

วงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตาย
สำหรับผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดในสังคมไทย
CIRCLES OF CARE FOR DEATH PREPARATION AMONG
PEOPLE WITHOUT CLOSE NETWORKS IN THAI SOCIETY

ฐิตินันท์ ผิวนิล*

Titinan Pewnilt*

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

College of Population Studies, Chulalongkorn University

*Corresponding Author E-mail: 6281001251@student.chula.ac.th

Received June 14, 2026; Revised July 13, 2026; Accepted July 18, 2026

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาลักษณะของวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทย และ 2. วิเคราะห์ช่องว่างและเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมต่อการตายสำหรับผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมพร้อมต่อการตาย จำนวน 20 หน่วยงาน ครอบคลุมภาครัฐและกึ่งรัฐ ภาควิชาการและการแพทย์ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน วิเคราะห์ด้วยวิธีการเชิงกรอบ (framework method) โดยใช้แนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลเป็นกรอบประเด็นตั้งต้น

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทยอาศัยการมอบความประสงค์ไว้กับผู้รับฝากซึ่งตามปกติคือวงศ์ผู้ดูแลใกล้ชิด ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดจึงขาดทั้งผู้ดูแลและผู้รับฝากความประสงค์ตั้งแต่นั้น เมื่อพิจารณาการรองรับของวงรอบนอก พบว่า แต่ละวงรองรับได้เพียงบางส่วนและมีเงื่อนไข วงชุมชนให้เครื่องมือวางแผนแต่ส่งต่อความประสงค์แทนไม่ได้ วงบริการรองรับเฉพาะผู้ที่อยู่ในระบบ และวงนโยบายเพิ่งเริ่มสร้างทะเบียนรับฝากเจตนาในรูปแบบสื่อแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) ที่ยังจำกัด นอกจากนี้วงล้อมบริบทไทยยังปรากฏองค์ประกอบเฉพาะสองส่วน คือ ตลาดเชิงพาณิชย์ที่คัดกรองด้วยกำลังซื้อ และสถาบันศาสนาที่เป็นที่พึ่งสํารองในบางพื้นที่ ผู้ที่ทั้งไร้เครือข่ายและไร้ทุนจึงตกอยู่ในช่องว่างของทุกวงพร้อมกัน ผลการวิจัยนี้จึงเสนอให้มีการพัฒนากลไกระดับชาติเพื่อรับฝากความประสงค์การเตรียมพร้อมต่อการตาย การค้นหาเชิงรุกในชุมชน และพัฒนาระบบทางเลือกการเตรียมพร้อมที่ไม่ผูกกับกำลังซื้อ โดยสรุป ปัญหาการเตรียมพร้อมต่อการตายของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดในสังคมไทยไม่ได้เกิดจากการขาดหน่วยงาน เครือข่ายหรือบริการรองรับ แต่เกิดจากการที่วงล้อมแห่งการดูแลแต่ละวงต่างดำเนินการของตน โดยขาดนโยบายแกนกลางที่เชื่อมทุนทางสังคมเชิงสถาบันที่มีอยู่ให้ทำงานเสริมกัน

คำสำคัญ: วงล้อมแห่งการดูแล, การเตรียมพร้อมต่อการตาย, ชุมชนกรุณา, ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิด, บริบทเชิงสถาบัน

Abstract

This qualitative study 1. examines characteristics of circles of care for death preparation in Thai society; and 2. analyze gaps and propose development guidelines for people without

close networks suitable for Thailand. Data was gathered by in-depth interview with 20 organization representatives involved in death preparation in state and quasi-state; academic and medical; civil society; and private sectors. Data was analyzed by the framework method with circles of care as initial framework.

Because death preparation depends on entrusting personal wishes to a recipient who is usually in the inner circle, people without close networks lack a caregiver and recipient of advance wishes from the outset. Each outer circle accommodates them only partially and conditionally; the community circle provides planning devices but cannot itself store and enact the requests; the service circle admits only those already in the system; and the policy circle has only started building an electronic advance-directive registry (e-Living Will) with limited reach. Two further elements in Thailand include a commercial market circle filtered by purchasing power, and a religious-institution axis serving as backup in some areas. Those who are without networks or means lapse into a gap of all circles simultaneously. Therefore, a national mechanism should compile advance wishes, proactive case-finding, and preparedness options independent of purchasing power. In conclusion, the difficulty of death preparation among people without close networks in Thai society does not arise from a lack of organizations, networks, or services, but from each circle of care operating on its own, without a central policy to connect the existing institutional social capital so that the circles reinforce one another.

Keywords: Circles of Care, Death Preparation, Compassionate Community, People Without Close Networks, Institutional Context

บทนำ

ในสังคมสมัยใหม่ระบบความตายถูกย้ายจากบ้านและชุมชนเข้าสู่โรงพยาบาลและสถาบันวิชาชีพ กลายเป็นภาวะทางเทคนิคภายใต้การจัดการของผู้เชี่ยวชาญผ่านกระบวนการแพทย์เป็นหลัก ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นมาตรฐานในการดูแลวาระท้าย (Waldrop, 2011) แต่ขณะเดียวกันก็ลดทอนบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่เคยเป็นกลุ่มหลักของการดูแลผู้ใกล้เสียชีวิต (Walter, 2012) เมื่อระบบการแพทย์และสาธารณสุขต้องแบกรับการดูแลวาระท้ายและการจัดการความตายที่มากขึ้น ก่อให้เกิดการส่งเสริมให้มีการรื้อฟื้นบทบาทของชุมชนและครอบครัวในการดูแลวาระท้าย (Sallnow et al., 2022) ซึ่งนำมาสู่การพัฒนาเป็นแนวคิดชุมชนกรุณา (compassionate communities) และแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล (Circles of care) ที่เสนอว่าการตาย การดูแล และความโศกเศร้าเป็นเรื่องของสังคมโดยรวม ไม่ใช่เพียงหน้าที่ของระบบสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว (Kellehear, 2020)

แนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลได้อธิบายถึงเครือข่าย 5 ระดับของการดูแลวาระท้าย ประกอบด้วย

1. เครือข่ายดูแลภายใน (Inner Network) ผู้ดูแลใกล้ชิดที่ทำให้การดูแลเข้มข้นทั้งกิจวัตรประจำวันและการตัดสินใจแทน ซึ่งในสังคมไทยมักเป็นสมาชิกครอบครัว แต่อาจเป็นคนรัก เพื่อนสนิท หรือผู้ดูแลรับจ้าง
2. เครือข่ายดูแลนอก (Outer Network) คนใกล้ชิดที่อยู่ห่างออกไป เช่น เพื่อนและญาติ ที่คอยสนับสนุนคุณภาพชีวิต
3. ชุมชน (Communities) กลุ่มและองค์กรในชุมชนที่เป็นทางการมากขึ้น ครอบคลุมอาสาสมัครและหน่วยงานรัฐในท้องถิ่น องค์กรธุรกิจด้านสุขภาพ องค์กรการกุศล และผู้นำทางจิตวิญญาณและศาสนา

4. ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery) บริการจากนักวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาล และ 5. นโยบาย (Policy) ระเบียบ นโยบาย และกฎหมายที่เอื้อให้ระบบบริการและชุมชนช่วยดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุด (Abel et al., 2013; เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, 2565) ทั้งนี้ กรอบคิดวงล้อมแห่งการดูแลพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการสูญเสียเป็นหลัก (Abel et al., 2013) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ขยายการใช้กรอบดังกล่าวไปสู่ระยะการเตรียมพร้อมต่อการตายซึ่งเกิดขึ้นก่อนวาระท้าย โดยวงผู้ดูแลใกล้ชิดเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้การดูแลในวาระท้ายมาเป็นผู้รับและดำเนินการตามความประสงค์ในระยะการเตรียมพร้อม ดังนั้นกรณีผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิด จึงอาจไม่มีผู้ดูแลในวาระท้าย และไม่มีผู้ดำเนินการตามความประสงค์ในการเตรียมพร้อมต่อการตาย

ทั้งนี้ ภาวะไร้เครือญาติ (kinlessness) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรระยะที่สอง (The Second Demographic Transition: SDT) ซึ่งส่งผลกระทบสูงในสังคมที่ระบบการดูแลผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก (Verdery et al., 2019) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสและบุตรมักเป็นกลุ่มที่เปราะบางทั้งด้านสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการอยู่อาศัยตามลำพัง (Margolis & Verdery, 2017) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะไร้เครือญาติส่งผลต่อการดูแลในวาระท้ายอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ไร้เครือญาติที่อาศัยอยู่ในชุมชน จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลน้อยกว่า และมีแนวโน้มเสียชีวิตในสถานดูแลระยะยาวมากกว่าผู้ที่ยังมีเครือญาติ (Mair et al., 2023; Plick et al., 2021) เมื่อพิจารณาบริบทประเทศไทย การมีเครือข่ายผู้ดูแลใกล้ชิดอาจเผชิญปัญหาจากการเปลี่ยนผ่านทางประชากร เนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยการฉายภาพอนาคตประเทศไทย พ.ศ. 2585 ระบุว่าสังคมไทยจะเผชิญภาวะสูงวัยอย่างเข้มข้น มีการอยู่อาศัยตามลำพังที่เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์โดยตรงกับการเสียชีวิตตามลำพัง (Dying Alone) ซึ่งเป็นประเด็นที่คนในสังคมมีความกังวลต่อการวางแผนการดูแลวาระท้าย (มิ่งสรรพ ขาวสะอาด, อภิวัฒน์ รัตนวราหะ, และจักรี เตชะวารี, 2565; Samutachak et al., 2022) อย่างไรก็ตาม งานศึกษาที่ผ่านมามุ่งอธิบายผลกระทบต่อการดูแลในวาระท้ายเป็นสำคัญ แต่ยังขาดการวิเคราะห์ว่าระบบสถาบันของสังคมจะรองรับการเตรียมพร้อมต่อการตายของคนกลุ่มนี้ได้อย่างไร ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นก่อนวาระท้ายช่องว่างดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลจะให้กรอบที่เป็นระบบ และได้รับการนำไปปฏิบัติจริงในรูปของขบวนการชุมชนกรุณาทั้งในต่างประเทศและในไทย (เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, 2565) แต่ทั้งแนวคิดและการปฏิบัติที่ผ่านมาล้วนมุ่งไปที่การดูแลผู้ป่วยในวาระท้ายเป็นหลัก ยังไม่พบงานศึกษาการนำกรอบนี้มาใช้ศึกษาระบบการเตรียมพร้อมต่อการตาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่วาระท้ายและครอบคลุมหน่วยงานที่กว้างกว่าการดูแลทางการแพทย์ ขณะเดียวกันงานศึกษาการเตรียมพร้อมต่อการตายในไทยที่ผ่านมาเน้นไปที่ระดับปัจเจกเป็นหลัก (Kunakornvong & Ngaosri, 2020) ช่องว่างดังกล่าวจึงนำไปสู่คำถามการวิจัยครั้งนี้ คือ 1. วงล้อมแห่งการดูแลที่เกี่ยวกับการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทยมีลักษณะอย่างไร และ 2. วงล้อมดังกล่าวมีช่องว่างใดสำหรับผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิด และควรพัฒนาอย่างไรให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย บทความนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาลักษณะของวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทย และวิเคราะห์ช่องว่างพร้อมเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมต่อการตายสำหรับผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะของวงล้อแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทย
2. เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างและเสนอแนวทางการพัฒนางวงล้อแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายสำหรับผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดในบริบทสังคมไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดำเนินการวิจัยช่วงปี พ.ศ. 2567-2569 การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสการรับรอง COA No. 153/68

2. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือผู้แทนหน่วยงานที่มีบทบาท ภารกิจ หรือกิจกรรมเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเตรียมพร้อมต่อการตาย จำนวน 20 หน่วยงาน คัดเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับการเลือกแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักความเพียงพอของข้อมูลและความครอบคลุมของภาคส่วน สำหรับเกณฑ์คัดเข้าคือ การเป็นผู้แทนหน่วยงานที่มีตำแหน่งหรือประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานของหน่วยงานนั้น ปฏิบัติงานในหน่วยงานมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทและการดำเนินงานได้ ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้แทนหน่วยงานไม่สามารถให้ข้อมูลการดำเนินงานของหน่วยงานได้ตามประเด็นวิจัย สำหรับการรายงานผลการวิจัย กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกระจายของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามภาคส่วน (N = 20)

ภาคส่วน	จำนวน (หน่วยงาน)	รหัสอ้างอิง
ภาครัฐและกึ่งรัฐ	2	P01-P02
ภาควิชาการและการแพทย์	4	P03-P06
ภาคประชาสังคม	6	P07-P12
ภาคเอกชน	8	P13-P20

ที่มา: ผู้วิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคือแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิดครอบคลุมสี่ส่วนหลัก ได้แก่ 1. บทบาท ภารกิจ และกิจกรรมของหน่วยงานต่อการเตรียมพร้อมต่อการตาย 2. ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการดำเนินงาน 3. ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น และ 4. ข้อเสนอเชิงระบบและแนวโน้มในอนาคต

แนวคำถามสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 10 ท่าน จากสาขาประชากรศาสตร์ สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาธารณสุข ปรัชญาและศาสนา แพทย์ พยาบาล จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ และภาษาและวัฒนธรรม ผลการตรวจสอบพบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.90 ถึง 1.00 ค่าดัชนีทั้งฉบับแบบค่าเฉลี่ย (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.99 และแบบความเห็นพ้องสมบูรณ์ (S-CVI/UA) เท่ากับ 0.92 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนเก็บข้อมูลจริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจและถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทนหน่วยงานระยะเวลา 60-90 นาที ข้อมูลที่ระบุตัวตนถูกเก็บเป็นความลับ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงกรอบ (Framework Method) ตามแนวทางของ Gale et al. (2013) ประกอบด้วยเจ็ดขั้นตอน ได้แก่ 1. ถอดเสียงสัมภาษณ์ 2. ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล 3. ลงรหัสข้อมูล 4. พัฒนารอบการวิเคราะห์ โดยใช้ช่วงล้อมสำหรับการดูเป็นกรอบตั้งต้นและเปิดให้ประเด็นนอกกรอบก่อตัวจากข้อมูล 5. กำหนดรหัสเชิงดัชนี (indexing) 6. ทำตารางกรอบการวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ลงรหัสแล้วมาจัดวางลงในตารางเมทริกซ์ และ 7. ตีความข้อมูล เพื่อหาแบบแผนและช่องว่างระหว่างแต่ละระดับวงล้อม

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้แทนหน่วยงาน 20 หน่วยงาน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทย เมื่อจัดตำแหน่งแห่งที่ของหน่วยงานทั้ง 20 แห่งลงในวงต่าง ๆ ของวงล้อมแห่งการดูแล จำแนกตามบทบาทกลไกการดูแล และเงื่อนไขการเข้าถึงของแต่ละวง ดังตารางที่ 2 จะพบว่า กรณีของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิด เช่น บุคคลที่อยู่ตัวคนเดียว หรือคนที่อยู่ในสังคมเมืองที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านแบบห่างเหินนั้น วงในสุดที่เป็นวงผู้ดูแลใกล้ชิดและวงสนับสนุนรอบข้าง ย่อมว่างเปล่าหรือเบาบาง คนกลุ่มนี้จึงต้องฝากภาระทั้งการดูแลและการรับฝากความประสงค์เกี่ยวกับการตายไว้กับวงรอบนอก ให้ช่วยปฏิบัติหน้าที่แทนครอบครัวและคนใกล้ชิด ดังที่ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐด้านนโยบายสุขภาพระบุว่า “ในทางนโยบายตอนนี้กำลังศึกษาเรื่องการอยู่อย่างโดดเดี่ยว แล้วก็การจากไปอย่างโดดเดี่ยว ซึ่งเริ่มมีมากขึ้นในสังคม อยู่ตามคอนโดต่าง ๆ บางคนจากไปตั้งหลายเดือน ไม่มีใครรู้” [P01] เช่นเดียวกับผู้แทนหน่วยงานประชาสังคมยกตัวอย่างกรณีว่า “ครูเกษียณท่านหนึ่งเสียชีวิตที่บ้าน กว่า 2 สัปดาห์ถึงจะมีคนรู้ มีคนมาเจอ มันทำให้เราเห็นว่าเดี๋ยวนี้ต่างคนต่างอยู่กันมากขึ้น” [P11] สิ่งนี้สะท้อนว่าหน่วยงานที่เป็นวงนอกได้เห็นช่องว่างดังกล่าวของการหายไปเครือข่ายวงในใกล้ชิดสำหรับกลุ่มคนเปราะบาง

เมื่อขาดบุคคลใกล้ชิดในการดูแล วงชุมชนจะกลายเป็นวงแรกที่รับภาระแทนวงในที่หายไป ดังที่ผู้แทนวิสาหกิจเพื่อสังคมด้านการวางแผนชีวิตเล่าถึงกรณีหนึ่งว่า “มีคนที่เขาเป็นโสดจริง ๆ แล้วโสดทั้งบ้าน บางทีก็มีพี่น้องแต่ก็โสดเหมือนกัน เขาไม่รู้ว่าจะจัดการตอนตายยังไง เขาไม่อยากเป็นภาระใคร อันนี้เป็นโจทย์หนึ่งที่ได้รับคำถามมาว่าเขาอยู่คนเดียว เขาจะวางแผนการตายยังไง เลยเริ่มมองหาชุมชนช่วยดูแล” [P07] ประเด็นนี้เครือข่ายประชาสังคมและกลุ่มชุมชนกรุณาจึงเข้ามาตอบโจทย์ด้วยการให้เครื่องมือวางแผน เช่น สมุดบันทึกความประสงค์และไฟโซ่ชีวิต รวมถึงเชื่อมโยงบุคคลเข้ากับชุมชนการดูแลวาระท้าย

อย่างไรก็ตาม บทบาทนี้มีข้อจำกัดสองด้าน ด้านแรกคือ การเข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่ชุมชนรับรู้หรือค้นพบ ส่วนผู้ที่ไม่เคยเข้ามาในระบบหรือไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มชุมชนมักตกหล่นตั้งแต่ต้น ดังที่ผู้แทนเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่ระบุว่า “ผู้สูงอายุที่ไม่เคยผ่านระบบโรงพยาบาล ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม เขาก็จะตกหล่น พอเขาตกสำรวจก็อยู่ที่บ้านคนเดียว ก็เสียชีวิตคนเดียว ไม่มีใครในชุมชนรับรู้” [P12] ด้านที่สองคือ การมีเครื่องมือช่วยให้บุคคลบันทึกความประสงค์ต่อการตายของตนเองได้ แต่การบันทึกนั้นไม่อาจทำหน้าที่เป็นผู้รับฝากการดำเนินการแทน

ตนเองได้ เพราะสุดท้ายบุคคลยังต้องหาผู้รับสารด้วยตนเอง ดังที่ผู้แทนวิสาหกิจเพื่อสังคมอธิบายว่า “เตรียมแล้วก็ต้องเน้นการสื่อสารด้วย แต่ว่าการสื่อสารมันจะเป็นแค่เราได้แค่แนะนำว่าคุณจะต้องไปสื่อสารต่อหน้าเขียนแล้วต้องไปสื่อสารนะ” [P07] สิ่งนี้กลายเป็นช่องว่างสำคัญว่าคนไร้เครือข่ายใกล้ชิดกลุ่มนี้จะต้องไปสื่อสารกับใคร

เมื่อพิจารณาจากระบบบริการสุขภาพ การเตรียมพร้อมต่อการตายปรากฏในรูปของการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านสถานพยาบาล แต่กลไกนี้รองรับได้เฉพาะผู้ที่เข้าสู่ระบบบริการอยู่แล้ว ส่วนผู้ที่ไม่เคยเข้าระบบจึงไม่มีช่องทางบันทึกหรือฝากความประสงค์ไว้ในระบบ ดังนั้น ผู้มีบทบาทสำคัญเพื่อเชื่อมต่อในกรณีดังกล่าวจึงเป็นวงนอกสุดคือวงนโยบาย ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานระดับชาติกำลังพัฒนาระบบฐานข้อมูลหนังสือแสดงเจตนาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) เพื่อให้บุคคลลงทะเบียนความประสงค์ปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิตเกินจำเป็นและเชื่อมข้อมูลกับสถานพยาบาล กลไกนี้นับเป็นความพยายามสร้างผู้รับฝากความประสงค์ในระบบเพื่อทดแทนบทบาทที่เคยเป็นของวงใน แต่ยังคงอยู่ในขอบเขตจำกัดของการรับรู้และการเข้าถึงในวงกว้าง

ภายใต้ข้อจำกัดของวงล้อมระดับต่าง ๆ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า วงล้อมการดูแลในลักษณะตลาดเชิงพาณิชย์ภาคเอกชนได้เริ่มปรากฏขึ้น ซึ่งไม่ได้เป็นวงชั้นใดชั้นหนึ่ง แต่ดำเนินงานผ่านทวงและคัดกรองผู้เข้าถึงด้วยกำลังซื้อ ภาคเอกชนเสนอบริการเตรียมพร้อมต่อการตายที่ซื้อได้ ตั้งแต่การทำพินัยกรรม การวางแผนการเงิน ไปจนถึงบริการวางแผนการตาย แต่ผู้ที่เข้าถึงได้มักเป็นผู้ที่มีเศรษฐฐานะระดับหนึ่ง ดังที่ผู้แทนหน่วยงานภาคเอกชนด้านการวางแผนการตายตั้งข้อสังเกตว่า “คนที่เตรียมพร้อมการตายก็คือคนที่อยู่ในชนชั้นกลางน้อย คนที่ต้องการเข้าถึงกันค่าอาจจะยังไม่ได้คิดเรื่องนี้” [P19] นอกจากเงื่อนไขกำลังซื้อแล้ว วงตลาดพาณิชย์ยังขาดหน่วยทะเบียนกลางที่จะรับฝากความประสงค์อย่างเป็นระบบ ทำให้ความประสงค์ที่บุคคลจัดทำไว้กระจัดกระจายและอาจสูญหายได้ ดังที่ผู้แทนหน่วยงานภาคเอกชนด้านพินัยกรรมอธิบายว่า “บางคนก็เก็บเอาไว้ในเซฟ บางคนก็เขียนพินัยกรรมทิ้งไว้ตามที่ไหนสักแห่งหนึ่ง แล้วก็ลืมไปว่าตัวเองเขียนเอาไว้ตรงไหน” [P13] หรือกรณีการซื้อโลงศพล่วงหน้าจากผู้ประกอบการระบุว่า “ส่วนนี้เป็นภาระระยะยาวเพราะเราไม่รู้ได้ว่าคนซื้อจะเสียชีวิตตอนไหน ถ้าเขาตัวคนเดียวไม่มีใครแจ่มมาเราก็ไม่รู้ได้ ก็ต้องเก็บไปให้เขาเรื่อย ๆ” [P15] ดังนั้น วงตลาดพาณิชย์จึงเต็มช่องว่างได้เฉพาะผู้มีทุน แต่ยังไม่อาจทำหน้าที่การเตรียมพร้อมต่อการตายได้อย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบสำคัญอีกหนึ่งประการ คือ สถาบันศาสนาเข้ามามีบทบาทสำคัญเชื่อมโยงกับวงล้อมต่าง ๆ ไม่ได้จำกัดเฉพาะระดับชุมชน แต่ศาสนายังเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้วยในหลายพื้นที่ เมื่อบุคคลขาดผู้ดูแลใกล้ชิดและไม่สามารถเข้าถึงระบบตลาดเชิงพาณิชย์ วัดและหน่วยงานศาสนาจึงทำหน้าที่เป็นที่พึ่งสாரอง ดังที่ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐด้านนโยบายสุขภาพอธิบายว่า “วัดมีบทบาทในการสนับสนุน เมื่อเสียชีวิตวัดก็จัดการพิธีศพ ทุกอย่างอยู่ในวัดหมดอย่างเป็นระบบ” [P01] ขณะเดียวกัน ในพื้นที่ที่ระบบครอบครัว ศาสนา และชุมชนยังประสานกันแน่น โดยเฉพาะชุมชนมุสลิม การจัดการหลังความตายดำเนินไปได้เองโดยไม่ต้องพึ่งกลไกตลาด ดังที่ผู้แทนเครือข่ายชุมชนกรุณาในพื้นที่ภาคใต้อธิบายถึงบทบาทของชุมชนที่ช่วยเตรียมที่ฝังศพไว้ให้โดยไม่มีต้นทุนโดยระบุว่า “ทุกหมู่บ้านมีที่ฝังศพ เขาก็จะมีเป็นบริจาคที่ไว้เลย ไม่ต้องไปซื้อที่ การตายเป็นเรื่องของคนเป็น คนที่ยังอยู่ต้องจัดการให้เค้าให้สมบูรณ์ที่สุด คนตายไปแล้วไม่ต้องกังวล” [P12] องค์ประกอบทั้งสองส่วนนี้สะท้อนให้เห็นว่า วงล้อมแห่งการดูแลในสังคมไทยนั้นมีบริบทเฉพาะคือวงตลาดเชิงพาณิชย์และวงสถาบันศาสนาที่หนุนเสริมวงล้อมภาพรวม

กล่าวโดยสรุป ข้อค้นพบสำคัญของหัวข้อนี้มี 3 ประการ ประการที่ 1 ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดขาดวงผู้ดูแลใกล้ชิดตั้งแต่ต้น จึงไม่มีทั้งผู้ดูแลระงับและผู้รับฝากความประสงค์การเตรียมพร้อมต่อการตาย

ประการที่ 2 วงรอบนอกทั้งวงชุมชน วงบริการสุขภาพ และวงนโยบาย ต่างเข้ามารองรับการเตรียมพร้อมต่อการตายได้เพียงบางส่วนและมีเงื่อนไข คือบุคคลต้องถูกค้นพบหรืออยู่ในระบบบริการอยู่ก่อน และประการที่ 3 บริบทไทยปรากฏองค์ประกอบเพิ่มอีก 2 ส่วนที่ไม่มีในกรอบเดิม ได้แก่ วงตลาดเชิงพาณิชย์ที่พาดผ่านทุกวง และคัดกรองด้วยกำลังซื้อ และวงสถาบันศาสนาที่ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งสำรอง

ตารางที่ 2 ลักษณะวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อเตรียมพร้อมต่อการตายของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดในสังคมไทย

ระดับ/ องค์ประกอบ	ผู้ดำเนินการหลัก	กลไกรองรับ การเตรียมพร้อม	เงื่อนไขการเข้าถึง	ผลต่อผู้ไร้ เครือข่ายใกล้ชิด
วงล้อมตามแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแล				
1. ผู้ดูแลใกล้ชิด	ครอบครัวและคนใกล้ชิด	รับฝากและดำเนินการตามความประสงค์	ต้องมีคู่ บุตร หรือญาติใกล้ชิด	ขาดผู้รับฝากความประสงค์ตั้งแต่ต้น
2. ผู้สนับสนุนรอบข้าง	เพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติห่าง	ช่วยรับรู้และยืนยันความประสงค์	ต้องมีทุนทางสังคมเดิม	เบาบางเมื่อใช้ชีวิตตามลำพัง
3. ชุมชน	ภาคประชาสังคม และชุมชนกรุณา	ให้เครื่องมือวางแผนและค้นหา	ต้องถูกค้นพบหรือเข้าร่วมกลุ่ม	ให้เครื่องมือได้แต่ส่งต่อความประสงค์ไม่ได้
4. ระบบบริการสุขภาพ	การแพทย์และสถานชิวาภิบาล	หนังสือแสดงเจตนาและการวางแผนล่วงหน้า	ต้องอยู่ในระบบบริการก่อน	ผู้ไม่เข้าระบบไม่มีช่องทางบันทึก
5. นโยบาย	รัฐและหน่วยงานนโยบาย	ทะเบียนรับฝากเจตนา (e-Living Will)	ต้องเชื่อมระบบและบูรณาการข้ามภาคส่วน	ยังจำกัดและไร้เจ้าภาพ
วงล้อมเฉพาะบริบทไทย (พาดผ่าน/คาบเกี่ยวหลายวง)				
วงตลาดเชิงพาณิชย์	ภาคเอกชน	บริการวางแผนและพินัยกรรมที่ซื้อได้	ต้องมีกำลังซื้อ	คัดด้วยเงิน ไม่มีทะเบียนกลาง
วงสถาบันศาสนา	วัด คณะสงฆ์ และชุมชนศาสนาต่าง ๆ	เตรียมที่ฝัง พิธีศพ	ขึ้นกับความเข้มแข็งของชุมชนศาสนา	เป็นที่พึ่งได้บางพื้นที่ ไม่สม่ำเสมอ

ที่มา: ผู้วิจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. ช่องว่างและแนวทางการพัฒนางวงล้อมการเตรียมพร้อมต่อการตาย

เมื่อนำเงื่อนไขการเข้าถึงของทุกวงที่สรุปไว้ในตารางที่ 2 มาพิจารณาร่วมกัน พบว่า ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดเผชิญช่องว่างที่ซ้อนทับกันหลายชั้น กล่าวคือ วงในไม่มีผู้ดูแลตั้งแต่ต้น เครือข่ายรอบข้างเบาบางลงเนื่องจากการใช้ชีวิตตามลำพัง วงชุมชนเข้าถึงได้ต่อเมื่อบุคคลถูกค้นพบและได้รับการส่งต่อ และวงบริการดูแลได้ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในระบบอยู่แล้ว ด้วยเหตุนี้ เมื่อไม่มีคนใกล้ชิดทำหน้าที่เชื่อมต่อ ผู้ไร้เครือข่ายจึงมีโอกาสน้อยที่สุดที่จะได้รับการส่งต่อไปยังวงรอบนอก ซึ่งช่องว่างดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อพิจารณาร่วมกับเงื่อนไขด้านกำลังซื้อ ดังที่ผู้แทนหน่วยงานภาคประชาสังคมระบุว่า “จุดอ่อนการส่งเสริมการตายดี คือ ยังมีคนที่เข้า

ไม่ถึงอยู่อีกเยอะมาก โดยเฉพาะคนที่อยู่ชายขอบ เขาจะเข้าถึงการตายดีได้ยังไง เพราะเดี๋ยวนี้อาจจะตายดีได้ ต้องใช้ทุนทรัพย์จำนวนไม่น้อย” [P08] สิ่งนี้สะท้อนว่าผู้ที่ไม่มีเครือข่ายและไม่มีกำลังทรัพย์ อาจกลายเป็นกลุ่มที่ทุกวงล้อมเข้าไม่ถึง

จากช่องว่างข้างต้น จึงอาจพิจารณาแนวทางการพัฒนางวงล้อมการเตรียมพร้อมต่อการตายให้เหมาะสมกับบริบทไทยได้ 3 ประการคือ ประการแรก การกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพระดับชาติที่ทำหน้าที่ประสานวงต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อตอบโจทย์ที่ผู้แทนหน่วยงานสะท้อนว่ายังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน ประการที่สอง การพัฒนากลไกค้นหาเชิงรุกในวงชุมชน เพื่อให้ผู้ไร้เครือข่ายที่ไม่เคยเข้าระบบได้รับการดูแลโดยไม่ต้องรอให้ถูกค้นพบโดยบังเอิญ และประการที่สาม การจัดให้มีทางเลือกการเตรียมพร้อมต่อการตายที่ไม่ผูกกับกำลังซื้อ ควบคู่กับการสนับสนุนบทบาทของหน่วยทางศาสนาและชุมชนในพื้นที่ที่ทุนทางสังคมยังเข้มแข็ง เพื่อไม่ให้เกิดการตายดีถูกจำกัดอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจหรือการมีเครือข่ายเพียงอย่างเดียว

โดยสรุป ข้อค้นพบสำคัญของหัวข้อนี้มี 2 ประการ ประการที่ 1 ช่องว่างของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ขีดมีลักษณะซ้อนทับกันหลายชั้น โดยเป็นช่องว่างของการประสานงานระหว่างวงเป็นด้านหลัก ควบคู่กับช่องว่างของการเข้าถึงสำหรับผู้ไร้ทั้งเครือข่ายและกำลังทรัพย์ และประการที่ 2 แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทไทยมี 3 ทาง ได้แก่ การกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพระดับชาติพร้อมกลไกรับฝากความประสงค์ การพัฒนากลไกค้นหาเชิงรุกในวงชุมชน และการจัดให้มีทางเลือกการเตรียมพร้อมที่ไม่ผูกกับกำลังซื้อ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ชุมชน ศาสนา และภาคเอกชน: วงล้อมรองรับการเตรียมพร้อมต่อการตายของผู้ไร้เครือข่าย

จากผลการวิจัยลักษณะของวงล้อมการดูแลที่พบว่า ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ขีดไม่มีทั้งผู้ดูแลวาระท้ายและได้รับฝากความประสงค์ในการเตรียมตัวตาย ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าภาวะดังกล่าวไม่ใช่เพียงปัญหาของปัจเจกบุคคล แต่เป็นผลเชิงโครงสร้างของการเปลี่ยนผ่านทางประชากรและสังคม ครอบคลุมที่เล็กลง ความเป็นเมืองและรูปแบบวิถีชีวิตแบบปัจเจกสูงขึ้น (Samutachak et al., 2022) สภาวะดังกล่าวนำไปสู่การเสียชีวิตตามลำพังของผู้สูงวัยในสังคมไทยที่เริ่มปรากฏมากขึ้น สืบเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของครัวเรือนไร้บุตรหลาน และการขาดการติดต่อกับสังคม (อารีย์ พิธีพรวิพุธ, 2568) ความกังวลต่อภาวะนี้ยังขยายตัวไปสู่ประชากรรุ่นใหม่ด้วย ดังผลการศึกษากลุ่มคนรุ่นใหม่ในกรุงเทพมหานครที่พบว่าประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อการเสียชีวิตตามลำพัง (ฐิตินันท์ ผิวนิล และคณะ, 2566) หน่วยงานต่าง ๆ เล็งเห็นปัญหานี้ และได้กำหนดมาตรการรองรับผู้ไร้เครือข่ายไว้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการดำเนินงาน ทั้งในวงนโยบาย วงบริการ วงชุมชน วงศาสนา และวงตลาดพาณิชย์ สิ่งนี้สะท้อนว่าสังคมไทยกำลังพยายามไม่ปล่อยให้ผู้ใดตายอย่างโดดเดี่ยว โดยมีหลายวงเข้ามาช่วยรองรับการเตรียมพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของแนวคิดวงล้อมแห่งการดูแลและชุมชนกรุณาที่พัฒนาขึ้นเพื่อขยายการดูแลวาระท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดี (Abel et al., 2013; Kellehear, 2020; Sallnow et al., 2022)

ด้านข้อค้นพบที่ว่า วงล้อมระดับชุมชนเป็นวงแรกที่รับภาระแทนวงใน (ครอบครัว/คนใกล้ขีด) ที่หายไปนั้น อธิบายได้ว่า เป็นเพราะสังคมไทยมีทุนทางสังคมระดับชุมชนที่ทำงานด้านวาระท้ายของชีวิตอยู่ก่อนแล้ว สอดคล้องกับลักษณะเครือข่ายอาสาที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกน ร่วมกับพระสงฆ์ ผู้นำศาสนา หน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคธุรกิจการกุศล ซึ่งมีคุณลักษณะครบตามหลักการของแนวคิดชุมชนกรุณา แต่ยังมีข้อจำกัดที่การทำงานเป็นเชิงรับมากกว่า (จิรพรรณ นฤภัทร, 2569) เช่นเดียวกับผลการศึกษากลไกเครือข่ายเพื่อผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียวซึ่งพบว่าภาระการรองรับกลุ่มเปราะบางในชุมชนต้องอาศัยแกนนำและเครือข่ายในพื้นที่เป็นผู้ค้นหาและเชื่อมบุคคลเข้าสู่ระบบ (กมลชนก ขำสุวรรณ

และภูซังค์ เสนานุช, 2565) นอกจากนี้ การขับเคลื่อนวงชุมชนยังต้องอาศัยบุคลากรเฉพาะอย่างกระบวนการชุมชนผู้ทำหน้าที่สื่อสารและนำกระบวนการเรียนรู้เรื่องการอยู่และตายดี ซึ่งยังมีจำนวนจำกัดและกระจุกตัวในบางพื้นที่ (ดิเรก ชัยชนะ, 2567)

สำหรับข้อค้นพบเรื่องบทบาทของสถาบันศาสนาที่พาดผ่านทุกวงล้อมนั้น อธิบายได้ว่าในบริบทไทย วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนมาแต่เดิม พิธีกรรมเกี่ยวกับความตายผูกอยู่กับสถาบันสงฆ์ และการเตรียมตัวตายมีความหมายเชิงกุศลตามคติทางพระพุทธศาสนา การเตรียมพร้อมต่อการตายในสังคมไทยจึงไม่ได้เป็นเพียงธุรกรรมทางกฎหมายหรือการแพทย์อย่างที่ปรากฏในสังคมตะวันตก แต่เป็นการปฏิบัติที่มีมิติทางจิตวิญญาณกำกับอยู่ (Pewnilt et al., 2026; Stonington, 2012) บทบาทของศาสนายังขยายไปถึงการเป็นที่พึ่งสำหรับสุดท้ายของผู้ไร้เครือข่าย ดังกรณีศึกษาบทบาทพระสงฆ์ในงานสาธารณสงเคราะห์ที่พบว่าวัดดำเนินโครงการสงเคราะห์ศพไร้ญาติ จัดพิธีกรรมทางศาสนาและฅาปนกิจให้แก่ผู้เสียชีวิตที่ครอบครัวขาดทุนทรัพย์ รวมทั้งทำหน้าที่บูรณาการภาครัฐ เอกชน และประชาชนเข้าด้วยกัน (พศิน สีนมา และคณะ, 2568) ข้อมูลเหล่านี้ยืนยันข้อค้นพบของการศึกษานี้ที่ว่าศาสนาเป็นแกนเชื่อมโยงวงล้อมต่าง ๆ ของสังคมไทย

2. ช่องว่างซ้อนทับของการประสานและการเข้าถึง: เงื่อนไขเชิงสถาบันของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ขีด

ข้อค้นพบช่องว่างวงล้อมการเตรียมพร้อมต่อการตายในการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า วงล้อมในบริบทของสังคมไทยมีลักษณะซับซ้อนแบบต่างวงต่างทำไม่เชื่อมโยงกัน แม้มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน แต่ขาดแกนกลางที่เชื่อมประสาน อธิบายได้ว่าแม้ประเทศไทยจะมีเครื่องมือทางกฎหมายรองรับการแสดงเจตนาล่วงหน้าตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แล้ว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ภาพระดับปฏิบัติที่ทำหน้าที่ร้อยเรียงแต่ละวงเข้าด้วยกัน แต่ละหน่วยงานจึงพัฒนางานตามพันธกิจของตนเอง ผู้ไร้เครือข่ายบางส่วนจึงตกหล่น ไม่ใช่เพราะไม่มีวงใดรองรับ แต่เพราะวงต่าง ๆ ไม่ได้ถูกร้อยเข้าด้วยกัน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาการใช้สมุดบาปในชุมชน ซึ่งพบว่ากรวางแผนสุขภาพล่วงหน้าจะเกิดขึ้นได้จริงต่อเมื่อมีความร่วมมือเชื่อมโยงกันระหว่างประชาชนผู้เขียนสมุดบาป กระบวนการชุมชน และบุคลากรสุขภาพของหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (ดิเรก ชัยชนะ และคณะ, 2567) เมื่อกลไกเชื่อมประสานเช่นนี้ไม่ครอบคลุมทั่วถึง บุคคลจึงต้องหาหนทางเตรียมพร้อมต่อการตายด้วยวิธีการของตนเอง ทำให้บริการเชิงพาณิชย์ขยายตัวเพื่อรองรับความต้องการส่วนนี้ ทั้งด้านการวางแผนทรัพย์สิน การจัดการงานศพ ตลอดจนที่อยู่อาศัยแบบมีระบบดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง (วิศรา ศุภาลักษณ์ และไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2567) เช่นเดียวกับกรณีของญี่ปุ่นที่การเตรียมพร้อมพัฒนาเป็นปรากฏการณ์ชูคัตสึ (shūkatsu) ที่ถูกริเริ่มและขับเคลื่อนโดยภาคธุรกิจงานศพเป็นหลัก (Chan & Thang, 2022)

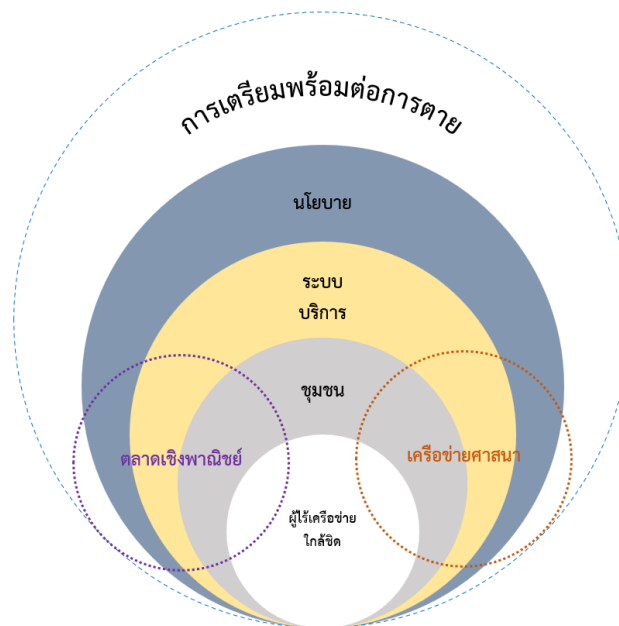
นอกจากนี้ ช่องว่างการประสานของวงล้อมส่วนต่าง ๆ ยังซ้อนทับกับช่องว่างการเข้าถึงของผู้ที่ขาดทั้งเครือข่ายและกำลังทรัพย์ ซึ่งไม่อาจอาศัยบริการในระบบตลาดเอกชนได้ ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ว่าการช่วยเหลือคนกลุ่มดังกล่าวในปัจจุบันมักเกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิตแล้ว มากกว่าการหนุนเสริมให้เตรียมพร้อมก่อนตาย ดังเช่นผลการศึกษาบทบาทของมูลนิธิไม่แสวงหากำไรในกรุงเทพมหานครที่ทำหน้าที่จัดการศพ ระดมทุนจัดงานศพ และประสานพิธีทางศาสนาให้แก่ผู้ป่วยยากไร้และไร้ญาติ โดยสวมบทบาทความเป็นญาติเสมือนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการจัดการความตายของกลุ่มเปราะบาง (ฐิตินันท์ ฝวนิล และคณะ, 2567) กลไกการกุศลเช่นนี้แม้มีคุณูปการสูง แต่สะท้อนว่าสังคมไทยยังรองรับผู้ไร้เครือข่ายที่ปลายทางของชีวิตมากกว่าที่ต้นทางของการเตรียมพร้อม ดังนั้น การทำให้ผู้ไร้เครือข่ายเข้าถึงการเตรียมพร้อมต่อการตายได้จริงจึงไม่ใช่การสร้างวงล้อมขึ้นใหม่ แต่ควรมีนโยบายแกนกลางที่เชื่อมทุนทางสังคมที่มีอยู่ ทั้งฐานชุมชนซึ่งหยั่งรากในเครือข่ายวัด สมาคมฅาปนกิจ อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายศาสนาอื่น ให้ทำงานเสริมกันตั้งแต่ระยะเตรียมพร้อมก่อนตาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรุณาที่มุ่งขยายเครือข่ายการดูแล

วาระทำให้ครอบคลุมหน่วยต่าง ๆ ของสังคม (Kelley, 2023) ฐานเครือข่ายเหล่านี้จึงเป็นทุนทางสังคมที่ควรได้รับการหนุนเสริม

องค์ความรู้ใหม่

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอวงล้อมแห่งการดูแลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายสำหรับบริบทสังคมไทย (ดังภาพที่ 1) ซึ่งต่อยอดจากกรอบคิดของ Abel et al. (2013) ใน 3 ประการ ประการที่ 1 การขยายขอบเขตการใช้กรอบจากระยะการดูแลวาระท้ายไปสู่ระยะการเตรียมพร้อมต่อการตาย โดยตีความบทบาทของวงศ์ญาติใกล้ชิดใหม่ในฐานะผู้รับฝากความประสงค์การเตรียมพร้อมต่อการตาย ประการที่ 2 การเพิ่มองค์ประกอบเฉพาะบริบทไทย 2 ส่วน ได้แก่ วงตลาดเชิงพาณิชย์และวงสถาบันศาสนา และประการที่ 3 การวินิจฉัยว่าช่องว่างของการเตรียมพร้อมสำหรับผู้ไร้เครือข่ายเป็นช่องว่างของการประสานทุนทางสังคมเชิงสถาบันที่มีอยู่ ไม่ใช่การขาดวงล้อมรองรับ

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในภาพที่ 1 อธิบายได้ดังนี้ ผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดอยู่ที่ศูนย์กลางโดยวงศ์ญาติใกล้ชิดและวงสนับสนุนรอบข้างซึ่งเป็นวงในสุดของกรอบเดิมนั้นว่างเปล่าสำหรับคนกลุ่มนี้ จึงไม่ได้ปรากฏในภาพ ถัดออกมาคือวงชุมชน วงระบบบริการสุขภาพ และวงนโยบาย ซึ่งเรียงเป็นชั้นจากใกล้ไปไกล และมีความสัมพันธ์แบบรองรับต่อเนื่องกัน กล่าวคือ วงชุมชนทำหน้าที่ค้นหาและให้เครื่องมือวางแผนวงบริการรองรับผู้ที่เข้าสู่ระบบแล้วผ่านหนังสือแสดงเจตนา และวงนโยบายทำหน้าที่เป็นทะเบียนรับฝากเจตนาและกำหนดกติกาให้วงอื่นทำงานได้ ส่วนองค์ประกอบเฉพาะบริบทไทย 2 ส่วนไม่ได้เป็นวงชั้นใดชั้นหนึ่งแต่พาดผ่านและคาบเกี่ยวหลายวง โดยวงตลาดเชิงพาณิชย์แทรกอยู่ในทุกระดับด้วยตรรกะการซื้อบริการ จึงคัดกรองผู้เข้าถึงด้วยกำลังซื้อ ขณะที่วงสถาบันศาสนาคาบเกี่ยวระหว่างวงชุมชนกับวงบริการ ทำหน้าที่เป็นทั้งที่พึ่งสำรองเมื่อวงอื่นเข้าไม่ถึง และเป็นแหล่งความหมายที่วงตลาดและระบบราชการให้ไม่ได้ ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้กรอบใหญ่ คือ การเตรียมพร้อมต่อการตาย



ภาพที่ 1 วงล้อมแห่งการดูแลการเตรียมพร้อมต่อการตายของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิด
ที่มา: ผู้วิจัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพระดับชาติที่รับผิดชอบการเตรียมพร้อมต่อการตายโดยตรง เพื่อทำหน้าที่ประสานวงล้อมแห่งการดูแลข้ามภาคส่วน และบูรณาการมิติสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเข้าด้วยกัน
2. หน่วยงานรัฐควรขยายระบบทะเบียนหนังสือแสดงเจตนาอิเล็กทรอนิกส์ให้ครอบคลุมผู้ที่อยู่นอกระบบบริการสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้รับฝากความประสงค์แทนวงผู้ดูแลใกล้ชิดที่ผู้ไร้เครือข่ายไม่มี
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบรรจุกลุ่มผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในแผนรองรับสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรพัฒนากลไกค้นหาเชิงรุกเพื่อเชื่อมผู้ไร้เครือข่ายที่ไม่เคยเข้าระบบเข้าสู่วงชุมชนและวงบริการก่อนถึงภาวะวิกฤต
2. หน่วยงานสาธารณสุขและสถานชีวาภิบาลควรผนวกการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเข้าเป็นบริการปกติที่ไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อลดเงื่อนไขกำลังซื้อออกจากการเข้าถึงการเตรียมพร้อมต่อการตาย
3. เครือข่ายภาคประชาสังคมและกลุ่มชุมชนกรุณาควรพัฒนาเครื่องมือวางแผนที่มีกลไกส่งต่อความประสงค์ไปยังหน่วยงานผู้รับฝาก ไม่ใช่เพียงให้บุคคลบันทึกความประสงค์ไว้กับตนเอง
4. คณะสงฆ์และองค์กรศาสนาควรได้รับการสนับสนุนให้ทำหน้าที่เป็นที่พึ่งสำรองอย่างเป็นระบบโดยเชื่อมกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชนอย่างเป็นทางการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาการศึกษาค้นคว้าความต้องการและประสบการณ์ของผู้ไร้เครือข่ายใกล้ชิดโดยตรง เพื่อตรวจสอบภาพที่ได้จากมุมมองเชิงสถาบันในการศึกษาครั้งนี้
2. ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท และระหว่างกลุ่มที่มีทุนทางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน
3. ควรศึกษาประสิทธิผลของกลไกรับฝากความประสงค์เพื่อการเตรียมพร้อมต่อการตายในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทไทย

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีศาสตราจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรดุษฎีบัณฑิต 100 ปีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนอุดหนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สัญญาเลขที่ N41A670379

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก ขำสุวรรณ และภุชงค์ เสนานุช. (2565). สวัสดิการสังคมเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถผู้สูงอายุหญิงอยู่คนเดียว: ข้อค้นพบจากจังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, 30(2), 1-36.
- จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682.

- ฐิตินันท์ ฝืนนิล และคณะ. (2566). ทศนคติต่อการอยู่ตัวคนเดียวและความกลัวต่อการเสียชีวิตตามลำพังของคนรุ่นใหม่ในกรุงเทพมหานคร. ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2566 (น. 153-172). กรุงเทพฯ: สมาคมนักประชากรไทย.
- _____. (2567). บทบาทการจัดการความตายให้ศพผู้ป่วยยากไร้และไร้ญาติของมูลนิธิไม่แสวงหากำไรแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธนวัตกรรมและการจัดการ, 7(4), 15-28.
- ดิเรก ชัยชนะ และคณะ. (2567). การศึกษาการใช้สมุดเบาใจสำหรับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในชุมชน. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย, 3(4), 335-347.
- ดิเรก ชัยชนะ. (2567). กระบวนกรชุมชน: สมรรถนะและบทบาทการขับเคลื่อนชุมชนกรุณา. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย, 3(4), 374-383.
- พศิน สีนมา และคณะ. (2568). บทบาทของพระสงฆ์ในงานสาธารณสงเคราะห์: กรณีศึกษาวัดราษฎร์ประคองธรรม. วารสารเสียงธรรมจากมหายาน, 11(2), 20-33.
- มิ่งสรรพ ขาวสะอาด และคณะ. (2565). อนาคตประเทศไทย พุทธศักราช 2585. เชียงใหม่: มูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ.
- วรวิศา ศุภาลย์วัฒน์ และไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2567). รูปแบบที่อยู่อาศัยชุมชนคนเกษียณอายุที่มีระบบดูแลต่อเนื่อง: กรณีศึกษาโครงการสถาบันผู้สูงอายุแมคเคนและโครงการสวางคินิเวศ. สารศาสตร์: วารสารสถาปัตยกรรมและการออกแบบ, 7(2), 453-467.
- อารีย์ พิรพรวิพุธ. (2568). ภาวะความตายอย่างโดดเดี่ยว: สื่อสารภาพสะท้อนสังคมสูงวัย. วารสารศาสตร์, 18(2), 269-315.
- เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. (2565). วงล้อมแห่งการดูแล (Circles of Care). สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2569 จาก <https://cocofoundationthailand.org/circles-of-care/>.
- Abel, J. et al. (2013). Circles of care: should community development redefine the practice of palliative care?. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 3(4), 383-383.
- Chan, H. H. & Thang, L. L. (2022). Active Aging through Later Life and Afterlife Planning: Shūkatsu in a Super-Aged Japan. *Social Sciences*, 11(1), 3.
- Gale, N. K. et al. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117.
- Kellehear, A. (2020). Compassionate Cities: global significance and meaning for palliative care. *Progress in Palliative Care*, 28(2), 115-119.
- Kelley, M. L. (2023). Developing a compassionate community: a Canadian conceptual model for community capacity development. *Palliative Care and Social Practice*, 17, 26323524231193040.
- Kunakornvong, W. & Ngaosri, K. (2020). Public Awareness and Attitude toward Palliative Care in Thailand. *Siriraj Medical Journal*, 72(5), 424-430.
- Mair, C. A. et al. (2023). End-of-Life Experiences Among “Kinless” Older Adults: A Nationwide Register-Based Study. *Journal of Palliative Medicine*, 26(8), 1056-1063.
- Margolis, R. & Verdery, A. M. (2017). Older Adults Without Close Kin in the United States. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(4), 688-693.

- Pewnil, T. et al. (2026). A scoping review of death preparation practices and sociocultural determinants in Thai society. *Discover Social Science and Health*, 6(1), 13.
- Plick, N. P. et al. (2021). A national profile of kinlessness at the end of life among older adults: Findings from the Health and Retirement Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(8), 2143–2151.
- Sallnow, L. et al. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837–884.
- Samutachak, B. et al. (2022). Future Scenarios for Thai Families in 2040. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and National Research Council of Thailand.
- Stonington, S. D. (2012). On ethical locations: The good death in Thailand, where ethics sit in places. *Social Science & Medicine*, 75(5), 836–844.
- Verdery, A. M. et al. (2019). Kinlessness Around the World. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1394–1405.
- Waldrop, D. P. (2011). Denying and Defying Death: The Culture of Dying in 21st Century America. *The Gerontologist*, 51(4), 571–576.
- Walter, T. (2012). Why different countries manage death differently: a comparative analysis of modern urban societies. *The British Journal of Sociology*, 63(1), 123–145.