

# แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของไทยเผชิญกับความท้าทายอะไรบ้าง เมื่อพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว: การวิจัยเชิงคุณภาพ

พิมอรณ์ เสียมไหม พ.บ., สายพิณ หัตถ์รัตน์ พ.บ., กิตติพล นาควิโรจน์ พ.บ.  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนน พระรามที่ 6  
แขวงทุ่งพญาไท เขต ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

## Abstract: What Challenges do Thai General Practitioners and Family Physicians Confront when Discussing Advance Care Planning with Palliative Care Patients and Families?: A Qualitative Study

Pimarporn Saimmai, M.D., Saipin Hathirat, M.D., Kittiphon Nagaviroj, M.D.  
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 270 Praram VI Road,  
Thung Phaya Thai Subdistrict, Ratchathewi District 10400  
(E-mail: Pimarporn.sai@gmail.com)  
(Received: July 16, 2021; Revised: November 4, 2021; Accepted: February 21, 2022)

**Background:** The end-of-life decisions are not solely made based on patient’s autonomy. This procedure creates challenges for Thai primary care physicians to discuss an advance care plan with patients and families. **Objective:** To understand the challenges for physicians in discussing advance care plan at the end of life. **method:** In-depth interviews were conducted with coding and thematic analysis performed by three independent investigators. **Results:** Twenty primary care physicians (10 male, 10 female) were interviewed. Nineteen physicians recognized the importance of an advance care plan as a “life map” “incorporation into ID card” and “early plan in advance”. Physicians faced 3 major challenges physician’s own factors, patients and families’ factors, and the health care system. General physicians reported a lack of knowledge in symptom palliation and misconception of palliative care as inactive care. Family physicians had to set up a comprehensive palliative care system on their own and were confronted with the conspiracy of silence in the family. Lastly, the Thai health care system predominated with the disease-oriented model of care, patient overload, and difficult coordinating care with specialists. Despite having legal support for advance directives, it is still in early-stage with lack of family physicians. **Conclusion:** Thai primary physicians face three major challenges in advance care planning including physicians’ own factors, patients’ and families’ factors and the disease-oriented health care system.

**Keywords:** advance care plan, palliative care, challenges of physician

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** การตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ได้เป็นเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย ทำให้แพทย์ปฐมภูมิของไทยเผชิญความท้าทายในการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว **วัตถุประสงค์:** เพื่อเข้าใจความท้าทายของแพทย์ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะประคับประคอง **วิธีการ:** วิจัย

เชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหลัก และผู้วิจัยรอง 2 คนอย่างเป็นอิสระต่อกัน **ผล:** แพทย์ปฐมภูมิ 20 คน (ชาย 10 คน หญิง 10 คน) แพทย์ 19 จาก 20 คน ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า เป็น “แผนที่ชีวิต” “ควรคู่บัตรประชาชน” “คุยไว้ก่อนแม้ยังไม่เกิด” แพทย์ต้องเผชิญความท้าทาย 3 มิติ คือ “แพทย์” “ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว”

“ระบบบริการสุขภาพ” แพทย์ทั่วไปขาดความรู้ในการจัดการอาการ เข้าใจผิดว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่การช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต้องสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง เผชิญกับญาติที่ให้ปกปิดผลวินิจฉัยกับผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพของไทยยังมุ่งเน้นรักษาเฉพาะโรค ปริมาณผู้ป่วยมาก ความยากต่อการประสานกับแพทย์เฉพาะทาง ทั้งที่มีกฎหมายรองรับ การวางแผนดูแลล่วงหน้า แต่ระบบยังใหม่ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีจำนวนน้อย **สรุป:** แพทย์ไทยต้องเผชิญกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ตั้งแต่ความท้าทายในตนเอง ความท้าทายของผู้ป่วย ระยะท้ายและครอบครัว และระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาโรค

**คำสำคัญ:** การวางแผนดูแลล่วงหน้า การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ความท้าทายของแพทย์

## บทนำ

การวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อทำความเข้าใจหรือวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งแผนอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ได้ มีเป้าหมายเพื่อจัดการดูแลรักษาพยาบาลให้ตรงกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายหรือเมื่อมีอาการทรุดลง การวางแผนล่วงหน้าจะคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ความเชื่อทางสุขภาพ ความคาดหวังต่อการดูแล ความหมายของการมีชีวิต และความต้องการอื่น ๆ แล้วนำมาประกอบการตัดสินใจที่จะเลือกหรือยุติการรักษาบางอย่างที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการให้ออกาสผู้ป่วยได้เลือกบุคคลที่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุดไว้ตัดสินใจแทนยามฉุกเฉิน<sup>1, 2</sup>

การสำรวจของศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ศึกษาโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคอง 14 แห่งทั่วประเทศปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายเพียงร้อยละ 17 ที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง นอกนั้นจะได้รับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น เมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉิน การตัดสินใจการรักษาขึ้นอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือทางการแพทย์อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจ และการทำหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยระยะ

ประคับประคองและครอบครัวส่วนใหญ่ ขาดการวางแผนดูแลล่วงหน้า อุปสรรคสำคัญ คือแพทย์ขาดความรู้ความมั่นใจและการฝึกทักษะการสื่อสารในเรื่องนี้กับผู้ป่วย ไม่ทราบว่าจะหาเวลาใดที่เหมาะสมในการเริ่มพูดคุยและกังวลหากมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ และเข้าใจว่าทำให้ผู้ป่วยยอมแพ้ต่อการรักษาโรค<sup>3, 4</sup>

แม้หลายโรงพยาบาลจะเริ่มมีการใช้เอกสารแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิต (advance directives) เพื่อการทำความเข้าใจและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับทางเลือกเพื่อการดูแลผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้าย และเพิ่มมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่กลับพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการทำเอกสาร มากไปกว่าการคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างแท้จริง<sup>5</sup> งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคและความท้าทายที่แพทย์ด้านหน้าของไทยต้องเผชิญ ในการพูดคุยเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้และพัฒนาการเรียนการสอนของแพทย์ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองในประเทศไทย

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth semi-structured interview) โดยใช้ประเด็นคำถาม เพื่อเข้าใจปัญหาและอุปสรรคของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการพูดคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีประชากรในการศึกษา ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการ content analysis วิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัย ทำการวิเคราะห์อย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent coding) ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ไม่สอดคล้องจะมีการประชุมเพื่อตกลงหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกัน

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ MURA2020/1038

## ผล

งานวิจัยนี้ได้สัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์ที่ทำงานในเวชปฏิบัติปฐมภูมิจำนวน 20 คน ข้อมูลมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ลักษณะพื้นฐาน	ประชากรกลุ่มที่ศึกษา จำนวนคน N(%)	ประชากรกลุ่มที่ศึกษา	
		จำนวนคน N(%)	
		แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) N=10 (100%)	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (FM) N=10 (100%)
เพศ	ชาย	5 (50)	5 (50)
	หญิง	5 (50)	5 (50)
อายุ(ปี)	25-30	8 (80)	2 (20)
	21-35	2 (20)	6 (60)
	36-40	-	2 (20)
ศาสนา	พุทธ	10 (100)	9 (90)
	คริสต์	-	-
	อิสลาม	-	1 (10)
จำนวนปีที่ทำงานหลังจาก เรียนจบ (ปี)	1-3	5 (50)	7 (70)
	4-5	5 (50)	3 (30)
รูปแบบการศึกษาเฉพาะทาง	Inservice training	-	4 (40)
	Formal training	-	6 (60)
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลชุมชน	3 (30)	6 (60)
	โรงพยาบาลทั่วไป	1 (10)	4 (40)
	โรงพยาบาลศูนย์	4 (40)	-
	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1 (10)	-
	โรงพยาบาลสังกัด กทม.	1 (10)	-

ทัศนคติและมุมมองของ การวางแผนดูแลล่วงหน้า มีลักษณะ 7 แบบ ดังต่อไปนี้

1. “ACP เป็นแผนที่ชีวิต” การวางแผนไว้ก่อนช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นอนาคตตัวเองได้บ้าง ทำให้อุ่นใจ

“เราก็คิดว่ามันเป็นสิ่งที่จะต้องทำ หมายถึง ว่าญาติกับตัวคนไข้เองหรือคนดูแลเอง มีสิทธิ์ที่จะรู้ เรามองว่า ทุกคนควรจะตระหนักหรือมองเห็นอนาคตของตนเองได้บ้าง บางคนไม่เข้าใจจริง ๆ ว่าโรคของคนไข้ที่เป็นอยู่นั้นเป็นอย่างไร คนไข้จะต้องเจอกับอะไรบ้าง”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 3

2. “ACP ควรมีไว้คู่บัตรประชาชน” ไม่จำเป็นต้องทำเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทุกคนควรตระเตรียม

“บางคนไม่เป็นโรคเค้าอยากจะพูด ACP ก็ได้รับ ถ้าเกิดเค้ามีความคิดว่าจะต้องตาย ไม่ว่าจะเป็นอย่างนี้เป็นหรือไม่เป็นโรค ก็ควรมีติดตัวเอาไว้ ผมเห็นจากพ่ออะครับ ก็ตัวเองก็พูดไว้ แล้ววันหนึ่งก็ได้

ใช้จริง ไม่จำเป็นต้องเป็นโรคก็ได้ครับ ควรจะมีไว้ ทุกคน อยากให้คู่กับบัตรประชาชน ก็ได้”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 9

3. “ACP คือใบประกาศ No tube No CPR” ทำไว้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ตามประกาศเจตนารมณ์

“เคลสไหนที่เคย ทำ advance care plan มาก่อนแล้วเวลา มา รพ.มันจะง่าย อาจจะมี living will หรือ หลักฐานว่า เราได้วางแผนไว้แล้ว...ถ้าได้ทำให้คนไข้ที่เข้าเกณฑ์ palliative มันก็จะช่วยในเรื่องการป้องกัน ไม่ให้คนไข้โดนทำอะไรที่ invasive เช่น ใส่ tube CPR ก็คือ ป้องกันได้ ก็มีหลายเคลสที่ไม่ได้ทำไว้ก่อน เช่น เคลส CA advance stage แล้วต้องใส่ tube เราต้องมานั่งคุย advance care planning ใหม่ ใน ER มันก็ไม่ practical ค่ะ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 12

4. “ACP ไม่เท่ากับถามว่าใส่ tube CPR หรือไม่” เพราะ ACP คือแผนทั้งหมดของการดูแลรักษา

“Advance care plan มันดีทุกอย่างนะ วางแผนให้กับแพทย์เวร วางแผนให้กับพยาบาล ญาติคนไหนมาถามพยาบาลหรือแพทย์เวร ก็จะตอบได้ว่าเป็นอะไร เพราะ advance care plan ไม่ได้ถามแค่ ใส่หรือไม่ใส่ tube CPR หรือไม่ มันมากกว่านั้นตั้งเยอะ ว่าแผนการรักษาจะเป็นยังไง กลับบ้านไปจะมีใครดูแลต่อ คนที่ดูแลคือใคร โรงพยาบาลจะช่วยอะไรได้บ้าง สิ่งที่คุณใช้ต้องใช้อะไรบ้าง พี่คุณหมอนะ เพราะนั่นมันก็นำไปสู่อะไรหลาย ๆ อย่าง และญาติก็จะมองเห็นว่าเราดูแลคนไข้อยู่ วันที่คนไข้ไป สุดท้ายเค้าก็จะมาขอบคุณเรา”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 14

5. “ACP เป็นทักษะเฉพาะที่ต้องใช้อย่างมีศิลปะ” แพทย์ต้องรู้จักหวั่นและเวลาที่เหมาะสมในทำ

“ที่ว่าถ้ามันเร็วไปมันก็ไม่ช่วยอะไร เค้ายังไม่เป็นอะไรเลย บางคนคิดว่ามันเป็นการแข่งขันตัวเอง อย่างที่บอก prognosis ประมาณ 30 แล้วค่อยมาคุย หรือคุยเกริ่น ๆ เอาไว้ตอนเจอโรคร้ายมันก็ยังโอเค มันไม่ได้แบบจะต้องทำตามนั้น 100% มันเป็น dynamic พอมีอะไรมากระทบมันก็เปลี่ยน early ได้ถ้าเจอโรคร้าย แล้วเราก็ค่อยจับทางไปตาม step”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 18

6. “ACP ช่วยเพิ่มความผูกพันในครอบครัว” เหนี่ยวนำให้เกิดความรัก ความห่วงใย เพิ่มความผูกพัน

“ที่รู้สึกว่ามันเป็นการ support คนไข้ และ support ญาติ การมีคุณค่าทำให้เรารู้สึกว่ามีความหวัง เขามีความหมายต่อโลกใบนี้ การที่เราช่วยให้ quality of life เค้ามีความสุข เพิ่ม self esteem เค้า จากไปแบบไม่ทรมาน จุดพีคจริง ๆ ของ advance care plan ของคนไข้ระยะสุดท้าย เป็นการไปเพิ่มความสุขให้กับคนไข้ อันนั้นแหละ สำคัญ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 8

7. “ACP ไม่ใช่หน้าที่แพทย์” เพราะแพทย์มีหน้าที่รักษาโรค รักษาอาการด้วยยา จึงเลือกไม่สื่อสาร

จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีแพทย์ 1 คน ที่คิดว่า ACP ไม่ใช่หน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์มีหน้าที่รักษาโรค รักษาอาการด้วยยา จึงเลือกที่จะไม่สื่อสาร ACP กับผู้ป่วย

“ผมไม่เคยคุย advance care plan ไม่ใช่หน้าที่ของหมออะ หน้าที่ของหมอ คือ รักษา disease อย่างเดียว...ตอนไปเยี่ยมบ้าน คุยเรื่องทั่วไปมากกว่า เช่น อาการ แล้วก็บอกแผนเรื่องที่จะปรับยา”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 6

ความท้าทายที่แพทย์ต้องเผชิญเมื่อทำการวางแผนดูแลล่วงหน้า (The challenges when primary care physicians discuss about advance care planning ACP)

จากการสัมภาษณ์พบว่า แพทย์ต้องเผชิญความท้าทาย 3 มิติ คือ ปัจจัยจากตัวแพทย์เอง ปัจจัยจากผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว รวมถึง ปัจจัยจากระบบบริการสุขภาพของไทย ซึ่งมีรายละเอียดโดยภาพรวม แสดงดังแผนภาพที่ 1

### 1. ความท้าทายจากปัจจัยจากตัวแพทย์เอง

จากงานวิจัยพบว่ามี ความแตกต่างกันของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ต้องเผชิญกับความท้าทายในประเด็น ดังต่อไปนี้

#### 1.1 การขาดความรู้ (Lack of knowledge)

“หลังจากที่เรียนจบ แล้วไปเจอคนไข้ palliative ที่ ward med ตอนนั้นมีพี่คนนึงเค้าดูแลเรื่อง palliative care อยู่ ผมรู้สึกแปลก ๆ ในแนวคิดของ palliative และคิดว่าการทำ advance care plan เป็นการถามเค้าว่า คนไข้รู้สึกยังไงบ้าง แล้วก็ มันมองความทุกข์ของคนไข้มากกว่า เดี๋ยวอื่น ๆ รอบข้าง คือผมแทบไม่รู้จักเลย”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 1

#### 1.2 การขาดประสบการณ์ (Less clinical experience)

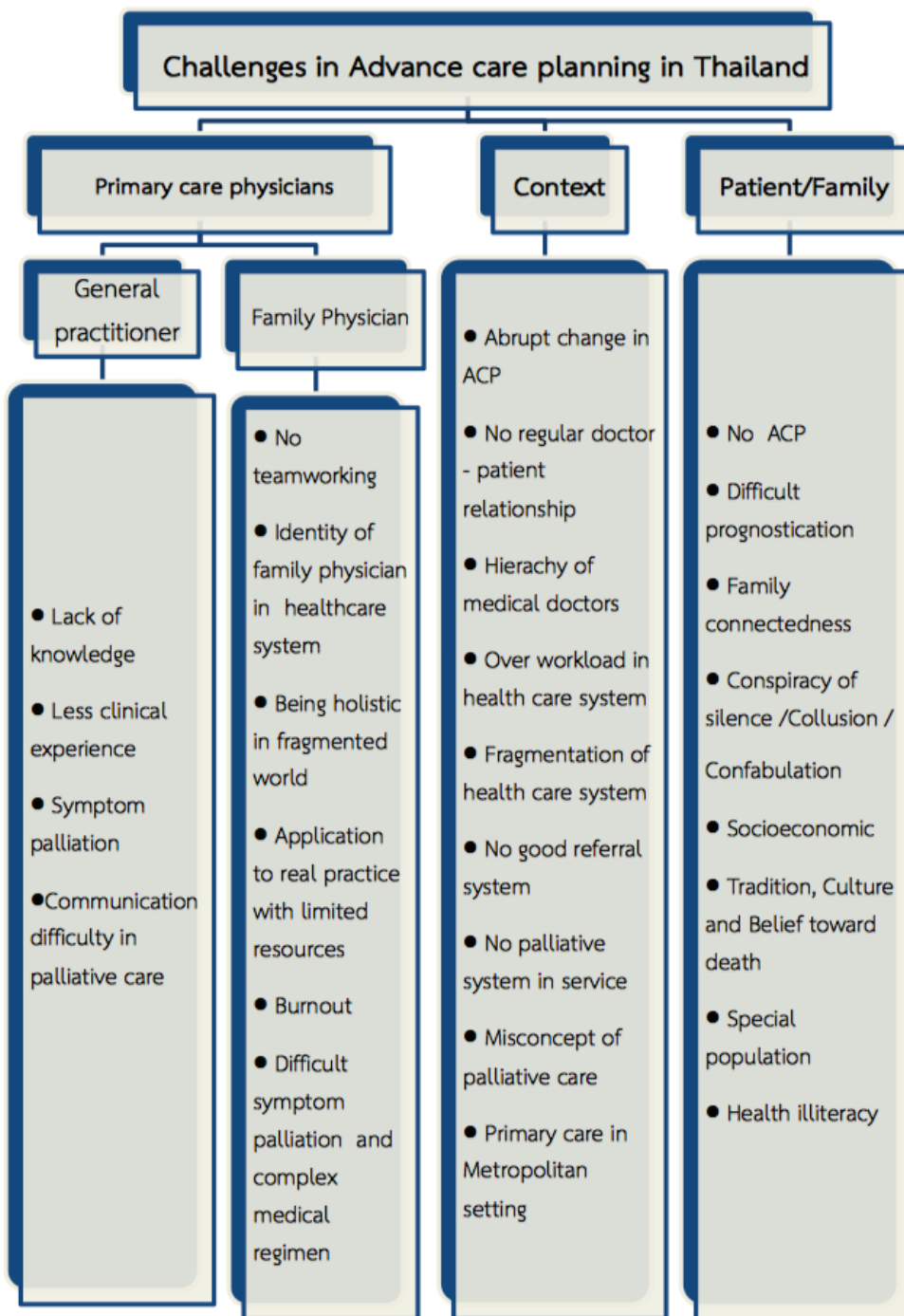
“เคสผู้ป่วยระยะประคับประคอง เราไม่ถนัดเท่าไร เค้าเข้าคลินิกพาลึกคิดว่า ยังรู้สึกทำให้คุณะคุยได้ ถ้าให้ทำ advance care plan ไม่กล้า ตัวเองเป็น Intern 2 หน้าที่ของเรา คือ สู้ตายกับอาการของโรคมมากกว่า”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 4

#### 1.3 ความยากในการจัดการอาการทาง palliative (Symptom palliation)

“คนไข้ เป็น case palliative คือ รักษาตามอาการ ถ้าเหนื่อยก็รักษาให้หายเหนื่อย ถ้าปวดก็รักษาให้หายปวด เค้าไอเยอะ รู้สึกว่า ให้ NAC รู้สึกแปลกใจที่มี buscopan ลดเสมหะด้วย แล้วอาการปวด ก็ให้ morphine อาการปวดไม่ได้มากเท่าไร อาการเหนื่อยมากกว่าที่เยอะอะ เรื่องความลำบาก ผมว่าการจัดการอาการอะยาก ก็เลยให้เท่าที่ได้”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 6



แผนภาพที่ 1 แสดงภาพรวมของความท้าทายที่แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิของไทย ต้องเผชิญเมื่อคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า

#### 1.4 การขาดทักษะการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Communication difficulty in palliative care)

“ถ้าเราเป็นคนเลือกการรักษา เราก็คงรู้สึกไม่ดีเหมือนกัน เป็นผม ผมจะเชียร์ NR (no resuscitation) ไปให้ เค้าวิน่า น่าจะไม่ไหวแล้ว ชีวิตของคนไข้ คือ อยู่ไปด้วยความเจ็บปวด ยิ่งมาใส่ท่อปี่ม ก็ยิ่งเจ็บปวดมากขึ้น ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการตัดสินใจให้ไปเลย...การบอกข่าวร้ายนี้ยากหน่อย พอญาติไม่ให้บอก ผมก็ไม่รู้จะทำยังไงดี”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 6

#### 1.5 การเผชิญกับการทำงานที่เริ่มต้นด้วยตนเอง (No teamworking)

“พอจบกลับมาอยู่ รพ.ชุมชน ก็คือเหมือนตัวเองมาสร้างระบบเอง คือเค้าไม่ได้มีระบบ palliative เลยมันก็จะมีความเคลสที่ไม่ได้รับการ consult แบบทีมหลุด palliative ส่วนใหญ่ที่ก็จะไป action ซะเยอะตรง early palliative กับ advance care plan...บริบททำงานเองจริง มันทำให้เราเผชิญหน้างานคนเดียว การตัดสินใจต่าง ๆ อยู่ที่เรคนเดียว”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 20

#### 1.6 การพิสูจน์ตัวตนของความเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพ (Identity of family physician in health care system)

“แล้วพอเราจบเป็นหมอ fammed มา หนูก็รับ consult เคลส Palliative ด้วยตนเอง รู้สึกเหมือนกับว่า เราต้องมั่นใจ ในการทำ Palliative care ทุกอย่าง...ช่วงแรกเหมือนกับ มันหนักใจเหมือนกัน”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 13

#### 1.7 การเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมในระบบบริการสุขภาพแบบแยกส่วน (Being holistic in fragmented world)

“subspecialist เค้าจะมี power มากกว่า เจ้าของคนไข้ถามเรื่องนี้ ก็ต้องตาม Rheumato ถามเรื่องนี้ก็ถาม ID สรุปว่าเคลสนี้คนไข้ตายซะก่อน พอเราคุย กับอาจารย์ที่ดูแลเฉพาะซึ่งของเค้า แต่ละ field มันดูไม่หนัก แต่พอเค้ามารวมกัน แล้วคนไข้มันหนัก...จุดมุ่งหมายของเราคือ อยากให้เค้าคุยกันบ้าง ค่อนข้างยาก ไม่สำเร็จ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 19

#### 1.8 การเผชิญกับการทำงานในบริบทของการทำงานที่ติดขัด (Application to real practice with limited resource)

“คือเป็นเรื่องของ financial ล้วน ๆ เลยคนนี่ คือ มันทำอะไรไม่ได้ คือเราหาแนวทางแล้วนะ เราไปพูดกับ ผอ. ในที่ประชุมว่า เค้า มองว่า ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว เค้าจะทำยังไง ไปนาน ๆ แล้วจะเอาเงินทุนที่ไหนมารักษาหละ สุดท้ายคนไข้ก็ไม่ได้ไปรักษาต่อ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 11

#### 1.9 การเผชิญกับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)

“เราเป็นคนยืนคนเดียว สำหรับ Palliative ปกติเข้ามา ถ้าไม่ได้มีตรวจข้างนอกหรือว่าตรวจ OPD ใน ร.พ. ก็คือไปราวน์ ward ทำ Family meeting ทุกอย่าง แล้วค่อยส่งเคลสให้พี่พยาบาล คือมันไม่ได้มีพยาบาล fulltime ประจำ คือเราคิดว่าระบบมันควรจะ เป็น เราเป็นคนรับ consult โดยที่จะต้องไปพยาบาลไป Screen ให้ก่อน ไม่งั้นมันจะเคลสไม่ทัน ไม่ได้ทำ advance care plan. คือเราต้องทำหมดเลย ดิดขัดหมดเลย”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 17

#### 1.10 การเผชิญกับการจัดการอาการทางคลินิกและการบริหารยาที่มีความซับซ้อน

##### (Difficult symptom palliation and complex medical regimen)

“ก็มีปัญหาเรื่องอาการคันในคนไข้ palliative เหมือนกับเรา fail med คือคนไข้มีอาการคันตลอด คันแบบนี้มันให้อะไรไปก็ไม่ค่อยช่วยอะไรหรอกนะ ใช้คารามายาทาก็ไม่ได้ช่วยอะไร ได้ atarax ได้ loratadine ได้ CPM ไป ได้ DEXA จะดีขึ้นหน่อย แต่ว่า ก็ให้บ่อยไม่ได้มัน sepsis ใจ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 14

#### 2. ความท้าทายจากฝั่งผู้ป่วยและครอบครัว

##### 2.1 การเผชิญกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามาก่อน (No ACP)

“คนไข้ เป็น CA head and neck PPS ประมาณ 10 มา admit โดยที่ไม่มีการคุย advance care plan มาก่อน เพราะหมอน่าจะคิดว่าคนไข้เป็นผู้ชายตัวใหญ่ ร่างกายกำยำ แข็งแรง มี muscle อาจจะไม่ได้ death ง่าย ๆ เคลสนี้รู้สึก fail เพราะคนไข้ arrest เพราะก้อนตรงคอมัน bleed แล้ว คนไข้ก็ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สรุปคือคนไข้ช็อก BP drop แล้วก็ arrest CPR ก็ไม่ขึ้น พอถึง CPR มันก็ยิ่ง bleed ออก ยิ่งเสี่ย กตที่ bleed ที่สุดท้ายญาติเลย NR ข้างเตียง”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 15

##### 2.2 ความยากในการพยากรณ์เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิต (Difficult prognostication)

“ส่วนใหญ่ก็เจอวัยกลางคน เคลสเด็ก แต่อาจจะยากตรงที่เค้าไม่ไหวที่ควรตายเพราะว่าเคลส palliative ก็ต้องรักษามาระดับนี้ ถ้ามันไม่ดีขึ้นเค้าอาจจะเตรียมใจระดับนี้ สำหรับที่เคลสที่ยากก็จะมีเคลสอายุหน่อยๆ ที่มองว่าการคุย advance care plan วางแผนอาจลำบาก”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 13

##### 2.3 รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (Family connectedness)

“สภาพคนไข้เกือบจะ 90 ปีละ ลูก 3 คนความเห็นไม่ตรงกันเลย คนนึงแบบพ่อต้องรอด ผมสู้ทุกอย่าง คนนึงก็รับสภาพได้หมด ส่วนอีกคนเอา palliative สุด คนนึงให้จับมัด คนนึงให้ถอดลูกไม้คุยกันเลยขนาดลูกมานั่งกับหมอครบทุกคนตอนคุย advance

care plan เค้กก็ยังไม่คุยกัน”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 18

2.4 การปกปิดผลการวินิจฉัย (Conspiracy of silence) การรวมหัวกันปิดเบือน และไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย (Collusion/ Confabulation)

“คนไข้ละ เป็นมะเร็งปากมดลูก มาด้วยเลือดออก สรุพบว่า เคนี่ญาติให้บอกว่าติดเชื้ที่ปากมดลูกแทน เพราะญาติบอกว่า ถ้าหมอบอก คุณยายอาจทรุดได้ ญาติให้เหตุผลว่า คุณแม่อายุเยอะมากแล้ว ถ้าวันนึงคุณแม่อู๊ ก็อยากให้เสียชีวิตเลย...ถ้าแกอยากถามเอาเป็นว่าเรามาคุยกัน ให้หมอบอกไปก่อนว่า เลือดออกผิดปกติ ก่อน มดลูกอักเสบยังเนี่ยอะคะ หนูเลยคุย advance care plan ยากมาก”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 12

2.5 ปัจจัยทางเศรษฐฐานะของผู้ป่วยและครอบครัว (Socioeconomic factor)

“คนไข้เป็น CA เป็นคนลำพูน มาทำงานช่างไม้ที่กระเป๋ามาคนเดียว คือ 1. คนใช้รายนี้สมมติว่าเค้ดี่ขึ้น เค้จะไปอยู่ที่ไหน เพราะบ้านถูกยึดไปแล้ว เป็น condition ที่ limit มาก ๆ ของคนไข้ละ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 8

2.6 การเผชิญกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับความตาย (Tradition, Culture and Believe toward death)

“ก็จะมีแบบญาติบอกว่า รอก่อนได้ไหมหมอบ เดี่ยวผมจะรีบกลับมา แล้วเรารู้สึกว่า เราลงสารคนไข้ เหมือนมันถึงเวลาของเค้แล้วเราต้องมาเยื่อ เจาะเลือด ตลอดเวลา แต่เราก็ดูต้องทำ เพราะจะ deal ยังไงก็ไม่ได้ เราทำได้แค่อธิบายสิ่งที่เราเห็น สิ่งที่เราตรวจแค่นั้น แล้วสุดท้ายเค้จะตัดสินใจอย่างไร มันก็ขึ้นอยู่กับเค้อยู่ดี”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 3

2.7 การเผชิญกับกลุ่มประชากรพิเศษ (Special population)

“คนไข้ เค้เป็นพระ เราจะช่วยท่านยังไง พระเนี่ยเค้จะปฏิบัติกันยังไง บาง area หรือบางโลก เราไม่เคยเปิด โลกทัศน์เมื่อก่อนเราไม่อินกับพระพุทศศาสนา พอได้บวช เลยเข้าใจสำหรับกรป่วยหรือการอาพาธของพระ มันมีข้อยกเว้นเยอะนะ คือสามารถฉันได้ 3 มื้อเลย และในการตรวจร่างกายต่าง ๆ หมอผู้หญิงสามารถสัมผัสได้ ไม่ได้แบบต้องเกรงใจถึงขนาดนั้น”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 11

2.8 การเผชิญกับความไม่รู้รอบด้านสุขภาพของผู้ป่วย (Health illiteracy)

“คนไข้เป็นแบบ แหล่งของ cholangiocarcinoma แล้วเวลาเป็น เค้ก็จะเป็นกันใหญ่ญาติ ซึ่งส่วนใหญ่คนไข้ ภาคอีสาน เค้เคยเห็น เลยรับรู้อะไรแบบนี้มาก่อน แล้วพอมิคนไข้ที่เป็นโรคอื่น ที่ไม่ใช่มะเร็ง คนไข้ก็จะบอกไว้เลยว่า ไม่ใส่ท่อ ไม่ปั้มนะ เพราะคิดว่าโรคมันรักษาไม่หาย เค้ไม่เข้าใจความหมายของ

advance care plan จริง ๆ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 17

3. ความท้าทายของบริบทสังคม และระบบบริการสุขภาพ

3.1 การเผชิญกับครอบครัวที่มีการเปลี่ยนการตัดสินใจกะทันหัน (Abrupt change in ACP)

“อยู่ ๆ สามีก็เปลี่ยนการตัดสินใจว่า ผมขอพาเค้กลับบ้าน โดย condition ที่จะกลับก็คือ ไม่ off tube คือจะเอา tube กลับบ้านเอง สรุญาติรีบมาก ณ เวลานั้น มันเป็นเคสที่ manage สถานการณ์ฉุกเฉินที่แบบ จะกลับเดี๋ยวนี้ ตอนนี้อยู่ที่เราไม่เคยคาดคิดว่าเราจะเจอเคส palliative ที่เราต้อง manage แบบนี้ภายในเวลาอันจำกัด”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 10

3.2 การขาดระบบการดูแลแบบ “แพทย์เจ้าของไข้” (No regular doctor-patient relationship)

“เคสคุณลุงคนนึง ที่เป็น CA colon เคยทำ colostomy มาแล้ว radiation มาแล้ว re-admit อาจมี recurrent ขึ้นมาใหม่ แล้วก็มา admit บ่อย ๆ อาจจะอยู่สายเราบ้าง สายคนอื่นบ้าง ตอนนี้อยู่ที่รู้ว่า death ยังนะ เพราะทุกที admit ก็เป็น supportive treatment เราเห็นเค้กลับมา Re-admit แต่ว่าไม่ใช่สายเราละ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 3

3.3 การเผชิญกับลำดับชั้นของแพทย์ (Hierarchy of medical doctors)

“การเจอผู้ป่วยมะเร็ง เคสส่วนใหญ่จะ manage ตามอาจารย์ แล้วแต่การตัดสินใจของ staff เคสนี้รักษาแบบนี้ ส่วนใหญ่เป็นการรวานตามอาจารย์มากกว่า ตอนที่ใช้ทุน รพ. ศูนย์ คือแทบจะไม่ได้คุย advance care plan กับญาติกับคนไข้มากนัก”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 7

3.4 การเผชิญกับภาระงานอันล้นของระบบบริการสุขภาพ (Over workload in health care system)

“คนไข้ pain มาก มี bone metastasis admit ward ศัลย์แล้วหมอบ order morphine prn q 1-2 hr. แต่ไม่มีกรฉีด ไม่มีกรไปถาม เตียงมันเยอะ 8 ชั่วโมง หมอบเขียน เค้ได้ฉีดยาครั้งเดียว คือญาติโทรขอเป็นพินเป็นไฟ เค้บอกว่า ทำแบบนี้ได้ไง นี่คือการรักษามนุษย์คนนึงหรือ เค้บอกว่าประเทศนี้ ดูแลคนไข้มะเร็งแบบนี้หรือ พยาบาลก็คือมีไม่กี่คน แต่ดูคนไข้สี่คนอะ ทั้งแถบอะ แล้วคนไข้พาล need care เยอะ”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 2

3.5 การเผชิญกับระบบบริการสุขภาพที่แยกเป็นส่วน ๆ (Fragmentation of health care system)

“ในมุมมองของ ID เค้มองว่า ถ้าเกิดว่าเค้ให้ยาม่าเชื้ออย่างเต็มที มันก็สามารถควบคุมอาการได้ ในแง่ของ Rheumato เค้ก็มองว่าให้ยากดภูมิคุ้มกันได้ คนไข้ก็จะดีขึ้นแล้ว หมอบอกว่า คนไข้ล้างไตได้...เออ ถ้าจะยุติการรักษา จะให้ใครหยุดอะ ทุกคนมองว่า คนไข้อยู่ในมือ specialist ตายก็ได้ แต่จะต้องไม่ตาย

ด้วย condition ของชั้น”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 19

### 3.6 การขาดระบบการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ (No good referral system)

“มีบางเคสไปโรงเรียนแพทย์เอง คือมารักษา hypertension ที่ รพ. ชุมชน แล้วก็อยู่ ๆ loss follow up ไป แล้วก็ได้ว่าว่าเป็นมะเร็ง... โรงเรียนแพทย์ก็ยังไม่ได้ส่งกลับมา มันก็เลยไม่ได้ใช้ระบบ แต่ว่า ที่ อสม. เค้ทำงานในชุมชนมานาน เค้ก็บอกเคสนี้ loss follow up ไป เป็นมะเร็งนะ ไปเยี่ยมกัน ก็เลยได้ไปดูแลคนไข้”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 13

### 3.7 การขาดระบบที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (No palliative system in service)

“รพ. ที่เราอยู่ ไม่มีสหวิชาชีพที่แข็งแรงพอ นี่เราทำคนเดียว เราก็ไม่กล้า เอาจริง ๆ เลยคิดว่ามันเหมือนไม่มีทีมที่ support เรา ในการดูแลคนไข้กลุ่ม palliative เลย”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 3

### 3.8 การเผชิญกับความเข้าใจผิดในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Misconception of palliative care)

“บางเคสที่ต้อง drip มอร์ฟีน เราต้องคิดหนักเลยว่า drip ไปแล้วอะ มันเป็นโทษ หรือเป็นประโยชน์กันแน่ นี่เราส่งคนไข้ไปตายรีปัาวเนี่ย ถ้าเค้าตายด้วยตัวโรคก็โอเค แต่ถ้าเราให้ยามอร์ฟีนไปแล้วเค้าตายเร็ว เราไปเร่งเค้ามัย เราก็กลัว”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 4

### 1.9 การเผชิญกับระบบการแพทย์ปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร (Primary care in Metropolitan setting)

“คนไข้ในเมือง ใน กทม. กับคนไข้ชนบทอะ ต่างกัน ความเข้าใจในตัวโรคไม่เท่ากัน คนไข้เมืองจะคิดว่า โรคตัวนี้ รักษาไปก่อน จนถึงจุดที่ถึงที่สุด แล้วจะยอมแพ้ คนเมืองเค้าอาจจะคิดว่า มีฉายแสง มีคีโม มีทางสู้ จนกว่าคนไข้จะไม่ไหว คนไข้เมืองจะเข้าใจการรักษาได้ง่ายกว่าคนไข้ที่อยู่ชนบท...เคยเจอคนไข้ไม่ยอมไปตายที่บ้าน เค้มา รพ. แล้ว เราจะไล่เค้าก็ไม่ได้ เค้ก็ต้องตายที่ รพ. ส่วนใหญ่”

- ผู้เข้าร่วมวิจัยรายที่ 5

## วิจารณ์

การศึกษาวิจัยนี้พบความท้าทายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการสื่อสาร เรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแพทย์เอง ปัจจัยของบริบททางสังคม และปัจจัยในเชิงระบบสุขภาพ

ความท้าทายของแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิที่ทำงานในระบบสุขภาพของไทย มีข้อจำกัดในการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต คือ ระบบบริการสุขภาพ ที่มี model ทั้งประเทศ ขับเคลื่อนด้วยระบบการรักษาพยาบาลโดย

มุ่งรักษาเฉพาะโรคเป็นสำคัญ (disease centered model) ทำให้ การบริการทางการแพทย์ถูกแยกเป็นส่วน ๆ ขาดการดูแลรักษา ผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม และครอบคลุมทุกมิติ และระบบการเป็น เจ้าของไข้ของแพทย์มีข้อจำกัด ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์เข้าใจความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ระบบดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ หมดหวัง ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพบางส่วน มีทัศนคติและมุมมองต่อการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบ ประคับประคองว่า เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการรักษาเฉพาะโรค จึงหลีกเลี่ยง การวางแผนดูแลล่วงหน้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแพทย์ ประกอบด้วย ความแตกต่างของทักษะและประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจขาด ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวมีจำนวนที่ไม่เพียงพอ อยู่ในระบบบริการปฐมภูมิที่เพิ่ง พัฒนาได้ไม่นาน สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่า คุณลักษณะของแพทย์และความเชี่ยวชาญแต่ละสาขา ส่งผลต่อ การประเมินระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคอง แตกต่างกัน<sup>5, 6</sup> เมื่อผนวกเข้ากับบริบททางสังคมไทยที่มีลักษณะ ครอบครัวขยาย เมื่อเผชิญกับช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมในการวางแผน ดูแลล่วงหน้า สมาชิกในครอบครัวรวมถึงแพทย์จึงต้องเลือกการ ตัดสินใจที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นหลัก ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทน แม้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยจะสื่อสารได้หรือไม่ก็ตาม แตกต่างจากการ ศึกษาที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมุมมอง และความตระหนักรู้เรื่อง การวางแผนดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมี ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการตัดสินใจ ด้วยตนเอง และคิดว่าการที่ครอบครัวต้องตัดสินใจร่วมด้วยเป็นการ เพิ่มภาระให้กับครอบครัว ทั้งนี้ยังให้ความสำคัญเรื่องสิทธิของ ผู้ป่วย ต้องการให้แพทย์ เปิดประเด็นเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า เนื่องจากเป็นหน้าที่ของแพทย์และมีความเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด<sup>7-9</sup>

## สรุป

“การวางแผนดูแลล่วงหน้า” สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติปฐม ภูมิของไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ทั้งในส่วนของ ปัจจัยจากตัวแพทย์เองที่ขาดทักษะและความรู้ แพทย์ต้องเผชิญ ในส่วนของบริบททางสังคมไทยที่มีความพิเศษในชนบทธรรมเนียม วัฒนธรรมของความเป็นครอบครัวไทย อีกทั้ง การเผชิญกับระบบ บริการสุขภาพที่มุ่งรักษาโรคเป็นที่ตั้ง แยกเป็นส่วน ๆ ขาดการดูแล ผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การวางแผนดูแลล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องที่ควรให้การศึกษเพิ่มเติม เพื่อให้แพทย์ไทยมีความสามารถสื่อสารในประเด็นดังกล่าว ได้ สอดคล้องกับบริบทที่เป็นจริงของประเทศไทยเพิ่มขึ้น



## References

1. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-32.e1.
2. WHO definition of palliative care [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
3. Johnson SB, Butow PN, Bell ML, Detering K, Clayton JM, Silvester W, et al. A randomised controlled trial of an advance care planning intervention for patients with incurable cancer. *British journal of cancer*. 2018;119(10):1182-90.
4. Keating NL, Landrum MB, Rogers SO, Jr., Baum SK, Virnig BA, Huskamp HA, et al. Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*. 2010;116(4):998-1006.
5. Risk J, Mohammadi L, Rhee J, Walters L, Ward PR. Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMJ Open*. 2019;9(9):e030275.
6. Enck RE. Advance directives: Burden or benefit? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2003;20(5):329-30.
7. Bernard C, Tan A, Slaven M, Elston D, Heyland D, Howard M. Exploring patient-reported barriers to advance care planning in family practice. *BMC Family Practice*. 2020;21.
8. Hong M, Yi EH, Johnson KJ, Adamek ME. Facilitators and Barriers for Advance Care Planning Among Ethnic and Racial Minorities in the U.S.: A Systematic Review of the Current Literature. *J Immigr Minor Health*. 2018;20(5):1277-87.
9. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*. 2016;25(4):362-86.