

Palliative Care Consult

Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives

(ตอนจบ) (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

พญ. ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

กลุ่มงานเวชศาสตร์ประคับประคอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

Communication

- ในประชาชนกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว ควรที่จะปรับปรุงการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) ให้เป็นปัจจุบัน และมีข้อบ่งชี้ถ้าตนเองประสงค์ที่จะหลีกเลี่ยงการถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาล หรือการเจ็บป่วยที่วิกฤต
- ก่อนที่จะมีการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจำนวนมาก ผู้ดูแลควรมีการทบทวนแผนการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม หรือผู้ป่วยที่การทำงานของอวัยวะล้มเหลว ผู้ป่วยเปราะบาง หรือผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งในผู้ป่วยเหล่านี้โอกาสรอดชีวิตน้อยมาก และการฟื้นคืนภายหลังจากที่เข้าไอซียูน้อยมาก

Equity

- การดูแลแบบประคับประคองควรให้ความใส่ใจเป็นอย่างมากกับผู้ป่วยผู้ที่มีแนวโน้มที่จะแย่ง เมื่อระบบสาธารณสุขยังมีข้อจำกัด และจะเกิดความไม่เท่าเทียมกันในภาวะที่สถานการณ์แย่ง
- มาตรการสำหรับการคัดแยกภาวะวิกฤตต้องนำมาสู่การปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าไอซียูควรที่จะจัด

ลำดับไว้ต้น ๆ ของการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยทั้งหมดต้องได้รับการดูแล

Stuff หมายถึง ยาที่จำเป็นที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และการบริหารยาเหล่านี้ในภาวะที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของ SARS-CoV-2 นี้ เพราะการควบคุมในหลายประเทศทำให้การเข้าถึงยากกลุ่ม opioid นั้นไม่ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในระยะยาวอาจจะมียาที่อยู่ในมือไม่เพียงพอ และยาเหล่านี้ไม่ใช่ยาที่จะมีพร้อมใช้ที่ข้างเตียงด้วยความรวดเร็ว การเตรียมการกระจายยาที่ใช้ในผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เพียงพอ โดยทำเป็น “palliative medication kits” ในชุดนี้จะรวมไปถึงยากกลุ่ม opioids ที่จะช่วยบรรเทาอาการเจ็บ อาการเหนื่อย คลื่นไส้ หรือ agitated, delirium, อาการไข้ หนาวสั่น และให้ยาเพื่อให้หลับได้ ดังตารางที่ 1 นี้

โดยที่ในชุด kit นั้นควรมีอุปกรณ์เพื่อที่จะให้ยา (ข้างต้น) ในชั้นใต้ผิวหนังได้ ส่วนเครื่องหยดสารละลาย (infusion system เช่น pumps, spring-loaded syringes) ควรที่จะมีพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้ยาอย่างต่อเนื่อง และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal

ตารางที่ 1: Suggested contents of a symptom management kit and recommended starting doses for patients with severe coronavirus disease 2019*

Symptom	Treatment	Recommended starting order	Quantity for kit
Pain or dyspnea	Morphine 10 mg/ml**	2.5 - 5 mg subcut q 30 min p.r.n.	10 vials
Nausea or delirium	Haloperidol 5 mg/ml	1 mg subcut q 2 hr. p.r.n.	10 vials
Sedation	Midazolam 5 mg/ml	1 - 2 mg subcut q 15 min p.r.n.	10 vials
Secretion	Socpolamine 0.4 mg/ml	0.4 mg subcut q 4 hr. p.r.n.	10 vials
Fever	Acetaminophen 650 mg suppositories	Administer q 6 hr. Per rectum p.r.n.	10 vials
Urinary retention	Foley catheter 14 - 16 French**	Insert catheter p.r.n.	1 kit
Dry mouth	Mouth swabs	Mouth care q.i.d. and p.r.n.	10 vials

* Adapted with permission from the Champlain Palliative Symptom Management Medication Order Form-Long-term Care.

** ได้ปรับตามยา/อุปกรณ์ที่มีในประเทศไทย

protective equipment: PPE) ก็ควรมีให้เพียงพอสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ถ้ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนนั้นการดูแลจากทีมเยี่ยมบ้านไม่สามารถที่จะจัดการรักษาได้ ผู้ป่วยเหล่านั้นก็จะมาโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยฉับพลัน และอาจจะนำไปสู่สถานการณ์วิกฤตต่อไปได้

ส่วนในกลุ่ม staff นั้น หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองนั้นไม่สามารถที่จะดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยได้ทุกรายที่กำลังจะเสียชีวิตในช่วงที่มีการระบาดอย่างรุนแรง ในพื้นที่ควรวางแผนจัดการฝึกอบรม และให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต (end of life care) ส่วนทีมที่ดูแลด้านจิตวิญญาณ และนักสังคมสงเคราะห์ควรพร้อมในการจัดการปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อย เช่น ความโศกเศร้า และการเผชิญภาวะการสูญเสีย

(bereavement) การสร้างความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ในอนาคตต้องเน้นในด้านการศึกษาช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วย COVID-19 ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในแนวหน้า เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล ทีม paramedics และบุคลากรที่ห้องฉุกเฉินที่ช่วยอำนวยความสะดวกในระยะยาว การศึกษาที่กล่าวถึงควรเน้นการใช้ และการปรับยาในกลุ่ม opioid สำหรับจัดการอาการเหนื่อย มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของ opioids ในการรักษาอาการเหนื่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม^{13,14} และเพิ่มกลไกการหายใจในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง¹⁴ และลดอาการเหนื่อย (โดยที่ไม่มีการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์^{15,16}) กล่าวโดยสรุป บุคลากรที่อยู่แนวหน้าควรที่จะรู้สึกสบายใจที่จะใช้ opioid เพื่อช่วยการจัดการอาการในระยะเริ่มแรกในผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยโดยไม่ควรรอให้

เกิดการหายใจล้มเหลว

ในปี ค.ศ. 2006 มีการรายงานการใช้ hospice ในไต้หวันช่วงที่มีการระบาดโรค SARS พบว่า พื้นที่ที่ใช้การดูแลแบบประคับประคองนั้นใช้ศักยภาพต่ำกว่าความเป็นจริง¹⁷ ระหว่างที่มีการระบาดนั้นประชาชนพยายามหลีกเลี่ยงความคล่องตัวของระบบสุขภาพ การส่งต่อที่เป็นปกติ และระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบฉับพลัน สิ่งที่เกิดความขัดแย้ง คือ มีผู้คนจำนวนมากที่กำลังจะตาย และเขาเหล่านั้นเหมือนคนตายในเหตุการณ์นั้น เพราะมีการกีดกันการเข้าถึงเตียงใน hospice ดังนั้น ในยุคนี้นี้จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วย COVID-19 จำนวนมากที่มีปัญหาการหายใจล้มเหลว

ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีหอผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง หรือต้องแยกสถานที่ที่ติดกับโรงพยาบาล (ถ้าการเคลื่อนย้ายไปสู่โรงพยาบาลไม่ง่าย) ส่วนในผู้ป่วยที่อยู่บ้าน หรืออาศัยในศูนย์ดูแลต่าง ๆ ที่เป็น long-term care สามารถที่จะมีการดูแลในที่นั้น ๆ เลย ถึงแม้จะต้องแยกตัวออกมาจากที่อื่น สถานที่ควรจะเป็นที่เงียบสงบ มีสภาพแวดล้อมที่สุขสบาย และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต (ที่อาจอยู่ได้เป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน)

ระบบใหม่ที่จำเป็นนั้น รวมไปถึงระบบการคัดแยกเพื่อที่จะจัดสรรแพทย์ที่จะให้การดูแลแบบประคับประคองในระดับเบื้องต้น และระดับผู้เชี่ยวชาญ ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2: Triage tool สำหรับการส่งต่อให้แก่ specialist palliative care¹⁸

All clinicians providing palliative care should address physical, social, financial and spiritual concerns

Clinicians who are not palliative care specialist (hospitals, family physicians, internists, ICU physicians, nurse practitioners, nurse and paramedics) support the following:

- Identification and management of pain, dyspnea, agitated delirium and respiratory congestion
- Management of caregiver grief
- Discussion about prognosis, goals of treatment, suffering and resuscitation status

Palliative care specialist clinicians support the following:

- Patients with complex or refractory symptoms
- Patients who are denied access to critical care owing to a triage protocol, despite wanting aggressive care
- Management of complex depression, anxiety, grief and existential distress
- Requirement for palliative sedation therapy
- Pre-existing opioid use disorder
- Patients with young children
- Patients belonging to marginalized populations, including the homeless, incarcerated persons and Indigenous Peoples, who are at risk of being underserved by the health care system

การจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยส่วนมากที่ปวด อักเสบ คือ การจัดการ และปรับปรุงปัจจัยอื่น ๆ ทำให้ ลดความจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ ได้ประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่วง ที่มีการระบาด และจัดการสถานที่ที่จะแยกตัว หรือกักกัน ตัวเพื่อที่จะได้รับการดูแล การดูแลแบบประคับประคอง ควรจัดไว้ล่วงหน้าในกรณีที่ถ้าผู้ป่วยไม่สบาย หรือต้องการ ที่จะกักกันตัวเองและครอบครัว และการดูแลแบบประคับ ประคองสามารถช่วยงานแบ่งเบาภาระงาน และถ้าจัด ในรูปแบบกลุ่มหลาย ๆ กลุ่มมาร่วมมือกันโดยที่สามารถ ช่วยเหลือข้ามกลุ่มกันได้ จะลดภาระงานได้มาก และ การมีกลุ่มที่สามารถเข้าถึงด้านสุขภาพได้ เพื่อตรวจสอบ การมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์ได้ด้วย

สำหรับในผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรบกวนที่ยาก ต่อการควบคุมอาการ ควรพิจารณาทำ palliative sedation อย่างเหมาะสม การทำ palliative sedation นั้น เป็นการช่วยให้หลับในวาระสุดท้ายของชีวิต ช่วยลด ระดับของความรู้สึกตัว ดังนั้น ผู้ป่วยจะไม่ทุกข์ทรมาน มีมาตรการการเข้าถึงโดยใช้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต¹⁹ (ถ้ามี) และมีพร้อมใช้ด้วย การส่งปรึกษาทีมประคับประคองเพื่อ ช่วยเหลือบุคลากรผู้ที่ไม่มีความสามารถในการดูแลแบบ ประคับประคอง

การแยกตัว โดยจำกัดจำนวนคนเข้าเยี่ยม และ การเดินทางไปแต่ละแห่งอย่างมีข้อจำกัด สามารถนำไปสู่ ความรู้สึกของการถูกแยกตัวผู้ป่วยออกไปในช่วงใกล้วาระ สุดท้ายของชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเกิดขึ้นใน ช่วงระหว่างที่มีการระบาดของ SARS ในช่วงปี ค.ศ. 2003 ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เช่น การทำ Video calling ก็ทำได้ง่ายขึ้นในหลาย ๆ ที่ ซึ่งจะ ช่วยบรรเทาความรู้สึกของการถูกแยกโดดเดี่ยวได้มาก

จึงแนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้โทรศัพท์มือถือ หรือ tablets หรือ laptops กับผู้ป่วย และใช้อินเทอร์เน็ต ในการเชื่อมต่อกับผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาด อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะใช้ video calling เพราะโดยสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้น นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแล เรื่องจิตวิญญาณควรที่จะจัดลำดับความสำคัญของการช่วย เหลือผู้ป่วย นอกจากนั้น ควรมี PPE พร้อมใช้ แนะนำให้ สมาชิกในครอบครัวอนุญาตมาเยี่ยมได้ เราควรที่จะ ตระหนักถึงผลกระทบในการแยกตัวผู้ป่วยว่าจะไม่จบแค่ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต แต่ทีมยังต้องวางแผนล่วงหน้าที่จะช่วย เหลือสมาชิกในครอบครัวเพราะมีความโศกเศร้าเสียใจ และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่มีโรค ประจำตัวหลายโรค เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการ เสียชีวิตจาก SARS-CoV-2 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ร้องขอ สิ่งที่ทำไปเพื่อยื้อชีวิต เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ แทนที่พวกเขาจะได้สื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การมีเวลา เพียงพอที่จะบอกให้กับบุคคลที่รัก และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็น ภาระกับครอบครัว²⁰ ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรมีอย่าง จำกัด ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอาจจะประหลาดใจ ที่จะเรียนรู้ว่า พวกเขาจะไม่ถูกเสนอการใช้เครื่องพยุงชีพ สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำนายสำหรับแพทย์ และเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน การช่วยเหลือสนับสนุนอาจจะ ช่วยลดความทุกข์ใจของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม พวกเขาเหล่านั้นได้รับการบอกกล่าวถึงโอกาสที่จะรอด จากภาวะวิกฤตนั้นน้อยมาก คนเหล่านี้จำนวนมากที่ไม่เลือก ที่จะเข้าไอซียูเพราะเป็นภาระ²¹ ดังนั้น เมื่อเราประเมิน ผู้ป่วยที่วิกฤตมีระบบหายใจล้มเหลวจาก SARS-CoV-2 เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแพทย์ที่จะขอการยืนยันถึงการรักษา



ใด ๆ ในทางคลินิกที่บ่งชี้และเห็นด้วยตรงกับความประสงค์ และประสบการณ์ของผู้ป่วย

ความเสมอภาคเป็นหลักที่สำคัญที่นำมาใช้ในการคัดกรองระหว่างที่มีการระบาด ในช่วงเวลาที่ดีที่สุด ประชาชนผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างรุนแรง เป็นกลุ่มที่สำคัญทำหายในการเข้าถึงระบบสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และในขณะเดียวกันการมีชีวิตอยู่ด้วยความบกพร่องด้านสังคมสุขภาพทำให้การเข้าถึงการดูแลเป็นไปด้วยความยาก²² ในสภาวะที่มีการระบาดนั้นระบบสุขภาพยิ่งตึงเครียด ความไม่เท่าเทียมจะกลายเป็นประเด็นขึ้นมา สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความยากจน การแบ่งแยก ภาษาที่เป็นอุปสรรค และประวัติอุบัติเหตุ เป็นกลุ่มที่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยที่สุด และยังคงเผชิญหน้ากับสิ่งที่ตัดสินใจได้ยากอย่างยิ่ง ในเรื่องของการจัดสรรทรัพยากร ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความตระหนัก มีความกลัวที่ไม่สามารถเข้าถึงการใช้เครื่องพยุงชีพต่าง ๆ²³ และอาจทำให้ตัดสินใจลดการดูแลตัวเองลง²⁴ (เมื่อเทียบกับสิ่งที่เขาสมควรจะได้รับในตอนภาวะปกติ)

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคองกลายเป็นทางเลือกของการแสดงให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจในการรักษาสมดุลของความไม่เท่าเทียม

กล่าวโดยสรุป

การดูแลแบบประคับประคองควรเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งในการตอบสนองต่อวิกฤตของความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงในปัจจุบันนี้ที่มีการระบาดของ SARS-CoV-2 อยู่ นั่น ทำให้การเข้าถึงการเน้นในหลากหลายแง่มุม เช่น ในเรื่อง stuff, staff, space, system, sedation, separation, communication และ equity สามารถนำไปวางแผนและทำให้ความต้องการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและครอบครัวได้พบกับจุดที่ลงตัวเหมาะสม ในระบบการคัดกรองใด ๆ ที่ไม่ได้นำหลักการดูแลแบบประคับประคองเข้ามามีบูรณาการด้วยเป็นระบบที่ไม่มีจริยธรรม ผู้ป่วยที่ไม่ได้คาดหวังว่าจะมีชีวิตรอดไม่ควรถูกทอดทิ้ง แต่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในฐานะที่เป็นสิทธิมนุษยชนด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Amit Arya, Sandy Buchman, Bruno Gagnon, et al. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. Cite as: CMAJ 2020. doi: 10.1503/cmaj.200465; early-released March 31, 2020.
2. Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. [Epub ahead of print]. N Engl J Med 2020 Mar. 18. doi:10.1056/NEJMp2005492.
3. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: "all patients must be cared for". J Pain Symptom Manage 2010;39:291 - 5.
4. Hawley P. Barriers to access to palliative care. Palliat Care 2017;10: 1178224216688887. doi: 10.1177/1178224216688887.
5. Strasser F, Palmer JL, Willey J, et al. Impact of physician sitting versus standing during inpatient oncology consultations: patients' preference and perception of compassion and duration. A randomized controlled trial. J Pain Symptom Manage 2005;29:489 - 97.
6. Kadakia KC, Hui D, Chisholm GB, et al. Cancer patients' perceptions regarding the value of the physical examination: a survey study. Cancer 2014;120:2215 - 21.

7. Matzo M, Wilkinson A, Lynn J, et al. Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecur Bioterror* 2009;7:199 - 210.
8. Henteloff P, Shariff MJ, Macpherson DL. Palliative care. An enforceable Canadian human right? *McGill J Law Health* 2011;5:106 - 60.
9. Escobio F, Nouvet E. Ebola virus disease and palliative care in humanitarian crises. *Lancet* 2019;393:1100. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30295-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30295-8).
10. Leong IY, Lee AO, Ng TW, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat Med* 2004;18:12 - 8.
11. Merlins JS, Tucker RO, Saag MS, et al. The role of palliative care in the current HIV treatment era in developed countries. *Top Antivir Med* 2013;21:20 - 6.
12. Christian M, Devereaux AV, Dichter JR, et al. Definitive care for the critically ill during a disaster: current capabilities and limitations: from a Task Force for Mass Critical Care summit meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. *Chest* 2008;133 (Supl):8S - 17S.
13. Mahler DA, O'Donnell DE. Recent advances in dyspnea. *Chest* 2015;147:232 - 41.
14. Currow DC, McDonald C, Oaten S, et al. Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:388 - 99.
15. Abdallah SJ, Wilkinson-Maitland C, Saad N, et al. Effect of morphine on breathlessness and exercise endurance in advanced COPD: a randomised crossover trial. *Eur Respir J* 2017;50:1701235.
16. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:473 - 81.
17. Chen TJ, Lin MH, Chou LF, et al. Hospice utilization during the SARS outbreak in Taiwan. *BMC Health Serv Res* 2006;6:94.
18. Von Gunten CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA* 2002;287:875 - 881.
19. Palliative sedation at the end of life. Montreal: College des Medecins du Quebec; 2016. Available: www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-en-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf (accessed 2020 Mar.)
20. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ* 2006; 174:627 - 33.
21. Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 1994;330:545 - 9.
22. Reimer-Kirkham S, Stajduhar K, Pauly B, et al. Death is a social justice issue: perspectives on equity-informed palliative care. *ANS Adv Nurs Sci* 2016;39:293 - 307.
23. Ko E, Kwak J, Nelson-Becker H. What constitutes a good and bad death?: perspectives of homeless older adults. *Death Stud* 2015;39:422 - 32.
24. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, et al. Closing the health equity gap: evidence based strategies for primary health care organizations. *Int J Equity Health* 2012;11:59.