14

Palliative Care: Whose Duty Is It?

อิศรางค์ นุชประยูร

เมื่อกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองหรือ palliative care บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงใกล้เสียชีวิต แต่นิยามของการดูแลแบบประคับประคองกว้างกว่านั้นมาก วงการแพทย์ไทยยังเข้าใจไม่ตรงกัน โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า การดูแลแบบประคับประคองควรเริ่มเมื่อใด, ใครจะเป็นผู้ตัดสิน และใครจะเป็นผู้ให้การดูแล บทความนี้เขียนขึ้นเพื่อตอบคำถามสำคัญเหล่านี้

การดูแลแบบประคับประคองคืออะไร?

เด็กส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคที่รักษาได้ โดยอาจหายได้เอง หรือหายได้ด้วยการได้รับการบำบัดหรือการรักษาโรค ดังเช่นโรคติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ เด็กบางคนป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดหรือการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน เรียกกลุ่มโรคนี้ว่า โรคเรื้อรัง เช่น โรคภูมิแพ้ เด็กบางคนมีความพิการถาวร บางคนเป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เช่น โรคมะเร็งบางชนิด หรือโรคมะเร็งที่ดื้อต่อการรักษา ความพยายามบำบัดโรคในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มักไม่ประสบผลสำเร็จ อาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมถึงใช้ทรัพยากรมาก การพิจารณาทางเลือก เช่น “การดูแลแบบประคับประคอง” อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

โดยทั่วไปจะพิจารณาให้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคที่ทำให้เสียชีวิตก่อนถึงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย คือ วิธีการบำบัดรักษา (medical intervention) การรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหรือไม่หายขาด แต่เป็นการยืดอายุผู้ป่วยได้บ้าง ซึ่งการรักษาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด (เช่น การเจาะ, การฉีด, การใส่ท่อ) มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเสียเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ขาดเรียน พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องขาดงาน การรักษาจึงอาจไม่ใช่ทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับเด็กและผู้ปกครองเสมอไป โดยเฉพาะโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

"การดูแลแบบประคับประคอง" จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับเด็กป่วยและครอบครัวที่พิจารณาแล้วว่า โอกาสหายขาดหรือยืดเวลาด้วยการรักษานั้น "ไม่เหมาะ" การดูแลแบบประคับประคองในเด็กจึงเป็นทางเลือกในการดูแลเด็กป่วยจากภาวะที่จำกัดอายุขัย (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต, บำบัด, เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทางกาย, จิต, อารมณ์, สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการประคับประคองครอบครัว เริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัยโรค และต่อเนื่องไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาโรคหรือไม่[1]

ภาวะที่จำกัดอายุขัย หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งในบทความนี้รวมเรียกว่า โรคร้าย ในเด็กนั้นมีกว่า 400 ชนิด[2] เด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ดื้อต่อการรักษา เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ชัดเจนว่ามีเวลาจำกัด เด็กอาจอยู่ได้อีกเพียงไม่กี่สัปดาห์หรือไม่กี่เดือน ผู้ป่วยเด็กโรคพันธุกรรมหลายชนิด มีเวลาจำกัดเช่นเดียวกันแต่อาจอยู่ได้หลายปี แต่ก็มักเสียชีวิตก่อนวัยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคดังกล่าวเป็นโรคที่จำกัดอายุขัย และพึงพิจารณาการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือก ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการ แม้ความพิการนั้นจะไม่เป็นมากขึ้น เช่น cerebral palsy แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนก่อนถึงวัยผู้ใหญ่ จึงจัดว่าเป็นโรคที่จำกัดอายุขัย และควรพิจารณาการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกด้วยเช่นกัน

แนวทางการดูแลแบบประคับประคองนี้ "คุณภาพชีวิต" ของเด็กเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องค้นหาและเติมเต็ม[3] เด็กแต่ละคนเลือกคุณภาพชีวิตไม่เหมือนกัน มีความชอบไม่เหมือนกัน บางคนชอบเล่นกับเพื่อน, บางคนชอบเล่นคนเดียว, บางคนชอบแมว, บางคนชอบสุนัข, บางคนชอบกีฬา, บางคนชอบอ่านหนังสือ, บางคนอยากอยู่กับแม่, บางคนอยากอยู่กับเพื่อน, บางคนชอบดารา, บางคนชอบไปเที่ยว, น้อยคนชอบมาโรงพยาบาล การได้ทำกิจกรรมที่ชอบย่อมนำมาซึ่งความสุข เป็นความสุขทางจิตวิญญาณ การไม่ให้ความสำคัญกับโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้เด็กใช้ชีวิตได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ

การบำบัดความทุกข์ทางกาย เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต แพทย์ผู้ดูแลสามารถบำบัดความปวดและอาการที่รบกวนชีวิตของเด็กอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่อยากทำเช่นเดียวกับตอนที่ยังไม่ป่วย การบำบัดความทุกข์ทางจิต อารมณ์ อันเกิดจากผู้ปกครองและคนรอบตัว ที่อาจขัดขวางการทำกิจกรรมของเด็ก ย่อมทำให้เด็กเป็นอิสระจากความกังวลของผู้ปกครองและสังคมรอบตัวเด็ก เด็กนั้นไม่สนใจอนาคต สนใจแต่เรื่องในปัจจุบัน เพียงอนุญาตให้ใช้ชีวิตได้ ก็จะใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ ส่วนผู้ปกครองนั้นมีประสบการณ์มากกว่า จึงกังวลเกี่ยวกับอนาคต รวมทั้งความตายที่ยังมาไม่ถึง ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลจึงต้องประคับประคองใจของผู้ปกครองและญาติ เพื่อมิให้อารมณ์และความกังวลนั้นมารบกวนหรือจำกัดอิสรภาพของเด็ก

การดูแลแบบประคับประคอง ควรเริ่มเมื่อใด?

การดูแลแบบประคับประคอง สามารถเริ่มได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้าย[1] ไม่จำเป็นต้องรอแล้วพยายามรักษาที่ทำให้เจ็บปวด หรือรอให้ใกล้เสียชีวิตแล้วจึงอนุญาตให้เด็กได้ใช้ชีวิต หากไม่มีการรักษาใด ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาส

หาย ก็ควรให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกสำหรับผู้ปกครองและเด็กได้เลย ถ้าเด็กและผู้ปกครองเลือกการมีคุณภาพชีวิต เด็กก็ไม่ต้องทนต่อการเจ็บปวดจากการรักษาที่ไม่ได้ผล แพทย์ผู้ดูแลพึงเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ปกครอง แต่ถ้าผู้ปกครองเลือกใช้วิธีการรักษา แพทย์ก็ต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ปกครองเช่นกัน

โรคบางอย่าง เช่น มะเร็ง อาจมีโอกาสหายขาด ความพยายามในการรักษาครั้งแรกมักมีโอกาสหายมากที่สุด แต่เมื่อไม่สำเร็จและโรคมะเร็งกลับมาอีกครั้งหนึ่ง โอกาสในการรักษาหายในครั้งที่สองจะลดน้อยลงมาก ถ้าผู้ป่วยทราบถึงทางเลือกที่จะหยุดการรักษาแล้วใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ บางคนก็อาจเลือกการดูแลแบบประคับประคองเลยตั้งแต่แรกถ้าการรักษานั้นมีแต่ความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานโดยได้ผลเพียงเป็นการยืดชีวิตเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในขณะที่บางคนก็เลือกที่จะลองรักษาเพื่อหวังว่าจะยืดชีวิต และเมื่อพบกับความผิดหวังครั้งที่สอง คือ โรคกลับมาใหม่อีกครั้ง ในครั้งนี้หลายคนก็จะเปลี่ยนใจ ขอเลือกอยู่กับมะเร็งและเติมเต็มคุณภาพชีวิตในช่วงสั้น ๆ ก่อนที่จะเสียชีวิตอย่างสงบ แต่บางคนก็เลือกการรักษาต่อไป หรือไม่เคยพิจารณาทางเลือกการดูแลแบบประคับประคองเลย

ในมุมมองของผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็ง ผู้ปกครองมักอยู่ในกรอบความคิดของการต่อสู้กับโรคร้าย ชนะหรือแพ้ มีความหวังหรือหมดหวัง ในขณะที่จิตใจของเด็กผู้ได้รับการรักษากลับไม่คิดเช่นนี้ เด็กคิดแต่เพียงว่า จะได้รับอนุญาตให้ไปเล่นไหม? จะได้ไปโรงเรียนไหม? วันนี้จะได้กินของอร่อยหรือไม่? เมื่อทนไม่ไหวแล้วเด็กบางคนที่กล้าตัดสินใจ ก็อาจแสดงออกว่าขอหยุดการรักษาได้ไหม? เมื่อนั้นผู้ปกครองบางคนจึงยอมทำใจรับความเจ็บปวดทางใจแทนลูก แต่เด็กหลายคนไม่มีพลังเช่นนั้น พวกเขาจึงต้องจำยอมรับความทุกข์ทั้งกายและใจจนเสียชีวิต หากแพทย์ผู้รักษาได้นำเสนอทางเลือกการดูแลแบบประคับประคองแทนเด็ก ผู้ปกครองบางคนอาจหลุดออกนอกกรอบความคิดเดิมได้ และเลือกเติมเต็มชีวิตให้ลูกแทนที่จะต้องทนทรมานจากการรักษาดังที่ผ่านมา

การดูแลแบบประคับประคอง ไม่ใช่สิ่งที่ทุกคนต้องได้รับก่อนตาย บางคนเป็นนักสู้แม้รู้ว่าจะไม่หาย ก็ยินดีและเลือกขอรับการรักษาจนเสียชีวิตจากผลข้างเคียงของการรักษานั้น ไม่เคยเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเลย ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ ตัวเด็กเป็นคนเลือกเอง หรือแท้จริงแล้วผู้ปกครองเป็นคนเลือกให้ ถ้าเด็กไม่ได้ต้องการสู้ตายจริง ๆ แพทย์ผู้รักษาควรหาวิธีการที่จะโน้มน้าวให้ผู้ปกครองฟังเสียงเด็กอย่างเข้าใจและเห็นใจ หากในที่สุดแล้วผู้ปกครองเลือกที่จะให้เด็กรับการรักษาจนเสียชีวิต แพทย์ผู้ดูแลก็ต้องยอมรับและเคารพสิทธิการตัดสินใจของผู้ปกครอง

โดยสรุป การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มขึ้น เมื่อแพทย์ตัดสินใจนำเสนอแนวทางเลือกเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ปกครอง ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลจึงควรพิจารณาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกร่วมด้วยเสมอตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพได้เป็นเวลานาน

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นหน้าที่ของใคร?

การดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยการดูแลคุณภาพชีวิตของเด็ก ร่วมกับการบำบัดลดอาการปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายต่าง ๆ สิ่งสำคัญ คือ การดูแลต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ตลอดเวลาตลอดจนการดูแลทั้งครอบครัวของผู้ป่วยให้มีความสบายใจที่จะร่วมกันดูแลผู้ป่วย ยาที่ใช้บำบัดอาการไม่สุขสบายใน

ผู้ป่วยมีเพียงไม่กี่ชนิด แพทย์ทั่วไปสามารถเรียนรู้และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่การดูแลต่อเนื่อง, การให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา และการเติมเต็มคุณภาพชีวิตนั้นอาจเป็นเรื่องยากสำหรับแพทย์บางคน ด้วยลักษณะงานที่พิเศษเช่นนี้ ต้องใช้ทักษะในการให้คำปรึกษา (counseling) แก่ครอบครัว การดูแลต่อเนื่องและรับปรึกษาได้ตลอดเวลา การจัดการกับความตายและความเศร้าโศก ความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดความปวด การทำงานร่วมกับบุคลากรสหสาขา และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)[4] จึงจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญพิเศษของแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคองในการช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย[5]

ในปัจจุบัน มีการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเป็นอนุสาขาของเวชศาสตร์ครอบครัว[5] สามารถเข้าฝึกอบรมได้โดยไม่จำกัดสาขา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา เช่น มะเร็งวิทยา, กุมารแพทย์, วิสัญญีแพทย์, แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด, จิตแพทย์, เวชบำบัดวิกฤต, นรีเวชวิทยา และเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวนแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองเป็นงานหลักยังคงมีจำนวนน้อยมาก ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตได้ทั่วถึงทุกคน

ในประเทศไทย เด็กที่เป็นโรคเรื้อรังและโรคร้ายมักถูกส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ เช่น เด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง จะถูกส่งให้กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเลือดและมะเร็ง เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมองจะถูกส่งให้กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท เด็กโรคพันธุกรรมจะถูกส่งให้กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพันธุกรรม เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองมักต้องนำเสนอโดยแพทย์ผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้นำเสนอทางเลือกนี้ให้แก่ผู้ป่วยหรือไม่

ในบริบทของประเทศไทย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมักดูแลเฉพาะสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ ปัญหาทางสุขภาพด้านอื่นมักส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นช่วยกันดูแล ทัศนคติและการแบ่งงานกันทำนี้ เรียกว่า fragmented health care เด็กโรคซับซ้อนจึงมักได้รับการดูแลจากทีมแพทย์หลายสาขา แต่ขาดการดูแลแบบองค์รวม

ในบริบทของกุมารแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่มักส่งตัวผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคร้ายให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านประเมินและดูแลต่อเนื่อง หรือผู้ป่วยบางคนก็เริ่มกระบวนการรักษากับผู้เชี่ยวชาญโดยตรงตั้งแต่แรก เมื่อพบว่าโรคนั้นอยู่ในระยะที่เกินกว่าจะรักษาได้ แพทย์ผู้ดูแลควรประสานการดูแลและช่วยเหลือโดยทำบันทึกข้อความส่งต่อให้กุมารแพทย์ใกล้บ้านดูแลแบบประคับประคองแทน จะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ลดปัญหาความยากลำบากในการเดินทางและค่าใช้จ่าย รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น

การดูแลแบบประคับประคอง สามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทัศนคติที่ดีและรู้หลักการดูแลแบบประคับประคอง คือ การรับฟัง, ค้นหา และเติมเต็มคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นการดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ใช้เพียงความรู้ทางการแพทย์พื้นฐานด้วยความเมตตาและกรุณา ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐาน (primary palliative care)[1,6]

ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อาจมีการดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (general palliative care)[1,6] ซึ่งเป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งมีพื้นฐานความรู้และทักษะการดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี แม้ไม่ได้เป็นความเชี่ยวชาญหลัก เช่น สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการอาการรบกวนได้ ให้การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life care) อาจทำงานร่วมกับกุมารแพทย์เพื่อให้ดูแลเด็กได้อย่างสบายใจ

ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีประเด็นที่ซับซ้อน อาจพิจารณาส่งต่อเพื่อให้รับการดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (specialist palliative care)[1,6] ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะสลับซับซ้อน และยากต่อการจัดการ เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ความปวดที่บำบัดแล้วไม่หาย ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของผู้ดูแลซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง เช่น การถอดท่อช่วยหายใจ, การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (withholding life-sustaining treatment), การถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (withdrawing life-sustaining treatment), การลดระดับความรู้สึกตัวในระยะใกล้เสียชีวิต (palliative sedation)

การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชา (interdisciplinary team) อาจทำให้การดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทีมสหสาขาวิชา หมายถึง กลุ่มของผู้ให้การดูแลที่มีความรู้ความสามารถหลากหลายทำงานร่วมกันในหน่วยงานหรือระบบเดียวกัน รวมถึงชุมชนที่ผู้ป่วยพำนักอยู่ เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้านและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข, นักสังคมสงเคราะห์, นักจิตวิทยา, ผู้นำศาสนา, อาสาสมัคร และอื่น ๆ โดยสมาชิกของทีมมีการประสานการทำงานร่วมกัน แต่ในบริบทของการดูแลแบบประคับประคองระดับพื้นฐานและทั่วไปนั้นอาจมีทรัพยากรจำกัด แม้มีเพียงคนเดียวก็เริ่มให้การดูแลได้[6,7]

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137 ตอนที่ 261 ง หน้า 3 วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
2. Hain R, Devins M, Hastings R, Noyes J. Paediatric palliative care: Development and pilot study of a 'Directory' of life-limiting conditions. BMC Palliative Care 2013; 12: 43.
3. อิศรางค์ นุชประยูร. การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้าย. Care of children with advanced illnesses. ใน: ลักษมี ชาญเวชช์, ประถมาภรณ์ จันทร์ทอง, กิติพล นาควิโรจน์, ปิยพร ทิสยากร บรรณาธิการ. Textbook of Palliative care, book 2, การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เล่ม 2. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564. หน้า 690-702.
4. อิศรางค์ นุชประยูร. Advance care plan-Individualized care for incurable diseases. ใน: กัญญา ศุภปีติพร, วรนุช จงศรีสวัสดิ์, อังคนีย์ ชะนะกุล, สุชีรา ฉัตรเพริดพราย, มณฑิตา วีรวิกรม บรรณาธิการ. Pediatric practice: Individualized patient care in 2016. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด; 2559. หน้า 162-170.

5. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม ประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลประคับประคอง พุทธศักราช ๒๕๖๑ https://thaifammed.org/wp-content/uploads/2021/12/หลักสูตร-FMPC-1.pdf Accessed 15 พ.ค. 2565.
6. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. New Engl J Med 2013; 368: 1173-1175.
7. อิศรางค์ นุชประยูร. กุมารชีวาภิบาล, Pediatric palliative care ใน: กิตติพล นาควิโรจน์ บรรณาธิการ. คู่มือการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2559. หน้า 151-65.