

รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม Model of end of Life Care Based on cultural capital

ยุทธนา วรณพิติกุล

Yutthana Varoonpitigul

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Thailand

Corresponding Author, Email: classyuth@gmail.com

Retrieved: April 15, 2023; Revised: December 25, 2023; Accepted: December 26, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการดูแลคุณภาพชีวิตและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายจากกรณีศึกษา 2) สังเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการลงพื้นที่ การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้นำองค์กรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 5 แห่งแตกต่างกันตามปัญหาสุขภาพต่างช่วงเวลา ประกอบด้วย สถานดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย วัดพระบาทน้ำพุ ,อโรคยาศาล สถานบริหารผู้ป่วยมะเร็ง ,กลุ่มศิลาธรรม,ชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย,ชีวมิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม เก็บข้อมูลวิจัยระหว่าง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564-กันยายน พ.ศ.2565

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1. ทุนทางวัฒนธรรมในตัวบุคคล ได้แก่ผู้นำองค์กร 2. ทุนวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วมของสังคม-ชุมชน 3. พินัยกรรมชีวิตซึ่งเป็นมิติทางกฎหมายในการแสดงเจตนาและมิติทางจิตวิญญาณ 2) องค์ความรู้จากการศึกษาสามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายเพื่อการตายอย่างสงบ ได้แก่ แนวคิดปลูกต้นไม้จิตปัญญาในสวนพระพุทธรเจ้า หรือการพัฒนาจิตและปัญญาของบุคคลที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการตายดี

ผู้วิจัยเสนอแนะว่ารูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม มี 3 รูปแบบที่เหมาะสม คือ 1. รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายที่บ้านและชุมชน 2. รูปแบบสถานบริหารชีวิตระยะท้าย(Hospice)ในบริบทท้องถิ่น และ 3. รูปแบบสถานบริหารโดยวัดหรือองค์กรทางศาสนา ซึ่งทุนทางวัฒนธรรมและการสนับสนุนจากสังคมเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินกิจกรรมการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายทำให้องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐสามารถอยู่รอดและดำเนินกิจกรรมการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง จึงควรสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลชีวิตระยะท้าย; ทุนวัฒนธรรม; การตายดี

Abstract

This qualitative research aims to 1) Study quality of life care and end-of-life care models from case studies. 2) Synthesize concepts and models of end-of-life care based on cultural capital. Research tools include document analysis, field visits, in-depth interviews, and group discussions. Key informants were the leader of 5 organizations providing end-of-life care, consisting of a final care center for AIDS patients at Phrabatnampu Temple, a Care center for Cancer patients at Wat KamPramong Temple, Gilanadhamma Group of volunteer monks, Yellow

robe for the patient's friend Huai Yod temple, Cheeva Mitr social enterprise. Research data was collected between November 2021 and September 2022.

The results of the study found that 1) A model for end-of-life care based on cultural capital has the following three elements: (1) Cultural capital in individuals is organizational leaders (2) Cultural capital and social-community participation (3) Living will, a legal dimension for expressing intent, and the spiritual dimension. The knowledge from this study can be synthesized into a model of end-of-life care for peaceful death, namely, the concept of planting a mind-wisdom tree in the Buddha Garden, otherwise mental and intellectual development of a person to achieving the goal of a good death.

Research results suggest three appropriate models for end-of-life care based on cultural capital. 1) Model of end-of-life care at home and community 2) Model of end-of-life care centers (Hospice) in the local context 3. Model of care provided by temples or religious organizations. Cultural capital and social support are essential factors for implementing end-of-life care activities. These models allow non-government organizations to survive and continue their end-of-life care activities. Therefore, it should be supported to be solid and sustainable.

Keywords: End of Life Care; Cultural Capital; Peaceful Death

บทนำ

การดูแลชีวิตระยะท้ายของระบบโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นแนวคิดและรูปแบบจากต่างประเทศที่เรียกว่า Hospice, Hospice-Palliative และคำเรียกที่ใช้กว้างขวางในไทยคือ palliative Care ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยแพทย์พยาบาลมีบทบาทหลัก (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2561; ปิยะวรรณ โภคพลาภรณ์, 2560) ส่วนการดูแลชีวิตระยะท้ายในไทยเริ่มโดยองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ เกิดขึ้นมาก่อนโดยนักบวชในศาสนาคริสต์และพุทธในช่วงการระบาดโรคเอดส์ช่วงปีพ.ศ. 2535 เป็นต้นมาอย่างไรก็ตามในช่วง 20 ปีหลังเกิดระบาดวิทยาใหม่ของโรคจากไวรัสโควิด ทั้งโรคเมะเร็งและโรคเรื้อรังต่างๆ ในบริบทการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและปัญหาการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย ทั้งนี้จากการสำรวจการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุของไทย พบว่าผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายหลักยังคงเป็นผู้ป่วยเมะเร็งซึ่งผู้ป่วยเมะเร็งส่วนหนึ่งเท่านั้นที่เป็นผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคองโดยระบบสุขภาพของรัฐไม่เพียงพอ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563) ส่วนการศึกษาการใช้ชุมชนร่วมดูแลแบบประคับประคอง (สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ, 2565) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน พบว่าการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีผลลัพธ์ดีขึ้น (ช่อทิพย์ พรหมรัตน์, 2559) การศึกษานี้ใช้แนวคิดทุนวัฒนธรรม (cultural capital) โดย Pierre Boudieu (1984) (ปิแอร์ บูร์ดิเยอ, 2550) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการวิเคราะห์องค์ความรู้จากการทำงานของนักปฏิบัติ (practice) ในช่วงกรอบเวลา 30 ปี ที่ผ่านมาจาก 5 กรณีศึกษาประกอบด้วย (1) วัดพระบาทน้ำพุ (2) อโรคยาศาล วัดคำประมง (3) ชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วย วัดห้วยยอด (4) กลุ่มคิลานธรรม (5) ชีวามิตรวิสาหกิจเพื่อสังคม สำหรับพื้นที่วิจัยเป็นการเก็บข้อมูลภาคสนามที่วัดพระบาทน้ำพุ และอโรคยาศาล วัดคำประมง ซึ่งเคยมีการศึกษาที่วัดคำประมง ในเขตอีสานเหนือ (ปิยะวรรณ โภคพลาภรณ์และคณะ, 2560) พบว่า องค์กรศาสนาช่วยรองรับผู้ป่วยเมะเร็งที่สิ้นหวังจากการรักษาทางการแพทย์ โดยเป้าหมายของการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายมุ่งที่การตายสงบด้วยการพัฒนาและยกระดับจิต

วิญญานของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการเข้าไม่ถึงการดูแลแบบประคับประคองจากขีดจำกัดของโรงพยาบาลในบริบทของระบาดวิทยาใหม่ซึ่งมีผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบสุขภาพของรัฐต้องกลับมาพัฒนาการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชนและที่บ้าน การศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งต่อเนื่องจากรพ.สู่บ้านในแง่การพัฒนาศักยภาพทีมในพื้นที่จ.กาฬสินธุ์ (ประธาน ศรีจุลชาติ, 2564) ตลอดจน การศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยต่อบริการการดูแลแบบประคับประคอง ในพื้นที่ภาคอีสานตอนบน (ยอดลัก สัยลังกา, 2564) และการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือ (วรรณุช วงศ์เจริญและคณะ, 2563) และการศึกษาในภาคใต้ในการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังและการดูแลแบบประคับประคองส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้ (กมลพร สกุลพงศ์, 2560; กิตติกร นิลมานัตและคณะ, 2562) บ่งบอกภาพรวมของปัญหาและประเด็นการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกภาคที่ต้องการส่งต่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านมากขึ้น

จากสภาพปัญหาสุขภาพทางสังคมดังกล่าวสะท้อนถึงความสำคัญของการหาระบบการดูแลแบบประคับประคองในบ้านและชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการจัดการความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจในระดับหนึ่งของคนในชุมชน ตลอดจนคำนึงถึงการเตรียมตัวตายและการแสดงเจตนาของผู้ป่วยผ่านพินัยกรรมชีวิต (living will) ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีเป้าหมายที่การจากลาอย่างสงบ (peaceful Death) ตลอดจนถึงการจัดการร่างให้เป็นตามการแสดงเจตนาของแต่ละบุคคลผ่านการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ล่วงหน้า

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาบ่งชี้ถึงความสำคัญของการกระจายระบบการดูแลชีวิตระยะท้ายสู่ระดับท้องถิ่นทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับความพยายามปรับทิศทางของระบบบริการสุขภาพของรัฐที่ศึกษาถึงการพัฒนาศักยภาพและการเร่งพัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้านผู้ป่วยตลอดจนการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ครัวเรือน (เพียงพิมพ์ ปันระสีและภัทราบุลย์ นาคสุสุข, 2565) ซึ่งเป็นสถานการณ์ของระบบสุขภาพของรัฐในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นวิจัยที่เป็นช่องว่างซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยนี้ คือ การศึกษาเพื่อหารูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมวัฒนธรรมในท้องถิ่น (Social cultural Context) ที่ใช้องค์ความรู้จากประสบการณ์จริงของนักปฏิบัติในบริบทปัญหาสุขภาพที่แตกต่างแต่ละช่วงเวลาในรอบ 30 ปี ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้ในขอบเขตเวลาที่ต่อเนื่องและเปรียบเทียบจากหลาย กรณีศึกษา นำมาสังเคราะห์รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองชีวิตระยะท้ายโดยชุมชนมีส่วนร่วมบนฐานทุนวัฒนธรรมในบริบทปัญหาสุขภาพร่วมสมัยของสังคมสูงวัย

การศึกษาวิจัยเหล่านี้บ่งชี้ถึงความสำคัญของการกระจายระบบการดูแลชีวิตระยะท้ายสู่ระดับท้องถิ่นทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับความพยายามปรับทิศทางของระบบบริการสุขภาพของรัฐที่ศึกษาถึงการพัฒนาศักยภาพและการเร่งพัฒนาระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้านผู้ป่วยตลอดจนการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ครัวเรือน (เพียงพิมพ์ ปันระสี และภัทราบุลย์ นาคสุสุข, 2565)

อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นวิจัยที่เป็นช่องว่างซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยนี้ คือ การศึกษาเพื่อหารูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายในบริบทของสังคมวัฒนธรรมในท้องถิ่น (Social cultural Context) ที่ใช้องค์ความรู้จากประสบการณ์จริงของนักปฏิบัติในบริบทปัญหาสุขภาพที่แตกต่างแต่ละช่วงเวลาในรอบ 30 ปีตามขอบเขตเวลาการดำเนินกิจกรรมดูแลชีวิตระยะท้ายในสังคมไทยที่ต่อเนื่องจนปัจจุบันและเพื่อเปรียบเทียบจากหลายกรณีศึกษา นำมาสังเคราะห์รูปแบบการดูแลแบบชีวิตระยะสุดท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรมในบริบทปัญหาสุขภาพร่วมสมัยของสังคมสูงวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายจากกรณีศึกษา
2. เพื่อสังเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการวิจัย

1. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Research) ด้านการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้าย, ทุนวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วม
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ก่อตั้งและดำเนินการองค์กร 5 กรณีศึกษา จำนวน 7 คน และผู้ก่อตั้งโครงการเผชิญความตายอย่างสงบและชุมชนกรุณา 2 คน รวม 9 คนซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (KEY INFORMANTS) เป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามและประเด็นหลัก ประกอบด้วย ภูมิหลังความเป็นมาของผู้ก่อตั้ง, จุดเริ่มการก่อตั้งและพัฒนาการขององค์กร, รูปแบบกิจกรรมดูแลชีวิตระยะท้ายในบริบทขององค์กร, แนวความคิดต่อชีวิตและความตายของตนเองและต่อผู้อื่น, หลักธรรมในการดูแลชีวิตระยะท้ายและประสบการณ์การเผชิญความตาย, การจัดการทรัพยากรและความรู้
3. การสนทนารายบุคคลและการสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ กับกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 15 คน ในประเด็น ทุกข์จากการป่วยรายบุคคลและบริบทชีวิต, การเลือกองค์กรและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายของแต่ละบุคคล, ความทุกข์และการแก้ไขความทุกข์จากการป่วยและความคิดต่อการเผชิญความตาย
4. การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมในสถานดูแลชีวิตระยะท้าย อโรคยาศาลและสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ที่วัดพระบาทน้ำพุ

การเก็บข้อมูล

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร (Documentary Research) และ การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ จากการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) และสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth-Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants), การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย พระสงฆ์ผู้ก่อตั้งและผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย, พระสงฆ์ผู้ก่อตั้งและดำเนินการอโรคยาศาล, ผู้ก่อตั้งและผู้นำกลุ่มศีลธรรม, ผู้ก่อตั้งและดำเนินการชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยระยะท้าย, ผู้ก่อตั้งชีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม, พระสงฆ์ ผู้ก่อตั้งโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ, ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา โดยการสัมภาษณ์และสนทนามีการบันทึกเสียงโดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ต้น ควบคู่กับการจดบันทึกข้อความสำคัญในสมุดบันทึกของผู้ศึกษา การตรวจสอบข้อมูลโดยการกลับมาย้อนฟังและเช็คกับบันทึกที่จดไว้ ตลอดจนเช็คข้อมูลกับแหล่งข้อมูลอื่นในประเด็นที่มีข้อสงสัย เมื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามประเด็นหลักครบถ้วนจนการเก็บข้อมูลอิ่มตัว ด้านการพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนตัวตัวผู้วิจัยปกปิดชื่อบุคคลโดยการใช้อักษรสมมติของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ด้วยแนวคิดทุนวัฒนธรรม (Cultural Capital) และการมีส่วนร่วมของสังคมและชุมชน (Social Participation) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ก่อตั้งองค์กรใน 5 กรณีศึกษา, ผู้รู้และริเริ่มโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ, การเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลชีวิตและความเจ็บป่วยคือ ผู้ป่วยและญาติที่รับการดูแลชีวิตระยะท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1. ข้อมูลผู้ก่อตั้งองค์กร 2. แนวคิดและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายเพื่อการตายที่ดีที่ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง 3. ทุนวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ 4. หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดูแลชีวิตระยะท้ายที่ได้ดำเนินการและประสบการณ์เฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้เผชิญ 5. การสนับสนุนจากชุมชนและสังคมในแต่กรณีศึกษาซึ่งมีบริบทที่แตกต่าง

การนำเสนอผ่านเรื่องเล่าและความเรียงเชิงพรรณนา (Descriptive) แยกแยะให้เห็นถึงทุนวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยและองค์ประกอบในการดำเนินกิจกรรมดูแลชีวิตระยะท้ายจากการปฏิบัติจริงของ 5 กรณีศึกษา, การใช้หลักพุทธธรรมกับการดูแลช่วงชีวิตระยะท้ายและเมื่อเผชิญความตาย สังเคราะห์สร้างมโนทัศน์ใหม่ (Conceptualize) เป็นแนวคิดและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายเพื่อการตายดี (Peaceful Death)

ผลการวิจัย

การวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1. ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายจากกรณีศึกษาใช้ปัจจัยทุนทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย ผู้ก่อตั้งองค์กรกับทุนทางวัฒนธรรมในตัวบุคคล (Personal cultural capital) เป็นทุนวัฒนธรรมอย่างหนึ่งซึ่งเป็นคุณค่าที่บุคคลได้รับจากกระบวนการหล่อหลอมทางสังคม จนกลายเป็นคุณสมบัติติดตัวที่เอื้อให้บุคคลเพิ่มพูนมูลค่าและคุณค่าได้ ผู้ก่อตั้งองค์กรจากกรณีศึกษา เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการดูแลชีวิตระยะท้ายเป็นที่ยอมรับได้รับศรัทธาจากสังคม เป็นทุนวัฒนธรรมที่หล่อหลอมอยู่ในตัวตน (Personal cultural capital) จากการทำกิจกรรมต่อเนื่องของ 5 องค์การระหว่าง 6-30 ปี ได้รับความเชื่อถือจากสังคม ทุนวัฒนธรรมในตัวผู้ก่อตั้งองค์กรและจากการดำเนินกิจกรรมดูแลชีวิตระยะท้ายนำไปสู่การสนับสนุนจากสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านทรัพยากร, ความรู้, การสนับสนุนโดยการเข้ามามีส่วนร่วมของนักวิชาชีพด้านสุขภาพและชุมชน ทุนวัฒนธรรมในตัวบุคคลกรณีพระสงฆ์ผู้นำกลุ่มศีลธรรม และผู้นำชมรมผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วย itpt มีบริบทที่แตกต่างกัน กลุ่มศีลธรรมใช้กิจกรรมการดูแลชีวิตระยะท้าย สร้างการยอมรับต่อบทบาทพระสงฆ์จากบุคลากรการแพทย์และโรงพยาบาลในการร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรูปแบบโรงพยาบาล (Within Hospital) ในบริบทเมืองหลวง ส่วนกรณีพระสงฆ์ผู้ก่อตั้งชมรมชายผ้าเหลืองร่วมกับโรงพยาบาลนำกิจกรรมเข้าสู่ชุมชนท้องถิ่นในบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทได้รับการสนับสนุนเกิดเป็นกองทุนท้องถิ่นสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่ผู้ก่อตั้งองค์กรชีวมิตรซึ่งเป็นผู้หญิงใช้ทุนวัฒนธรรมในตัวผู้ก่อตั้งดำเนินกิจกรรมสู่ชนชั้นกลางและบริบทสังคมเมือง

ทุนวัฒนธรรมของการมีส่วนร่วมของชุมชน - ในรูปแบบเครือข่ายความสัมพันธ์และความร่วมมือแบบเกื้อกูลที่ประกอบด้วย บ้าน วัด โรงเรียน - โรงพยาบาล-องค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชนซึ่งเป็นทุนวัฒนธรรมที่เด่นชัดในระบบความสัมพันธ์ของสถาบันในสังคมชุมชน (Local community) ของไทย

พินัยกรรมชีวิต (Living will) ของบุคคลเป็นนิติทางกฎหมายและนิติทางจิตวิญญาณ ที่กลายเป็นทุนทางวัฒนธรรมจากการสื่อสาร พินัยกรรมชีวิต (Living Will) เป็นสิทธิทางกม.ที่เข้ามารับรองการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยืดชีวิต, การแสดงเจตนาของแต่ละบุคคลในการเตรียมตัวตาย จากลาอย่างสงบและการเข้าถึงเป้าหมายการตายดี (Peaceful Death)

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 เป็นการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงแนวคิดและรูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายเพื่อมุ่งปรับใช้ในบริบทชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายแบบพหุวัฒนธรรมของสังคมไทย ได้แก่ แนวคิด: ปลุก “ต้นไม้จิตปัญญาในสวนพระพุทธรเจ้า” เป็นรูปแบบเชิงแนวคิด (conceptual model) การดูแลชีวิตระยะท้ายของการตายดีซึ่งเป็นความคิดรวบยอดที่ได้การศึกษาวิจัยเชิงเอกสารและจากกรณีศึกษาการดูแลชีวิตระยะท้าย

ต้นไม้ หมายถึง ต้นไม้แห่งชีวิตของคนแต่ละคนที่เป็นสัญลักษณ์ของชีวิตมนุษย์ที่ประกอบด้วยหลักชีวิตที่จำเป็นคือ สติปัญญาหรืออานาปานสติ หลักความเมตตากรุณา หลักไตรลักษณ์และอริยสัจ เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์รวมของการดำเนินชีวิตสามแดน คือ แดนความสัมพันธ์กับธรรมชาติและสังคม, ความสัมพันธ์ของภาวะจิต และแดนสุดท้ายคือ ปัญญา ซึ่งเป็นแนวคิดตั้งต้นมาจาก ต้นไม้ชีวิตของพุทธทาสภิกขุ

“จิตปัญญา” คือ การพัฒนาจิตอารมณ์ (Emotion) และปัญญา (Wisdom) ทั้งในการดำเนินชีวิตปกติ และในช่วงชีวิตระยะสุดท้าย อารมณ์และความสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาปัญญาเชิงพุทธ จนเห็นความจริงแท้ที่ว่า “มนุษย์เราก็คือชีวิต ชีวิตเราก็คือธรรมชาติ” การพัฒนาตนเองที่ครบความสัมพันธของสามแดนคือ มนุษย์กับธรรมชาติ-ภาวะจิตและปัญญา คือ การพัฒนาจิตปัญญาซึ่ง “เป็นปัญญาที่ปลดปล่อยทำให้เกิดอิสรภาพ” (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์) ประยุทธ์ ปยุตโต (2556) ต้นไม้จิตปัญญา เป็นสัญลักษณ์ของการบรรลุถึงเป้าหมายการตายดี (Peaceful death) ในชีวิตระยะท้าย จิตเจตนา (Will) ของ การปลุกต้นไม้จิตปัญญาในสวนพระพุทเจ้า หมายถึง ชีวิตมนุษย์ที่เข้าถึงหลักอณิจลักษณะของชีวิตและสรรพสิ่งที่เคยยึดถือ สู่การดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาทต่อความตาย เมื่อมีการเตรียมพร้อมสู่ความตายอย่างมีมรณสติ เมื่อการแตกดับของธาตุทั้ง 4 มาถึงในภายหลัง ย่อมพัฒนาจิตอารมณ์และปัญญาของตน กองงามสู่ภาวะพุทธะ (Buddhism) ที่เปรียบดังสวนแห่งการเข้าถึงพุทธะสภาวะ หรือ สวนพระพุทเจ้า

อภิปรายผลการวิจัย

1. การดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม เป็นแนวทางการมองมิติสังคมชุมชนเพื่อมุ่ง “ค้นหา” ทุนวัฒนธรรม รื้อฟื้นทุนวัฒนธรรมและประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนท้องถิ่นซึ่งมีภูมิหลังหลากหลาย นำความรู้และศักยภาพทุนวัฒนธรรมในชุมชนท้องถิ่นของตนเองมาปรับใช้ ตัวอย่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากฐานวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่มีการศึกษาและมีผลการศึกษาสอดคล้องกันในแง่การใช้ศักยภาพจากวัฒนธรรม แต่เป็นการศึกษาในบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทเฉพาะชุมชนอีสานและภาคเหนือ เช่น การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน กรณีศึกษาที่ ต.โพธิ์ใหญ่ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี (สะอาด มุ่งสิน และจรรยาพร มีหนองหว้า, 2558) และการศึกษาในบริบทของชุมชนภาคเหนือ วัฒนธรรมสุขภาพชุมชนลุ่มน้ำล้านภาคเหนือ (สามารถ ใจเตี้ย, 2016)

2. แนวคิดต้นไม้ในสวนพุทธหรือต้นไม้จิตปัญญาในสวนพระพุทเจ้า ประกอบด้วยของแถมทั้งด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและการพัฒนาจิตปัญญาจากชีวิตระยะท้ายและความตาย 3 ประการ 1. เป็นรูปธรรมสัมผัสของพื้นที่สีเขียว เพื่อการฟื้นฟูธรรมชาติ เป็นการตอบแทนบุญคุณต่อโลกในฐานะมารดา (Mother Earth) ผู้มอบสิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เลี้ยงดู คำจุนชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตายเป็นการตอบแทนและโอกาสของการทำกุศลสุดท้าย 2. ชุมชน สังคมอาจพัฒนาแนวคิดสู่การเกิดเป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ด้านจิตปัญญาเพื่อสืบทอดธรรมอันสำคัญถึงพุทธภาวะผ่านหลัก “ธรรมะธรรมชาติ” สอดคล้องกับพระมหาโยธิน โยธโกและคณะ (2563) ซึ่งเป็นพื้นที่กายภาพเพื่อให้ประชาชนเอี่ยมชมสัมผัสสู่การพัฒนาสภาวะจิต (State of Emotion) และจิตปัญญา (Wisdom) อันเป็นโลกนามธรรมภายในหรือ “ธรรมะ” ในตัวเราซึ่งแท้จริงแล้ว ตัวเราเองคือโบสถ์วิหารแห่งการปฏิบัติภาวนาสภาวะพุทธะปัญญา 3. ในแง่สังคม แนวคิดปลุกต้นไม้ในสวนพระพุทเจ้า เป็นแนวทางปฏิบัติการขยับตัวทางสังคม (Spiritual Social Movement) เพื่อสื่อสารมุมมองต่อความตายแบบทางเลือก

3. รูปแบบการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านและชุมชน (Home-community End of Life care Based / Hospice) ประยุกต์ใช้ทุนวัฒนธรรมในการจัดการดูแลคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านและชุมชนเป็นแนวคิดลดการรวมศูนย์ (Decentralization) ของระบบดูแลชีวิตระยะท้ายภาครัฐ เพื่อแก้ปัญหาาระบบบริการสุขภาพของรัฐซึ่งพบว่าไม่สามารถรองรับความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มสูงในภาวะสังคมสูงวัย ให้เป็นการกระจายการดูแลชีวิตระยะท้ายสู่บ้านและชุมชนท้องถิ่น คือ เปลี่ยนการดูแลชีวิตระยะท้ายและการจัดการความตายที่โรงพยาบาลมาสู่พื้นที่ “บ้านและชุมชน” (Home -Community End of Life Care Based) ซึ่งเป็นฐานรองรับผู้ป่วยในช่วงชีวิตระยะท้ายมากขึ้น เพื่อช่วยดูแลชีวิตระยะท้ายของประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่สูง สอดคล้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านโดยรพ.ปง จ.พะเยา โดยวราวุธ วงศ์เจริญและคณะ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนา ระบบการเชื่อมโยงและส่งผ่านการดูแลชีวิตระยะท้ายใน



โรงพยาบาลชุมชนสู่การดูแลของครอบครัวชุมชนซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลระดับท้องถิ่นโดยประชาชนส่วนร่วมเพื่อช่วยแก้ไขข้อจำกัดของระบบโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ในกรณีชมรมชายผ้าเหลืองเพื่อเพื่อนผู้ป่วยในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทและกรณีชีวามิตรในชุมชนเมือง จากปัญหาความต้องการบริการสุขภาพเพื่อการดูแลชีวิตระยะท้ายที่สูงขึ้นในบริบทการเข้าสู่สังคมสูงวัยและข้อจำกัดของการดูแลชีวิตระยะท้ายในระบบโรงพยาบาลของรัฐ

สรุปผล

รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม

การศึกษา 5 กรณีศึกษาการดูแลชีวิตระยะสุดท้าย พบว่ามุงที่คุณภาพชีวิตแบบองค์รวม 4 มิติคือกาย จิต สังคม และจิตปัญญา การดูแลชีวิตระยะท้ายจากกรณีศึกษาที่แตกต่างกัน ทุกกรณีศึกษาเริ่มต้นจากทุนวัฒนธรรมในตัวผู้ก่อตั้งองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยหลักต่อการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสังคมทั้งด้านเงิน สิ่งของ และแรงงาน และปัจจัยพื้นฐานของสังคมคือวัฒนธรรมความเมตตาซึ่งเป็นทุนวัฒนธรรมชนิดหนึ่งในสังคม เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลชีวิตระยะท้ายในรูปแบบต่าง ๆ โดยหลักธรรมสำคัญในการดูแลชีวิตและความตาย คือหลักเมตตากรุณาและการพิจารณาภาวะไตรลักษณ์ ผ่านการกำหนดรู้ลมหายใจแบบอานาปานสติ ในช่วงการดูแลแบบประคับประคองจนถึงลมหายใจสุดท้าย ส่วนรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมีทั้งการดูแลชีวิตระยะท้ายโดยองค์กรด้านศาสนา (Religious Based), การดูแลชีวิตระยะท้ายในระบบโรงพยาบาล (within Hospital), การดูแลชีวิตระยะท้ายในระบบบ้านและชุมชน (Home-Community Based) ซึ่งกรณีศึกษาทุกรูปแบบมีปัจจัยทุนวัฒนธรรมสนับสนุน



ข้อเสนอรูปแบบการดูแลชีวิตระยะสุดท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรมในชุมชนท้องถิ่น

รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายบนฐานทุนวัฒนธรรม ประกอบด้วย 3 รูปแบบที่เหมาะสมสอดคล้องในบริบทท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ประกอบด้วย รูปแบบหลัก คือ 1.รูปแบบการดูแลที่บ้านและชุมชนท้องถิ่น (Home-community Based End of Life Care) สอดคล้องกับการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชนท้องถิ่น (Local community) ในบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท , บริบทชนบท , บริบทชุมชนชาติพันธุ์และมีรากทางวัฒนธรรมร่วมกัน เพราะฐานความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในพื้นที่ที่ใกล้ชิดเป็นปัจจัยองค์ประกอบสำคัญซึ่งกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมและเครือข่ายนับญาติกันทางสังคม

รูปแบบทางเลือกในบริบทที่แตกต่างอีก 2 รูปแบบ ได้แก่ 1.รูปแบบสถานบริบาลชีวิตระยะท้าย (Hospice) หรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน ที่มีการจัดพื้นที่ สิ่งแวดล้อม บรรยากาศและมีบุคลากรสหวิชาชีพรองรับ โดยบริบทการประยุกต์ใช้เหมาะกับบริบทความเป็นเมือง (urban) โดยเฉพาะเมืองขนาดใหญ่ อย่างกทม.และปริมณฑล 2. รูปแบบสถานบริบาลโดยวัดหรือศาสนสถาน (Religious-based care) ดังกรณี วัดพระบาทน้ำพุ



และอโรคยศาล วัดคำประมง จ.สกลนคร ในบริบทชุมชนท้องถิ่นแบบกึ่งเมือง กึ่งชนบท ซึ่งปัจจัยสำคัญคือความสัมพันธ์ของพระสงฆ์และวัดกับชุมชนที่มีความสัมพันธ์ยังใกล้ชิด ไม่ใช่วัดที่แยกตัวจากชุมชนและวัดเชิงพาณิชย์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลศูนย์ และสามารถปรับแนวทางดำเนินการร่วมกับภาคีชุมชนท้องถิ่น เรียนรู้ร่วมกัน และสนับสนุนการพัฒนาความรู้ โดยเฉพาะการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมการดูแลชีวิตระยะท้ายในท้องถิ่นที่มีศักยภาพของทุนวัฒนธรรมในรูปแบบกลุ่ม, องค์กรใหม่ ๆ แบบพหุภาคี หรือวิสาหกิจเพื่อสังคมหรือมูลนิธิ เพื่อการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพนอกระบบราชการ โดยให้ความสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งมีทุนทางวัฒนธรรมและสายสัมพันธ์ทางสังคมภายในท้องถิ่นเป็นพื้นฐานสนับสนุน

2) แนวคิดและรูปแบบจากดูแลชีวิตระยะท้ายพร้อมกับพันธกรรมชีวิต สามารถนำไปใช้ในการสื่อสารพัฒนาความรู้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการสื่อสารสู่ประชาชนในแง่การแลกเปลี่ยน มุมมองและเสนอแนวคิดทางเลือกในการดูแลชีวิตระยะท้ายนอกเหนือจากระบบโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

แนวคิดและรูปแบบตามข้อเสนอแนะสามารถดำเนินการในลักษณะ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ในการประยุกต์รูปแบบการดูแลประคับประคองระยะท้ายที่ใช้ทุนวัฒนธรรมในท้องถิ่นเป็นฐาน โดยนักวิจัยร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่นที่ต่างบริบทในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินการศึกษาเชิงเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลชีวิตระยะท้ายในบริบทเมือง และบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ข้อจำกัดด้านทรัพยากรสนับสนุนการดูแลชีวิตระยะท้ายที่บ้านและชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญในปัจจุบัน ประเด็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในประเด็นการจัดการและจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลาง ซึ่งสำนักงานกองทุนสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)มีระบบกองทุนการดูแลชีวิตระยะท้ายอยู่แล้ว โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินการเข้าเป็นองค์กรในเครือข่ายและจัดสรรทรัพยากรสู่ท้องถิ่นตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กมลพร สกุลพงศ์.(2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง กรณีศึกษาบ้านปันรัก สุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(ฉบับพิเศษ), 90-103.
- กิตติกร นิลมานัตและคณะ.(2562). การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากรพ.สู่บ้านในบริบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 76-93.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ.(2561). *สถานการณ์ Hospice Care. ในประเทศไทย.โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย(Hospice Care) ในประเทศไทย (รายงานวิจัย).* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประธาน ศรีจุลฮาด.(2564). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อ.รองคำ จ.กาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 219-232.
- ปีแอร์ บุรติเยอ.(2550). *เศรษฐกิจของทรัพย์สินเชิงสัญลักษณ์*. แปลโดย ชนิตา เสงี่ยมไพศาลสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

- ปิยะวรรณ โภคพลาภรณ์ และคณะ. (2560). ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาวะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในสถานบริการสุขภาพโดยองค์การศาสนา: กรณีวัดอโศกยาสาล วัดคำประมง สกลนคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 198-213.
- พระมหาโยธิน โยธโก และคณะ. (2563). การสร้างสมดุลและการรักษาต้นทุนธรรมชาติเชิงพุทธของเครือข่ายป่าชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รายงานวิจัย). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.
- ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. (2559). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านไธสง จ.ลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(1), 25-36.
- ยอดลัก สัยลังกา. (2564). ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ความจริงกับความหวัง” มุมมองผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชนอีสานตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(2), 99-117.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2563). การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 47(1), 454-466.
- วรรณข วงศ์เจริญและคณะ. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ*, 14(2), 26-37.
- สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ. (2565). ผลตอบแทนทางสังคมของการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาตำบลสะอาด อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(1), 16-33.
- สามารถ ใจเตี้ย. (2559). วัฒนธรรมสุขภาพชุมชนลุ่มน้ำลี้ จ.ลำพูน. *วารสารพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 22(2), 62-73.
- สะอาด มุ่งสินและจรรยาศรี มีหนองหว้า. (2558). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามวิถีชุมชนในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: กรณีศึกษาชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่อำเภวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 6(1), 89-104.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ประยุทธ์ ปยุตโต). (2562). *สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ*. พิมพ์ครั้งที่ 35. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- เพ็ญพิมพ์ ปันระสี และภัทรบูลย์ นาคสุสุข. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 40-55.