

ผลลัพธ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลของระบบ
บริการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Outcomes and Determinants of Good Death Among End-of-Life Patients
Receiving Palliative Care Services at Sawanpracharak Hospital

วรวิทย์ โตแจ้ง

Worrawut Tochaeng

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Sawanpracharak Hospital

(Received: 8 February 2026; Revised: 30 March 2026; Accepted: 29 April 2026)

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างยิ่ง แม้ว่าแนวคิดการตายดี (Good Death) จะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงผลลัพธ์ในบริบทของโรงพยาบาลเพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้ตัวชี้วัด Good Death และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ย้อนหลังรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตทั้งหมดจำนวน 398 ราย ภายใต้การดูแลของระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ระหว่างปีงบประมาณ 2567 – 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square และการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าอัตราการบรรลุผลลัพธ์การตายดีโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่ร้อยละ 98.20 และสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 49.07 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 61.00 ในปี 2568 (P-value = 0.026) ในการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีแนวโน้มบรรลุการตายดีได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Adjusted OR = 0.22, 95%CI = 0.05-1.01, P-value = 0.051) ส่วนปัจจัยอื่นไม่ได้แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการในภาพรวม แต่ยังสะท้อนความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์นี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพและเท่าเทียมยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การตายดี, การดูแลแบบประคับประคอง, สังคมผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์ปัจจัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: drworrawut@gmail.com, วรวิทย์ โตแจ้ง)

Abstract

Thailand is entering a fully aged society, making end-of-life care increasingly important. Although the concept of a “good death” has been recognized as a key indicator of quality care, there remains a lack of outcome-based evidence in hospital settings to guide service development. This study aimed to evaluate the quality of end-of-life care using good death indicators and to identify factors associated with these outcomes.

This research employed a retrospective analytical descriptive design. Data were collected from 398 terminally ill patients who died under the palliative care service system at Sawanpracharak Hospital during fiscal years 2024 – 2025. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square test, and logistic regression.

The results showed that the overall rate of achieving a good death was high at 98.20%. The proportion of home deaths increased significantly from 49.07% in 2024 to 61.00% in 2025 (P -value = 0.026). In the analysis of associated factors, non-cancer patients were less likely to achieve a good death compared to cancer patients (adjusted OR = 0.22, 95% CI = 0.05–1.01, P -value = 0.051). Other factors were not significantly associated with the outcome.

These findings reflect the overall quality of the palliative care service system while highlighting challenges in providing end-of-life care for non-cancer patients. This evidence can be used to inform the development of more equitable and high-quality palliative care services in the future.

Keywords : End-of-life care, Good death, Palliative care, Population aging, Associated factors

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น และทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในช่วงระยะท้ายของชีวิต (End-of-Life Care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำนิยามของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคร้ายแรงคุกคามชีวิต โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกมิติ (World Health Organization, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด "การตายดี" (Good Death) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สำคัญของการดูแลระยะท้าย การตายดีหมายถึงการเสียชีวิต

อย่างสงบ สมศักดิ์ศรี ปราศจากความเจ็บปวด โดยได้รับการเคารพในความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Keratichevanun et al., 2023)

แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการรับรองสิทธิของผู้ป่วยระยะท้ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งให้สิทธิบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีความท้าทายหลายประการ การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้ที่ได้รับบริการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นกว่าห้าเท่า ในช่วงเวลาเพียง 5 ปี แต่ในขณะเดียวกันอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงช่องว่างในการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ (Dokmai et al., 2021) โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบท ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรที่แตกต่างกัน (Phenwan et al., 2024) การศึกษาในประเทศไทยยังพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวในพื้นที่ชนบทมีความพึงพอใจต่อการดูแลน้อยกว่า เนื่องจากข้อจำกัดด้านการให้คำปรึกษาและการเข้าถึงยาจำเป็น เช่น Opioids สำหรับควบคุมความเจ็บปวด (Kitreerawutiwong et al., 2025) นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเพียงการให้บริการรายบุคคล แต่เน้นการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานและแนวทางเชิงระบบที่ชัดเจน โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้มีการบูรณาการบริการ Palliative Care เข้าสู่ทุกระดับของระบบสุขภาพ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ รวมถึงการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น การควบคุมอาการ การวางแผน การดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) และสถานที่เสียชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (World Health Organization, 2018) ขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้พัฒนา มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและระบบข้อมูลเพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์การดูแลในระดับบริการ

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกรอบมาตรฐานและแนวทางที่ชัดเจน แต่การนำไปใช้ในระดับสถานพยาบาล ยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลเชิงผลลัพธ์ เช่น Good Death มาเป็นเครื่องมือในการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการนำข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าวมาเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้สามารถสะท้อนคุณภาพการดูแลและนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากปัจจัยเชิงระบบแล้ว บริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนายังมีบทบาทสำคัญต่อมุมมองการตายดีในสังคมไทย การศึกษาของ Krapo และคณะ ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อทางพุทธศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยระยะท้าย (Krapo et al., 2018) ประเด็นเหล่านี้ตอกย้ำถึงความจำเป็นของการดูแลที่ต้องบูรณาการความต้องการเชิงวัฒนธรรมและจิตวิญญาณเข้าไปด้วย อย่างไรก็ตาม การนำข้อมูลเชิงผลลัพธ์ด้านคุณภาพการตายดีมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ในระดับสถานพยาบาลยังคงมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จำเป็นต่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ Good Death และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยเชิงระบบบริการที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใต้การดูแลของระบบบริการ Palliative Care โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปีงบประมาณ 2567-2568 องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

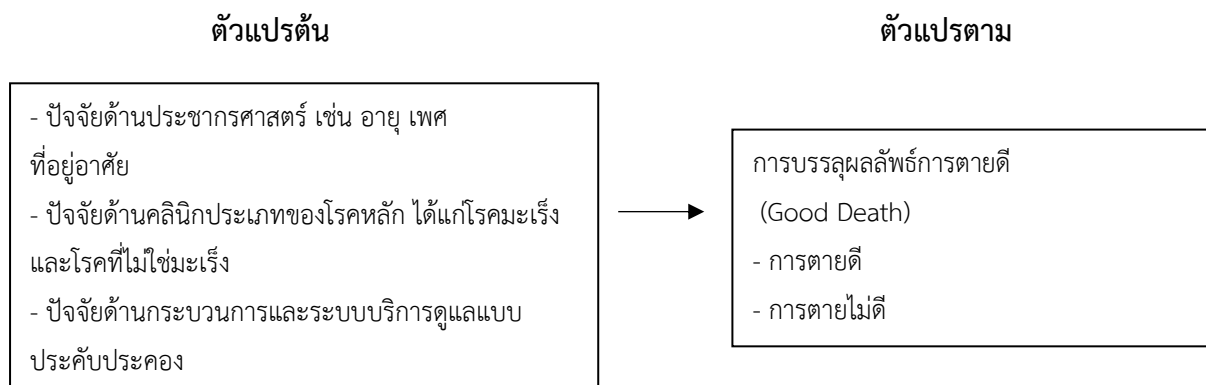
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ Good Death และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยเชิงระบบบริการที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว โดยใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใต้การดูแลของระบบบริการ Palliative Care โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปีงบประมาณ 2567 - 2568 องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญสำหรับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพและตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สมมติฐานวิจัย

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีความแตกต่างในด้านปัจจัยประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยด้านระบบบริการ มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์การตายดี (Good Death)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มีกรอบแนวคิดว่าผลลัพธ์การตายดี (Good Death) ของผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผลลัพธ์ที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านคลินิก และปัจจัยด้านกระบวนการและระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกำหนดเป็นตัวแปรต้น และคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ การบรรลุผลลัพธ์การตายดี (Good Death) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (Descriptive Analytic Study) โดยทบทวนข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective design) จากระบบฐานข้อมูลของคลินิกดูแลแบบประคับประคองและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยในจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดใกล้เคียง โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 (รวมระยะเวลา 2 ปี)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและเสียชีวิตภายใต้การดูแลของระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 398 ราย (193 รายในปีงบประมาณ 2567 และ 205 รายในปีงบประมาณ 2568) (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2569) การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาจากประชากรทั้งหมด (Census) เกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลเข้าร่วมการศึกษาประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค 2. ได้รับการบริการดูแลแบบประคับประคองจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ และ 3. มีข้อมูลการบันทึกผลลัพธ์การดูแลระยะท้ายในระบบฐานข้อมูลครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกราคือข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่มีการบันทึกผลลัพธ์การเสียชีวิตที่ชัดเจน หรือข้อมูลมีความซ้ำซ้อนและไม่สมบูรณ์ในส่วน of ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care

1. แหล่งข้อมูลหลักจากระบบบันทึกข้อมูล Palliative Care และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. แบบบันทึกนี้ได้รับการพัฒนาโดยกรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข มีการใช้ในเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วประเทศ และผ่านการทวนสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล (Data Validation)

แบบประเมินผลลัพธ์ Good Death ใช้แบบประเมินมาตรฐานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ การควบคุมอาการ การสื่อสารและการตัดสินใจร่วม การสนับสนุนครอบครัว ความสงบทางจิตวิญญาณ และความเหมาะสมของสถานที่เสียชีวิต ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่า Cronbach's Alpha > 0.80 แสดงถึงความน่าเชื่อถือสูง

เกณฑ์การแบ่งกลุ่มผลลัพธ์การตายดี (Good Death) ในการศึกษานี้ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีการบรรลุครบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักที่กำหนดในแบบประเมิน (เช่น การควบคุมอาการได้ดี มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้รับการดูแลตามความต้องการ และเสียชีวิตในสถานที่ที่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับความประสงค์) ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม “การตายดี (Good Death)” ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 1 ตัวชี้วัดหลัก จะถูกจัดอยู่ในกลุ่ม “การตายไม่ดี (Non-Good Death)”

เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และฐานข้อมูลโรงพยาบาล

ใช้ข้อมูลเชิงระบบ (Secondary Data) ซึ่งผ่านการตรวจสอบและรับรองคุณภาพโดยฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาล มีการจัดเก็บข้อมูลตามมาตรฐานการบันทึกและความปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินตัวชี้วัดการตายดี (Good Death Indicators) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ประคับประคองและการวิจัยทางคลินิก จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความครอบคลุม ความเหมาะสม และความชัดเจนของข้อคำถาม

ผลการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกรายการมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนภายใต้ระบบบริการที่มีการกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานไว้แล้ว จึงมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ เพื่อควบคุมคุณภาพข้อมูลและลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลคลินิกดูแลแบบประคับประคอง และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยครอบคลุมข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายที่เสียชีวิตภายใต้การดูแลของระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ผู้วิจัยคัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลวิจัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลด้านกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง และข้อมูลผลลัพธ์การตายดีตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความซ้ำซ้อน ความสมบูรณ์ และความสอดคล้องอีกครั้งก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่เดิมในระบบบริการ โดยไม่มีการติดต่อผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง ทั้งนี้ได้มีการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและใช้รหัสแทนตัวตน เพื่อคุ้มครองความลับของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนาใช้สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร โดยนำเสนอในรูปแบบของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระและผลลัพธ์ Good Death โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ Independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ จากนั้นทำการวิเคราะห์การ

ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death โดยตัวแปรทั้งหมดที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์เชิงเดี่ยวที่ระดับ P-value < 0.20 จะถูกนำเข้าสู่ตัวแบบการวิเคราะห์เชิงพหุเพื่อคำนวณหาอัตราส่วนโอกาสที่ปรับแล้ว (Adjusted Odds Ratio: AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสุดท้ายที่ค่า P-value น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่โครงการ COE.No.3/2569 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2568 วันที่หมดอายุ 24 ตุลาคม 2569 ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ได้ผ่านกระบวนการปกปิดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อคุ้มครองสิทธิและความลับของผู้ป่วยตามหลักการของปณิญาเฮลซิงกิโออย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในช่วงระยะเวลาการศึกษา 2 ปีงบประมาณ (พ.ศ. 2567 – 2568) มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตภายใต้การดูแลของระบบบริการดูแลแบบประคับประคองทั้งสิ้น 398 ราย ข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.3) มีอายุเฉลี่ย ณ วันที่เสียชีวิต 67.50 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $\pm$ 13.8 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (ร้อยละ 62.10) และป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคหลัก (ร้อยละ 86.40) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งใกล้เคียงกันระหว่างปี 2567 และ 2568 โดยคิดเป็นร้อยละ 13.50 และ 13.70 ตามลำดับ ในด้านกระบวนการดูแล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) (ร้อยละ 93.70) และได้รับการใช้ยา Opioids ชนิดแรงเพื่อควบคุมอาการ (ร้อยละ 84.40) โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองปีงบประมาณ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ 2567–2568 (n = 398)

ลักษณะ	จำนวนทั้งหมด (n=398)	ปีงบประมาณ 2567 (n=193)	ปีงบประมาณ 2568 (n=205)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี), $M \pm SD$.	67.50 $\pm$ 13.80	68.10 $\pm$ 13.50	66.90 $\pm$ 14.10	0.458 ¹
เพศ				1.000 ²
- ชาย	220 (55.30)	107 (55.40)	113 (55.10)	
- หญิง	178 (44.70)	86 (44.60)	92 (44.90)	
เขตที่อยู่อาศัย				0.071 ²

ลักษณะ	จำนวนทั้งหมด (n=398)	ปีงบประมาณ 2567 (n=193)	ปีงบประมาณ 2568 (n=205)	P-value
- เขตเมือง	247 (62.10)	129 (66.80)	118 (57.60)	
- ต่างอำเภอ	151 (37.90)	64 (33.20)	87 (42.40)	
โรคหลัก				1.000 ²
- กลุ่มโรคมะเร็ง	344 (86.40)	167 (86.50)	177 (86.30)	
- กลุ่มโรคไม่ใช่มะเร็ง	54 (13.60)	26 (13.50)	28 (13.70)	
การทำ ACP				1.000 ²
- ทำ	373 (93.70)	181 (93.80)	192 (93.70)	
- ไม่ได้ทำ	25 (6.30)	12 (6.20)	13 (6.30)	
การได้รับ Strong Opioids				0.904 ²
- ได้รับ	336 (84.40)	162 (83.90)	174 (84.90)	
- ไม่ได้รับ	62 (15.60)	31 (16.10)	31 (15.10)	

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ภาพรวม ผู้ป่วยส่วนใหญ่บรรลุผลลัพธ์การตายดี (Good Death) คิดเป็นร้อยละ 98.20 และมีอัตราการเสียชีวิตที่บ้าน (ร้อยละ 55.50) สูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.50) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ พบว่าอัตราการบรรลุ Good Death ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 97.90 ในปี 2567 เทียบกับร้อยละ 98.50 ในปี 2568, P-value 0.641) อย่างไรก็ตาม พบว่าสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านในปี 2568 (ร้อยละ 61.00) สูงกว่าปี 2567 (ร้อยละ 49.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value =0.026) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2567–2568 (n = 398)

ตัวแปร	รวม (n=398)	ปี 2567 (n=193)	ปี 2568 (n=205)	P-value
การบรรลุ Good Death				0.641
- Good Death	391 (98.20)	189 (97.90)	202 (98.50)	
- Non-Good Death	7 (1.80)	4 (2.10)	3 (1.50)	
สถานที่เสียชีวิต				0.026*
- เสียชีวิตที่บ้าน	221 (55.50)	95 (49.07)	126 (61.00)	
- เสียชีวิตในโรงพยาบาล	177 (44.50)	98 (50.93)	79 (39.00)	

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าในการวิเคราะห์เชิงเดี่ยว (Univariate analysis) มีเพียงตัวแปรโรคหลักเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่ มะเร็งมีโอกาสบรรลุ Good Death น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 0.17, 95%CI = 0.04-0.70, P-value = 0.014) อย่างไรก็ตาม เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่การวิเคราะห์เชิงพหุ (Multivariate analysis) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 จากข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 398 ราย พบว่ามีข้อมูลผลลัพธ์การตายดี (Good Death) ไม่ครบถ้วนจำนวน 61 ราย เนื่องจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ในบางตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ เช่น ข้อมูลด้านการประเมินผลลัพธ์การตายดีไม่ครบทุกมิติ หรือขาดข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์เชิงพหุ ดังนั้น การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death ในตารางที่ 3 จึงใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 337 ราย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลลัพธ์ Good Death (n = 337)

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
อายุ (ต่อ 1 ปีที่เพิ่มขึ้น)	0.99 (0.97-1.02)	0.672	0.99 (0.96-1.02)	0.589
เพศ (หญิง เทียบกับ ชาย)	0.61 (0.16-2.29)	0.468	0.51 (0.13-2.02)	0.339
เขตที่อยู่อาศัย (ต่างอำเภอ เทียบกับ เขตเมือง)	1.01 (0.24-4.28)	0.985	0.82 (0.18-3.70)	0.798
โรคหลัก (ไม่ใช่มะเร็ง เทียบกับ มะเร็ง)	0.17 (0.04-0.70)	0.014	0.22 (0.05-1.01)	0.051
การทำ ACP (ไม่ได้ทำ เทียบกับ ทำ)	0.45 (0.05-4.27)	0.485	0.41 (0.04-4.18)	0.449
การได้รับ Strong Opioids (ไม่ได้รับ เทียบกับ ได้รับ)	1.83 (0.37-9.04)	0.458	2.11 (0.41-10.87)	0.372
ปีงบประมาณ (2567 เทียบกับ 2568)	0.78 (0.17-3.56)	0.751	0.67 (0.14-3.19)	0.620

หมายเหตุ: วิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน (complete-case analysis) จำนวน 337 ราย โดยมีข้อมูลสูญหาย 61 ราย เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนในตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ผลลัพธ์ Good Death และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่บรรลุผลลัพธ์ Good Death ในสัดส่วนที่สูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตและลดความทุกข์ทรมานในระยะท้ายของชีวิต (World Health Organization, 2018) นอกจากนี้

ยังพบว่าสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการตายดี ตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว (Chindaprasirt et al., 2019)

ข้อค้นพบที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มบรรลุผลลัพธ์ Good Death ได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง อาจอธิบายได้จากลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความชัดเจนและสามารถคาดการณ์ระยะท้ายของชีวิตได้ดีกว่า ทำให้สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมักมีความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ส่งผลให้การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองล่าช้ากว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Non - cancer ในระบบ palliative care (Phenwan et al., 2024)

ในส่วนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับการบรรลุ Good Death อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยนี้ อาจแตกต่างจากหลักฐานเชิงวิชาการที่สนับสนุนบทบาทของ ACP ต่อคุณภาพการดูแลระยะท้าย (World Health Organization, 2018) ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากบริบทของโรงพยาบาลที่มีการดำเนิน ACP ในสัดส่วนสูงมาก (มากกว่าร้อยละ 90.00) ส่งผลให้ความแปรปรวนของตัวแปรลดลง (ceiling effect) และทำให้ไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การวัด ACP ในการศึกษานี้เป็นลักษณะเชิงปริมาณ (มี/ไม่มี) ซึ่งอาจไม่สะท้อนคุณภาพของกระบวนการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (Keratichevanun et al., 2023)

ผลการศึกษาที่พบว่าอัตราการบรรลุ Good Death อยู่ในระดับสูงมาก อาจสะท้อนถึงความเข้มแข็งของระบบบริการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล ทั้งในด้านการมีทีมสหสาขาวิชาชีพ การเข้าถึงยาควบคุมอาการ เช่น Opioids การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบ Palliative Care ที่มีคุณภาพ (Dokmai et al., 2021) อีกทั้งการใช้ตัวชี้วัด Good Death ในการติดตามคุณภาพบริการ อาจมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ทีมดูแลให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการที่ผลลัพธ์ Good Death อยู่ในระดับสูงมากเกือบทั้งหมด อาจส่งผลต่อข้อจำกัดในการวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ไม่บรรลุผลลัพธ์มีน้อย ทำให้การตรวจจับความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีข้อจำกัด (Statistical Power) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ในตารางที่ 3 ใช้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 337 ราย จากทั้งหมด 398 ราย ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลการวิเคราะห์

ในด้านตัวแปรอื่น เช่น อายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับ Good Death อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจสะท้อนว่าระบบบริการมีมาตรฐานการดูแลที่ค่อนข้างสม่ำเสมอในผู้ป่วยทุกกลุ่ม หรืออาจเกิดจากข้อจำกัดของข้อมูลหุติยภูมิที่ไม่สามารถสะท้อนรายละเอียดเชิงลึกของการดูแล เช่น คุณภาพการสื่อสาร ความต้องการของผู้ป่วย หรือบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้การตายดี (Krapo et al., 2018)

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงคุณภาพของระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระดับที่ดีมาก แต่ยังมีความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลเชิงระบบเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อ Good Death ซึ่งควรได้รับการพัฒนาในอนาคต

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลแบบประคับประคองดังนี้ ประการแรก ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็งเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เนิ่นๆ ประการที่สอง ควรส่งเสริมและรักษาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้มีความเข้มแข็งต่อไป เพื่อสนับสนุนความปรารถนาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายที่บ้าน และประการสุดท้าย ควรมีการวิจัยในอนาคตที่เป็นลักษณะเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective study) หรือการวิจัยในหลายสถานพยาบาล (Multi-center study) เพื่อยืนยันปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายดีในบริบทที่หลากหลายยิ่งขึ้น รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจมุมมองและประสบการณ์การดูแลระยะท้ายจากผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง เพื่อทำความเข้าใจมิติของคุณภาพการดูแลที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นตามแนวทางที่เคยมีการศึกษาไว้ (Chindaprasirt et al., 2019; Ando et al., 2016)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อจำกัดของการศึกษาค้างนี้ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลทุติยภูมิ และพบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนในบางตัวแปร รวมถึงการวัดผลลัพธ์ Good Death และตัวแปรสำคัญบางประการในลักษณะเชิงปริมาณ อาจไม่สามารถสะท้อนคุณภาพของกระบวนการดูแลได้อย่างครบถ้วน การวิจัยในอนาคตควรออกแบบเป็นการศึกษาเชิงติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและควบคุมคุณภาพของข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะท้าย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ “การตายดี” ในบริบทจริง ซึ่งจะช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของข้อมูลเชิงปริมาณ

อีกทั้ง ควรพัฒนาเครื่องมือหรือวิธีการประเมินที่สามารถสะท้อน “คุณภาพ” ของกระบวนการดูแล เช่น คุณภาพของการทำ Advance Care Planning (ACP) การสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของครอบครัว แทนการวัดเพียงการมีหรือไม่มี เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ Good Death ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. Available from: <https://www.nso.go.th>

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. (2569). ผลลัพธ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภายใต้การดูแลของระบบบริการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.

Chindaprasirt, J., Limpawattana, P., Pakkaratho, P., & Wirasorn, K. (2019). Perceptions of a “good death” of people from the Northeastern region of Thailand. *Heliyon*, 5(8), e02265. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02265>

Dokmai, P., Krairit, O., Kitreerawutiwong, N., Mahittivanichaya, P., & Sinsuksai, N. (2021). Hospital palliative care in Thailand: A national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 731. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06760-7>

Keratichevanun, S., Limwattananon, C., & Kongsuk, T. (2023). Defining a good death from the perspectives of patients, caregivers, and healthcare providers: A qualitative study in Thailand. *BMC Palliative Care*, 22(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01221-7>

Kitreerawutiwong, N., Wongprom, J., & Jiraporncharoen, W. (2025). Assessing palliative care needs in two rural communities in Thailand through a household survey. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 108(8), 580–587. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jmat/index>

Krapo, M., Thanasilp, S., & Chimluang, J. (2018). Factors associated with death acceptance among Thai patients with advanced cancer. *Asian Journal of Public Opinion Research*, 6(1), 18–30. Available from: <https://doi.org/10.15206/ajpor.2018.6.1.18>

Limpawattana, P., Chindaprasirt, J., Wirasorn, K., Sookprasert, A., & Kongbunkiat, K. (2019). Preferences for a good death among Thai medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 19(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1648-7>

Phenwan, T., Peungposop, N., & Wongsathikun, J. (2024). Palliative care ecosystem in Thailand: Current status, challenges, and recommendations. *BMJ Open Quality*, 13(1), e002602. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002602>

World Health Organization. (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers*. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>