

ผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วย มะเร็งตับระยะลุกลาม

ศรียรัตน์ มากมาย¹

พรรณี ลิทธิโน¹

ลีดา พรหมรินทร์²

บทคัดย่อ การได้เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านมักเป็นความปรารถนาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตวาระสุดท้ายในสถานที่ที่ต้องการเป็นการกิจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามต่อการเสียชีวิตที่บ้านและการใช้บริการสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต ประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาในวาระสุดท้ายที่บ้าน ตามที่ผู้ป่วยต้องการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 267 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 131 ราย ได้รับการรักษาตามระบบปกติของโรงพยาบาลและได้รับแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ประกอบด้วยการจัดการอาการและการสนับสนุนครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 เดือน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 136 ราย ได้รับการรักษาตามระบบปกติของโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.001$) โดยสามเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตกลุ่มทดลองมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารักษาในโรงพยาบาล และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.001$) จึงกล่าวได้ว่าแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่บ้าน และลดการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล สมควรสนับสนุนให้มีการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (วารสารโรคมะเร็ง 2561;38:45-56)

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม คุณภาพชีวิต

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ²กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่

Effectiveness of Palliative Home Care in Patients with Advanced Liver Cancer

by **Srirat Makmai¹, Punnee Sittino¹, Seeda Promrin²**

¹Department of Social Medicine, ²Department of Nursing, Phrae Hospital

Abstract A good death at home is preferred by most terminally ill patients. Helping terminally ill patients to spend their lives in the place they prefer is an important part of palliative care because of its positive effects on patients' quality of life. This quasi-experimental study investigated the effects of a palliative homecare protocol among advanced liver cancer patients for their deaths at home and hospital utilization. The samples were 267 advanced liver-cancer patients at Phrae Hospital. The sample was divided in 2 groups--131 patients in the experimental group, and 136 in the control group. The experimental group received normal hospital care and underwent the program protocol for 12 months. The palliative homecare protocol comprised two parts; symptom management and family support. The control group received normal hospital care. After the experiment, data were collected from medical records and analyzed. The results showed that the home death rate among the experimental group was significantly higher than the comparison group ($P<0.001$). In addition, in the last three months of life, the experimental group had fewer emergency department visits, fewer unexpected hospital admissions, and fewer hospital days ($P<0.001$). It was concluded that the palliative homecare protocol can promote home deaths and reduce hospital utilization among advanced liver-cancer patients. Therefore, a palliative homecare program should be implemented among primary healthcare services. (*Thai Cancer J* 2018;38:45-56)

Keywords: palliative home care, advanced liver cancer, quality of life

บทนำ

มะเร็งตับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตที่มากที่สุดในประเทศไทย¹ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์มักมุ่งเน้นแต่การรักษาตัวโรค เมื่อโรคอยู่ในระยะที่เกินกว่าจะรักษาได้หรืออยู่ในระยะใกล้จะเสียชีวิต แพทย์จึงหันมาหาการรักษาแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทุกข์ทรมาน สร้างภาระและเกิดการรักษาที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ มีข้อมูลว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองมีค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ² การศึกษาส่วนใหญ่

พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายมักไม่ได้รับการจัดการอาการที่ดี รวมถึงไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในผู้ป่วยระยะท้าย การรักษาโดยวิธีประคับประคองเป็นวิธีที่ปลอดภัยและเหมาะสม สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกมิติ

การศึกษาจำนวนมากพบว่า การดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต หลักเล็งการรักษาที่รุกรานและช่วยประหยัดรายจ่ายของระบบสุขภาพ^{3,4} การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องการจะใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน การได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วย

ต้องการเป็นภารกิจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเวลาที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเมื่อรับรู้สภาวะโรค มักเลือกการรักษาที่ไม่รุกราน รวมถึงการได้อยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย โรงพยาบาลมักเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการอยู่ ความต้องการเสียชีวิตที่บ้านมีสัดส่วนที่มากขึ้น แสดงถึงความต้องการทางจิตใจที่ต้องการจะใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้าน หากมีระบบการดูแลที่ดี ผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้านมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและครอบครัวมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตในที่ที่ต้องการได้ง่ายขึ้น หากสามารถเข้าถึงระบบดูแลในช่วงท้ายของชีวิต และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและระบบสุขภาพ⁵

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยรูปแบบประคับประคองมีในประเทศไทยมาระยะหนึ่ง แต่ไม่มีแบบแผนที่ชัดเจนสำหรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามต่อการได้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มตัวอย่าง วัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design) โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม อายุ

ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลแพร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ มีระดับสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale) $\leq 50\%$ มีผู้ดูแลและสามารถสื่อสารได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องคัดออกหรือให้หยุดเข้าร่วมวิจัย คือ ระหว่างการวิจัยผู้ป่วยมีการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ต่างจังหวัด หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁶ โดยนำค่าสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยมะเร็งตับจากผลการศึกษานำร่องของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแพร์ในปี พ.ศ. 2559 มาแทนค่าสูตร ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้อย่างน้อยกลุ่มละ 115 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจออกจากการวิจัย ในระหว่างการศึกษาร้อยละ 20 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 23 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งหมดเท่ากับ 276 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 138 ราย

กลุ่มทดลองได้รับแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านร่วมกับการดูแลตามระบบปกติ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ใช้เปรียบเทียบได้รับการดูแลตามระบบปกติของโรงพยาบาลแพร์ การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร์ เอกสารรับรองเลขที่ 11/2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย

กิจกรรม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 กระบวนการดูแลที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแพรว ส่วนที่ 2 ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่บ้านให้การดูแลด้านการจัดการอาการรบกวนและด้านการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลระดับสมรรถนะของร่างกาย ข้อมูลอาการรบกวน ข้อมูลกิจกรรมการดูแลที่ทีมสุขภาพให้บริการที่บ้าน ข้อมูลการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ข้อมูลการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลการเสียชีวิตและสถานที่เสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามที่มีมารับบริการ ณ โรงพยาบาลแพรว ปี พ.ศ. 2560 เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 276 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนจำนวน 138 รายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคองจำนวน 138 รายเป็นกลุ่มทดลอง ใช้วิธีการจับคู่ (matching) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันในประเด็นที่มีผลต่อการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ป่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบพร้อมกับการเก็บข้อมูลการทดลองในกลุ่มทดลอง ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 12 เดือน นับตั้งแต่เข้าร่วมการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย 267 ราย

แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 136 ราย และกลุ่มทดลอง 131 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองเกี่ยวกับสถานที่เสียชีวิต การมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยขออนุญาตทำการศึกษาและได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพรว ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาตามระบบปกติของโรงพยาบาลคือ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการนัดหมายให้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบผู้ป่วยกลุ่มทดลองเพื่อขอการยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยมารับการรักษาตามระบบปกติของโรงพยาบาลคือ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับการนัดหมายให้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ร่วมกับได้รับการดูแลแบบประคับประคองติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 2 ทีม คือ ทีมหลักโรงพยาบาลแพรว ประกอบด้วยแพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน เภสัชกร ชุมชน 1 คน ให้การดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแพรว และส่งต่อการรักษาไปยังทีมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ทีมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทีมรองเป็นทีมสหสาขา

เครือข่ายในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน เภสัชกรชุมชน 1 คน ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2. แผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ประยุกต์จากการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน⁷ และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน⁸ ประกอบด้วย กระบวนการดูแล 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 กระบวนการดูแลที่ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแพร่ ดำเนินการโดยทีมผู้จัดการ การดูแลแบบประคับประคอง มีกิจกรรมดังนี้

- ทบทวนและทำความเข้าใจแผนการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ และทีมดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

- วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในเพื่อเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน

- ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย ประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดยใช้ Palliative Performance Score V.2 ฉบับภาษาไทย ประเมินอาการรบกวนโดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System

- ส่งข้อมูลผู้ป่วยและแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านแก่ทีมสหสาขาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ ผ่านระบบเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ดำเนินการโดยทีมสหสาขาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ติดตามให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 7 วัน

นับจากวันที่ได้รับข้อมูลผ่านระบบเยี่ยมบ้าน หากเป็นกรณีเร่งด่วนจะมีการประสานงานผ่านระบบโทรศัพท์ และกำหนดให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใน 1-2 วันนับจากวันที่ได้รับข้อมูล กำหนดเวลาเยี่ยมครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ให้การดูแลครอบคลุมใน 2 ประเด็นคือ การจัดการอาการรบกวนและการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนก่อนเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย

- นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวล่วงหน้า และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อนำมาประกอบการวางแผนเยี่ยมและเตรียมทีมเยี่ยม

- ทบทวนประวัติการเจ็บป่วย การรักษา การบริหารยาที่ได้รับล่าสุด

- เตรียมกระเป๋ายาเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์และยาที่จำเป็นสำหรับจัดการอาการรบกวน เช่น ยาและอุปกรณ์การให้ยาทางชั้นใต้ผิวหนังสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต

- เตรียมเอกสารที่จำเป็น เช่น ใบส่งตัว ใบส่งยา ใบรับรองแพทย์

ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้านดังนี้

การเยี่ยมเพื่อจัดการอาการรบกวน มีกิจกรรมดังนี้

- วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อุณหภูมิ อัตราการหายใจ ชีพจร

- ประเมินสมรรถนะของผู้ป่วยโดย Palliative Performance Score V.2 ฉบับภาษาไทย

- ประเมินอาการรบกวนโดยใช้ Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทย

- ดำเนินการแก้ไขและจัดการปัญหาที่ตรวจพบทันที กรณีมีปัญหาฉุกเฉินและไม่ดีขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง ทีมสหสาขาติดตามเยี่ยมประเมินอาการซ้ำและดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีความจำเป็น หากไม่สามารถจัดการอาการรบกวนให้ผู้ป่วยที่บ้านได้ ผู้ป่วยจะได้รับประสานการส่งต่อให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ทบทวนการใช้ยาและผลข้างเคียงของยา และแนะนำการใช้ยาเพื่อจัดการอาการรบกวนให้กับผู้ดูแล

- เปลี่ยนอุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดเวลา เช่น สายสวนปัสสาวะ

การเยี่ยมเพื่อสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล

- สอนและให้ญาติฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำแผล การจัดการความปวด

- ประชุมครอบครัว ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็น เช่น พยากรณ์โรค แผนการดูแลจัดการอาการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวถ้าประเมินได้ว่าอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต ทบทวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานที่ที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ความต้องการในการช่วยฟื้นคืนชีพและการใช้อุปกรณ์ฟุ้งชีพ

ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

- สรุปผลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านและวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับครอบครัว

- บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน

- มีช่องทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวขอรับคำ

ปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

- กำหนดวันนัดหมายเพื่อติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ หน้าที่ของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านขึ้นกับระดับสมรรถนะของร่างกาย (Palliative Performance Scale) ของผู้ป่วย ถ้าระดับสมรรถนะของร่างกาย >40 % ติดตามดูแลที่บ้านทุก 4 สัปดาห์ ระดับสมรรถนะของร่างกาย = 30 % ติดตามดูแลที่บ้านทุกสัปดาห์นาน 3 สัปดาห์ ถ้าอาการคงตัวเปลี่ยนเป็นติดตามดูแลที่บ้านทุก 4 สัปดาห์ และระดับสมรรถนะของร่างกาย <20 % ติดตามดูแลที่บ้านทุกสัปดาห์/ทุกวันตามความจำเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การเจ็บป่วย ระดับสมรรถนะของร่างกาย และกิจกรรมที่ให้บริการขณะให้การดูแลที่บ้านด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างสองกลุ่มและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของสถานที่เสียชีวิต การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยสถิติไคสแควร์ independent's t-test และ Wilcoxon's rank test ทั้งนี้ได้ตรวจสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างรวม 267 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 131 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปก่อนการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผนดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและกลุ่มไม่ได้รับแผนดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป	รวม (N=267)		ได้รับแผนดูแล ระดับประคอง ที่บ้าน (n=131)		ไม่ได้แผนดูแล ระดับประคอง ที่บ้าน (n=136)		<i>P</i>
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
อายุ (ปี) mean ± SD	64.1 ± 10.49		63.0 ± 10.11		65.5 ± 10.62		0.44
เพศชาย	170	63.6	82	62.6	88	65.2	0.72
สถานภาพ							
สมรส	242	90.6	119	90.8	123	90.4	0.64
หม้าย/หย่าร้าง	19	7.1	10	7.6	9	6.6	
โสด	6	2.2	2	1.5	4	2.9	
สิทธิการรักษา							
เบิกได้	60	22.4	31	23.6	29	21.3	0.42
ประกันสุขภาพ	202	75.6	100	76.3	102	75.0	
ชำระเงิน	7	2.6	1	0.7	6	4.4	
ประกันสังคม	6	2.2	5	3.8	1	0.7	
มีผู้ดูแล	260	97.3	128	93.4	132	95.7	0.41
ภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง	151	56.5	73	55.7	78	57.3	0.74
มีอาการปวด	216	80.9	106	80.9	110	80.8	0.63
ระดับสมรรถนะของร่างกาย							
(palliative performance scale)	40.7 ± 11.18		40.2 ± 11.34		41.2 ± 11.02		0.06
PPS (mean ± SD)							

ดูแลแบบประคับประคองที่ให้บริการที่บ้านมากที่สุด สามอันดับแรกได้แก่ การสาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 83.9) จัดการอาการรบกวนด้านอาการปวด (ร้อยละ 81.7) สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (ร้อยละ 75.1) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

นอกจากนั้นการศึกษายังพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 83.2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งพบร้อยละ 42.6 ($P<0.001$) โดยในช่วง 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต กลุ่มทดลองมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินร้อยละ 49.6 และเข้ารักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 64.9 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.91 ± 7.16 วัน น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

วิจารณ์

มะเร็งตับมีอุบัติการณ์สูงในประเทศไทย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามในระยะท้ายของชีวิตมีมูลค่ามากกว่าการดูแลในระยะอื่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง การได้เสียชีวิตในสถานที่ผู้ป่วยต้องการ บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย⁹ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาที่พบอัตราการเสียชีวิตที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้านอย่างชัดเจน¹⁰⁻¹² การศึกษานี้ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาที่มีความชำนาญในการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า มีการสื่อสารภายในทีมรักษา และระหว่างทีมกับกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบให้คำปรึกษา ประสานการดูแลต่อเนืองจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนผ่านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แพทย์และพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมที่ให้บริการในแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (n=131)

กิจกรรม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สาธิตและให้ญาติฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การจัดการความปวด การดูแลออกซิเจน การทำแผล	115	83.9
จัดการอาการรบกวน เช่น ปรับยาระงับปวด ให้ยาบรรเทาอาการเหนื่อย	112	81.7
สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจนชุดทำแผล เตียงพยาบาลปรับระดับ	103	75.1
ให้การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ	78	59.5
ประสานงานเพื่อให้ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือได้รับการช่วยเหลือ	32	23.3
ร่วมงานฉาปนกิจและดูแลหลังการเสียชีวิต	11	8.0

ตารางที่ 3 ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับแผนดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

ข้อมูลผู้ป่วย	ได้รับแผนดูแล ประคับประคอง ที่บ้าน (n=131) จำนวน ร้อยละ (ราย)		ไม่ได้แผนดูแล ประคับประคอง ที่บ้าน (n=136) จำนวน ร้อยละ (ราย)		P
เสียชีวิตที่บ้าน	109	83.2	58	42.6	<0.001
เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	22	16.8	78	57.4	<0.001
รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน					
เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยมารับบริการ	56	42.7	82	80.3	0.004
จำนวนครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย mean ± SD	0.52 ± 0.73		0.75 ± 0.71		<0.001
เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยมารับบริการ	21	16.0	41	30.1	0.006
จำนวนครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย mean ± SD	0.17 ± 0.39		0.34 ± 0.54		<0.001
รวม 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยมารับบริการ	65	49.6	97	71.3	<0.001
จำนวนครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย mean ± SD	0.60 ± 0.66		0.94 ± 0.73		<0.001
เข้ารับกษาตัวในโรงพยาบาล					
เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล	76	58.0	113	83.1	<0.001
จำนวนครั้งเฉลี่ย mean ± SD	0.71 ± 0.72		1.05 ± 0.69		<0.001
จำนวนวันนอนเฉลี่ย mean ± SD	4.43 ± 5.81		8.67 ± 8.61		<0.001
เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล	29	22.1	49	36.0	0.013
จำนวนครั้งเฉลี่ย mean ± SD	0.26 ± 0.52		0.40 ± 0.56		<0.001
จำนวนวันนอนเฉลี่ย mean ± SD	1.48 ± 3.76		3.62 ± 7.34		0.019
รวม 3 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต					
จำนวนผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล	85	64.9	125	91.9	<0.001
จำนวนครั้งเฉลี่ย mean ± SD	0.84 ± 0.74		1.23 ± 0.63		0.001
จำนวนวันนอนเฉลี่ย mean ± SD	5.91 ± 7.16		12.29±10.67		<0.001

ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านด้วยการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านโดยแพทย์ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองโดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีโอกาสเสียชีวิตที่บ้านตามต้องการได้ง่ายขึ้น¹³

ระบบบริการสุขภาพที่บ้านที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่ายโดยไม่จำกัดเวลา มีผลต่อการมาใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีอาการกำเริบและไม่สามารถจัดการอาการรบกวนที่บ้านได้ แต่การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชนนอกเวลาราชการมีข้อจำกัด ทำให้ญาติมักพาผู้ป่วยมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้งในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่มีข้อบ่งชี้สำหรับการดูแลในภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน เป็นอาการที่ไม่ซับซ้อน และสามารถจัดการด้วยการดูแลทางการแพทย์ที่บ้านได้ หากมีระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย¹⁴ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมากขึ้นในเดือนสุดท้ายของการเสียชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีสัดส่วนใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมากกว่าเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการจัดการอาการรบกวนที่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

อาการรบกวนที่ควบคุมไม่ได้เป็นสาเหตุหนึ่งให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการรบกวนทางกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดสถานที่เสียชีวิตผู้ป่วย โดยอาการปวดเป็นอาการที่พบบ่อย มะเร็งระยะลุกลามที่มีอาการปวดที่บ้านและไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเสียชีวิตในโรงพยาบาล 1.50 เท่ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการปวดที่บ้าน¹⁵ ปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยมีแนวโน้มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยความรู้สึกกลัวปอดอักเสบกว่าหรือเชื่อว่าจะได้รับการดูแลที่ดีเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล แต่พบอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การศึกษานี้สามเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีสัดส่วนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าเนื่องจากมีแผนการรักษาและเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนที่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันทำไว้กับทีมดูแลมียาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับการรักษาเบื้องต้นที่บ้าน มีระบบบริการให้คำปรึกษาและให้เยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับใช้ที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ประกอบด้วย การดูแลด้วยทีมสหสาขาที่มีแผนการดูแล มีการจัดการอาการปวดและอาการอื่น ๆ การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลความเจ็บป่วย มีระบบจัดหาแหล่งความช่วยเหลือทางการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยลดอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล¹⁶

อาการรบกวนมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการรบกวน มีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า และอุบัติการณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่า¹⁷ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแผนดูแลแบบประคับประคองที่บ้านมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า เนื่องจากได้รับการรักษาอาการรบกวนเบื้องต้นที่บ้านจากทีมดูแลที่บ้าน หากอาการไม่สามารถจัดการได้ที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและมักใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลต่ออีกไม่นาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการจัดการอาการรบกวนที่บ้านที่มีประสิทธิภาพโดยทีมแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อการลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลช่วงสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม¹⁸

สรุป

แผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่เข้าถึงได้ง่าย มีการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีการสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมสหสาขา มีการจัดการอาการรบกวนและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลความเจ็บป่วย มีระบบจัดหาแหล่งความช่วยเหลือทางการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลลดลง และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษานี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงระยะเวลาอันสั้นในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากมีการดำเนินโรคที่ค่อนข้างเร็ว นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาลแพร่ช่วงก่อนการวิจัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลมะเร็งมาก่อน จึงไม่มีข้อมูลการมารับบริการที่โรงพยาบาลแพร่ที่เป็นปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องออกแบบการวิจัยเป็นการวัดผลหลังการทดลองเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสมรรถนะร่างกายที่อยู่ในระยะคงตัว (PPS>70%) ควรวัดผลการมารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งก่อนและหลังการทดลองเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแผนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านที่ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแผนการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงสุวรรณา ตีระวนิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริหารระยะท้าย ผู้เป็นต้นแบบการดูแลแบบประคับประคอง

เอกสารอ้างอิง

1. International Health Policy Program, Ministry of Public Health. Burden of Diseases and Injuries in

- Thailand. Medium-term Report 2017. Available at: <http://bodthai.net/download/burden-of-disease-and-injuries-in-thailand-1999/>. Accessed November 3, 2017.
2. ชูติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์และคณะ. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพฯ:สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2553.
 3. Gozalo P, Plotzke M, Mor VT, Miller CS, Teno MJ. Changes in Medicare Costs with the Growth of Hospice Care in Nursing Homes. *N Engl J Med* 2015; 372:1823-31.
 4. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W. A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of-Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care. *J Palliat Care Med* 2016;6:243.
 5. Zhang B, Nilsson E M, Prigerson GH. Factors Important to Patients' Quality-of-Life at the End-of-Life. *Arch Intern Med* 2012;172:1133-42.
 6. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for iOS. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University 2014.
 7. Shaw KL, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2010;24:317-29.
 8. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the Trainer in Palliative Care Module 7 Discharge planning and Referral System and Home Care. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาโนวิทยา; 2560.
 9. Treeprasertsuk S, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Chaiteerakij R, Thanapirom K, Mairiang P, et al. A significant cancer burden and high mortality of intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand: a nationwide database study. *BMC Gastroenterol* 2017;17:3.
 10. Prioleau P, Soones N T, Ornstein K, Zhang M, Smith BC, Wajnberg A. Predictors of Place of Death Among Patients in a Home-Based, Primary and Palliative Care Program. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:2317-21.
 11. Gomes B, Calanzani N, Koffman J, Higginson JI. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. *BMC Med* 2015;13:235.
 12. Nagaviroj K, Anothaisintawee T. A Study of the Association between Multidisciplinary Home Care and Home Death Among Thai Palliative Care Patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2017;34:397-403.
 13. Varani S, Dall'Olio GF, Messina R, Tanneberge S, Pannuti R, Pannuti F. Clinical and demographic factors associated to the place of death in advanced cancer patients assisted at home in Italy. *Prog Palliat Care* 2015;23:61-7.
 14. Ahlner-Elmqvist M, Jordhøy MS, Jannert M, Fayers P, Kaasa S. Place of death: hospital-based advanced home care versus conventional care. A prospective study in palliative cancer care. *Palliat Med* 2004; 18:585-93.
 15. Okamoto Y, Fukui S, Yoshiuchi K, Ishikawa T. Do Symptoms among Home Palliative Care Patients with Advanced Cancer Decide the Place of Death? Focusing on the Presence or Absence of Symptoms during Home Care. *J Palliat Med* 2016;19:488-95.
 16. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:993-1000.
 17. Numico G, Cristofano A, Mozzicafreddo A, Cursio EO, Franco P, Courthod G, et al. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? *PLoS One* 2015;10:e0120827.
 18. Abel J, Pring A, Rich A, Malik T, Verne J. The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care* 2013;3:168-73.