามตัว และอาการอื่น ๆ⁴³

2. ติดตามอาการทางกายและใจของญาติผู้ป่วย อาจจะเยี่ยมบ้านหรือนัดพบที่สถานพยาบาลในช่วงเวลาที่เหมาะสม ในบางกรณีการไปร่วมงานศพในผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิดก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี⁴³

3. สนับสนุนเชื่อมโยงแหล่งความช่วยเหลือภายนอก เช่น กลุ่มอาสา กลุ่มศาสนา สังคมสงเคราะห์ หรือทรัพยากรชุมชนตามความจำเป็นของแต่ละราย

4. การให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยในการปรับตัวหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นควรเปิดโอกาสให้ผู้สูญเสียได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ความกังวลต่อปัญหาที่ตามมาหลังการตาย ตอบข้อสงสัยสาเหตุการตาย เอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารที่ดีในครอบครัว หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาการสูญเสีย ประกอบด้วย การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การพูดคุยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้เศร้าโศกแสดงออก ให้คำปรึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยเคารพความแตกต่างของบุคลิกภาพ ศาสนา วัฒนธรรม^{44,45}

5. กรณีที่สงสัยภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ อาจใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะเศร้าโศกภาษาไทยที่ทดสอบความเที่ยงและ

ความน่าเชื่อถือแล้ว ได้แก่ แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief : ICG)^{46,47} มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลจะถือว่า คะแนนรวมของ ICG ที่มากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ⁴⁸

6. เผื่อระวังอาการเศร้าโศกที่รุนแรงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงปรึกษา ประสานงาน ส่งต่อให้กับจิตแพทย์โดยอาจใช้เกณฑ์ง่าย ๆ ดังนี้⁴⁴

- ไม่แน่ใจในการวินิจฉัย
- มีปัญหาจิตเวชเดิมร่วมตั้งแต่ก่อนสูญเสีย
- มีอาการ Psychosis
- เข้าเกณฑ์ของ CG ใน DSM 5
- มีความคิดฆ่าตัวตาย
- ไม่ตอบสนองต่อการรักษา

สรุป

แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การจัดการบริการ palliative care ในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่ระยะต้นช่วยลดภาวะ Complicated Grief ได้ การติดตามอาการทางกายและใจ สามารถเอื้ออำนวยให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้เศร้าโศกและครอบครัว สนับสนุนเชื่อมโยงแหล่งความช่วยเหลือภายนอกตามความจำเป็นของแต่ละราย ช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่ผู้สูญเสียในการปรับตัว เปิดโอกาสให้ผู้สูญเสียได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจและความกังวลต่อปัญหาที่ตามมาหลังการตายของผู้ป่วย พูดคุยให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษาในประเด็นคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ โดยเคารพความแตกต่าง เผื่อระวังอาการเศร้าโศกที่รุนแรง และส่งต่อผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติให้กับผู้เชี่ยวชาญ

เอกสารอ้างอิง

1. สกล สิงหะ. Grief and Bereavement Care: ใน กิตติพล นาควิโรจน์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ : บริษัท ปิยอนต์ เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด ; 2559. หน้า 111-20
2. Bonanno GA, Papa A, Moskowitz JT, Folkman S. Resilience to Loss in Bereaved Spouses, Bereaved Parents, and Bereaved Gay Men. Journal of Personality and Social Psychology. 2005; 88(5): 827-843
3. Bereavement and Grief [database on the Internet]. CareSearch palliative care knowledge network 2006 [cited 17 January 2017]. Available from: <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/1345/Default.aspx>.

4. Bonanno GA, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Wortman CB, Sonnega J et al. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002 Nov; 83(5):1150-1164.
5. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*. 1987; 77(3): 283-287.
6. Parkes CM. Effects of Bereavement on Physical and Mental Health-a Study of the Medical Records of Widows. *British Medical Journal*. 1964; 2(5404): 274-279.
7. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet*. 2007; 370:1960-1973.
8. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract*. 2011 Jan;61(582):e42-8. doi: 10.3399/bjgp11X549009
9. Heins, Marianne et al. "Partners of Cancer Patients Consult Their GPs Significantly More Often with Both Somatic and Psychosocial Problems." *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 31.4 (2013): 203-208.
10. ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้า โศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 2013, 21;7: 658-67.
11. เนตรฤทัย ภูนาภรณ์ และ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. ความเศร้าโศกในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง: การพยาบาลแบบ องค์กรวม (The Grief in Adolescent with Cancer: Holistic Nursing Care). *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ (Journal of Nursing Science and Health)*, 2014, 37(3): 113-121
12. Kissane DW, Zaider TI. Bereavement. In: Nathan Cherny MF, Stein Kaasa, Russell K. Portenoy, and David C. Currow, editor. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* 5ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014. p. 1110-22.
13. ศรีนรัตน์ วัฒนธรรณันท์. ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย (Thai Red Cross Nursing Journal)*, 2017, 10.1: 13-21.
14. ศิริวรรณ คงทอง. ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย (Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Critically Ill and Death Patients). *[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2556
15. กิตติกร นิลมานันต์ และ กฤษณา สังข์มณีจินดา. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีภาวะเศร้าโศก (Caring for Grieving Patients with Terminal Cancer). *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (Nursing Journal of The Ministry of Public Health)* [Internet]. 16Feb.2018 [cited 12Apr.2018];27:1-. Available from: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/112177>
16. ร็ชชู วรธรรณา. ความสุขของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]*. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2554
17. Wimpenny P, Unwin R, Dempster P, Grundy M, Work F, Brown A, et al. A literature review on bereavement and bereavement care: developing evidence-based practice in Scotland 2007.
18. Twycross R. Bereavement. In: Robert T, editor. *Introducing palliative care*. 4 ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 45-52.
19. Rando TA. *Grief, Dying, and Death Clinical Interventions for Caregivers*. Illinois, Research press Company, 1984.
20. Hall C. Beyond Kübler-Ross: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Australian Psychological Society*; 2011 [updated Mar 10th, 2018; cited 31]; December: Available from: <https://www.psychology.org.au/for-members/publications/inpsych/2011/dec/Beyond-Kubler-Ross-Recent-developments-in-our-und>.
21. Klass D, Silverman P, and Nickman S. *Continuing bonds: new understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis: 1996
22. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of coping with bereavement - Rationale and description. *Death Studies*. 1999 ; 23(3): 197-224
23. Stroebe M, Schut H. Meanings making in the dual process model of coping with bereavement In: Neimeyer R, editor. *Bereavement*. Washington: American Psychological Association Press; 2001. p. 55-73.
24. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2010;61(4):273-89.
25. Jordan AH, Litz BT. Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology*. 2014;45(3):180-7.
26. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and Complicated Grief. *Current psychiatry reports*. 2013;15(11):DOI 10.1007/s11920-013-0406-z.

27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
28. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issue for DSM-5. *Depression and anxiety*. 2011; 28(2):103-17.
29. Jaaniste T, Coombs S, Donnelly TJ, Kelk N, Beston D. Risk and Resilience Factors Related to Parental Bereavement Following the Death of a Child with a Life-Limiting Condition. *Children*. 2017; 4(11):96.
30. Burke LA, Neimeyer RA. Prospective risk factors for complicated grief. In: Stroebe HS Margaret, van den Bout Jan., editors. *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*. New York: Routledge; 2013: P 145-57
31. Singapore Hospice Council. Guideline 9: Bereavement Care. *National Guidelines for Palliative Care and Interpretation Guide*. 1 ed. Chinatown Point, Singapore 2015. p. 44-6.
32. Ghesquiere AR, Patel SR, Kaplan DB, Bruce ML. Primary care providers' bereavement care practices: Recommendations for research directions. *International journal of geriatric psychiatry*. 2014; 29(12): 1221-9.
33. Nagraj S, Barclay S. Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *The British Journal of General Practice*. 2011; 61(582):e42-e8.
34. Saunderson EM, Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ*: 1999; 319(7205):293-6.
35. Guldin M-B, Vedsted P, Jensen AB, Olesen F, Zachariae R. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Family Practice*. 2013; 30(2):134-41
36. Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. *The British Journal of General Practice*. 1995; 45(397):427-30
37. Hudson P, Remedios C, Zordan R, Thomas K, Clifton D, Crewdson M, et al. Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2012; 15(6):696-702.
38. Hudson P, Remedios C, Zordan R, Thomas K, Clifton D, Crewdson M, et al. *Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients*. Centre for Palliative Care, St Vincent's Hospital Melbourne: Melbourne, Australia 2010.
39. Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement support standards for specialist palliative care services, Department of Health, State Government of Victoria: Melbourne, Australia 2012.
40. Gippsland Region Palliative Care Consortium Clinical Practice Group. *Bereavement Risk Screening and Management Guidelines*. Victoria, Australia 2016.
41. Department of Health, Human Tissue Branch, Bereavement Policy. When a Patient Dies: Advice on Developing Bereavement Services in NHS. In: Department of Health, Human Tissue Branch, Bereavement Policy, editors. London, UK 30 October 2005.
42. National Institute for Clinical Excellence, NHS. *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer: The manual*. London, UK 2004. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/chapter/quality-statement-14-care-after-death-bereavement-support>.
43. Hashim SM, Eng TC, Tohit N, Wahab S. Bereavement in the elderly: the role of primary care. *Mental Health in Family Medicine*. 2013; 10(3):159-62.
44. Widera EW, Block SD. Managing Grief and Depression at the End of Life 2012 [cited 2018 Mar 18]; 86(3): Available from: <https://www.aafp.org/afp/2012/0801/p259.html#sec-3>.
45. Dworkind MA. Bereavement counseling The Role of the Family Physician. *The Canadian Journal of CME* [serial on the Internet]. May 2001 [cited 2018 Mar, 18]: Available from: www.stacomcommunications.com/journals/cme/images/.../bereavement.pdf.
46. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 1995; 59: 65-79.
47. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine CU. แบบวัดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ICG [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr, 14]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909320>
48. Weill Cornell Medicine Center for Research on End-of-Life Care. ICG (Inventory of Complicated Grief) [Internet]. [cited 2018 Apr, 14]. Available from: https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13_thai.pdf

Needs Related to Truth Telling Regarding Cancer in the Trang Population

Warisa Dejtaradon, MD.

Hataithip Thamviriyakul, MD.

Chisara Bumrungvong, MD.

Department of Community Medicine, Hatyai Hospital

Abstract

Objectives:

The primary aims were to study people's need to be told the truth of having cancer and to study their need for support when diagnosed with cancer.

Method:

The study is a cross-sectional analytic study, collecting data through self-administered questionnaires in Thai population between 20-60 years old living in the Muang District, Trang Province. Stratified random sampling was applied for data collection. The data were analyzed using the frequency, percentage and mean score for the need related to truth telling. Associations between need related to truth telling and two different age groups, 20-39 years old and 40-60 years old, were analyzed using Chi-square test and Fisher's exact test.

Results:

Data was analyzed from 375 respondents. The score for needing to know the truth about cancer was high. The participants desired information related to the disease, prognosis, self-care and treatments wanting to be directly informed as soon as there was a confirmed diagnosis. The information should be delivered by physician in a language that is easy to understand. However, there was a significant difference in the level of need to know information between the two age groups. The percentage of young adults expressing the highest level of need to know information was 68.33%, while the middle-aged group measured 48.59%.

Conclusion:

When being diagnosed with cancer, people wanted to be directly informed about the truth in all aspects by a physician.

Keyword:

Truth Telling, Cancer, medical personnel, Trang

ความต้องการรับรู้ความจริง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งของคนตรัง

แพทย์หญิงวริษา เดชธราดล, วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล, วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
แพทย์หญิงสิสรา บำรุงวงศ์, วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

วัตถุประสงค์ :

ศึกษาความต้องการของบุคคลทั่วไปต่อการรับรู้ความจริงหากป่วยเป็นโรคมะเร็งและความต้องการความช่วยเหลือหลังทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง

ระเบียบวิธีวิจัย :

วิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นบุคคลทั่วไปสัญชาติไทย อายุ 20-60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความต้องการ หาความสัมพันธ์สองตัวแปร ระหว่างกลุ่มอายุ 20-39 ปี และ 40-60 ปี โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา :

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 375 คน ต้องการรับรู้ความจริงหากเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระดับมาก โดยต้องการทราบข้อมูลทั้งด้านตัวโรค การดำเนินโรค วิธีปฏิบัติตัว และการรักษา ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริง โดยบอกโดยตรงกับตนเองทันทีที่ตรวจพบ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งระดับความต้องการในการรับรู้ข้อมูลในกลุ่มอายุ 20-39 ปี มีผู้ต้องการรับรู้ข้อมูลระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.33 ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความต้องการรับรู้ข้อมูลระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.59

สรุป :

หากเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งบุคคลทั่วไปต้องการให้แพทย์ให้ข้อมูลกับตน และต้องการรับรู้ข้อมูลความจริงทั้งหมด

คำสำคัญ :

การรับรู้ความจริง, โรคมะเร็ง, บุคลากรทางการแพทย์, ตรัง

บทนำ

โรคไม่ติดต่อที่คร่าชีวิตคนไทยเป็นอันดับ 1 ติดต่อกันมามากกว่า 10 ปีคือ โรคมะเร็ง ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิต 60,000 กว่าราย ในปีพ.ศ.2555 มีรายงานเสียชีวิต 63,272 ราย เฉลี่ย 1 รายทุก 8 นาที ซึ่งจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปีพ.ศ.2553-2555 คิดเป็นร้อยละ 12.31, 13.60 และ 17.77 ปีพ.ศ.2559 ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ประเทศไทยมีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทั้งประเทศ 119.3 คน ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่จังหวัดตรัง มีอัตราการตาย 50 คน ต่อประชากรแสนคน²

โรคมะเร็ง เป็นโรคที่น่ากลัวสำหรับคนทั่วไป จึงส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดรุนแรง และรู้สึกเหมือนความตายกำลังมาเยือน³ เป็นโรคที่เจ็บป่วยร้ายแรง หมดยุทธศาสตร์รักษาให้หายขาด⁴ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมักได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค และบั่นทอนจิตใจของผู้ป่วย คนรอบข้าง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับรู้การวินิจฉัยตามความจริง เพราะกลัวผลกระทบที่เกิดต่อผู้ป่วย³

ถึงแม้ว่าการบอกความจริงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีต่อการวางแผนการรักษาและส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ได้รับทราบข่าวร้ายได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ละเลยการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น มีข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากต้องใช้เวลาสำหรับการให้ข้อมูล ต้องอาศัยทักษะในการสื่อสารมากขึ้น เช่น กรณีการบอกผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เกิดความลำบากใจที่ต้องเผชิญกับความจริงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ³

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยพบว่าการศึกษา มุมมองและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้

รับการบอกความจริงความเจ็บป่วยของโรคทั้งในและต่างประเทศนั้นได้มีการศึกษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานกว่า 10 ปี ทั้งนี้พบว่ามีการศึกษาความต้องการในการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งในคนทั่วไป ในประเทศญี่ปุ่น^{5,6} แต่ยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาเกี่ยวกับความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งในคนทั่วไป เพื่อให้เข้าใจทัศนคติของชาวไทย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และพัฒนาแนวทางการสื่อสารเพื่อแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งนำไปสู่การวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

ศึกษาความต้องการของบุคคลทั่วไปต่อการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่น

วัตถุประสงค์รอง

ศึกษาความต้องการความช่วยเหลือที่ต้องการหากทราบว่าเป็นโรคมะเร็งจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่น

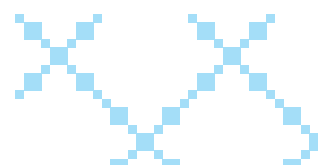
วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์แบบตัดขวาง (analytic cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามที่กำหนด โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) ระหว่าง 1 ตุลาคม 2559 - 31 ธันวาคม 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลจากบุคคลทั่วไปสัญชาติไทยที่มีอายุ 20-60 ปี บุคคลที่ไม่เป็นโรคมะเร็งที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการอ่านหนังสือและการสื่อสาร เช่น ผู้ที่มีปัญหา



เรื่องการได้ยินและการมองเห็น ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย วิกลจริต และไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) ในช่วงอายุ 20-60 ปี ในตำบล นาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และข้อมูลการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการได้รับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการเกี่ยวกับการได้รับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 4 ด้าน โดยใช้แบบสอบถามอ้างอิงจากงานวิจัยของสุระพร⁷ จำนวน 34 ข้อ 1) ความต้องการที่เกี่ยวกับประเภทของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลผลการวินิจฉัย ความก้าวหน้าของโรค วิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลดีผลเสียของการรักษา วิธีการปฏิบัติตัว ความช่วยเหลือหลังการได้รับความจริง ทั้งนี้ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ 2) ความต้องการเกี่ยวกับผู้บอกความจริง ได้แก่การรับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล หรือ บุคคลอื่น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ 3) ความต้องการเกี่ยวกับวิธีการบอกความจริง จำนวน 10 ข้อ 4) ความต้องการเกี่ยวกับสถานที่และเวลาในการบอกความจริง จำนวน 3 ข้อ 5) ความต้องการความช่วยเหลือภายหลังได้รับความจริง จำนวน 24 ข้อ โดยดัดแปลงเพิ่มระดับการประเมินเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความต้องการความช่วยเหลือภายหลังรับทราบความจริงหากสมมติว่าป่วยเป็นมะเร็ง ด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ สอบถามความต้องการ 4 ด้าน คือความช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลรับผิดชอบในหน่วย รพ.สต. นาท่ามเหนือ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูลและคำจำกัดความในการวิจัย เพื่อให้ข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลจะต้องขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้การพิทักษ์สิทธิ์ ก่อนการเก็บข้อมูล ในกรณีข้อมูลไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถโทรศัพท์สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมจากผู้ตอบแบบสอบถามได้ จะบันทึกข้อมูลเป็น data missing

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแล้วลงบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์โดยอาศัยโปรแกรม Epidata version 3.1 โดยใช้สถิติพรรณนา นำมาคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ ใช้ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.05$

ผลการศึกษา

วิจัยฉบับนี้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 400 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับมา 357 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.25 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ผู้ใหญ่ตอนต้น คืออายุ 20-40 ปี และผู้ใหญ่ตอนกลาง คืออายุ 40-60 ปีตามลักษณะของแต่ละช่วงวัยซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านพัฒนาการทางกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา ผู้วิจัยจึงแบ่งกลุ่มเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการได้รับความจริงกับกลุ่มช่วงอายุด้วย ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบุคคลทั่วไปที่มีอายุ 20-60 ปี ที่อยู่ในตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 357 คน จำแนกเป็น กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 180 คน และกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง จำนวน 177 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ทั้ง 2 กลุ่มอายุคิดเป็นร้อยละ 54.44 และ 66.10 ตามลำดับ ประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่มแรกสถานภาพโสด ในขณะที่กลุ่มที่สองสถานภาพสมรส ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ต่างกัน ใน 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรก ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 64.44 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 35 ในขณะที่อีกกลุ่มจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 80.79 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 18.64 ส่วนการประกอบอาชีพของทั้งสองกลุ่มมีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/เกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.56 และ 83.62 ตามลำดับ ส่วนรายได้ครอบครัวต่อเดือน กลุ่มแรกส่วนมากจะมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.56) ในขณะที่อีกกลุ่มมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 72.32) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 52.22 และ 57.63 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

2. ความต้องการได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งจากบุคลากรทางการแพทย์ เก็บข้อมูลสอบถามโดยสมมติว่าหากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นโรคมะเร็งจะต้องการข้อมูลประเภทต่าง ๆ เหล่านี้หรือไม่ และได้รับข้อมูลจากใคร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มต้องการได้รับรู้ความจริง โดยได้รับจากแพทย์ เมื่อเทียบกับพยาบาล หรือบุคคลอื่น ๆ (ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่ดูแล) พบว่ากลุ่มแรกมีความต้องการรับรู้ความจริงสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงความต้องการข้อมูลในการรับข้อมูลประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้ ผลการวินิจฉัย (95.56, 94.35%) ความก้าวหน้าของโรค (96.66, 94.36%) วิธีการรักษา (98.33, 97.18%) ทางเลือกในการรักษา (97.78, 92.66%) ผลดี/ผลเสียของวิธีการรักษา (95.56, 94.35%) วิธีการปฏิบัติตัว (96.66, 94.36%) และ ความช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริง (98.33, 97.18%) ทั้งนี้พบว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 47.78 และ 54.24 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

3. ความต้องการได้รับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านผู้บอกความจริง ด้านสถานที่และเวลา ด้านวิธีการบอกความจริง

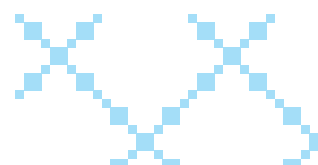
กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับรู้ความจริงเฉลี่ยโดยรวมในด้านข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.44 คือข้อมูลในเรื่องการวินิจฉัยโรค สาเหตุของโรค การรักษาโรค โดยกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น มีความต้องการระดับมากที่สุด ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.20-4.00 ร้อยละ 68.33 ในขณะที่ กลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 48.59 และในระดับมากที่สุดซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.40-3.19 ร้อยละ 44.07 ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านผู้บอกความจริงอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.10 คือต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกข้อมูลและคาดหวังให้สามารถอธิบายให้เข้าใจ เป็นที่ปรึกษาได้ ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการต่าง ๆ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านสถานที่และเวลาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.22 คือต้องการให้บอกผลทันที และบอกในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว และต้องให้ความพร้อมที่จะรับทราบ ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการระดับต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการได้รับความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านวิธีบอกความจริงอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.84 คือต้องการให้บอกด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย บอกทั้งหมดในคราวเดียวกัน บอกกับตนเองโดยตรง แล้วให้สรุปอีกครั้งหลังรับรู้ความจริง ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการต่าง ๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริง



แต่ละด้านเมื่อพิจารณาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มช่วงอายุมีความต้องการด้านข้อมูลและด้านสถานที่และเวลา ส่วนความต้องการช่วยเหลือด้านผู้บอกความจริง และด้านวิธีการบอกความจริงนั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

4. ความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริง 4 ด้าน

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านร่างกาย คือ ความต้องการช่วยเหลือในเรื่องอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 3.22 โดยกลุ่มแรก มีความต้องการระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.40-3.19 ร้อยละ 45.00 ในขณะที่อีกกลุ่ม มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 50.85 ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการต่าง ๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านจิตสังคม คือ ความต้องการคำปรึกษา การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 3.03 โดยกลุ่มแรก มีความต้องการระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.40-3.19 ร้อยละ 55.00 ในขณะที่อีกกลุ่ม มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 55.93 ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการต่าง ๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการให้ช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลติดต่อหน่วยงาน

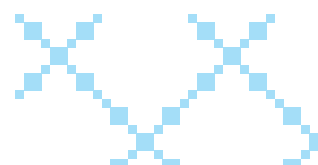
ในกรณีส่งต่อ อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 3.03 โดยกลุ่มแรก มีความต้องการระดับมากที่สุด ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.20-4.00 ร้อยละ 52.78 ในขณะที่อีกกลุ่ม มีความต้องการระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.40-3.19 ร้อยละ 45.76 ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการระดับต่าง ๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริงค่าเฉลี่ยโดยรวมในด้านจิตวิญญาณ คือ ความต้องการให้จัดปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแทน ต้องการปฏิบัติศาสนกิจที่เตียง และต้องการการเยี่ยมจากผู้นำทางศาสนา อยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย 2.28 โดยกลุ่มแรก ส่วนใหญ่มีความต้องการระดับมาก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.40-3.19 ร้อยละ 28.33 ในขณะที่อีกกลุ่ม ส่วนใหญ่มีความต้องการระดับน้อย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.60-2.39 ร้อยละ 31.64 นอกจากนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มไม่ต้องการ คือคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.00-0.44 ร้อยละ 6.67 และ 5.65 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันในระดับความต้องการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value } 0.018$

ดังนั้นความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริงเมื่อพิจารณาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มวัยมีเพียงความต้องการด้านจิตวิญญาณเท่านั้น ส่วนความต้องการช่วยเหลือด้านร่างกายด้านจิตสังคม และด้านเศรษฐกิจนั้นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=357)

ข้อมูลทั่วไป	อายุ 20-39 ปี (n=180)		อายุ 40-60 ปี (n=177)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.024
ชาย	82	45.56	60	33.90	
หญิง	98	54.44	117	66.10	
สถานภาพสมรส					<0.001
โสด	112	62.22	17	9.60	
สมรส	62	34.44	136	76.84	
อื่นๆ (แยกกันอยู่, หย่า, หม้าย)	6	3.33	24	13.56	
ศาสนา					0.012
พุทธ	167	92.78	174	98.31	
อื่นๆ	13	7.22	3	1.69	
ระดับการศึกษา					<0.001
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.56	1	0.56	
ได้รับการศึกษาระดับ ต่ำกว่าปริญญาตรี	63	35.00	143	80.79	
ได้รับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป	116	64.44	33	18.64	
อาชีพ					<0.001
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	42	23.33	17	9.60	
รับจ้าง/ค้าขาย/ เกษตรกร	91	50.56	148	83.62	
อื่นๆ	47	26.11	12	6.78	
ความเพียงพอของรายได้					<0.001
0-10,000	74	41.11	128	72.32	
10,001-20,000	51	28.33	35	19.77	
20,001 ขึ้นไป	55	30.56	14	7.91	
มี Caregiver	94	52.22	102	57.63	0.305



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความต้องการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับประเภทของข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ของประชากรตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=357)

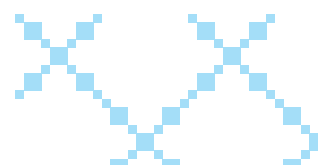
ประเภทของข้อมูลที่ได้รับ	อายุ 20-39 ปี (n=180)		อายุ 40-60 ปี (n=177)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ผลการวินิจฉัย					0.037*
ไม่ต้องการ	4	2.22	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	172	95.56	167	94.35	
พยาบาล	4	2.22	7	3.95	
บุคคลอื่น	0	0.00	3	1.69	
ความก้าวหน้าของโรค					0.022*
ไม่ต้องการ	3	1.67	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	174	96.66	167	94.36	
พยาบาล	3	1.67	5	2.82	
บุคคลอื่น	0	0.00	5	2.82	
วิธีการรักษา					0.387
ไม่ต้องการ	1	0.56	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	177	98.33	172	97.18	
พยาบาล	2	1.11	4	2.26	
บุคคลอื่น	0	0.00	1	0.56	
ทางเลือกในการรักษา					0.012*
ไม่ต้องการ	1	0.56	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	176	97.78	164	92.66	
พยาบาล	3	1.67	9	5.08	
บุคคลอื่น	0	0.00	4	2.26	

* p-value < 0-05

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของความต้องการได้รับการบอกความจริงจากบุคลากรทางการแพทย์ของประชากร ตัวอย่าง แสดงจำแนกตามกลุ่มอายุ (n=357) (ต่อ)

ประเภทของข้อมูลที่ได้รับ	อายุ 20-39 ปี (n=180)		อายุ 40-60 ปี (n=177)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ผลดี/ผลเสียของวิธีการรักษา					0.037*
ไม่ต้องการ	4	2.22	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	172	95.56	167	94.35	
พยาบาล	4	2.22	7	3.95	
บุคคลอื่น	0	0.00	3	1.69	
วิธีการปฏิบัติตัว					0.022*
ไม่ต้องการ	3	1.67	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	174	96.66	167	94.36	
พยาบาล	3	1.67	5	2.82	
บุคคลอื่น	0	0.00	5	2.82	
ความช่วยเหลือภายหลังการบอกความจริง					0.387
ไม่ต้องการ	1	0.56	0	0.00	
ได้รับจากแพทย์	177	98.33	172	97.18	
พยาบาล	2	1.11	4	2.26	
บุคคลอื่น	0	0.00	1	0.56	
การบอกความจริงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง/ครอบครัว					0.001*
	177	98.33	159	89.83	
การบอกความจริงก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง/ครอบครัว					<0.001*
	75	41.67	34	19.21	
โดยประสบการณ์ที่ผ่านมาในภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์					0.038*
น้อย	37	20.56	19	10.73	
ปานกลาง	86	47.78	96	54.24	
มาก	57	31.67	62	35.03	

* p-value < 0-05



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของค่าเฉลี่ยความต้องการได้รับการบอกความจริงจำแนกแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ (n=357)

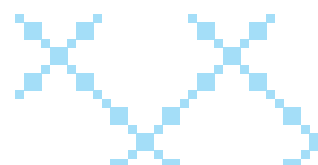
ความต้องการได้รับความจริง	อายุ 20-39 ปี (n=180)		อายุ 40-60 ปี (n=177)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ด้านประเภทของข้อมูล					0.001*
ต้องการมากที่สุด	123	68.33	86	48.59	
ต้องการมาก	48	26.67	78	44.07	
ต้องการน้อย	8	4.44	9	5.08	
ต้องการน้อยที่สุด	1	0.56	4	2.26	
ด้านผู้บอกความจริง					0.636
ต้องการมากที่สุด	65	36.11	54	30.51	
ต้องการมาก	92	51.11	99	55.93	
ต้องการน้อย	20	11.11	19	10.73	
ต้องการน้อยที่สุด	3	1.67	5	2.82	
ด้านสถานที่และเวลา					0.035*
ต้องการมากที่สุด	82	45.56	56	31.64	
ต้องการมาก	76	42.22	90	50.85	
ต้องการน้อย	20	11.11	25	14.12	
ต้องการน้อยที่สุด	2	1.11	6	3.39	
ด้านวิธีบอกความจริง					0.736
ต้องการมากที่สุด	27	15.00	30	16.95	
ต้องการมาก	102	56.67	97	54.80	
ต้องการน้อย	50	27.78	46	25.99	
ต้องการน้อยที่สุด	1	0.56	3	1.69	
ไม่ต้องการ	0	0.00	1	0.56	

* p-value < 0-05

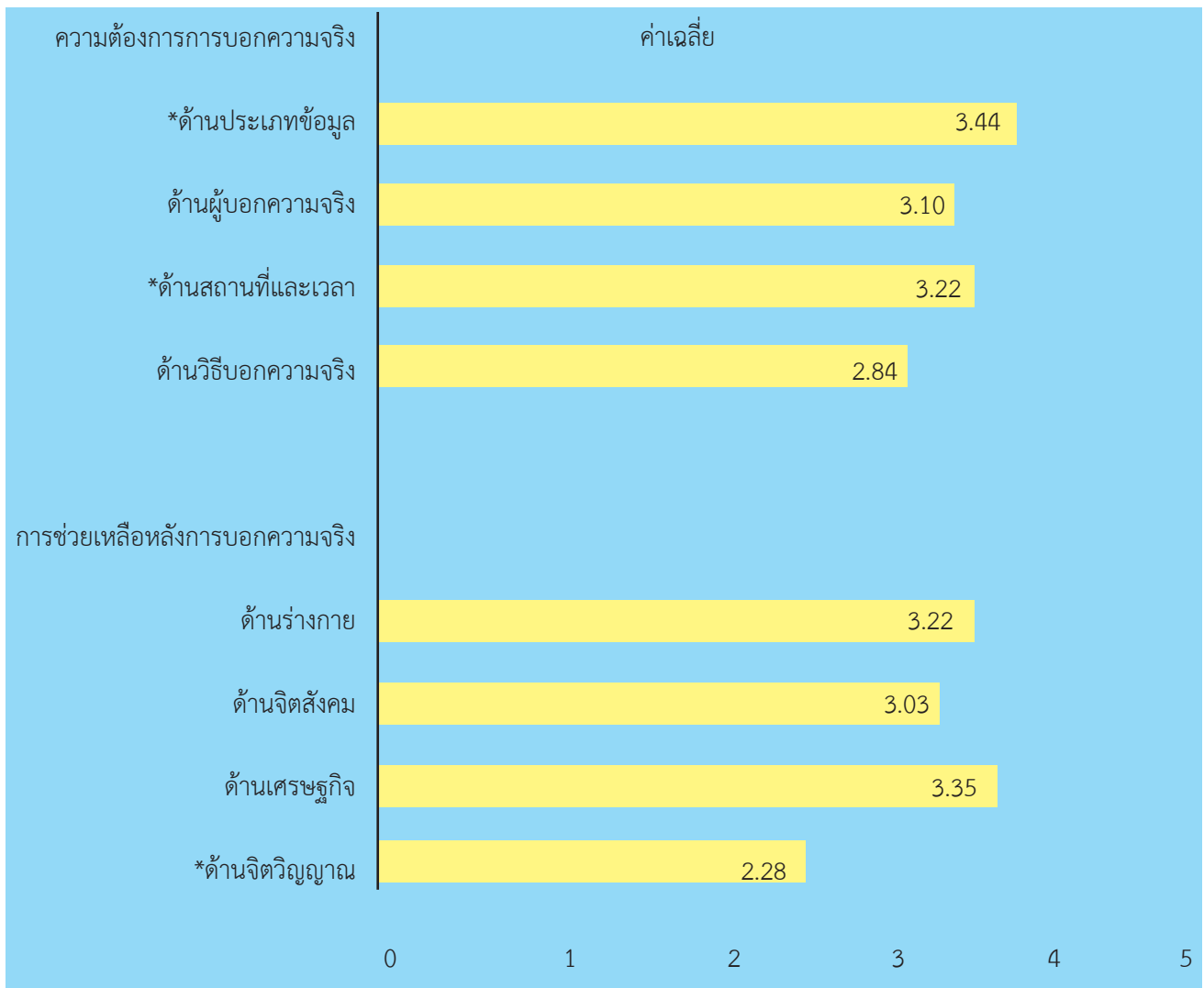
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของค่าเฉลี่ยความต้องการการช่วยเหลือภายหลังการได้รับการบอกความจริงของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ (n=357)

ความต้องการได้	อายุ 20-39 ปี (n=180)		อายุ 40-60 ปี (n=177)		p-value
รับความช่วยเหลือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ด้านร่างกาย					0.172
ต้องการมากที่สุด	78	43.33	62	35.03	
ต้องการมาก	81	45.00	90	50.85	
ต้องการน้อย	18	10.00	18	10.17	
ต้องการน้อยที่สุด	1	0.56	6	3.39	
ไม่ต้องการ	2	1.11	1	0.56	
ด้านจิตสังคม					0.104
ต้องการมากที่สุด	61	33.89	44	24.86	
ต้องการมาก	99	55.00	99	55.93	
ต้องการน้อย	17	9.44	27	15.25	
ต้องการน้อยที่สุด	2	1.11	6	3.39	
ไม่ต้องการ	1	0.56	1	0.56	
ด้านเศรษฐกิจ					0.339
ต้องการมากที่สุด	95	52.78	78	44.07	
ต้องการมาก	66	36.67	81	45.76	
ต้องการน้อย	14	7.78	13	7.34	
ต้องการน้อยที่สุด	4	2.22	5	2.82	
ไม่ต้องการ	1	0.56	0	0.00	
ด้านจิตวิญญาณ					0.018*
ต้องการมากที่สุด	47	26.11	23	12.99	
ต้องการมาก	51	28.33	51	28.81	
ต้องการน้อย	45	25.00	56	31.64	
ต้องการน้อยที่สุด	25	13.89	37	20.90	
ไม่ต้องการ	12	6.67	10	5.65	

* p-value < 0-05



ภาพที่ 1 แผนภูมิแท่งแสดงค่าเฉลี่ยความต้องการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการช่วยเหลือ
ภายหลังรับทราบความจริง



* p value < 0.05

อภิปรายผล

ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของประชากรในตำบลนาท่ามเหนือ⁸ รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท เมื่อนำมาเทียบกับรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลต่อเดือนในจังหวัดตรัง ประมาณ 23,309 บาท⁹ พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยในจังหวัด เมื่อจำแนกตามช่วงอายุเป็นสองกลุ่มคือ ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง งานวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ซึ่งผู้เขียนมีความสนใจในการหาความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความต้องการรับรู้ความจริงด้วย เนื่องจากช่วงอายุน่าจะมีผลต่อการรับรู้ ความต้องการ มุมมอง และประสบการณ์ซึ่งมีความแตกต่างกัน¹⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเดิม ซึ่งสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งแล้ว ผู้เขียนจึงเลือกสอบถามมุมมองของบุคคลทั่วไป ซึ่งลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงระดับต่ำกว่าปริญญาตรีตรงกับงานวิจัยของสุระพร ลักษณะอาชีพมีความเหมือนกันคือส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรมเช่นเดียวกัน ในขณะที่ซึ่งในการศึกษาของ

Miyata⁶ พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการรับรู้ข้อมูล

ความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งจากบุคลากรทางการแพทย์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคโดยสมมติว่าตนเองเป็นมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความจริงเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย ความก้าวหน้าของโรค วิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลดี/ผลเสียของวิธีการรักษา วิธีการปฏิบัติตัว และความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ภายหลังรับรู้ความจริงอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับงานวิจัยของสุระพรที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

ในประเด็นการบอกความจริงกลุ่มตัวอย่างระหว่างสองกลุ่มช่วงอายุ คิดว่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง/ครอบครัวมากกว่านั้นตรงกับงานวิจัยของสุระพรสำหรับประสบการณ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของสุระพรที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการรับรู้ความจริงในภาพรวมระดับมาก

ความต้องการเกี่ยวกับการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 4 ด้าน กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริงโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดสองกลุ่มช่วงอายุ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1. ด้านประเภทข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริงคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่มช่วงอายุ โดยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว/การดูแลตนเองมากที่สุด ในขณะที่งานวิจัยของสุระพรมีคะแนนเฉลี่ยด้านนี้ในระดับมากและให้ความสำคัญในหัวข้อเดียวกันมากที่สุดเช่นเดียวกัน

2. ด้านผู้บอกความจริง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริงคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่มช่วงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพรโดยต้องการผู้บอกความจริงที่มีเวลาอย่างเพียงพอมากที่สุดซึ่งให้ความสำคัญเรื่องต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกความ

จริงเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค และการรักษามากที่สุด

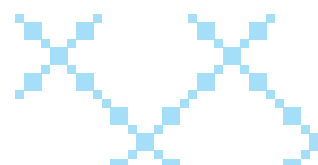
3. ด้านสถานที่และเวลา กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริงคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพร ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการให้บอกผลการวินิจฉัยโรคตามความจริงทันทีที่ตรวจพบมากที่สุด และสอดคล้องกับงานวิจัยของธารทิพย์ กิจไพบุลย์¹⁰ ที่ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการให้บอกในสถานที่ที่มิดชิดเป็นส่วนตัว

4. ด้านวิธีบอกความจริง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรับรู้ความจริงคะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่มช่วงอายุ โดยต้องการให้บอกความจริงด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพรและตรงกับงานวิจัยของพงศกร ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยคาดหวังทักษะการสื่อสารที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ¹⁰

ความต้องการความช่วยเหลือภายหลังการรับรู้ความจริง 4 ด้าน ได้แก่

1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านร่างกาย โดยต้องการให้แพทย์/พยาบาลคอยช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ด้านร่างกายอย่างใกล้ชิดเมื่อตนเองมีอาการผิดปกติทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพร

2) ความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตสังคม โดยต้องการความช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาจากแพทย์/พยาบาลอย่างต่อเนื่องมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพร⁷ ส่วนความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุระพรซึ่งสอบถามความต้องการจากผู้ป่วยมะเร็ง ในขณะที่กลุ่มอายุ 20-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่ที่ระดับมาก ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยของสุระพรโดยต้องการให้คนใกล้ชิด (เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน) จัดปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเองแทนมากที่สุด



นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Miyata⁵ พบว่าทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการรักษาโรคมะเร็งมีความสำคัญมากกว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง ทั้งในกลุ่มที่ไม่ต้องการข้อมูลเลย และกลุ่มที่ต้องการข้อมูลทั้งหมดทันที ซึ่งการศึกษานี้ อาจจะต้องเพิ่มเติมเรื่องปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการความต้องการรับรู้ความจริงต่อไป

สำหรับข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ มีข้อคำถามค่อนข้างเยอะ ในการตอบแบบสอบถามอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตั้งใจทำแบบสอบถามมากเท่าที่ควร นอกจากนี้อาจมีปัจจัยกวนที่ไม่ทราบมาก่อน (unknown confounders) ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ เป็นข้อจำกัดของงานวิจัยภาคตัดขวาง

สรุป

การศึกษาความต้องการรับรู้ความจริงเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งของประชากรทั่วไป สนับสนุนการบอกความจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ควรบอกความจริงในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับตัวโรคโดยแพทย์ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และควรมีระบบการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์หลังแจ้งผลการวินิจฉัยหากผู้ป่วยต้องการ งานวิจัยนี้ศึกษาเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพมีแนวทางในการปฏิบัติในการบอกความจริงและให้ความช่วยเหลือภายหลังได้รับการบอกความจริงที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงเพื่อเตรียมตัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป นอกจากนี้ยังควรเก็บข้อมูลประชาชนทั่วทั้งประเทศไทยเพื่อเป็นตัวแทนข้อมูลของบุคคลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ; 2558.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ; 2554-2556.
3. ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. ใน: ซอลดา พันธุเสนา. บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2541.
4. ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึที่มีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ; 2536.
5. Miyata H, Takahashi M, Saito T, Tachimori H, Kai I. Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not to tell? J Med Ethics. 2005 Aug; 31(8): 447-51.
6. Miyata H, Tachimori H, Takahashi M, Saito T, Kai I. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers. BMC Med Ethics. 2004 Dec 1; 5: E7.
7. สุระพร ปุ้ยเจริญ. ความต้องการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
8. องค์การบริหารส่วนตำบลนาท่ามเหนือ. ข้อมูลทั่วไป. Retrieved February, 20, 2017, from <http://www.nathamnuae.go.th/general1.php>
9. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2558 จังหวัดตรัง สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
10. ธารทิพย์ กิจไพบูลย์. ประสบการณ์ของผู้ติดตามเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพและการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ (พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544.

Factors related to eHealth Literacy in Patients in Department of Family Medicine, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital.

Auswin Rojanasumapong, MD,
Asst Prof Kanokporn Pinyopornpanish, MD,
Asst Prof Anawat Wisetborisut, MD, Msc,
Nalinee Jakkaew, MD,
Nisachol Dejkriengkraikul, MD,
Asst Prof Wichuda Jirapornjaroen, MD, MSc
Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Abstract

Introduction:

People are increasingly utilizing the internet to access and evaluate health information. The intent of the study was to explore the internet usage for health information and the extent to which sociodemographic and electronic device use influences eHealth literacy of patients in department of Family Medicine, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital

Method:

A sample of patients in department of Family Medicine, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital (n=398) participated in a cross-sectional survey that included internet usage for health information questionnaire, the translated eHealth literacy scale (eHEALS.) An independent samples t-test compared eHealth literacy among participants. The study was conducted between January – June 2016.

Result:

Average translated eHEALS of the participants is 28.62 (SD = 6.32). Younger age ($p=0.010$), no underlying disease ($p=0.036$), no current medication ($p=0.022$), more education ($p < 0.001$), more number of electronic devices use ($p < 0.001$), more experience to use the internet for health information ($p < 0.001$) and more household income ($p=0.002$) were significantly associated with greater eHealth literacy. Difference in occupation also associated with different eHealth literacy ($p = 0.003$).

Conclusion:

Being younger, having higher education, occupation, having more numbers of electronic devices, having more experience to use the internet for health information and having more income was associated with greater eHealth literacy. More studies about eHealth Literacy, their associated factors and health behaviors will likely yield a better understanding about their uses and benefits for preventing and managing non-communicable diseases.

Key words:

Electronic Health Literacy (eHealth Literacy), Internet.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ ครอบครัว โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่

นายแพทย์อัศวิน โรจนสุมาพงศ์,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงกนกพร ภิญโญพรพาณิชย์,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อนวัช วิเศษบริสุทธิ์,
แพทย์หญิงนลินี จักรแก้ว,
แพทย์หญิงนิศาชล เดชเกรียงไกรกุล,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิชุดา จิรพรเจริญ
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

สาระสำคัญ

สังคมในปัจจุบันมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ทำขึ้นโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นในการเก็บข้อมูลเกี่ยวข้องกับการใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ และแบบประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการแปลจาก eHealth Literacy Scale (eHEALS) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 398 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ (eHEALS ที่ได้รับการแปลแล้ว) ของการศึกษานี้มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 28.62 (SD = 6.32) ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ($p = 0.010$) การมีโรคประจำตัว ($p = 0.036$) การมีรายได้รายเดือน ($p = 0.022$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) จำนวนชนิดของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ($p < 0.001$) ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ ($p < 0.001$) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($p = 0.002$) อาชีพ ($p = 0.003$)

สรุปผลการศึกษา

ในผู้ที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาที่สูง มีจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หลายชนิด มีประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และอาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพที่สูง การศึกษาในอนาคตอาจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิด และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ

ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ, อินเทอร์เน็ต

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันมากมาย เทคโนโลยีหนึ่งที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ การใช้อินเทอร์เน็ต จากสถิติพบว่า มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น และมีการใช้ในช่วงเวลาต่อวันมากขึ้น ซึ่งอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นแหล่งรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ใช้อาจจะใช้ในการค้นหาข้อมูลทั่วไป หนึ่งในหัวข้อที่มีผู้ใช้นิยมในการค้นหา คือ ข้อมูลทางสุขภาพ¹ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบและหลากหลายแหล่งตามความสนใจและความนิยมของผู้ค้นหา และด้วยเหตุที่ในปัจจุบันลักษณะการผลิตเนื้อหาในอินเทอร์เน็ตได้พัฒนาจากรูปแบบ web 1.0 ไปสู่รูปแบบของ web 2.0 ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ซึ่งไม่ใช่เจ้าของเว็บไซต์สามารถสร้างเนื้อหา มีการแบ่งปันและส่งต่อเนื้อหาได้มากขึ้น เป็นการสนับสนุนให้มีการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้มากขึ้นและสะดวกขึ้น²

ข้อมูลทางสุขภาพที่แพร่หลายทางอินเทอร์เน็ตนั้นมีข้อดีคือ ทำให้ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้รับความรู้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวได้ ทั้งในด้านการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคจนไปถึงการเปลี่ยนแปลงความเสี่ยงทางสุขภาพ รวมถึงส่งต่อข้อมูลไปยังผู้อื่นในวงกว้างได้ แต่ในขณะเดียวกันหากข้อมูลทางสุขภาพนั้น เป็นข้อมูลที่เกิดจากการเข้าใจผิด หรือมีการใช้ข้อมูลเหล่านั้นในทางที่ผิด เช่น เพื่อการโฆษณา และผู้บริโภคข้อมูลข่าวสารนั้นขาดวิจารณญาณในการรับ และส่งต่อข้อมูล ก็จะทำให้เกิดผลเสียในวงกว้างได้ อาจก่อให้เกิดการดูแลตนเองในทางที่ผิด ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา และอาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว ซึ่งผลเสียที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สุขภาวะโดยรวม จนไปถึงคุณภาพชีวิตได้

งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำไปเป็นแนวทางพัฒนาและส่งเสริมความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตโดยทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับคะแนนความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2559 ถึง เดือนมิถุนายน 2559 มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 398 คน

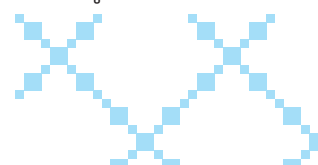
การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับคะแนนความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตโดยทั่วไป โดยส่วนของแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับคะแนนความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพได้รับการแปลจาก eHealth Literacy Scale (eHEALS)^{3, 4} ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ (มีค่าความเชื่อมั่น coefficient alpha = 0.88) และส่วนของแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตโดยทั่วไป ได้นำบางส่วนจากแบบสอบถาม Health information National Trends Survey Cycle 3⁵ มาแปลเพื่อให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบ

ผู้เข้าร่วม : ผู้ที่เข้าร่วม ได้แก่ ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งสมัครใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้ สำหรับผู้ที่ไม่สมัครใจที่จะตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น อุปสรรคด้านภาษา หรือการสื่อสารหรือความเข้าใจแบบสอบถามจะไม่ถูกนำมารวมในการศึกษา

การวัดผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ซึ่งได้จากการเก็บข้อมูลส่วนตัว



ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานะ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานะ และความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การใช้ยาประจำ สิทธิการรักษา การประเมินสุขภาพตนเองและครอบครัว และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตัวเองและครอบครัว

แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ต โดยนำบางส่วนจากแบบสอบถาม Health information National Trends Survey Cycle 3⁵ ที่สอบถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ประสพการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ และการมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

ระดับคะแนนความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการแปลจาก eHealth Literacy Scale (eHEALS) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง พัฒนาขึ้นโดย Cameron D Norman และ Harvey A Skinner³ เพื่อใช้ในการวัดระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านทางระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามเพื่อประเมินตนเองถึงความรู้ความเข้าใจ และความมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลด้านสุขภาพ (คำถาม 2 ข้อแรกจะเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น สำหรับข้อ 3-10 จะนำมาคิดเป็นคะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 8 – 40 คะแนน) แบบสอบถามได้รับการแปลจากต้นฉบับซึ่งเป็นภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 8 -24 ถือว่ามีระดับ eHealth

Literacy ต่ำ (Low eHEALS) และผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25 – 40 ถือว่ามีระดับ eHealth Literacy สูง (High eHEALS)⁶

สถิติที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามในส่วนของคุณสมบัติทั่วไป คำถามเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ และคำถามเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตโดยทั่วไป จะนำเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อคำนวณสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ของลักษณะประชากรในส่วนต่าง ๆ

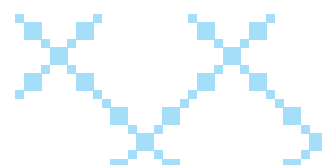
ระดับคะแนนความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตจะถูกสรุปโดยสถิติวิเคราะห์ และทดสอบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับคะแนนความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ (เช่น อายุ การศึกษา รายได้) โดย independent sample t-test

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากร จำนวนประชากรทั้งหมด 398 คน ประกอบด้วยเพศชาย 146 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 เพศหญิง 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (n=167, 42%) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเกษียณอายุ และว่างงาน (n=157, 39.4%) สถานะสมรส (n=261, 65.6%) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (n=155, 38.9%) รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน (n=180, 45.2%) รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วงต่ำกว่า 30,000 บาท (n=154, 38.7%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	n	%
เพศ		
ชาย	146	36.7
หญิง	252	63.3
อายุ		
18 - 30	54	13.6
31 - 45	34	8.5
46 - 60	143	35.9
60 ปีขึ้นไป	167	42
อาชีพ		
พนักงานรัฐฯ, ข้าราชการ	84	21.1
พนักงานบริษัท, ลูกจ้างรับจ้าง	41	10.3
ค้าขาย, ธุรกิจส่วนตัว	62	15.6
นักศึกษา	41	10.3
เกษตรกรกรรม, ประมง	13	3.3
เกษียณ,ว่างงาน	157	39.4
สถานะ		
โสด	88	22.1
สมรส	254	63.8
อยู่ด้วยกัน แต่ไม่ได้จดทะเบียน	7	1.8
หย่า	12	3
ม่าย	32	8
แยกกันอยู่	5	1.3
การศึกษา		
ประถมศึกษา	57	14.3
มัธยมต้น	43	10.8
มัธยมปลาย ปวช. ปวส.	86	21.6
ปริญญาตรี	155	38.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	57	14.3
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า10,000	126	31.7
10,001-30,000	180	45.2
30,001-50,000	59	14.8
มากกว่า 50,001 บาท	33	8.3



รายได้ต่อครอบครัวต่อเดือน

ต่ำกว่า30,000	154	38.7
30,000-50,000	122	30.7
50,001-70,000	63	15.8
มากกว่า 70,001 บาท	59	14.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความเห็นเกี่ยวกับ n %
สุขภาพของตนและในครอบครัว

โรคประจำตัว

มี	303	76.1
ไม่มี	95	23.9

มีyarรับประทานยาประจำ

มี	310	77.9
ไม่มี	88	22.1

สิทธิการรักษา

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55	13.8
สิทธิข้าราชการ	306	76.9
รัฐวิสาหกิจ	14	3.5
บัตรต่างด้าว	0	0
ประกันสังคม	11	2.8
ประกันชีวิต	2	0.5
อื่น ๆ	10	2.7

สมาชิกในบ้าน หรือในครอบครัวมี
โรคประจำตัวใด ๆ หรือต้องได้รับ
ความดูแลเป็นพิเศษ

มี	58	14.6
ไม่มี	340	85.4

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าตนเองมีโรคประจำตัว (n=303, 76.1%) และพบว่าส่วนใหญ่จะมีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 52 ของผู้ที่ตอบว่ามีโรคประจำตัว) ใช้สิทธิข้าราชการในการเข้ารับการรักษา (n=306, 76.9%) มียาประจำรับประทาน (n=310, 77.9%) และไม่มีสมาชิกในบ้านหรือในครอบครัวที่มีโรคประจำตัวใด ๆ หรือต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (n=340, 85.4%) (ตารางที่ 2)

การใช้อินเทอร์เน็ตในการหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้งานอินเทอร์เน็ต (n=266, 66.8%) เคยมีประสบการณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านระบบ Wi-Fi (n=204, 51.3%) และการรับส่งข้อมูลผ่านเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ (n=201, 50.5%) ส่วนใหญ่ที่เคยใช้อินเทอร์เน็ต จะเคยเข้าใช้งานเครือข่ายสังคมทางอินเทอร์เน็ต (n=210, 52.8%) เคยดู video clip เกี่ยวกับสุขภาพในอินเทอร์เน็ต (n=205, 51.5%) และเคยส่งต่อหรือแบ่งปันข้อมูลทางสุขภาพ (n=182, 45.7%)

จุดประสงค์ในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้เข้าร่วมเคยค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อตนเอง (n=217, 54.5%) และให้บุคคลอื่น (n=151, 37.9%) รวมทั้งเคยค้นหาผู้ให้บริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ (n=136,

34.2%)

ใน 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้งานอินเทอร์เน็ตในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ใช้บริการ (n=294, 73.8%) บางส่วนเคยใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพ (n=56, 14.1%)

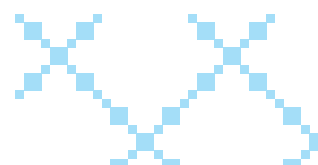
กลุ่มตัวอย่างมีโทรศัพท์มือถือ Smart phone (n=228, 57.3%) และส่วนใหญ่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์คนละอย่างน้อย 1 ชนิด (n=247, 62.1%)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ และลักษณะของประชากร

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ ($p = 0.010$) การมีโรคประจำตัว ($p = 0.036$) การมียารับประทานประจำ ($p = 0.022$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) จำนวนชนิดของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ($p < 0.001$) ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ ($p < 0.001$) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($p = 0.002$) อาชีพ ($p = 0.003$) (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพและลักษณะของประชากร ⁽¹⁾

	Low eHEALS		High eHEALS		Chi-Square	Mean-eHEALS
	85		313			
	n	%	n	%		
เพศ					0.835	
ชาย	32	37.65	114	36.42		28.93
หญิง	53	62.35	199	63.58		28.45
อายุ					0.010	
18 -30	4	4.71	50	15.97		30.72
31-45	4	4.71	30	9.58		30.85
46-60	32	37.65	111	35.46		28.99
60 ขึ้นไป	45	52.94	122	38.98		27.19



	Low eHEALS 85		High eHEALS 313		Chi-Square	Mean-eHEALS
	n	%	n	%		
โรคประจำตัว					0.036	
มี	72	84.71	231	73.80		28.41
ไม่มี	13	15.29	82	26.20		29.32
มียารับประทานยาประจำ					0.022	
มี	74	87.06	236	75.40		28.32
ไม่มี	11	12.94	77	24.60		29.70
ระดับการศึกษา					<0.001	
ประถมศึกษา	32	37.65	25	7.99		23.84
มัธยมต้น	11	12.94	32	10.22		27.12
มัธยมปลาย ปวช ปวส	13	15.29	73	23.32		29.74
ปริญญาตรี	22	25.88	133	42.49		29.42
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	8.24	50	15.97		30.72
การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์					<0.001	
ไม่มี	6	7.06	7	2.24		23.46
มี 1 ชนิด	73	85.88	174	55.59		27.31
มี 2 ชนิด	6	7.06	109	34.82		31.25
มี 3 ชนิด	0	0.00	23	7.35		32.61

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพและลักษณะของประชากร⁽²⁾

	Low eHEALS 85		High eHEALS 313		Chi-Square	Mean-eHEALS
	n	%	n	%		
ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพใน 12 เดือนที่ผ่านมา					<0.001	
ไม่เคยใช้	73	85.88	87	27.80		24.80
เคยใช้ 1 รูปแบบ	1	1.18	38	12.14		29.72
เคยใช้ 2 รูปแบบ	3	3.53	31	9.90		30.24
เคยใช้ 3 รูปแบบ	2	2.35	41	13.10		30.16
เคยใช้ 4 รูปแบบขึ้นไป	6	7.06	116	37.06		32.31
รายได้ต่อครอบครัวต่อเดือน					0.002	
ต่ำกว่า 30,000 บาท	48	56.47	106	33.87		27.25
30,000 – 50,000 บาท	20	23.53	102	32.59		29.46
50,001 – 70,000 บาท	10	11.76	53	16.93		29.43
มากกว่า 70,000 บาทขึ้นไป	7	8.24	52	16.61		29.66

	Low eHEALS		High eHEALS		Chi-Square	Mean-eHEALS
	n	%	n	%		
อาชีพ					0.003	
ข้าราชการ, พนักงาน						
รัฐวิสาหกิจ	13	15.29	71	22.68		29.95
พนักงานบริษัท, รับจ้าง/ลูกจ้าง	15	17.65	26	8.31		27.63
ธุรกิจส่วนตัว, ค้าขาย	17	20.00	45	14.38		27.82
นิสิต/นักศึกษา	2	2.35	39	12.46		30.68
เกษตรกร/ปศุสัตว์/ประมง	5	5.88	8	2.56		26.38
เกษียณ/ว่างงาน	33	38.82	124	39.62		28.15

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบในครั้งนี เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁷ พบว่า ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ที่ตอบว่าเคยใช้งาน อินเทอร์เน็ตทั้งหมดร้อยละ 66.8 ของผู้เข้าร่วมการศึกษา เปรียบเทียบกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แล้วพบว่า การสำรวจพบมีประชากรทั้งประเทศอายุ 6 ปีขึ้นไปใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ที่ร้อยละ 47.5 เฉพาะภาคเหนือ มีประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ที่ร้อยละ 41.4 พบว่าจากการศึกษานี้พบสัดส่วนของผู้ที่เคยใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าของประเทศไทยและภาคเหนือ ซึ่งหากพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วม ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมขึ้นไป (มีผู้ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมปลาย - สูงกว่าปริญญาตรี เป็นสัดส่วนร้อยละ 74.8 ของประชากรที่ศึกษา) ประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยประชากรทั่วไปประเทศ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 71.5 ระดับอนุปริญญาใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 81.2 และระดับอุดมศึกษาใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 92.3 ด้านการมีอุปกรณ์ เมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจของสำนักงานสถิติ พบว่าจากการศึกษานี้มีผู้ที่มีการใช้ smartphone ร้อยละ 57.3 เปรียบเทียบกับการสำรวจของสำนักงานสถิติพบว่า มีสัดส่วนผู้ที่มี smartphone ทั้งประเทศอยู่ร้อยละ 50.5 ในภาค

เหนือมีสัดส่วนผู้ที่มี smartphone อยู่ร้อยละ 45.2 จาก การศึกษานี้จึงพบว่ามีส่วนการมีโทรศัพท์ smartphone ที่สูงกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากในกลุ่มที่ทำการศึกษานั้นพบว่า มีครอบครัวที่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือนอยู่ถึงร้อยละ 61.3 ในขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2558 พบว่าภาคเหนือมีรายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือนเท่ากับ 18,952 บาทต่อเดือน ในกลุ่มที่ทำการศึกษาจึงมีลักษณะของรายได้ต่อเดือนที่สูงกว่า ทำให้มีโอกาสการมีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น smartphone สูงกว่าประชากรเฉลี่ย^{7,8}

ระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้าน ข้อมูลสุขภาพของการศึกษานี้มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 28.62 (SD = 6.32) พิจารณาจากการศึกษาก่อนหน้าที่ใช้ eHEALS ในการประเมินพบว่า ในสหรัฐอเมริกาจะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 30.34-30.94 (SD 5.19-6.00) 9-12 และในญี่ปุ่น ซึ่งมีการแปล eHEALS เป็นฉบับภาษาญี่ปุ่น (J-eHEALS) จะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 23.4-23.5 (SD 6.4-6.5)^{6,13} พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาและประเทศที่ทำการศึกษา ซึ่งมีการศึกษาที่ให้เหตุผลด้าน ความแตกต่างของระดับความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพของแต่ละประเทศ โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าของสหรัฐอเมริกา และประเทศในแถบยุโรปว่า เนื่องจากเดิมนั้นญี่ปุ่นขาดแหล่งข้อมูลทางสุขภาพในอินเทอร์เน็ตที่น่า

เชื่อถือ ทำความเข้าใจได้ง่าย และเป็นกลางในภาษาญี่ปุ่น เปรียบเทียบกับเว็บไซต์ภาษาอังกฤษ เช่น MedLinePlus (ของ US National Library of Medicine) ข้อมูลสุขภาพ ในอินเทอร์เน็ตภาษาญี่ปุ่นส่วนใหญ่จะขาดความน่าเชื่อถือ หรือหากมีเว็บไซต์ที่มีข้อมูลดังกล่าวก็อาจจะไม่สามารถ เข้าถึงได้โดยคนทั่วไป หรือทำความเข้าใจได้ยาก¹⁴ ฉะนั้น อีกมิติหนึ่งของความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้าน ข้อมูลสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมภาษาซึ่งอาจทำให้ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลนั้นไม่เท่ากัน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับ ความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ การมีโรคประจำตัว การมีयरับประทานประจำ ระดับการศึกษา จำนวนชนิดของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ รายได้ต่อ เดือนของครอบครัว อาชีพ พิจารณาจากทฤษฎีของ Norman และ Skinner⁴ พบว่า มีความสอดคล้องกัน ซึ่ง Norman และ Skinner ได้ระบุว่า eHealth Literacy มี อิทธิพลจาก ปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ การศึกษา สถานะทางสุขภาพในขณะนั้น แรงจูงใจในการค้นหาข้อมูล และเทคโนโลยีที่ใช้

ผลการศึกษานี้พบว่า อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับ eHealth Literacy ที่ต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11, 15-17} ซึ่งพบว่าเหตุผลของผู้ที่อายุมากนั้นจะมีอัตรา การใช้อินเทอร์เน็ตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย¹⁶ ทำให้การใ้ งานอินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพนั้นน้อยลง ส่งผลต่อ eHealth Literacy ที่ต่ำลงตามไปด้วย

ในการศึกษานี้ ระดับการศึกษาที่มากขึ้นนั้นมี แนวโน้มว่าความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูล สุขภาพจะสูงขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาก่อนหน้า^{15, 18, 19} ซึ่งพบว่าการศึกษาที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการใ้ อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพที่บ่อยขึ้น และมี ระดับ eHealth Literacy ที่สูงกว่า และเมื่อพิจารณากลุ่ม อาชีพ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ข้าราชการและพนักงาน รัฐบาลกิจ มีระดับความสามารถที่สูงขึ้น สัมพันธ์กับ ระดับการศึกษาซึ่งการทำงานในกลุ่มอาชีพเหล่านี้ จำเป็นต้องมีวุฒิการศึกษาที่สูงพอเพื่อเข้าทำงาน ระดับ

ความสามารถจึงเป็นไปตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น²⁰ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาบางชิ้นที่ไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา และ eHealth Literacy^{18, 21} จึงสรุปได้เพียงว่า ในการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษาที่มากขึ้นนั้นมีแนวโน้มว่าความสามารถ ในการใช้อินเทอร์เน็ตด้านข้อมูลสุขภาพจะสูงขึ้น ในอนาคตอาจจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์ที่แท้จริง

จำนวนชนิดของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี ประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ สัมพันธ์กับ ความสามารถที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bethany Tennant¹¹ และ Namkee G Choi²² พิจารณา การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งอยู่ในเหตุผลของ เทคโนโลยีที่ใช้ ผู้ที่มีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น ส่งเสริมส่วนของ Computer Literacy ซึ่งเป็นองค์ ประกอบหนึ่งของ eHealth Literacy⁴ ทำให้มีความมั่นใจ และชำนาญมากขึ้นในการค้นหาข้อมูลสุขภาพทาง อินเทอร์เน็ต และในด้านของประสบการณ์การใ้ อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพที่มากกว่า สัมพันธ์กับการศึกษาก่อนหน้า²³ ที่พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลทาง สุขภาพที่มากขึ้นนั้นส่งเสริมด้าน Computer Literacy ได้เช่นกัน

สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนที่สัมพันธ์ กับ eHealth Literacy ที่สูงขึ้นนั้น สัมพันธ์กับงานวิจัย ก่อนหน้า²² ที่พบว่า ในคนที่มีรายได้น้อยนั้นจะมีการใ้ งานอินเทอร์เน็ตที่น้อยกว่า ส่งผลทำให้มีโอกาสใ้ อินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพที่น้อยกว่า ทำให้ eHealth Literacy น้อยกว่า ตามลำดับ

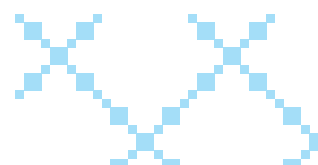
ปัจจัยอื่นที่พบในงานวิจัย คือ การมีโรคประจำ ตัวและการมีयरับประทานประจำ ทำให้มีระดับความ สามารถที่ต่ำลง พิจารณาผลการศึกษาของที่ผ่านมาพบว่า การมี eHealth Literacy ที่สูงกวานั้นสัมพันธ์กับ พฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้น^(13, 17, 24, 25) จึงเป็นสาเหตุทำให้ชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังได้

สรุปผล

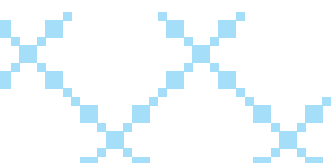
การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อ eHealth Literacy ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไข และปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ การส่งเสริม eHealth Literacy จึงสามารถทำได้โดยการส่งเสริมประสบการณ์การใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ที่มีประสบการณ์การใช้งานที่น้อยนั้นได้มีโอกาสใช้งานที่มากขึ้นและมีความมั่นใจในการใช้งานอินเทอร์เน็ตเพื่อสุขภาพมากขึ้น การศึกษาในอนาคตอาจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง eHealth Literacy และพฤติกรรมทางสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Mesko B. Social Media In Clinical Practice. 1 ed. London: Springer-Verlag London; 2013.
2. Moturu ST, Liu H, Johnson WG. Trust evaluation in health information on the World Wide Web. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2008;2008:1525-8.
3. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res. 2006;8(4):e27.
4. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. J Med Internet Res. 2006;8(2):e9.
5. Health Nlo. Health Information National Trends Survey 4 Cycle 3. In: Services USDoHaH, editor. 2013.
6. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. J Med Internet Res. 2012;14(6):e153.
7. สรุปผลที่สำคัญ สำนวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2559. In: สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, editor. 2559.
8. สรุปผลที่สำคัญ การสำวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2558. In: สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, editor. 2558.
9. Paige SR, Krieger JL, Stellefson ML. The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources. J Health Commun. 2017;22(1):53-65.
10. Chung SY, Nahm ES. Testing reliability and validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for older adults recruited online. Comput Inform Nurs. 2015;33(4):150-6.
11. Tennant B, Stellefson M, Dodd V, Chaney B, Chaney D, Paige S, et al. eHealth literacy and Web 2.0 health information seeking behaviors among baby boomers and older adults. J Med Internet Res. 2015;17(3):e70.
12. Paige SR, Krieger JL, Stellefson M, Alber JM. eHealth literacy in chronic disease patients: An item response theory analysis of the eHealth literacy scale (eHEALS). Patient Educ Couns. 2016.
13. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Associations of eHealth Literacy With Health Behavior Among Adult Internet Users. J Med Internet Res. 2016;18(7):e192.
14. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC Public Health. 2015;15:505.
15. Knapp C, Madden V, Wang H, Sloyer P, Shenkman E. Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. J Med Internet Res. 2011;13(3):e75.
16. MS DKMS, MD ALG, ScD LEK, PhD THW. Disparities in health-related internet use by US veterans: results from a national survey. Informatics in Primary Care. 2010;18:59-68.



17. Xesfingi S, Vozikis A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. *Interact J Med Res.* 2016;5(2):e16.
18. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res.* 2012;14(1):e19.
19. Powell J, Inglis N, Ronnie J, Large S. The characteristics and motivations of online health information seekers: cross-sectional survey and qualitative interview study. *J Med Internet Res.* 2011;13(1):e20.
20. van der Vaart R, Drossaert CH, de Heus M, Taal E, van de Laar MA. Measuring actual eHealth literacy among patients with rheumatic diseases: a qualitative analysis of problems encountered using Health 1.0 and Health 2.0 applications. *J Med Internet Res.* 2013;15(2):e27.
21. van der Vaart R, van Deursen AJ, Drossaert CH, Taal E, van Dijk JA, van de Laar MA. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e86.
22. Choi NG, Dinitto DM. The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. *J Med Internet Res.* 2013;15(5):e93.
23. Xie B. Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e90.
24. Lee YJ, Boden-Albala B, Jia H, Wilcox A, Bakken S. The Association Between Online Health Information-Seeking Behaviors and Health Behaviors Among Hispanics in New York City: A Community-Based Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2015;17(11):e261.
25. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health.* 2016;16:596.





The Prevalence of Insensate Foot in Type 2 Diabetic Patients at a Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital

Kanokporn Ratchapaetayakom, MD.

Assoc. Prof. Silom Jamulitrat, MD.

Rattanaporn Chootong, MD.

Department of Family Medicine and Preventive Medicine,
Prince of Songkla University

Abstract

Background:

Diabetic peripheral neuropathy (DPN) is a diabetic complication that leads to diabetic foot ulcers. A Primary Care Unit (PCU) of Songklanagarind Hospital with many diabetic patients has a plan for screening of diabetic foot ulcers in all diabetic patients. However, the insensate foot assessment was often neglected. Therefore, the aim of this study was to determine the prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients at the PCU with stratification according to the patient characteristics, assessment of the problem and improvement of the screening program to reduce the incidence of neuropathic diabetic foot ulceration.

Materials and Methods:

All diabetic patients who attended the PCU during 1 October 2017 to 31 December 2017 were chosen according to the selection criteria. The researcher or research assistants collected the basic information of participants, explored the risk of foot ulcers and performed an insensate foot assessment with a 10-g monofilament at four sites on each foot. Positive results were recorded when there was at least one site with loss of protective sensation.

Results:

Two hundred and fifty patients were tested, 59% females, with a mean age of 64 (95% C.I. 63-66) years and a major duration of diabetes over ten years. The blood pressure, HbA1c and lipid profile level were well controlled in most of the participants. The prevalence of insensate foot was 7% with a significant increase in patients with increasing age (P-value 0.041).

Conclusion:

The prevalence of insensate foot at the PCU was 7% and found primarily in elderly patients. Improved screening insensate foot programs are needed for elder diabetic patients to reduce the risk of ulceration and lower extremity amputation.

Keywords:

The prevalence of insensate foot, Type 2 diabetic patients, 10-g monofilament



ความชุกของการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



แพทย์หญิงกนกพร ราชแพทยาคม
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์รัตน์
แพทย์หญิงรัตนารักษ์ ชูทอง
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

ความเป็นมา:

การสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดเป็นแผลเรื้อรังและอาจถูกตัดขาหรือเท้าในอนาคต หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีแนวทางการตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ แต่การประเมินการสูญเสียความรู้สึกที่เท้ามักจะถูกกละเลย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งหวังที่จะหาความชุกของการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อแสดงขนาดของปัญหาที่ชัดเจนและเป็นแนวทางในการปรับปรุงแผนการตรวจคัดกรองการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต

วิธีการ :

ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2560 ที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัย จะได้รับการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สืบหาความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า และทดสอบภาวะการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า โดยใช้โมโน-ฟิลาเมนต์ขนาด 10 กรัม

ผลการศึกษา :

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 250 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 59 อายุเฉลี่ย 64 ปี (95%CI 63-66) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี และมีค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่าไขมันในเลือดอยู่ในระดับที่ควบคุมดี จากการทดสอบพบว่าร้อยละ 7 มีการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า ซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.041)

สรุป :

ความชุกของการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิพบร้อยละ 7 โดยพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ ดังนั้นอาจจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ :

ความชุกของการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง, โมโนฟิลาเมนต์ขนาด 10 กรัม

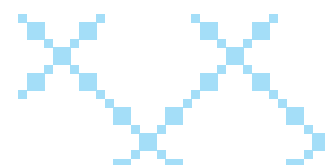
Introduction

Diabetic mellitus (DM) is a chronic disease and a significant public health problem around the world. The World Health Organization (WHO) predicted that DM would affect more than 415 million persons worldwide by 2015 and will affect an estimated increase to 642 million by 2040¹. In Thailand, the diabetic patients are also likely to increase every year. By 2014, the prevalence of diabetic patients increased to 4.8 million persons from 3.3 million persons by 2009². It was found that patients with type 2 diabetes comprise more than 90-95% of all diabetic patients³. DM causes many serious complications including cardiovascular disease that causes death and disability, diabetic retinopathy leading to blindness, the diabetic nephropathy which causes kidney failure and diabetic peripheral neuropathy (DPN) that leads to diabetic foot ulcers and leg or foot amputation in the diabetic patients⁴⁻⁹.

The International Diabetic Federation (IDF) reported that 70% of all leg amputations occur in people with DM. There are people who lose one leg or foot from DM every 30 seconds¹⁰. The diabetic situation and its impact on Thailand in 2013 reported that 70% of diabetic patients in Thailand had neuropathy causing numbness or pain in the hands or feet. In addition ten percent of diabetic patients in Thailand had ulcers from sensory loss in the foot that caused leg or foot amputation in 3-4% of diabetic patients³. The National Health Security Office (NHSO) of Thailand saw the importance of this problem so they created the Clinical Practice Guidelines (CPG) for prevention and management of

diabetic foot complications in 2013¹¹. They recommended all diabetic patients to have a feet assessment at least once a year. A foot assessment includes the following: 1. History of the risks of foot ulcers, 2. Foot inspection for ulcers, skin, nail, and foot deformities, 3. Peripheral vascular assessment of intermittent claudication and examining the pulses of each foot. 4. Insensate foot assessment with reduced or lack of protective sensations in the foot¹² utilizing 10 g monofilament tests in four sites of each foot. One or more abnormal site indicates an insensate foot. The 10-g monofilament test for four sites of each foot has a sensitivity of 90% and specificity of 80% for detecting insensate foot in a late DPN complication¹³.

The Primary Care Unit (PCU) of Songklanagarind Hospital recorded many diabetic patients in attendance and rising every year. By 2015, there were 817 diabetics with type 2 diabetes. The PCU had a diabetic screening plan for foot ulcers in all diabetic patients following the CPGs for the prevention and management of diabetic foot complications in 2013. The insensate foot assessment, however, was often neglected because it required special equipment (10-g monofilament) and a special examination technique which required 5-10 minutes for examination. A nurse who was responsible for diabetic foot ulcers screening on that day could not exam the feet of all diabetic patients that came to the PCU due to many responsibilities (teaching diabetic foot care, insulin injection technique and diabetic complications). The screening for insensate foot in diabetic patients is vital in early identification of DPN, enabling



earlier intervention and management to reduce the risk of ulceration and lower extremity amputation¹⁴.

This research was conducted to determine the prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients at the PCU, stratified by patient characteristics for assessing the size of the problem and improving the screening program to reduce the incidence of neuropathic diabetic foot ulcerations¹⁵. The prevalence in this study would be a baseline for future comparisons to determine the effectiveness of care for diabetic patients at the PCU of Songklanagarind Hospital.

Material and Method

Objectives

To determine the prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients at the PCU.

Study Design

Descriptive cross-sectional study

Setting

A Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital, Hatyai, Songkhla, Thailand

Participants

Type 2 diabetic patients attending the Primary Care Unit during 1 October to 31 December 2017

Inclusion Criteria:

1. Type 2 diabetic patients
2. Age more than or equal to 35 years

Exclusion Criteria:

1. The participants have an ulcer or abnormal foot in an area of 10-gm monofilament testing that prevent testing at every point at that time.

2. The participants could not communicate.

Study Variables

Independent variables included age, duration of diabetes, smoking, BMI, blood pressure, fasting plasma glucose, HbA1c, LDL-C

Dependent variables included insensate foot

Data Collections

1. The history of sex, age, religion, smoking, duration of DM, history of ulcer and foot/toe amputation, complication of DM and history of intermittent claudication were collected by patient interview.

2. The skin, nails, and deformity of the feet were collected by survey and the pulse strength of the dorsalis pedis pulse and posterior tibial pulse of each foot were assessed by palpation to evaluate the peripheral vascularity of the feet.

3. Foot sensation was examined in a quiet and normal temperature room. Participants sat in a comfortable and relaxed position without catching or supporting the foot and closed their eyes. The investigator used a Semmes-Weinstein Monofilament size 10 grams pressed perpendicular to the skin (shown in Figure 1) at the desired position for 1-1.5 seconds then released. Tested at 4 sites of each foot (plantar surface of the hallux and plantar surface of the first, third and fifth metatarsal head shown in Figure 2) If the participant did not feel pressure or answered incorrectly, the investigator repeated the examination for confirmation. If the participant still did not feel pressure only in one position of one

foot, the participant had insensate foot. For the participant who had an amputated toe or part of foot, the investigator evaluated the remaining sites. If they did not feel pressure in only one position that meant a loss of protective sensation and had insensate foot.

4. The data included weight, height, BMI, blood pressure and most recent laboratory tests which were collected by review of outpatient medical records.



Figure 1 10-g Monofilament Testing Method¹⁶

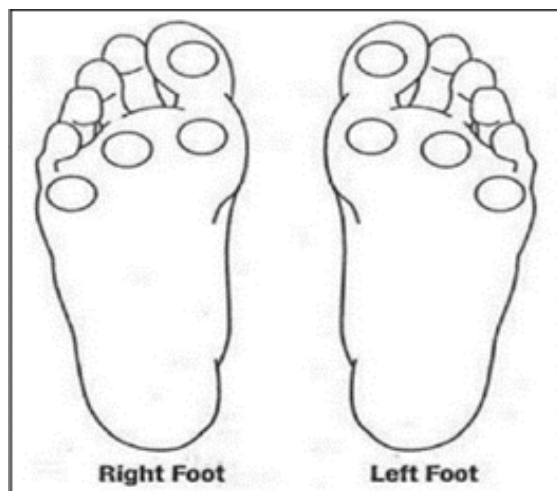


Figure 2 Sites of Protective Sensation Assessment¹⁶

The data were collected by six research assistants who were nurses at the PCU experienced in foot examinations. The researcher explained the data collection methods and foot examinations to the research assistants. The researcher observed the data collection methods and foot examinations of all research assistants until they were competent. If the research assistants had difficulty collecting data, they could consult the researcher for assistance.

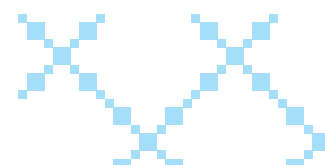
Data Analysis

The sample size was calculated by using an infinite population formula¹⁷. The acceptable sampling error was 5% and the prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients from a review of literature was 20%¹⁸.

Statistical analyses were performed using Stata and Microsoft Excel 2016 program.

In descriptive statistics, the discrete data were presented with the percentage and corresponding 95% confidence intervals (95% C.I.). The normally distributed continuous data were presented with the mean and corresponding 95% confidence intervals (95% C.I.). The abnormally distributed continuous data were presented with the median and corresponding 95% confidence intervals (95% C.I.). Patient characteristics data were analyzed using standard statistical tests (e.g. binomial exact test, t-test and median test).

In Analytic statistics, the Fisher exact test was used to assess the relationship between variables of interest. Statistical significance was set at the p-value < 0.05.



Results

From 250 participants, 149 (59%) were female and 103 (41%) were male with a mean age of the participants at 64 years (95% C.I. 63-66). The majority of the participants had diabetes for more than ten years. Only 10% of participants were smokers and most did not have diabetic complications as shown in Table 1.

Table 1 The socio-demographic characteristics of participants.

Characteristics	N*	Mean or percentage†	95% C.I.
Age (mean)		64	63 – 66
Gender			
Male (%)	103	41%	35%-47%
Female (%)	147	59%	53%-65%
Smoking (%)			
Smoking (%)	26	10%	7%-14%
Non-smoking (%)	224	90%	85%-93%
Duration of diabetes			
<1 year (%)	18	7%	5%-11%
1-5 years (%)	69	28%	22%-34%
6-10 years (%)	81	32%	27%-38%
>10 years (%)	82	33%	27%-39%
Diabetic complication			
Retinopathy (%)	17	7%	4%-11%
Nephropathy (%)	25	10%	7%-14%
Cardiovascular disease (%)	7	3%	1%-6%
Peripheral vascular disease (%) ³		1%	0%-4%
Peripheral Neuropathy (%)	2	1%	0%-3%
No complication (%)	209	84%	78%-88%

* N = the number of participants in that characteristic

† percentage = the number of participants in that characteristic/the total of participants (250)

The mean BMI was 26 kg/m² (95% C.I. 26-27) showing that most participants were overweight, however, the mean blood pressure was in good control. The biochemical parameters including the medians of HbA_{1c}, serum creatinine, eGFR and lipid profile levels were also in control except for mean of FPG which was only slightly above the threshold as shown in Table 2.

Table 2 The physical characteristics and biochemical parameters of participants.

Characteristics	Mean or Median	95% C.I.
Height (Median)	158	153-165
Weight (Mean)	66	64-68
Body mass index (Mean)	26	26-27
Systolic blood pressure (Mean)	135	134-137
Diastolic blood pressure (Mean)	75	74-77
Fasting plasma glucose (Mean)	143	138-148
HbA1c (Median)	6.9	6.2-7.8
Creatinine (Median)	0.9	0.7-1.1
eGFR (Mean)	79	76-81
Total cholesterol (Mean)	169	164-173
LDL cholesterol (Mean)	109	105-113
HDL cholesterol (Mean)	52	50-54
Triglycerides (Median)	120	94-162

The prevalence of insensate foot in this study was 7% when stratified by patient characteristics and significantly increased with increasing age (P-value 0.041). No significant differences were indicated within the following factors: gender, smoking, duration and complications of diabetes, BMI, blood pressure, Fasting Plasma Glucose (FPG), HbA1c, LDL-C levels as shown in Table 3.

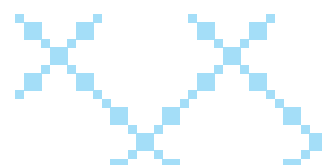


Table 3 The prevalence of insensate foot stratified by patient characteristics.

Characteristics	N*	n†	Percentage‡	95% C.I.§	P-value
Insensate foot	250¶	18	7%	5%-11%	
Sex					
Female	147	13	9%	5%-14%	0.321
Male	103	5	5%	2%-11%	
Age					
<60 years	81	2	2%	1%-10%	0.041
60-70 years	101	7	7%	3%-14%	
>70 years	68	9	13%	7%-24%	
Smoking					
No	224	17	8%	5%-12%	0.703
Yes	26	1	4%	0%-25%	
Duration of diabetes					
<1 years	18	1	6%	1%-35%	0.073
1-5 years	69	2	3%	1%-11%	
6-10 years	81	4	5%	2%-13%	
>10 years	82	11	13%	7%-23%	
Complication of diabetes					
No complications	209	15	7%	4%-11%	0.508
Complications	41		10%	4%-24%	
BMI					
<25 kg/m ²	107	10	9%	5%-17%	0.324
≥25 kg/m ²	143	8	6%	3%-11%	
Systolic blood pressure					
<140 mmHg	165	10	6%	3%-11%	0.439
≥140 mmHg	85	8	9%	5%-18%	

Table 3 The prevalence of insensate foot stratified by patient characteristics. (Continuous)

Characteristics	N*	n†	Percentage‡	95% C.I.§	P-value
Diastolic blood pressure					
<90 mmHg	229	18	8%	5%-12%	0.377
≥90 mmHg	21	0	0%	-	
Fasting plasma glucose					
≤130 mg/dl.	110	7	6%	3%-13%	0.806
>130 mg/dl.	140	11	8%	4%-14%	
HbA1c					
<7%	126	9	7%	4%-13%	1.000
≥7%	124	9	7%	4%-13%	
LDL-C					
<100 mg/dl.	115	8	7%	2%-3%	1.000
≥100 mg/dl.	135	10	7%	2%-4%	

* N = the number of participants in that characteristic

† n = the number of patients with insensate foot in that characteristic

‡ Percentage = (the number of patients with insensate foot in that characteristic/ the number of participants in that characteristic) x 100

§ Exact binomial statistics

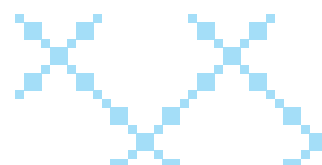
|| Fisher exact test

¶ The total number of participants

Discussions

This study found a 7% prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients at a Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital. This prevalence was less than other studies that used the 10-g monofilament testing in four sites of each foot by Kiatpakdee et al. and Bloor et al. Their study was conducted at a tertiary hospital in 2009 and 2016 and found the prevalence of insensate foot to be 26%¹⁸ and 27%¹³, sequentially. The difference may be due to the

different populations studied. This study was conducted at the PCU so the diabetic patients who entered the service were not a complex group because, the diabetic patients who had previously experienced a loss of foot sensation with foot deformity would be referred to Prosthesis and Orthosis clinics where physiatrists cared for foot complications. This population may differ from the tertiary hospitals that have a greater variety of diabetic patients.



The prevalence of insensate foot in this study found females had an insignificantly higher insensate foot than males as in Kiatpakdee et al¹⁸. Regarding age, the prevalence of insensate foot significantly increased with increasing age consistent with Nikolaos et al. This may be due to elderly patients being more likely to develop neurological degeneration that was not a direct complication of diabetes¹⁹.

In part diabetes was found to have a prevalence of insensate foot with a duration of diabetes more than 10 years. However according to Kiatpakdee et al. patients with a long history of diabetes had an increased prevalence of insensate foot¹⁸. Regarding smoking, BMI, glucose levels and LDL-C, there were no significant differences in the prevalence of insensate foot between the well-controlled and poorly-controlled groups.

One limitation of this study may have been a selection bias. The patients interested in

participation in this study may have been more aware of health issues so, the prevalence in this study might be lower than reality. A secondary limitation of this study may be the screening of insensate foot in type 2 diabetic patients by 10-g monofilament as testing four sites of each foot did not have 100% accuracy. The study of Nalini et al.²⁰ found four site testing had a 90% sensitivity and 80% specificity.

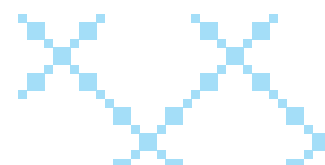
Conclusion

The prevalence of insensate foot in type 2 diabetic patients at a Primary Care Unit of Songklanagarind Hospital was 7%. and found primarily in elderly patients. Careful screening and evaluation must be performed in patients in this group. Improved screening programs for insensate foot for elderly diabetic patients may reduce the risk of ulceration and lower extremity amputation.

References

1. Cho NH, Whiting D, Forouhi N, Guariguata L, Hambleton I, Li R, et al. IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition 2015: Karakas Print 2015.
2. Kanjanapibulwong A, Akeplakorn W, Suksa-Ard T. Report a situation NCDs: kick off to the goals Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2014
3. Association AD. Standards of Medical Care in Diabetes -2015. Diabetes Care January 1, 2015; 38 (Supplement 1): S60-S62.
4. UK Prospective Diabetes Study 6. Complications in newly diagnosed type 2 diabetic patients and their association with different clinical and biochemical risk factors. Diabetes research (Edinburgh, Scotland). 1990;13(1):1-11.
5. Fong DS, Aiello L, Gardner TW, King GL, Blankenship G, Cavallerano JD, et al. Diabetic retinopathy. Diabetes Care. 2003; 26 Suppl 1: S99-s102.
6. Molitch ME, DeFronzo RA, Franz MJ, Keane WF, Mogensen CE, Parving HH. Diabetic nephropathy. Diabetes Care. 2003; 26 Suppl 1: S94-8.
7. Curnow S. Diabetic Association, BDA, Diabetes UK. The British Journal of Diabetes & Vascular Disease. 2002;2(6):469-72.
8. Kannel WB, D'Agostino RB, Wilson PW, Belanger AJ, Gagnon DR. Diabetes, fibrinogen, and risk of cardiovascular disease: the Framingham experience. American heart journal. 1990;120(3):672-6.

9. Mayfield JA, Reiber GE, Sanders LJ, Janisse D, Pogach LM. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26 Suppl 1: S78-9.
10. Boulton AJ, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *The Lancet*. 2005;366(9498):1719-24.
11. Potisat S, Nitiyanant W, Chuangsuwanit A, Kamnerdnakta S, Srisawat K, Vongsaisuwan M. Prevention and Management of Diabetic Foot Complications 2013. National Health Security Office. 1st edition. Bangkok: Sangjun printing; 2013
12. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(1):136-54.
13. Bloor A, Bhatia S, Padubidri JR. Prediction of Insensate Peripheral Neuropathy in Diabetics using “Semmes-Weinstein Monofilament” Examination. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Sciences*. 2016;6(12).
14. Feng Y, Schlösser FJ, Sumpio BE. The Semmes Weinstein monofilament examination as a screening tool for diabetic peripheral neuropathy. *Journal of Vascular Surgery*. 2009;50(3):675-82. e1.
15. Tesfaye S, Stevens L, Stephenson J, Fuller J, Plater M, Ionescu-Tirgoviste C, et al. Prevalence of diabetic peripheral neuropathy and its relation to glycaemic control and potential risk factors: the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabetologia*. 1996;39(11):1377-84.
16. Nitiyanant W, Sutthijumroon A, Pulsupprasit S, Imsuwansri T, Kunsuikmengrai K, Benjasuratwong Y. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017. Diabetes association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. 2nd edition. Pathumthani: Romyen media; 2017
17. Cochran WG. Sampling techniques: John Wiley & Sons; 2007.
18. Kiatpakdee J, Leelasamran W, Permsirivanish W, Tipchatyotin S. Using 10-g Monofilament to Test Insensate Foot in Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *J AThai Rehabil Med* 2009; 19(3):86-90.
19. Papanas N, Ziegler D. Risk factors and comorbidities in diabetic neuropathy: an update 2015. *The review of diabetic studies: RDS*. 2015;12(1-2):48.
20. Sing N, Armstrong DG, Lipsky BA. Prevention foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005; 293: 217-28.



“ตอนนี้ไม่สำคัญว่าอะไรจะมาถึงใหม่ ขอเพียงผมนั่งดูบ้านที่กำลังสร้างได้ก็พอ”



กรณีศึกษา

การดูแลรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วย กลุ่มอาการกลุ่มรากประสาทคล้ายหางม้าจากเนื้องอก

“At this time, I don't want to know what my diagnosis is as how I could sit looking at my home under construction”. A case study of palliative care in neoplastic cauda equina syndrome patient.

นายแพทย์ธัชวิทย์ สุธรรม

แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Email: tatchawit.sutham@gmail.com

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงปัทมา โกมุกบุตร

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว, Dip in palliative care (APHN, UCSF), ว.ประสาทวิทยา

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการกลุ่มรากประสาทคล้ายหางม้า (Cauda equina syndrome) เป็นภาวะสูญเสียการทำงานของเส้นประสาทไขสันหลังระดับเอวและกระเบนเหน็บ (Lumbosacral) ก่อให้เกิดอาการสามอย่าง (Triad) ได้แก่ ปวดหลังส่วนล่าง ชาอ่อนแรงจากการกดทับรากประสาทหลายตำแหน่ง (Multiple radiculopathy) และ การขับถ่ายผิดปกติ ในผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดจากการกระจายของโรคมะเร็งเข้าไขสันหลัง (Spinal metastasis) ผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคต่ำกว่าหกเดือน และผู้ป่วยมีความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะอยู่กับบ้านเพื่อเฝ้ามองผลงานชิ้นสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ผู้เขียนจึงนำเสนอบทเรียนว่าทีมเยี่ยมบ้านมีบทบาทอย่างไร ในด้านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) การจัดการความหวัง (Wish management) การช่วยเหลือในด้านการดูแลรักษาโรค (Disease management) และ การจัดการอาการทุกข์ทรมาน (Symptom management)

กรณีศึกษา

ชายไทยหม้ายอายุ 38 ปี ภูมิลำเนาจังหวัด เชียงใหม่ อาชีพสถาปนิก จบปริญญาโท ทำงานเขียนแบบ ให้บริษัทแห่งหนึ่ง

2 ปีก่อนมีน้ำหนักลดผิดปกติ การตรวจวินิจฉัย โดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อ่านผลว่าพบโรคตับแข็งและ มะเร็งเซลล์ตับ (cirrhosis with hepatocellular carcinoma) พบก้อนที่ตับขนาด 9x9x8 เซนติเมตร ผลการ ตรวจชิ้นเนื้อที่ตับ (liver biopsy) พบชิ้นเนื้อประเภท well differentiated hepatocellular carcinoma ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้เคมีบำบัด และ Transarterial chemoembolization (TACE) จนอาการทรงตัว

1 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ช่องท้องพบก้อนมะเร็งขยายขนาดและเพิ่มจำนวนในตับ รวมทั้งมีการกระจายไปยังกระดูกสันหลัง L4 (ภาพที่ 1) หลังจากราบผลครั้งนี้ผู้ป่วยและญาติจึงตัดสินใจขอรักษาตามอาการที่บ้าน ผู้ป่วยเริ่มลงมือทำในสิ่งที่ตั้งใจมานานคือ ออกแบบบ้านหลังใหม่สร้างในพื้นที่บ้านเดิมให้ พ่อ แม่ และน้ำอยู่

2 เดือนก่อน ทีมเยี่ยมบ้านได้รับการปรึกษา ผู้ป่วยเริ่มสังเกตเห็นว่าขาสองข้างค่อยๆ อ่อนแรงมากขึ้น เริ่มจากต้นขาซ้าย ไปเท้าซ้าย ก่อนลามไปต้นขาขวา เริ่มมีอาการปวดร้าวต้นขา และต่อมามีอาการขาอืด ผู้ป่วยยังบังคับการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้ แต่ต้องใส่ผ้าอ้อม เนื่องจากไม่สามารถลุกไปเข้าห้องน้ำ ผู้ป่วยต้องการนั่งรถ ล้อเข็นเพื่อออกไปดูบ้านที่กำลังสร้างแต่นั่งไม่ได้เนื่องจากมีอาการปวดมากเวลานั่งและย้ายจากรถล้อเข็นกลับมาที่เตียง ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงงมาก จึงไม่ยอมรับรับประทานยาแก้ปวด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

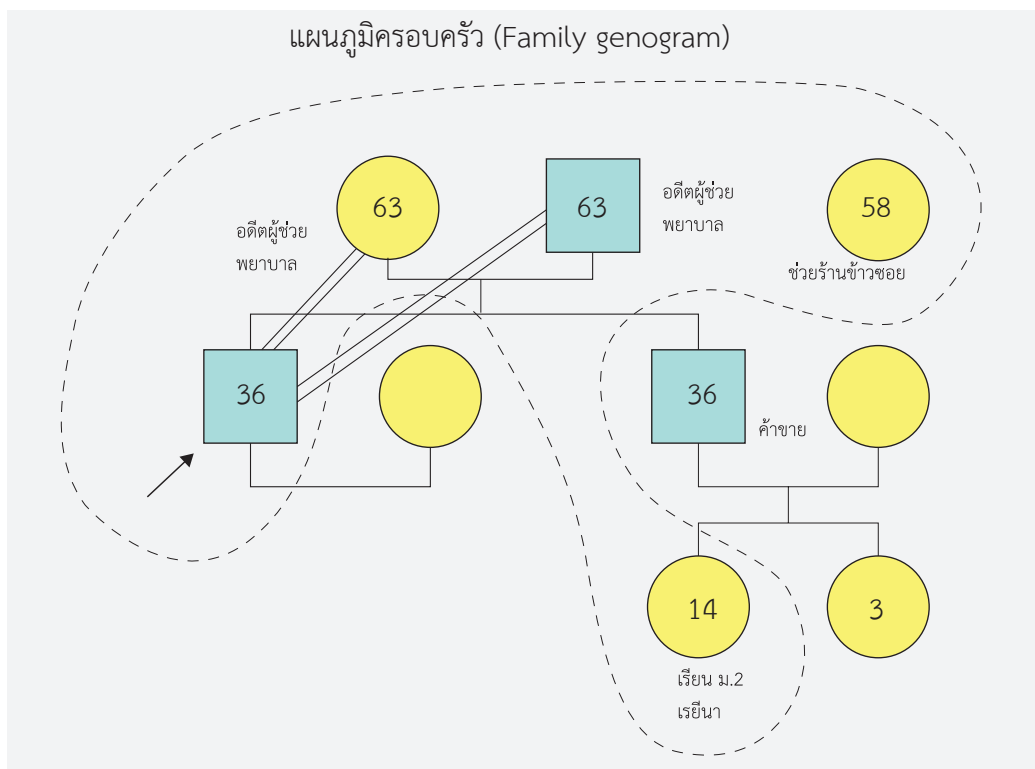
ไม่มีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ โรคประจำตัวใด ๆ มาก่อน

ประวัติส่วนตัว

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ลักษณะอุปนิสัย เป็นคน ใส่ใจสุขภาพ

บริบทครอบครัว

ผู้ป่วยหย่ากับอดีตภรรยาโดยไม่มีบุตรด้วยกัน ก่อนที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งประมาณ 1-2 ปี หลังจากนั้น ไม่ได้ติดต่อกันอีก



ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับบิดา มารดาและน้องสาวของบิดา มีน้องชาย 1 คน

บิดา และมารดา เดิมประกอบอาชีพผู้ช่วยพยาบาล ทั้งสองทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (Care giver) คอยช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ ทำอาหารให้รับประทาน ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ จัดเตรียมยาแก่ผู้ป่วย และคอยช่วยทำกายภาพแก่ผู้ป่วย

น้องสาวของบิดา เปิดร้านข้าวซอย อาศัยอยู่บ้านหลังที่ติดกับบ้านผู้ป่วย มาคอยช่วยดูแลผู้ป่วยในบางวัน

น้องชายของผู้ป่วย อายุ 36 ปี ทำงานอาชีพค้าขาย มีครอบครัวอาศัยอยู่คนละบ้านมาเยี่ยมผู้ป่วยนาน ๆ ครั้ง

บริบทสังคม เศรษฐกิจ และสิทธิการรักษา

ผู้ป่วยมีเงินเก็บพอใช้จ่ายส่วนตัว ใช้สิทธิการรักษา ประกันสังคม รายได้ของครอบครัวมาจากเงินบำนาญของบิดา 7,000 บาทต่อเดือน และเงินบำนาญของมารดา 10,000 บาทต่อเดือน

Physical examination

A middle-aged man, mostly bed bounded contributed with paraplegia. Mild dyspnea while talking. Severe cachexia with limited food intake. Normal consciousness. PPS = 40 %

HEENT: Marked icteric sclera, right supraclavicular lymph node enlargement

Lungs: Decreased breath sound at Rt. Lung, Dullness on percussion Rt. Lung

Abdomen: Positive for ascites and dilated abdominal vein

Musculoskeletal: Right clavicle bone warmth and tender mass

Neurological examination :

Normal attention, fluent speech, no psychomotor retardation

Cranial nerves all are grossly intact

No truncal ataxia

Motor :

Neck and upper extremities gr V all

Lower extremities

Hip flexion Rt. gr III Lt. gr II

Hip adduction Rt. gr III Lt. gr II

Hip abduction Rt. gr IV Lt. gr IV

Hip extension Rt. gr IV Lt. gr IV

Knee extension Rt. gr IV Lt. gr IV

Dorsiflexion Rt. gr IV Lt. gr III

Increase tone and spasm of both hamstring

Sensory : Pinprick sensation decrease Lt. L3-L4 dermatome

Reflex : Decreased all

Babinski test no response

Note: Perianal sensation numbness and intact anal sphincter tone (จากการบอกเล่าของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดจึงประสงค์ไม่รับการตรวจทวารหนัก)

การส่งตรวจ



ภาพ 1 : CT abdomen arterial phase

- Overall increased in size and numbers of multiple arterial enhancing masses with portal and delayed washout pattern occupying in nearly entire both lobes of liver with some non-enhanced area of necrosis. The portal vein is patent, no evidence of bile duct dilatation.
- A newly expansile osteolytic lesion located in L4 vertebral body has seen.

Clinical diagnosis: Cauda equina syndrome

Initial diagnosis: Lumbosacral root compression from epidural extension of vertebral body metastasis

การวางแผนการดูแลรักษา

ทางทีมรักษาพยาบาล อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และกายภาพบำบัด ได้วางแผนการดูแลตามบันไดสามขั้นคือ disease, symptom และ wish management ดังนี้

Disease management

จากการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยเข้าได้กับ cauda equina syndrome โดยสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดเป็นผู้ป่วยมะเร็งคือ epidural compression

from vertebral body metastasis¹ ซึ่งผู้ป่วยเองมีประวัติรอยโรคที่ L4 vertebral body ซึ่งใกล้เคียง spinal canal อยู่แล้วจึงมีความเป็นไปได้มาก แนวทางการวินิจฉัยเพื่อให้แน่ชัด คือการทำ MRI spine เนื่องด้วยสภาวะร่างกายผู้ป่วยไม่เหมาะกับการผ่าตัด การรักษาจึงเป็นการพิจารณารับการ Radiation therapy (RT) อย่างไรก็ตามด้วยพยากรณ์โรคของผู้ป่วย การตัดสินใจจึงใช้ Jonsen's 4 boxes medical decision model² ได้แก่ Medical indication, Quality of life, Patient preference และ Family context

- **Medical indication** พยากรณ์ถึงผลลัพธ์ RT ที่สำคัญที่สุดคือ อาการอ่อนแรงก่อนได้รับ RT (pretreatment neurological status) กล่าวคือ หากผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาตอนมีอาการปวดแต่ยังไม่อ่อนแรง จะมีประโยชน์ในการลดความพิการมากกว่าการได้รับรังสี

รักษาหลังจากที่มีอาการอ่อนแรงแล้ว นอกจากนี้จากการประเมิน Prognosis score ในการช่วยประเมิน survival หลังรังสีรักษา³ ซึ่งแบ่งผู้ป่วยตามกลุ่มการพยากรณ์โอกาสมีชีวิตนานเกิน 6 เดือน เป็นสามกลุ่มเพื่อวางแผนการรักษา ได้แก่ กลุ่มโอกาสน้อย คะแนน 20-30 โอกาสปานกลาง 31-35 และกลุ่มมีโอกาสมาก คือคะแนน 36 ขึ้นไป เมื่อคำนวณพยากรณ์โรคในผู้ป่วยรายนี้ออกมาได้ คะแนนเท่ากับ 28 (type of primary tumor (4), other bone metastases at the time of RT (5), visceral metastases at the time of RT (2), interval from tumor diagnosis to MSCC (7), ambulatory status before RT (3), Time of developing motor deficit before RT (8)) จึงอยู่ในกลุ่ม short survival ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้นานเกิน 6 เดือนเพียง 20 % ดังนั้นเป้าหมายการ RT เป็นการให้รังสีรักษาระยะสั้นเช่นฉายครั้งเดียว (palliative short course RT) เพื่อบรรเทาอาการปวด และความสะดวกรสบายในการเดินทางมารับการรักษาของผู้ป่วยที่สภาพร่างกายอ่อนแอแบบผู้ป่วยรายนี้ มากกว่าหวังผลต่อสมรรถภาพหรือการรอดชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว

- **Quality of life** อาการปวดที่เกิดจากการลุกลามมะเร็งยังอาจใช้วิธีการอื่นช่วยได้ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล เครียดที่ต้องมาทำรังสีรักษาบ่อย ๆ และไม่ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่กับบิดามารดา

- **Patient preference** ผู้ป่วยคิดว่าแม้จะขยับได้น้อยแต่เวลาที่เหลืออยู่ได้อยู่กับบ้านกับพ่อแม่คุ้มค่ากว่าการขยับขามากขึ้นแต่ต้องเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล “ตอนนี้ไม่สำคัญว่ามะเร็งจะลามไหม ขอเพียงผมนั่งดูบ้านที่กำลังสร้างได้ก็พอ”

- **Family context** ครอบครัวมีศักยภาพโดยบิดาและมารดาเป็นอดีตผู้ช่วยพยาบาลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจเกี่ยวกับโรคของตัวผู้ป่วย มีทรัพยากรและเต็มใจดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น เป้าหมายการดูแลในรายนี้จึงเป็น ‘best supportive care’

Symptom management

Non-pharmacologic management

อาการปวดขณะนั่งรถล้อเข็น ได้ปรึกษาอาชีพบำบัด อาชีวบำบัดให้ความเห็นว่า สาเหตุของอาการปวดเกิดจากการกดทับปุ่มกระดูกร่วมกับตัวที่ยกเพราะผู้ป่วยผอมมาก มีข้อเสนอแนะให้เสริมหมอนรองนั่งและเสริมที่วางแขนให้มั่นคง ในเรื่องขาสองข้างอ่อนแรงขา ได้ให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยและบิดามารดาของผู้ป่วย แนะนำการติดต่อหน่วยงานกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่มีอาการหอบเหนื่อย มีอาการท้องผูกเป็นบางครั้ง ทางผู้รักษาได้ให้กำลังใจและ empowerment บิดามารดาของผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

Pharmacologic management

ตรวจสอบยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยใช้ ประกอบด้วย morphine sustain-released capsule 20 mg OD, morphine immediate released syrup (10 mg/5 ml) 3 ml prn for pain q 4 hrs, Gabapentin 100 mg hs, senokot 2 tab hs พบว่าผู้ป่วยได้ยามอร์ฟีนออกฤทธิ์เร็วใหม่ (morphine syrup) รับประทานเวลาปวดขนาด 6 mg/dose ของผู้ป่วย คิดเป็น 30% ของ Total morphine daily dose ซึ่งเกินกว่าระดับแนะนำคือ 10-20% ของ Total morphine daily dose (ในรายนี้คือ 20mg/day) ที่เป็นขนาดรับประทานเวลาปวด จึงควรอยู่ที่ 2-4 mg ได้ปรับขนาดยามอร์ฟีนออกฤทธิ์เร็วใหม่ เป็น morphine immediate released syrup (10 mg/5 ml) 2 ml (4 mg) แทน 3 ml (6 mg) เนื่องจากขนาดยาเดิมอาจส่งผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังทาน และให้รับประทาน 15 นาทีก่อนขยับลุกเปลี่ยนจากล้อเข็นมาเตียงนอน เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดเฉพาะเวลาลุกนั่ง pain score ประมาณ 5 คะแนน หลังจากรับประทานขนาดยาใหม่ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดทุเลา

Wish

ทางทีมเยี่ยมบ้านได้ทำ walk and talk living will ในวันที่ผู้ป่วยสามารถนั่งล้อเข็นไปดูบ้านตามความตั้งใจ เมื่อผู้ป่วยกล่าวออกมาว่า ‘นี่คงเป็นบ้านหลังสุดท้าย

ที่ผมออกแบบ’ พยาบาลเยี่ยมบ้านจึงเปิดประเด็นว่า ‘เหตุใดจึงคิดเช่นนั้น’ ผู้ป่วยนิ่งไม่ตอบ แต่เป็นสัญญาณว่าผู้ป่วยเริ่มเปิดใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้ 3 I’s คือ improve, immunize และ I wish ซึ่งผู้เขียนดัดแปลงจากหลักการให้คำแนะนำแบบ ‘sandwich technique’ (offering a positive comment, followed by an area for improvement, and closing with a positive comment) ⁴

Improve: ตอนนี้นักใช้ก็อาการดีขึ้นแล้ว เรามาพูดเรื่องอนาคตกันดีไหมครับ

Immunize: คนไข้เคยเห็นหรือเคยทราบเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการปั๊มหัวใจเพื่อฟื้นคืนชีพหรือไม่ คิดว่าอย่างไร ผู้ป่วยกล่าวว่าเคยอ่าน คิดว่าไม่อยากให้ใส่ท่อช่วยหายใจ แต่หากว่าแพทย์คิดว่าเป็นประโยชน์อยู่ก็ให้ทำเข้าใจว่า living will คือ ‘เอกสารช่วยแพทย์ตัดสินใจ’ ซึ่งขอเก็บไว้ทำตอนมีเวลาว่างอีกที

I wish: ที่พูดถึงเพราะอนาคตเป็นสิ่งไม่แน่นอน อะไรก็เกิดขึ้นได้ แต่ทีมเยี่ยมบ้านก็ปรารถนาผู้ป่วยได้ขึ้นบ้านใหม่ดังหวัง



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยนั่งบนรถล้อเข็นที่รองที่นั่งไว้ด้วยหมอนทั้งที่นั่งและวางแขน ทำให้สามารถมานั่งดู ‘บ้านที่ผมออกแบบเป็นหลังสุดท้าย’ ได้ แพทย์และพยาบาลเยี่ยมบ้านกำลังอธิบายเกี่ยวกับเอกสาร living will ซึ่งสุดท้ายแล้วผู้ป่วยก็ไม่ได้เขียน

ผลลัพธ์ของการดูแล

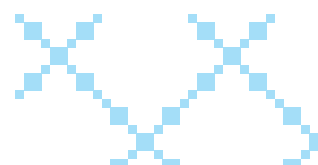
ในการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการปวดได้จนล่าสุดไม่มีอาการปวด สามารถที่จะลุกนั่งในเก้าอี้ล้อเข็นได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเช่นแผลกดทับหรือติดเชื้อระบบหายใจ ติดเชื้อระบบปัสสาวะ สภาพจิตใจดีขึ้น ได้มองเห็นบรรยากาศนอกบ้านและได้มองเห็นบ้านที่กำลังสร้างหลังใหม่ สภาพจิตใจของบิดามารดาดีขึ้น มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และบิดามารดาสามารถที่จะทำกายภาพผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2 สัปดาห์หลังจากการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย บิดาได้โทรศัพท์มาแจ้งทีมเยี่ยมบ้านว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน โดยเช้าวันก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยยังตื่นขึ้นมาปกติและเมื่อบิดาถามว่าอยากรับประทานอาหารอะไร ผู้ป่วยบอก ‘ซูชิ’ ระหว่างบิดาออกไปซื้อนั้น มารดาที่เฝ้าสังเกตผู้ป่วยเริ่มซึมหลับ หายใจช้าลง ชีพจรช้าลง มารดาได้จับมือผู้ป่วยและสวดมนต์ จนบิดากลับมาถึงบ้าน ผู้ป่วยจึงจากไปอย่างสงบ

1 สัปดาห์หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมเยี่ยมบ้าน ได้ติดตาม ประเมิน Bereavement care โดยวิธีสื่อสารผ่าน video call พบว่า บิดามารดาสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีความรู้สึกผิดหรือสิ้นหวัง มีสิ่งค้างคาใจเล็กน้อยว่า ‘ไม่ได้ขึ้นบ้านใหม่พร้อมกับเขา’

อภิปราย

Cauda equina syndrome และ spinal metastasis
อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการนำและพบบ่อยที่สุด ใน cauda equina syndrome คือ 90% รองลงมาคืออ่อนแรง 70% และอาการผิดปกติในการขับถ่าย 40% อาการอ่อนแรงบ่งชี้ว่ามีภาวะ radiculopathy มากกว่า myopathy โดยดูจากการอ่อนแรงจะเด่นที่ hip flexion กับ adduction ซึ่งเลี้ยงโดยเส้นประสาท L2-L3 มากกว่า hip extension กับ abduction ซึ่งเลี้ยงโดยเส้นประสาท L5-S1 สำหรับอาการชารอบก้น (sacral dysesthesia) และความผิดปกติในการขับถ่าย มักพบภายหลังเนื่องจากเส้นประสาทระดับ sacral อยู่ส่วนด้านในของ thecal sac จึงได้รับผลกระทบช้ากว่าหากเป็นพยาธิ



สภาพที่เป็นการกดเบียดจากภายนอก อาการผิดปกติของการขับถ่ายที่เกิดจาก lower motor neuron จะเป็นแบบ flaccid urinary retention หรือ overflow incontinence อย่างไรก็ตามหากมีการกดเบียดมากขึ้นจนถึงส่วนไขสันหลังระดับ sacral ก็อาจเกิด upper motor neuron pattern เป็นแบบ spastic urinary incontinent ได้ ดังนั้น อาการขับถ่ายใน cauda equina syndrome จึงมีความหลากหลายและไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยภาวะนี้

มาตรฐานการรักษาในภาวะฉุกเฉินของ cauda equina syndrome จาก spinal cord compression คือการให้ยาสเตียรอยด์บรรเทาผลกระทบจาก vasogenic edema จะได้ผลดีที่สุดหากได้รับยาภายใน 6-48 ชั่วโมง เพื่อรอ radiation therapy(RT) หรือผ่าตัดต่อไป จาก Cochran review ⁵ พบว่าการให้ Dexamethasone 10-16 mg loading และ 4 mg q 6 hrs (16 mg/day) และค่อย ๆ ลดลงใน 10-14 วัน ช่วยลดอาการปวดและลดความพิการไม่ต่างจากการให้ยาขนาดสูงกว่านี้ โดยสรุปจากข้อแนะนำในปัจจุบันควรให้ยาสเตียรอยด์ฉีดแก่ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะ cauda equina syndrome ในระยะเฉียบพลัน แต่ในผู้ป่วยรายนี้ได้ผ่านระยะเฉียบพลันมาแล้ว การให้สเตียรอยด์จึงอาจไม่ก่อประโยชน์

Wish management หรือ Advance care plan

Advance directive เป็นเอกสารระบุหัตถการจำเพาะมีความง่ายต่อผู้รักษา แต่ยังคงขาดประเด็นทางด้านการสื่อสาร และทางจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ป่วยและญาติต้องการมากกว่า แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจึงมีแนวคิดที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงเกิด 4th generation ของ Advance directive ชื่อว่า “Wish management” กล่าวคือแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาเสนอวิธีการรักษาที่ตรงกับเป้าหมายของผู้ป่วยและญาติมากที่สุด โดยไม่ใช่เป็นเพียงผู้มาทำหัตถการเท่านั้น (เป็น goal-orientated มากกว่า procedure-orientated) และควรมีการสื่อสารกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกาย จิตใจแข็งแรงอยู่ และมีการสื่อสารทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเรียกว่า “walk and talk living will”

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นตัวอย่างของการ ‘ตายดี’ ในสามมิติ คือ บริหารจัดการเกี่ยวกับตัวโรคเหมาะสมกับเป้าหมาย อาการรบกวนน้อย และไม่เหลือสิ่งค้างคาใจทั้งในผู้จากไปและผู้ยังอยู่

ทักษะของทีมเยี่ยมบ้านที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายนี้ อาจจัดเป็นบันไดสามขั้น คือ

ขั้นแรก ทักษะทางคลินิกในการวินิจฉัยแยกระหว่างอาการจากตัวโรคที่แก้ไม่ได้ (irreversible) กับสาเหตุที่แก้ได้ (reversible) เช่น การวิเคราะห์สาเหตุขาอ่อนแรงเป็นผลจากการกดของมะเร็งที่แพร่กระจายมากรากเส้นประสาทมากกว่าโพแทสเซียมต่ำ ร่วมกับความรู้อะเอียดของพยาธิวิทยาโรค ช่วยในการตัดสินใจว่าสิ่งใดจำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม

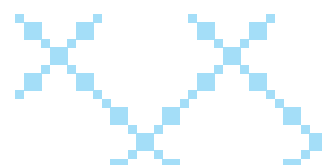
ขั้นที่สอง คือ จัดการอาการรบกวนให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยความรู้ของสหวิชาชีพทั้งการให้ยาและไม่ใช้ยาบำบัด

ขั้นที่สาม คือการส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณไม่ให้มีสิ่งค้างคาใจ ซึ่งการมีหรือไม่มีเอกสาร living will อาจไม่สำคัญเท่ากับการสื่อสารเปิดใจให้คนในครอบครัวทราบ ในการเริ่มพูดคุย advance care plan กับผู้ป่วย เป้าหมายหลักให้สมาชิกครอบครัวร่วมได้ยินรับรู้ ส่วนการเขียนหรือไม่เขียนเอกสาร living will ถือเป็นทางเลือก ผู้เขียนขออนุญาตใช้คำที่อาจารย์นายแพทย์ชาติรี เจริญศิริ เรียกว่า ‘walk and talk living will’

อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษานี้มีปัจจัยด้านผู้ป่วยที่บุคลิกเป็น ‘Analytic personality’ พร้อมรับฟังข้อมูลเพื่อการตัดสินใจวางแผนเป็นขั้นตอน และปัจจัยครอบครัวผู้ป่วยที่มีฐานะพอควรและพื้นฐานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จัดเป็น ‘good resource family’ ดังนั้นการสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการ ‘ตายดี’ ในบริบทอื่น ๆ จึงอาจแตกต่างจากนี้

Reference

1. Bennett SJ, Katzman GL, Roos RP, Mehta AS, Ali S. Neoplastic cauda equina syndrome: a neuroimaging-based review. *Pract Neurol*. 2016 Feb; 16(1):35–41.
2. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010. 228 p.
3. Rades D, Douglas S, Veninga T, Stalpers LJA, Hoskin PJ, Bajrovic A, et al. Validation and simplification of a score predicting survival in patients irradiated for metastatic spinal cord compression. *Cancer*. 2010 Apr 29; 116(15):3670–3.
4. Reddy ST, Zegarek MH, Fromme HB, Ryan MS, Schumann S-A, Harris IB. Barriers and Facilitators to Effective Feedback: A Qualitative Analysis of Data From Multispecialty Resident Focus Groups. *J Grad Med Educ*. 2015 Jun; 7(2):214–9.
5. George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Tharyan P. Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Sep 4 [cited 2018 Mar 1]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006716.pub3>



ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิต

นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประเดิษฐ์

อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์

รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Email: kasiwat@hotmail.com

“หมอเจี๊ยบคะ”

เสียงเรียกชื่อผมดังมาจากญาติเพียงหนึ่ง ขณะที่ผมกำลังเดินผ่านหอผู้ป่วย

“ครับ” ผมตอบรับ แล้วเดินไปหาเจ้าของเสียงซึ่งเป็นสุภาพสตรีอายุราวห้าสิบเศษ ญาติของผู้ป่วยติดเตียงรายหนึ่งที่นอนเป็นฉากอยู่เบื้องหลัง

“พี่หนูขอปรึกษาหน่อย เกี่ยวกับอาการของคุณพ่อ” คำถามที่ผมคุ้นเคยมาตลอดได้กลับมาอีกครั้ง

“เกิดอะไรขึ้นหรือครับ” ผมถามกลับไป

“ไม่ได้เจอคุณหมอมานานเลยนะคะ ไม่ทราบว่า คุณหมอยังจำคุณพ่อได้หรือเปล่า เมื่อก่อนเป็นคนไข้เบาหวานของคุณหมอ แต่ห้าปีที่แล้วเส้นเลือดในสมองตีบเป็นอัมพาตทั้งสองซีกเลยต้องใส่สายยางให้อาหารนอนอยู่ที่บ้าน”

ผมก้มลงไปมองป้ายชื่อปลายเตียง ก็ตกใจเล็กน้อย เพราะคุ้นชื่อมาก “จำได้ครับ แต่คุณพ่อผอมลงมากเลยนะคะ โอ...นอนแบบนี้มาห้าปีแล้วหรือครับ ใครดูแลเนี่ย เก่งมากเลยนะคะ แล้วมานอนอยู่ที่นี่ได้ยังไง”

“คือสองอาทิตย์ก่อนแกไอมาก พี่เลยพามาตรวจ หมอบอกว่าติดเชื้อในปอด ได้ยามาหลายวันแล้ว แต่แกซึมลงมาก ให้อาหารในสายก็ถ่ายหน้าตลอด สองสามวันหลังมีเหนื่อหอบบ่อย ๆ แต่ญาติคุยกันว่าจะไม่ใส่ท่ออะไรอีกแล้ว อยากปล่อยแกไป”

เสียงช่วงท้ายเริ่มสั้นเครือ

“แล้วมีอะไรที่ผมพอจะช่วยได้บ้าง” ผมเสนอตัว

“คือเมื่อก่อนคุณพ่อเค้าชอบคุยเล่นกับคุณหมอบ่อย ๆ มานอนอยู่ที่นี่หลายวันยังไม่เคยเจอคุณหมอเลย อยากให้หมอช่วยบอกแกให้รับอาหารบ้าง”

“ขอโทษนะคะ ช่วงนี้ไม่มีโอกาสขึ้นมาดูผู้ป่วยในเลย แต่เรื่องที่คุณพ่อจะมาผมจะพยายามนะคะ แต่ไม่รู้ว่า คุณลุงจะจำผมได้หรือเปล่า” ผมรีบออกตัว

ผมเดินไปที่หัวเตียงเอาเหล็กกั้นเตียงลง ก่อนที่จะทำอะไร ญาติอีก 3 คนก็เดินมายืนอยู่ด้านตรงข้าม ยกมือสวัสดีทักทาย ผมยิ้มและรีบยกมือรับไหว้ ผมหันไปหาคุณลุงที่สายตาเหม่อลอย ดูเหมือนไม่สนใจใครหรือสิ่งใดรอบตัว

“สวัสดิ์ครับป้า เป็นไงบ้าง ได้ข่าวว่าประท้วงอดอาหารหรือครับ” ผมแซวตามสไตล์ แต่ไม่มีสัญญาณตอบรับ จากคุณลุง

“คุณพ่อพูดไม่ได้ค่ะ ลืมบอกไป” ลูกสาวเอ่ยขึ้น

“เพื่อสายยางนี้แล้วซี อยากเอาออกมัย” ผมพยายามต่อ...ได้ผลแฮะ แกหันมามอง ผมสังเกตเห็นน้ำใสๆ ผุดขึ้นเอ่อออกมาจากดวงตาที่เหม่อลอยคู่นั้น

ผมเงยหน้าขึ้นมาถามสมาชิก “มีใครรู้บ้างว่า ป้าชอบกินอะไร”... ทุกคนหันมาสบตากัน พิมพ์ แล้วมีเสียงหนึ่งบอกว่า “ทุเรียน !!!” ผมตกใจเล็กน้อย แล้วมีอีกเสียงยืนยัน “ใช่ ๆ แกบอกว่าชอบหมोजี๊ยบที่อนุญาติให้แกกินทุเรียนได้ปีละลูกหลังจากเป็นเบาหวาน และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด แต่ห้าปีที่นอนใส่สายมาเนี่ยไม่เคยได้กินเลย”

ผมได้ข้อมูลสำคัญเลยก้มลงไปกระซิบที่ข้างหูคุณลุงบอกแกว่า “พรุ่งนี้จะเอาสายอันนี้ออก แล้วเราจะกินทุเรียนกัน โอเคมั้ยป้า”...ป้าไม่ตอบ มีเพียงน้ำตาที่เอ่อล้นออกมาจนไหลอาบแก้มที่แห้งเหี่ยวของชายชรา

“งั้นตกลงตามนี้ อ้าวพวกเรารวมของลูกนึ่งพรุ่งนี้ จัดมา” ผมสัญญาดีที่มีสีหน้าดีใจ

“แสดงว่าคุณหมอก็ชอบ” พี่สาวคนนั้นตักคอ

“แน่นอน” ผมรีบบอก “งั้นพรุ่งนี้เจอกัน บ่ายสี่นะครับ รอผมด้วย”

วันรุ่งขึ้นทุเรียนลูกใหญ่วางอยู่ที่โต๊ะข้างเตียง ผมขึ้นมาทักทายสมาชิก เดินผ่านไปห้องทำงานพยาบาล ขอให้ช่วยเอาสายยางให้อาหารออก คุณลุงแต่เดิมไม่ได้มีปัญหาการกลืนแต่อย่างใด แต่ใส่สายยางให้อาหารไว้เพราะญาติอยากให้ได้รับอาหารเนื่องจากลุงไม่ยอมทาน

หลังจากผ่านกระบวนการทางพยาบาล และทุเรียนถูกผ่าตัดเอาลูกออกมาเรียบร้อย แต่คุณลุงยังหลับตา

“ถึงนาที่สำคัญแล้วนะครับ ขอทุเรียน !!!” คำสั่งแรกของแพทย์ ญาติคนหนึ่งฉีกทุเรียนชิ้นเล็ก ๆ ยื่นให้ผม ผมรับมาจ่อที่ริมฝีปากบนของคุณลุง แน่นอนจนมุกยอมได้ กลืน เส้นประสาทสมองคู่ที่หนึ่งน่าจะยังทำงานได้....สิ่งที่ทุกคนได้เห็นเพียงชั่วอึดใจหลังจากนั้นคือลุงอ้าปาก ผมรีบวางเนื้อทุเรียนชิ้นเล็ก ๆ นั้นลงไป...แกเคี้ยวเบา ๆ สิ่ง queทุกคนเห็นแล้วมีความสุขมาก คือน้ำตาและรอยยิ้มของคุณลุง

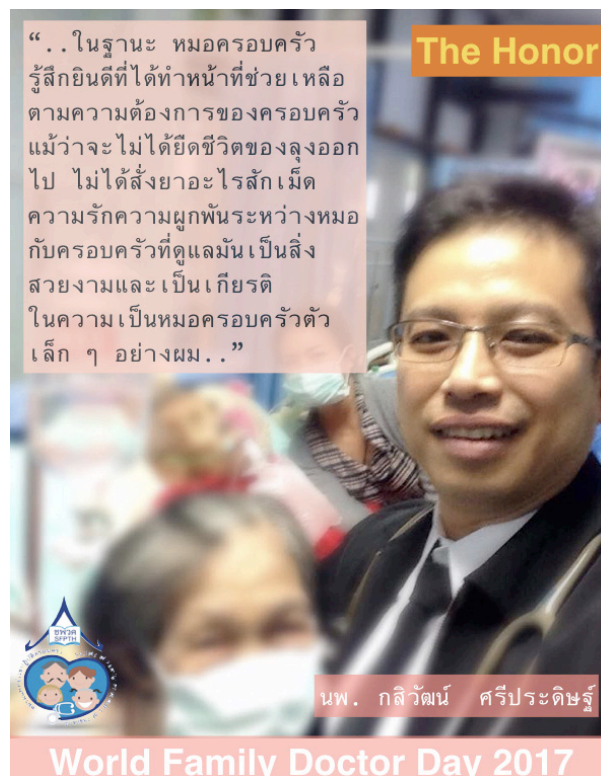
คุณลุงรับทุเรียนต่ออีก 3-4 คำจากญาติที่บรรจงป้อนทุเรียนด้วยความดีใจ ท่ามกลางความสุขในช่วงเวลานั้น ทุกคนรวมทั้งผมได้ร่วมกินทุเรียนลูกนั้นจนหมดอย่างรวดเร็ว

“ขอบคุณนะคะ คุณหมอ วันนี้พวกเรามีความสุขมาก ไม่เคยเห็นคุณพ่อเคี้ยวอะไรแบบนี้มาหลายปีแล้ว พี่ดีใจมาก”

ผมมองออกไปรอบ ๆ ก็เห็นญาติพยักหน้าตอบกลับมา....

“พี่ขอไม่ใส่สายสักคืนนะคะ คุณพ่อคงดีใจ”

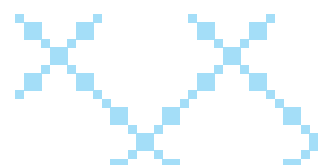
“ครับ” ผมรับข้อเสนอ



“งั้นผมขอตัวก่อนนะครับ ขอไปเรอข้างนอกก่อน” ผมแยกตัวมาให้เวลากับครอบครัวคุณลุงได้อยู่ด้วยกัน

สองวันถัดมาผมกลับขึ้นไปอีกครั้ง แต่ไม่มีใครอยู่แล้ว ผมถามพยาบาลที่ตึก เธอบอกว่าวันรุ่งขึ้นหลังจากที่หมอให้ลุงกินทุเรียน บ่ายสามแกก็หยุดหายใจ จากไปอย่างสงบ ญาติฝากขอบคุณหมอนะ บอกว่าให้ไปทอดผ้าที่วัดด้วย...

ผมตกใจเล็กน้อย เสียหายที่ไม่ได้มีโอกาสเจอคุณลุงอีก แต่ในฐานะหมอครอบครัว รู้สึกยินดีที่ได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือตามความต้องการของครอบครัว แม้ว่าจะไม่ได้ยืดชีวิตของลุงออกไป ไม่ได้สั่งยาอะไรสักเม็ด ความรักความผูกพันระหว่างหมอกับครอบครัวที่ดูแลมัน เป็นสิ่งสวยงามและเป็นเกียรติในความเป็นหมอครอบครัวตัวเล็ก ๆ อย่างผม....หมอเจี๊ยบ บ้านโพธิ์



ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิต

แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

Email: sairatnoknoy@gmail.com

เรื่องเล่า“ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิต” เขียนโดยคุณหมอกุญแจ นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ปัจจุบันรักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นเรื่องเล่าที่ได้รับรางวัลชนะเลิศจากโครงการแข่งขันเรื่องเล่าผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อสะท้อนความภาคภูมิใจ เนื่องในวันหมอครอบครัวโลก 19 พฤษภาคม 2560 และมีการส่งต่อในสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 1,000 ครั้ง ส่งผลให้มีการพูดถึงหมอครอบครัวและมีเสียงชื่นชมในวงกว้าง

ในโอกาสการกลับมาอีกครั้งของวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว กองบรรณาธิการได้ขออนุญาตคุณหมอกสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ นำเรื่องเล่ามาลงตีพิมพ์สำหรับการเริ่มต้นการเขียนบทความเรื่องเล่าทางการแพทย์ (narrative medicine) ในวารสารเพื่อถ่ายทอดเนื้อหาวิชาการแบบองค์รวม ผสมผสานศาสตร์ที่หลากหลายทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์ มานุษยวิทยา สังคมศาสตร์ ปรัชญาและศิลปศาสตร์เข้าด้วยกัน ให้เห็น“คน” เห็น “ชีวิต” ที่มีการดำเนินในหลายมิติตั้งแต่มีตัวตนในตัวตน ที่มีร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเจ็บป่วย และมีมิติของความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ๆ รวมไปถึงองค์ประกอบภายนอกทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม^{1,2}

คุณหมอกสิวัฒน์ได้ถ่ายทอดสะท้อนให้เห็นความรักสายใยที่เชื่อมโยงผูกพันระหว่างหมอผู้ป่วยและครอบครัว เป็นแบบอย่างของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์^{2,3,4} ที่มีความปรารถนาดีอยากช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ให้ผู้อื่นมีความสุข แสดงให้เห็นถึงใจที่เมตตากรุณา^{5,6} โดยเรียบเรียงเล่าเรื่องเริ่มต้นจากการถ่ายทอดให้เห็นการรับรู้ทุกข์ แล้วพาผู้อ่านให้ร่วมเดินทางไปสู่ความสุขในวันสุดท้ายของชีวิตคุณลุงไปด้วยกัน ซึ่งผลลัพธ์สุดท้ายอาจจะไม่ใช่การรักษาเพื่อต่ออายุให้ยืนยาวแต่เป็นการช่วยให้เวลาที่มีเหลืออยู่นั้นเป็นเวลาที่คุณป่วยและครอบครัวได้ใช้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขใจ⁷

“One of the essential qualities of the clinicians is interest in humanity, for the secret of care of the patient is caring for the patient.” Peabody; 1927.

Compassion เมตตากรุณา ประคับประคอง

การดูแลเริ่มต้นจากความใส่ใจ ขณะที่...กำลังเดินผ่านหอผู้ป่วยหมอเจี๊ยบ หยุด และให้เวลา^{5,7,8} เพื่อรับฟังความทุกข์ ความเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อรับฟังแล้วอาจจะไม่แก้ไขหรือรักษาให้หายขาดได้ทุกครั้งไป แต่การรับฟังนั้นเป็นจุดเริ่มต้นของการเยียวยา การบรรเทาทุกข์ ที่ทำได้เสมอ ๆ^{2,3,7} จะเห็นได้จากบทสนทนา หมอเจี๊ยบ จะให้กำลังใจ ในทุกโอกาสที่สามารถทำได้ “นอนแบบนี้มาห้าปีแล้วเธอครับ ใครดูแลเนี่ย เก่งมากเลยนะครับ” ประโยคสั้น ๆ นี้ นอกจากเป็นการให้กำลังใจแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงใจเข้าใจ รับรู้ถึงความทุกข์ความยากลำบากของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วย หมอเจี๊ยบ ยังแสดงให้เห็นถึงความเมตตากรุณา - ความรักปรารถนาดี - หาทางช่วยเหลือบรรเทาทุกข์^{5,6} “แล้วมีอะไรที่ผมพอจะช่วยได้บ้าง” ผมเสนอตัว

เห็นได้ว่า หลายครั้งสิ่งที่คนไข้หรือครอบครัวต้องการ แม้เป็นเพียงสิ่งเล็กน้อย เช่น การเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจจากหมอที่คุ้นเคย “คือเมื่อก่อนคุณพ่อเค้าชอบคุยเล่นกับคุณหมอบ่อย ๆ มาอนอนอยู่นี่หลายวันยังไม่เคยเจอคุณหมอเลย อยากให้หมอช่วยบอกแกให้รับอาหารบ้าง” ถ้ามองย้อนดูระบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ จะเห็นได้ว่าหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่อาการทรงตัวอาจจะถูกละเลยไม่ได้รับการเยี่ยม เนื่องด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนบุคลากร การให้ความสำคัญของการดูแลไปที่การรักษาโรคและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แท้จริงแล้วผู้ป่วยที่อาการทรงตัวหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก็ยังคงต้องการ การเยี่ยม การดูแลจากทีมสุขภาพ⁵

การสื่อสารที่ดูเหมือนเป็นเรื่องง่าย แท้จริงแล้วอาจไม่ถนัดนักในตัวอย่างนี้ เมื่อคนไข้ นิ่งเฉย ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง หมอหลายคน ไม่รู้ว่าจะพูดอะไร หรือจะทำอย่างไร โดยเฉพาะในยุคสมัยที่การแพทย์มีความก้าวหน้า กระบวนการสอนและฝึกอบรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มองแบบแยกส่วน เน้นความสำคัญเฉพาะโรค การมองแบบองค์รวมถูกลดทอนลงไป เกิดช่องว่างของการสื่อสารสะท้อนผ่านปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

การฟ้องร้องที่มีมากขึ้นเรื่อย ๆ^{9,10}

เรื่องเล่าที่ถ่ายทอดนี้ แสดงให้เห็นความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ดูแลซึ่งมีทักษะในการค้นหาปัญหาและสามารถตอบสนองต่อปัญหาและวางแผนการดูแลได้โดยใช้เวลาน้อย ๆ

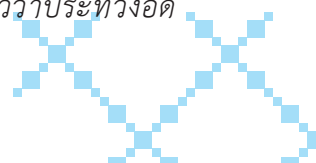
Competent Communication ความเชี่ยวชาญ ความละเอียดอ่อนของการสื่อสาร

หมอเจี๊ยบ คาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่ดูแลนั้นมีความทุกข์จากปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มคนไข้ที่ติดเตียงคือการใส่สายยางให้อาหาร ทั้งนี้การใส่สายยางนอกจากจะก่อให้เกิดความระคายเคืองไม่สบายกาย และยังทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ไม่สามารถเคี้ยวกลืน เลือktan หรือรับรู้รสในสิ่งที่อยากทาน¹¹ ซึ่งเป็นการบังคับปลิดรอนสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดอำนาจในการต่อรอง¹⁰

“เบื่อกินแบบนี้แล้วซี อยากเอาออกมัย” วลีสั้น ๆ นี้ นอกจากใช้ในการถามเพื่อทดสอบสมมติฐานแล้ว ยังแสดงถึงความเข้าใจความรู้สึกความต้องการของผู้ป่วย และเป็นการสะท้อนอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยได้สื่อสารผ่านตอบกลับด้วยการ หันมอง และน้ำตาที่ผุดเอ่อขึ้นมา ทั้งนี้การสื่อสารอารมณ์ความรู้สึกจะถูกถ่ายทอดทางอวัจนภาษาโดยส่วนใหญ่¹² ในเรื่องเล่านี้ อารมณ์ความรู้สึกสื่อสารผ่านน้ำเสียงที่สั่นเครือ การหันมอง น้ำตาผุดเอ่อ รอยยิ้ม และบางครั้งด้วยการนิ่งไม่ตอบสนอง

การนิ่งไม่ตอบสนองอาจแปลความหมายได้หลายอย่าง ตั้งแต่เศร้า โกรธไม่อยากพูด ไม่มีแรง หรือไม่ได้ยิน เนื่องจากอายุและความเจ็บป่วยที่มีอาจจะทำให้มีข้อจำกัดของการได้ยิน หมอเจี๊ยบถ่ายทอดให้เห็นถึงความไวต่อการรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก และความละเอียดอ่อนของการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดก้มลงไปกระซิบที่ข้างหูคุณลุงบอกแกว่า...

นอกจากนี้แล้วอารมณ์ขัน พุดคุยเล่น ให้ความเป็นกันเอง เป็นลักษณะเด่นของการสื่อสารในเรื่องเล่านี้ “คือเมื่อก่อนคุณพ่อเค้าชอบคุยเล่นกับคุณหมอบ่อย ๆ” หรือ “สวัสดีครับป้า เป็นไงบ้างได้ข่าวว่าประท้วงอด



อาหารหรือครอบครัว” ผมเชื่อว่าตามสไตล์ การมีอารมณ์ขันและนำมาใช้อย่างเหมาะสม การพูดคุยเล่น ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย กระชับความสัมพันธ์ ลดช่องว่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และเป็นส่วนสำคัญอีกส่วนหนึ่งของการรักษาเยียวยา⁵

Continuity

ดูแลแบบหออครอบครัว สร้างสัมพันธ์ต่อเนื่อง

หออครอบครัวตามบริบทของประเทศไทยนั้น แพทย์คนหนึ่งจะต้องรับผิดชอบคนไข้เกือบทั้งอำเภอจึงอาจจะจำคนไข้ไม่ได้ทั้งหมด แต่หมอจะอยู่ในใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากการที่ได้รับความประทับใจการดูแลที่ดีจากตัวอย่างเรื่องเล่านี้ ญาติต้องการให้ หมอเจียบไปเยี่ยมผู้ป่วยถึงแม้คุณหมอเจียบจะไม่ได้เป็นแพทย์เจ้าของไข้ ในครั้งนี้ที่เข้านอนโรงพยาบาล “ไม่ได้เจอคุณหมอมานานเลยนะคะ ไม่ทราบว่าคุณหมอยังจำคุณพ่อได้หรือเปล่า เมื่อก่อนเป็นคนไข้เบาหวานของคุณหมอ...”

ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยและครอบครัวเคยมีประสบการณ์ได้รับการดูแลที่ดี จากการได้รับ การรับฟัง ซึ่งการรับฟังนั้นแสดงให้เห็นถึงการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ในการแสดงความคิดเห็นและความต้องการ⁵ ดังตัวอย่าง “แสบอกว่าชอบหมอเจียบที่อนุญาติให้แสบกินทุเรียนได้ปีละลูกหลังจากเป็นเบาหวาน และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด” นอกจากรับฟังแล้วหมอเจียบ ยังให้คนไข้มีอำนาจในการต่อรอง มีสิทธิในการเลือกทำสิ่งที่เค้าชอบ เป็นการให้เกียรติ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย¹² ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ คนไข้และครอบครัวมีความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ ส่งผลต่อการรักษา คือ “การปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด” และผลลัพธ์มากไปกว่านั้นคือผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจ และนับถือ⁵และยิ่งมั่นคงมากขึ้นเมื่อสามารถรักษาความสัมพันธ์นั้นให้คงไว้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน¹³

มีส่วนร่วมแบ่งปัน ประคับประคอง ให้ชีวิตมีชีวา トラバจนวันสุดท้าย...พาสุขทั้งสองฝ่าย

ตลอดการดูแล หมอเจียบ แสดงให้เห็นการมีส่วนร่วม

ร่วม (mutuality) ซึ่งเป็นการแบ่งปันอำนาจในการดูแลระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยต่างมีส่วนในการแบ่งปันข้อมูล วางแผน และตัดสินใจการรักษา เกิดผลลัพธ์ของการดูแลคือบรรเทาทุกข์ ทั้งถอดสายยางให้อาหาร เป็นสัญลักษณ์ของความมีอิสระ ไม่ถูกบังคับ ได้สัมผัสสิ่งที่ต้องการ เกิดความสุขใจขึ้นร่วมกันต่อทั้งผู้ให้และผู้รับ^{10,14}

“Palliative care will do all (it) can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die; Dame Cicely Saunders, Founder of modern hospice movement.”¹⁵

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป้าหมายคือประคับประคอง บรรเทาทุกข์ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{15,16} และจากโลกนี้ไปด้วยการตายดี การตายดีนั้นถึงแม้จะมีการตีความหมายแตกต่างกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมที่ต่างกัน แต่คงจุดร่วมที่เหมือนกันโดยหลักคือ การที่จากโลกนี้ด้วยความสุขสงบ ได้รับการดูแลด้วยความเคารพ ให้เกียรติและมีศักดิ์ศรี ทุเลาจากอาการเจ็บปวดทรมานทางกาย จากไปโดยอยู่ในอ้อมกอดของสิ่งแวดล้อมและผู้คนที่คุ้นเคย^{17,18} ซึ่งภาพแห่งการจากไป จะอยู่ในความทรงจำตลอดไป¹⁸

“ผมรับ...มาจ่อที่ริมฝีปากบนของคุณลุง แน่นนอน จมูกยอมนิดๆกลิ่น เส้นประสาทสมองคู่ที่หนึ่งน่าจะยังทำงานได้...สิ่งที่ทุกคนได้เห็นเพียงชั่วอึดใจหลังจากนั้นคือ ลุงอ้าปาก ผมรีบวางเนื้อทุเรียนชิ้นเล็ก ๆ นั้นลงไป...แสบเคี้ยวเบา ๆ แล้วที่ทุกคนเห็นแล้วมีความสุขมาก ๆ คือ น้ำตาและรอยยิ้มของคุณลุง”

“ขอบคุณนะคะ คุณหมอ วันนี้พวกเรามีความสุขมาก ไม่เคยเห็นคุณพ่อเคี้ยวอะไรแบบนี้มาหลายปีแล้ว พี่ดีใจมาก”

ดังส่วนหนึ่งของบนกลอน พระราชนิพนธ์เรื่อง เวนิสวานิช ในพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว

“อันว่าความกรุณาปราณี จะมีใครบังคับก็หาไม่
หลังมาเองเหมือนฝนอันชื่นใจ จากฟากฟ้าสุราลัยสู่แดน
ดิน เป็นสิ่งดีสองชั้นพลันปลื้มใจ แห่งผู้ให้และผู้รับ
สมถวิล”¹⁹



ภาพกิจกรรมถอดบทเรียนจากเรื่องเล่า “The meaning, the honor and the magic” โดยชมรมแพทย์เวชศาสตร์ปฏิบัติแห่งประเทศไทย ซึ่งนำเสนอเรื่องเล่า 3 เรื่อง ที่ได้รับรางวัลชนะเลิศในงานประชุมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนานาชาติ ประจำปีภาคเอเชียแปซิฟิก ที่โรงแรมรอยัลคัลิฟ เมืองพัทยา ปี พ.ศ.2560 “WONCA Asia Pacific Regional Conference Pattaya 2017” ซึ่งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกันเป็นเจ้าภาพในการจัดงาน ระหว่างวันที่ 1-4 พฤศจิกายน 2560

เอกสารอ้างอิง

- Greenhalg, T and Hurwitz, B. Narrative based medicine: Why study narrative. *BMJ* 1999; 318: 48-50.
- Gordon J. Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often to comfort always. *Medical Humanities* 2005; 182: 5-8.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. บทที่ 1 สันตวิธีกับสุขภาพ: ความรุนแรงและสันตวิธี กับการจัดการ ความขัดแย้งในระบบบริการสุขภาพ. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศีลคัตย์, วรัญญา เพ็ชรคง. สุขภาพสังคม: ความขัดแย้ง ความรุนแรง กับระบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550. หน้า 10-45.
- สตางค์ ศุภผล. คู่มือสำหรับการเริ่มต้น “ใส่ใจหัวใจ”ในการเรียนแพทย์. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น. 2560.
- Rakel RE. Compassion and the art of family medicine: From Osler to Oprah. *JABFP* 2000; 13(6): 440-446.
- Uygun J and Smith SM. Compassion in family practice: do we need to go there? *Family Practice* 2017; 34(1): 1-3.
- Peabody, FW. The care of the patient. *JAMA* 1927; 88: 877-882.
- Beresin EV, Balon R, Coverdale JH, Louie AK, Kim JP, Roberts LW. Caring for patients takes time: Dr. Peabody Says so! *AcadPsychiatry* 2015; 39: 1-5.
- ประชาธิป กะทา. วิกฤตแพทย์ วิกฤตสาธารณสุข วิกฤตระบบสุขภาพไทย. *หมอออนไลน์* 2549; 15(6): 7-26.
- ไพศาล วิศาล และคณะ. สุขภาพสังคม: ความขัดแย้ง ความรุนแรง กับระบบบริการสุขภาพพ นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ 2550. ISBN 978-974-623-174-9.
- Pallida GV, et al. Subjective distresses of nasogastric tube feeding. *J Parenter Enteral Nutr* 1979; 3(2): 53-57.
- Roter, DL, Frankel RM, All, JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits mechanisms and outcome. *J Gen Intern Med* 2006; 21(Suppl1): S28-S34.
- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patient's perspectives. *British Journal of General Practice* 2009; e116-125.
- O'Halloran M, Doody O. Promoting mutuality in a family-centred service. *Learning disability practice* 2013; 16(4): 16-23
- Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end of life care. *CA cancer j clin* 2006; 56(2): 84-103.
- Costa EO, et al. Palliative care in the process of human terminality: integrative review. *International Archives of Medicine* 2017; 10(126): 1-8.
- สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี (4). *วารสารคลินิก[อินเทอร์เน็ต]* 2008; 286. [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7172>
- Department of Health. End of Life Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life [Internet] 2008.[cited 2018 April 16]. Available from: http://www.cpa.org.uk/cpa/End_of_Life_Care_Strategy.pdf
- เช็คสเปียร์, วิลเลียม ค.ศ. 1569-1616. เวนิสวานิช. แปลโดย พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว 2423-2468 นนทบุรี: วิสตอม 2554.



สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย
แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ : 02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653,02-7166657

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (มสพช.)
126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120
โทรศัพท์ : 02-5830719 แฟกซ์ : 02-9641836

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่
Website: www.pcfmjournal.com