

การวางแผนบั้นปลายชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค END OF LIFE PLAN FOR TUBERCULOSIS PATIENTS

ปิยะวดี สุมาลัย
วรุณยุพา สกอล
อารีรัตน์ นิลาวรรณ
สถาบันบำราศนราดูร

Piyawadee Sumalai,
Warunyupa Sakol,
Areerat Nilawan
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Received: 11/01/2021

Revised: 02/02/2021

Accepted: 24/03/2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยวัณโรคและความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2562-2 มีนาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 28 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาล บางตัว จังหวัดสมุทรปราการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ 71.43) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 28.57) โดยมีอายุเฉลี่ย 55.32 ปี (SD=18.09) จากข้อคำถามในแบบประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความสุขน้อย (ร้อยละ 92.90) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยคือ ครอบครัว (ร้อยละ 60.70) ไม่ต้องการความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 82.20) คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่หาย (ร้อยละ 75.00) ถ้าเลือกได้อายุขัยชีวิตอยู่อีก 5 ปี (ร้อยละ 46.40) และ มีสิ่งที่เป็นห่วงยังจัดการไม่เรียบร้อยคือเรื่องครอบครัว (ร้อยละ 42.90) และถ้าอยู่จนครบเวลาต้องการจากไปแบบจะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก ให้แพทย์ช่วยให้ยารักษาอาการทั่วไป เพื่อให้ไม่ทุกข์ทรมาน สำหรับความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง คือ เมื่อเจ็บป่วยได้ให้ยารักษา ไม่ทุกข์ทรมาน และการมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่คนที่รัก ต้องการได้รับการยอมรับ ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การศึกษานี้สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรายอื่น (ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าจะต่อสู้กับโรค) เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

Abstract

This study aims to study the use of assessment forms for end of life plan of tuberculosis patients and their understanding of palliative care. The study was conducted during 26 March 2019 – 2 March 2020. The sample consisted of 28 TB patients. The research instrument was the end of life plan assessment

Conducted by Bangduan Hospital, Samutprakan. The data were analyzed by content analysis distribution, frequency, percentage and average.

The result shown that among 28 study subjects who were diagnosed with tuberculosis, 20 males (71.43%), 8 females (28.57%), with an average age of 55.32 years (SD =18.09). From the question in the assessment, it was found that most of the sample were less happy (92.90%). The most important thing in a patient's life is the family (60.70%) and do not want them suffer (82.20%). Most of the subjects thought that the existing disease is uncertain whether it can be heal or not (75.00%). If possible, they expected to live longer for another 5 years (46.40%). And 42.90% of them were worried about the unsettling family issues. If they can stay until the end of time they want to live for fighting with the disease and stay as long as possible, no matter how much suffering. In the future, if symptoms subside they need help from a doctor to provide medication for treating the common symptoms. The patient needs adequate care, beloved and accepted without any negative attitude such as a burden of caregivers or health care providers. The palliative care's subjects understand that when sickness has given medicine not suffering and living without being a burden to loved ones. Want to be recognized not seen as a burden of relatives or medical personnel be able to describe symptoms and be involved in decision-making.

This study can use information that has been shown to provide encouragement to other patients (the issue of the sample group's attitude to fight disease) as a guideline for decision making.

คำสำคัญ

วางแผน บั้นปลายชีวิต ผู้ป่วยวัณโรค

Keywords

Plan, End of life, Tuberculosis patient

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูงจากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย วัณโรคเป็นได้ทุกอวัยวะ แต่ที่พบมากที่สุดคือปอด (pulmonary TB) ประมาณร้อยละ 80.00 ของวัณโรคทั้งหมด และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น วัณโรคนอกปอด (extrapulmonary TB) พบได้ประมาณร้อยละ 20.00 แต่ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยสัดส่วนของวัณโรคนอกปอดมักจะ

พบมากขึ้น อวัยวะที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อมทอนซิล (พบมากที่สุด) กระดูก (มักพบที่กระดูกสันหลัง) เยื่อหุ้มปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ลำไส้ เยื่อหุ้มสมอง เยื่อหุ้มหัวใจ ผิวหนัง การติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ประมาณ 20-30 เท่า โดยพบการป่วยเป็นวัณโรคได้ทุกระยะของการติดเชื้อเอชไอวีและทุกระดับ CD4 นอกจากนี้วัณโรคยังทำให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดำเนินโรคเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น และวัณโรคเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ประมาณ ร้อยละ 24.00) เบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนและความบกพร่องของภูมิคุ้มกันอีกโรคหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรค ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

มากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน 3 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเบาหวานเสียชีวิตในระหว่างการรักษาวัณโรคค่อนข้างมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ดังนั้นภูมิคุ้มกันร่างกายที่ไม่แข็งแรง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition) หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม จึงมีความเสี่ยงที่จะทำให้เสียชีวิตได้ง่ายจากโรควัณโรค⁽¹⁾ บางคนไม่ได้มีโอกาสที่จะวางแผนบั้นปลายชีวิต ไม่มีโอกาสที่จะทำสิ่งที่ตนเองต้องการ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ในปี พ.ศ. 2533 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Palliative Care ว่าเป็น “วิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพอันได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย มีเป้าหมายหลักของการดูแลเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี” ปัจจุบันทางองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความใหม่ของ Palliative Care ไว้ว่าเป็น “วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพ ทั้งทางด้าน กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างละเอียดครบถ้วน” โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวมและควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย⁽²⁻⁴⁾ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้ โรคหัวใจและ

หลอดเลือด ร้อยละ 38.50 โรคมะเร็ง ร้อยละ 34.00 โรคด้านระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.30 โรคเอดส์ ร้อยละ 5.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.60 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care ด้วยเช่นกัน อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบ โรคหลอดเลือด พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยา⁽²⁾ การรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยปราศจากความทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจาก โรคหรือการเจ็บป่วย (Compassionate Palliative Care) หมายถึง การดูแลรักษาที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงสุดท้ายของโรค ซึ่งได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรักษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค แต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน และการให้ยาเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค แต่การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกด้าน (เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก) มีความสำคัญมากกว่า รายละเอียดปลีกย่อยอื่นๆ ซึ่งการตั้งเป้าหมายการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งได้⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามความต้องการนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยอาการหนักและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านเป็นเรื่องที่ผู้ดูแลต้องเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และผ่านการฝึกทักษะมาเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ให้การดูแลที่เอื้อต่อการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้⁽⁶⁻⁷⁾

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีความสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มักจะเข้ามานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ประกอบกับมีโรคประจำตัวร่วม เช่น โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวดรบกวนถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และหลังเสียชีวิตแล้ว ปัญหาอาการเจ็บป่วย การเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รวมถึงการไม่อยากมีชีวิตอยู่

ต่อไป ซึ่งจะทำอย่างไรให้ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย ว่าเมื่อไรต้องดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจการวางแผนบำบัดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการประเมินและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการวางแผนบำบัดชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์
2. เพื่อศึกษาความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การศึกษาวิจัยแบบพรรณนา แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีรับบริการที่ตึกโรค (ตึกอายุรกรรม 4) ในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2562-2 มีนาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

- ผู้ป่วยทุกเพศ
- มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์
- ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก⁽⁸⁾ (รูปที่ 1) ที่มีค่าคะแนน ร้อยละ 0 - 50 (ประเมินโดยทีมผู้วิจัย)

- ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการ

Exclusion Criteria

- ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
- ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 31 ราย เปิดตารางสำเร็จรูปของเครชีและมอร์แกน⁽⁹⁾ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการวางแผน บำบัดชีวิตของโรงพยาบาลบางตัว จังหวัดสมุทรปราการ⁽¹⁰⁾ เป็นหนึ่งในชุดเครื่องมือของสมุทรปราการโมเดลที่เกิดจากแนวคิดการพัฒนาระบบงานเยี่ยมบ้านในชุมชนของทีมโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยมีกลุ่มประชาชนในชุมชนคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ดูแล และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจะแก้ปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยในชุมชน โดยประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อดังนี้ (รูปที่ 2)

การตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากทีมวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจำนวน 30 ราย วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค⁽⁸⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ที่ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำการอธิบายวัตถุประสงค์ขอความยินยอม และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองหลังจากขอรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยของสถาบันบำราศนราดูร (รหัส N001h/61_ExPD) และขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร การวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

(Palliative performance scale for adult Suandok) (PPS Adult Suandok)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และไม่มีอาการของโรค	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างชัดเจน	ทำได้เอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีการถูกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีการถูกลามของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีการถูกลามของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือไม่มีอาการ

(ดัดแปลงจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย คณะกรรมการ Palliative care ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2551)

รูปที่ 1 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก

แบบประเมินการวางแผนบั้นปลายชีวิต เพศ..... อายุ..... การวินิจฉัยโรค..... Version 1.0 01/01/62

1.ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน?

☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย

เพราะอะไร.....

4.วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง?

แผน.....

ถ้าเลือกได้อนาคตมีชีวิตอยู่อีกปี

อยากใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไรให้มีความสุข.....

มีอะไรในชีวิตที่เป็นห่วงกังวลการไม่รีบรื้อหรือไม่ว่าง.....

เคยมีประสบการณ์การเกิดโรคปวเร่ระยะสุดท้ายหรือเสียชีวิตหรือไม่ อย่างไร คิดเห็นอย่างไร.....

ถ้าอยู่จนครบเวลาอยากกลับไปแบบไหน.....

☐ จะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม

☐ จะพยายามสู้กับโรคดูก่อน แต่ถ้าเริ่มทุกข์ทรมานจนทนไม่ไหวก็หยุด

☐ ไม่อยากทุกข์ทรมาน ยอมรับได้ถ้าจะมีชีวิตที่สั้นลง

2.อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย?

☐ ครอบครัว ☐ เพื่อน ☐ เงิน ☐ ศาสนา ☐ การมีชีวิตยืนยาว

☐ การไม่ต้องเป็นภาระให้คนที่รัก ☐ การไม่ต้องทุกข์ทรมานจากโรค

ถ้าให้เลือกอะไรสำคัญกว่าระหว่าง ☐ ไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ ☐ การมีชีวิตที่ยืนยาว

5.ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก อยากให้แพทย์ช่วยแค่ไหน?

☐ ให้รักษามาตรการทั่วไป ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยามาเชื้อ เพื่อไม่ให้ทุกข์ทรมาน

☐ ใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้าเหนื่อยหอบมาก

☐ ปั่นหัวใจ ให้ยากระตุ้นหัวใจช็อกไฟฟ้า ถ้าหัวใจหยุดเต้นและจะเสียชีวิต

3.คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่?

คิดว่าโรค/อาการที่เป็นสามารถหายได้หรือไม่ ☐ หายได้ ☐ หายไม่ได้ ☐ ไม่แน่ใจ

ถ้าโรค/อาการที่เป็นอยู่รักษาไม่หายคิดอย่างไรว่า.....

รูปที่ 2 แบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาลบางด้วน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค เป็นเพศชาย 20 ราย (ร้อยละ

71.43) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 28.57) โดยมีอายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี อายุเฉลี่ย 55.32 ปี (SD=18.09) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	71.43
หญิง	8	28.57
อายุ(ปี) $\bar{X}$ =55.32 SD=18.09		
อายุน้อยที่สุด 28 ปี		
อายุมากที่สุด 88 ปี		

จากตารางที่ 2 ข้อมูลแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขน้อย 26 ราย (ร้อยละ 92.90) สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ครอบครัว 17 ราย (ร้อยละ 60.70) ถ้าให้เลือกอะไรสำคัญกว่าระหว่างไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ กับการมีชีวิตที่ยืนยาว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เลือก ไม่ทุกข์ทรมานไม่เป็นภาระ 23 ราย (ร้อยละ 82.20) ในด้านโรคและภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าโรค/อาการที่เป็นไม่แน่ใจว่าจะสามารถหายได้ 21 ราย (ร้อยละ 75.00) ถ้าโรค/อาการ

ที่เป็นอยู่รักษาไม่หายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าไม่อยากทุกข์ทรมานยอมรับได้ 13 ราย (ร้อยละ 46.40)

สำหรับเรื่องการวางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะมีชีวิตอีก 5 ปี 13 ราย (ร้อยละ 46.40) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยากหาย 10 ราย (ร้อยละ 35.80) จะทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความเป็นห่วงครอบครัว 12 ราย (ร้อยละ 42.90) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะพยายามสู้กับโรคดูก่อน แต่ถ้าเริ่มทุกข์ทรมานจนทนไม่ไหวก็หยุด 14 ราย (ร้อยละ 50.00)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจากข้อคำถามแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตผู้ป่วยวัณโรค

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน		
มีความสุขน้อย	26	92.90
มีความสุขปานกลาง	2	7.10
อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย		
ครอบครัว	17	60.70
การมีชีวิตยืนยาว	5	17.90
การไม่ต้องเป็นภาระให้กับคนที่รัก	4	14.30
การไม่ทุกข์ทรมานจากโรค	2	7.20
ถ้าให้เลือกระหว่างอะไรสำคัญ		
ไม่ทุกข์ทรมาน	23	82.20
การมีชีวิตยืนยาว	5	17.90
คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่?		
หายได้	4	14.30
หายไม่ได้	3	10.70
ไม่แน่ใจ	21	75.00
ถ้าโรค/อาการที่เป็นอยู่รักษาไม่หายคิดว่าจะอย่างไร		
ตั้งใจรักษา	2	7.20
อยู่กับครอบครัว	1	3.60
ไม่เป็นภาระ	1	3.60
ไม่อยากทุกข์ทรมานยอมรับได้	13	46.40
แล้วแต่ชะตาชีวิต	3	10.70
อยากหาย อยากไปทำงาน	8	28.60
วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง?		
ถ้าเลือกได้ออนาคตมีชีวิตอยู่อีกกี่ปี.		
1 ปี	6	21.40
5 ปี	13	46.40
อยากใช้ชีวิตที่เหลืออย่างไรให้มีความสุข		
อยากหาย	10	35.80
ไม่เป็นภาระ	8	28.60
อยู่กับครอบครัว	6	21.50
มีแรงทำงาน	4	16.40
มีอะไรในชีวิตที่เป็นห่วงยังจัดการไม่เรียบร้อยหรือไม่		
ไม่มี	6	21.50
เรื่องครอบครัว	12	42.90
ห่วงลูก	10	30.60
ถ้าอยู่จนครบเวลาอยากจากไปแบบไหน		
จะสู้กับโรคและอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้แม้จะทุกข์ทรมานแค่ไหนก็ตาม	8	28.60
จะพยายามสู้กับโรคดูก่อน แต่ถ้าเริ่มทุกข์ทรมานจนทนไม่ไหวก็หยุด	14	50.00
ไม่อยากทุกข์ทรมาน ยอมรับได้ถ้าจะมีชีวิตที่สั้นลง	6	21.40

จะเห็นได้จากการใช้แบบประเมินนั้น เป็นแนวคำถามช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบคำถามเกี่ยวกับการวางแผนบันปลายชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ง่ายขึ้น และ กลุ่มตัวอย่างบางคนได้ตอบเพิ่มจากที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ (โดยกลุ่มตัวอย่างได้เขียนเพิ่มลงในแบบประเมินเอง)

1. ชีวิตในตอนนี้มีความสุขมากแค่ไหน

ความสุขของแต่ละคนไม่เหมือนกัน มีการวัดที่ต่างกันไป แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยความสุขก็จะลดน้อยลงไป ประกอบกับความกังวลของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันไป ทั้งกังวลเกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วย และกังวลที่จะเป็นภาระของครอบครัว

2. อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย

การมีชีวิตที่ยืนยาวเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ แต่ถ้าทุกคนสามารถรู้ว่าสิ่งที่จากไปก็อาจจะดีจะได้ทำในสิ่งที่อยากทำ จะได้ไม่ค้างคาใจ และทุกคนคิดว่าครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากกำหนดได้ก็คือการไม่ทุกข์ทรมานจากโรคและการไม่เป็นภาระแก่คนอื่น

3. คิดอย่างไรเกี่ยวกับโรค/ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่

สำหรับอาการป่วยนั้นถ้าหากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพียงพอที่จะช่วยในการวางแผนชีวิตได้ด้วย และจะทำให้เป็นภาระแก่คนรอบข้างได้น้อยลง สำหรับความมั่นใจว่าจะหายจากโรคนั้นน้อยมาก ต้องทำใจยอมรับ การรักษาจะทำให้หายได้เพื่อจะได้ดีขึ้นและมีชีวิตยืนนานที่สุด

4. วางแผนเกี่ยวกับโรคและการรักษาในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง

ถ้าเลือกได้อาจมีชีวิตรอดอยู่อีกกี่ปี ถ้าหายก็อยากจะอยู่ให้ได้ 5 ปีจะได้มีเวลาจัดการสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่ทำได้

5. ในอนาคตถ้าอาการทรุดหนัก อยากให้แพทย์ช่วยแค่ไหน

ทุกคนบอกว่าให้ยารักษาอาการทั่วไป ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ เพื่อให้ไม่ทุกข์ทรมาน

สรุปผลการวิจัย

การวางแผนบันปลายชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ จากแนวคำถามตามแบบประเมินวางแผนบันปลายชีวิต กลุ่มตัวอย่างจะมีการวางแผนบันปลายชีวิตของตนเองเมื่อเริ่มเจ็บป่วยบ่อยขึ้น ดังนั้นเพื่อจะได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ จึงมีการวางแผนเกี่ยวกับครอบครัวเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระ สำหรับเรื่องโรคนั้นถ้าหากได้รับข้อมูลจากทีมที่รักษาเพียงพอที่จะช่วยในการวางแผนและตัดสินใจได้มากขึ้น จะได้ไม่ทุกข์ทรมานและเป็นภาระแก่คนรอบข้างได้น้อยลง

ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้นคือเมื่อเจ็บป่วยได้ให้ยารักษา ให้น้ำเกลือ ให้ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ ไม่ทุกข์ทรมาน และการมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นภาระแก่คนที่รัก ผู้ป่วยต้องการได้รับการยอมรับ สามารถให้และได้รับความรัก ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระของญาติมิตรหรือบุคลากรทางการแพทย์ สามารถได้รับการอธิบายถึงอาการที่เป็นอยู่และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ การวางแผนบันปลายชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดในการดูแลสุขภาพของ รวมถึงการเตรียมการวางแผนทั้ง ด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพที่ต้องการป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เพราะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว มาอยู่โรงพยาบาล ถูกตัดขาดจากสังคม สถานที่ทำงาน หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ยิ่งรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกำลังจะตายจึงรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ และท้อแท้ ย่อมต้องการความรักและความสัมพันธ์ที่ดีจากทั้งญาติ

และแพทย์ พยาบาลผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของการศึกษาของ ธนวรรณ สิ้นประเสริฐ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งกลัวการเจ็บป่วยหนัก ส่วนใหญ่ไม่กลัวการเผชิญความตาย เชื่อว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ทั้งหมดเชื่อว่า การเตรียมตัวก่อนตายเป็นสิ่งที่ดี กว่าครึ่งมีการเตรียมตัวก่อนตายด้านการจัดการทรัพย์สิน มีการทำฌาปนกิจสงเคราะห์ เนื่องจากเป็นสิ่งที่กังวล โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา หากป่วยหนักและเสียชีวิต ผู้สูงอายุทั้งหมดต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ส่วนใหญ่ไม่ต้องการทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์การแพทย์ ไม่ต้องการให้บุตรหลานเสียเวลาเสียทรัพย์สิน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้แจ้งความต้องการให้บุตรหลานทราบและเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้ด้านการแสดงเจตนาความต้องการครั้งสุดท้าย

ฉะนั้นทุกคนต้องการอยู่อย่างมีความหมายหรืออยู่อย่างมีคุณค่าต่อบุคคลที่ตนเองรักหรือทำประโยชน์ให้ตนเองและสังคมที่ดำรงอยู่ ความเอื้ออาทร ความรักความผูกพันของบุคคลในครอบครัวหรือ มิตรสหาย เป็นกำลังสำคัญในการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย มนุษย์ที่มีจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง จะสนใจศาสนาหรือมีปรัชญาในการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมคือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง และแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เมื่อยามเจ็บป่วยจะใช้วิกฤติในชีวิตครั้งนี้ค้นหาความหมายของชีวิตว่าจะใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างไรก่อนตาย⁽⁵⁾ คล้ายกับการศึกษาของอารยา ทิพย์วงศ์และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในชุมชน เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1. การดูแลให้อยู่ดี 2. การดูแลรักษาดี และ 3. การดูแลให้ตายดี ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย (จะประเมินจากอาการไม่สุขสบายความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย) ด้านจิตใจ (การดูแลด้านจิตใจมีความสำคัญ อย่าให้ผู้ป่วยรู้สึกว่

ถูกทอดทิ้ง มีคนพูดคุยด้วย โดยประเมินว่าผู้ป่วยอยากพูด อยากฟังอะไร ให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด การให้กำลังใจให้ความรัก ความเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพของจิตใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคร้ายอยู่เสมอ) ด้านสังคม (โดยจะต้องประเมินในเรื่องต่อไปนี้ คือ บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพราะบทบาทจะส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของสมาชิกในครอบครัวหรือศักยภาพในการจัดการปัญหาต่างๆ) และจิตวิญญาณ (ความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่องความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว) รวมถึงความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมด้านศาสนาที่ตนเองนับถือ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะคงไว้ในเรื่อง ความผูกพันกับพระเจ้าของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย ความรัก ความหวัง ความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว⁽¹³⁾ คล้ายกับการศึกษาของเกวดี ฐานณี, อัจฉริยา ปทุมวัน และ จอนผะจง เพ็งจาด⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษาความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว มี 6 ด้าน คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การดูแลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก การดูแลด้านจิตสังคม การดูแลด้านจิตวิญญาณและในระยะเสียชีวิต ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลและการดูแลภายหลังเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในสถาบันบำราศนราดูรได้

1.2 สามารถนำแบบประเมินวางแผนบั้นปลายชีวิตของโรงพยาบาลบางด้วน จังหวัดสมุทรปราการ ไปใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรค

1.3 เพื่อเป็นแนวทางในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยรายอื่น (ในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าจะต่อสู้กับโรค) เป็นแนวทางในการตัดสินใจ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจหาเครื่องมืออื่นๆมาประเมินและเตรียมวางแผนระยะท้ายของชีวิต

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปถ้าหากมีกลุ่มตัวอย่างมากพอ ขอให้มีการวิเคราะห์ทัศนคติหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันระหว่าง เพศหญิง-เพศชาย และเพศทางเลือก อายุ เพื่อให้มีแนวทางการดูแลที่เหมาะสม

2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

2.4 ควรศึกษาทัศนคติของผู้ให้บริการ หรือผู้ดูแล เพื่อค้นหาปัจจัยที่อาจจะมีผลต่อการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. The TB situation in Thailand. [Internet]. [cited 2019 Jan 20]. Available from <https://www.tbthailand.org>.
2. World Health Organization. Palliative Care. [Internet]. [cited 2019 Feb 10]. Available from <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
3. Darin Jaturapatporn. Happiness, love and understanding in the end of life. 1st edition, Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited (TH); 2018. (in Thai)
4. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for the care of the terminally ill patients. 1st edition, Bangkok: 2017. (in Thai).
5. The National Health Commission office. Guide for the People, Palliative Care of the Elderly. 1st edition, Bangkok: Pimdee company (TH); 2018. (in Thai)
6. Tassanee Tongprateep. Spirituality : A dimension of nursing. 1st edition, Bangkok: Chulalongkorn University Press (TH); 2011. (in Thai)
7. Office of Nursing, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Palliative nursing service system. Bangkok: Publishing of Suetawan (TH); 2016. (in Thai)
8. The Suandok Palliative care center, Maharaj Nakorn Chaing Mai hospital. Palliative Performance Score (PPS). [Internet]. [cited 2019 Mar 15]. Available from <https://w2.med.cmu.ac.th/spc/index.php?lang=en>
9. Pragai Jirojanakul. Nursing Research: Concepts, Principles and Practices. 2nd edition, Nonthaburi: Academic Welfare Program Royal, Institute of Thailand Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH); 2007. (in Thai)
10. Bangduan Samutprakan Hospital. End-of-Life Planning Assessment Form. Samut Prakan Model Document Samut Prakan Provincial Public Health Office (Document not published), 2016.
11. Tanawan Sinprasert. Learning to manage the end of life. [dissertation]. [Nakhon Pathom]: Silapakorn University; 2013.
12. Araya Tipwong, Bumpenchit Sangchart. Cultural care for older persons with end of life in community. Thai Journal of Nursing. 2019 Jan; 68(1), 11-19.



-
13. Suphaphon Daodi, Choerchai Loetchitlekha, Wirot Suplinwong. Palliative care: a Christian perspective. 1st edition, Bangkok: Saint Louis College (TH); 2010. (in Thai)
14. Gewadee Thamane, Autchareeya Patoomwan, Johnphajong Phengjard. Palliative Care Needs of Children with Cancer and Their Families as Perceived by Family Caregivers. Rama Nurs J. 2018 September-December. 24(3): 295-312.