

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ของประชาชนไทย: การศึกษาเชิงสำรวจในบุคคลสูงวัย

กัญญา อภิพรชัยสกุล^๑ กัญญาพัชร สุทธิเกษม^๒

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า เช่น การจัดทำพินัยกรรมชีวิตตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีความสำคัญมากขึ้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และทัศนคติที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในประชาชนไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจ “สถานการณ์เด็กเกิดน้อยและสังคมสูงอายุ ปี 2567” ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,042 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า เพศสภาพ ($p = 0.029$) กลุ่มอายุ/เจนเนอเรชั่น ($p = 0.005$) ภูมิภาค ($p = 0.002$) และระดับการศึกษา ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่สถานภาพสมรสและอาชีพไม่พบความสัมพันธ์ นอกจากนี้ ทัศนคติต่อภาวะเด็กเกิดน้อย นโยบายส่งเสริมการมีบุตร และเงินอุดหนุนแรกเกิด รวมถึงทัศนคติต่อสังคมสูงวัย ได้แก่ การปรับนิยามผู้สูงอายุเป็น 65 ปี การขยายอายุเกษียณ และแนวคิด aging in place ล้วนมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.001$) โดยกลุ่มที่เห็นด้วยกับพินัยกรรมชีวิตมีสัดส่วนเห็นด้วยกับการปรับนิยามผู้สูงอายุเป็น 65 ปี สูงที่สุด (70.2%) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตเชื่อมโยงทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างประชากรและทัศนคติต่อสังคมสูงวัย ดังนั้น การส่งเสริมพินัยกรรมชีวิตควรเน้นควบคู่กับการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ และการสื่อสารนโยบายสังคมสูงวัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและวัยหนุ่มสาวให้มากขึ้น

คำสำคัญ: พินัยกรรมชีวิต สังคมสูงวัย การวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า

^๑ นักปฏิบัติการวิจัย (ผู้เชี่ยวชาญ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล Email: kanya.app@mahidol.ac.th

^๒ นักปฏิบัติการวิจัย (ผู้ชำนาญการพิเศษ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล Email: kanyapat.sut@mahidol.ac.th

Factors Associated with Living Will Decision-Making among Thai People: A Cross-sectional Study in the Aging Society

Kanya Apipornchaisakul^a Kanyapat Suttikasem^b

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, increasing the importance of advance care planning, including the establishment of living wills under Section 12 of the National Health Act B.E. 2550 (2007). This study aimed to examine demographic and attitudinal factors associated with attitudes toward making a living will among Thai citizens. Data were derived from the Low Fertility and Aging Society Situation Survey 2024, conducted by the Institute for Population and Social Research, Mahidol University. The sample consisted of 1,042 individuals aged 18 years and older. Data were collected through an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and chi-square tests. The results showed that gender ($p = 0.029$), age/generation group ($p = 0.005$), region of residence ($p = 0.002$) and educational level ($p < 0.001$) were significantly associated with attitudes toward making a living will, while marital status and occupation were not. In addition, attitudes toward low fertility, pro-natalist policies, and child allowance policy, as well as attitudes toward aging society policies—including redefining older persons as

^a Research Operator (Expert level), Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Email: kanya.app@mahidol.ac.th

^b Research Operator (Senior Professional Level), Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Email: kanyapat.sut@mahidol.ac.th

those aged 65 years and over, extending the retirement age to 65 years, and the concept of aging in place—were significantly associated with attitudes toward making a living will ($p \leq 0.001$). Among respondents who agreed with making a living will, the highest proportion also supported redefining older persons as those aged 65 years and over (70.2%). These findings suggest that decisions regarding living wills are influenced not only by demographic factors but also by broader social attitudes toward population aging. Therefore, promoting living will completion in Thailand should integrate health literacy development with effective communication of aging policy, particularly targeting working-age and younger populations.

Keywords: Living will, Aging society, Advance care planning

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงวัยมาก (super-aged society) ซึ่งประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Department of Mental Health, 2020) ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายสำคัญต่อระบบสุขภาพ การดูแลระยะท้ายของชีวิต และความพร้อมของประชาชนในการเผชิญกับวาระสุดท้าย เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการบริการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคองสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ครอบครัวและสังคมไทยยังคงมีข้อจำกัดด้านความรู้ ความตระหนัก และทัศนคติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมต่อวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้การตัดสินใจด้านการรักษามีความซับซ้อน และก่อให้เกิดความท้าทายต่อทั้งบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและเคารพต่อเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

บททวนวรรณกรรม

ชีวจิต (Advance Directive) เป็นแนวคิดสำคัญที่เปิดโอกาสให้บุคคลสามารถแสดงความประสงค์ล่วงหน้าเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลในวาระท้ายของชีวิต (Dowling et al., 2020) โดยมีพินัยกรรมชีวิต (Living will) เป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงเจตจำนงไม่รับการรักษาที่ยื้อชีวิตโดยไม่จำเป็น อันสอดคล้องกับสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งแม้จะมีข้อกำหนดรองรับ แต่การนำไปใช้จริงในสังคมไทยยังประสบอุปสรรคหลากหลาย อาทิ ความเข้าใจของประชาชนที่ยังจำกัด การขาดระบบสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และทัศนคติที่ไม่เปิดรับต่อความตาย (Pairojkul et al., 2023; Sirisuwanjit et al., 2024)

งานวิจัยในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการจัดทำพินัยกรรมชีวิตได้รับการส่งเสริมอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ใกล้ชิดกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างเช่น การสำรวจในสหรัฐอเมริกาโดย Jones (2020) รายงานว่า ร้อยละ 72 ของผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมีการทำพินัยกรรมชีวิต ทั้งนี้ สาเหตุที่อายุ มีอิทธิพลต่อการทำพินัยกรรมชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังและอาจมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความจำเป็นในการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย จากงานวิจัยในหลายประเทศ เช่น เยอรมัน และเกาหลีใต้ พบว่าผู้สูงอายุ ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มจัดทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Kim et al., 2022) ขณะที่ในยุโรป พบว่า

อายุ เพศหญิง และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีอิทธิพลต่อการจัดทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าระดับการศึกษา นอกจากนี้งานวิจัยในแคนาดายังชี้ว่าการพูดคุยเกี่ยวกับการตายในครอบครัวสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลหลังการสูญเสีย (Thrower et al., 2023) ผลการศึกษาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าบริบทเชิงสังคมและวัฒนธรรมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง

การศึกษาการเข้าถึงบริการดูแลระยะท้าย (End-of-Life Care) พบว่า มีความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจนระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท โดยผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทมักประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการที่มีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในเขตเมือง ความเป็นชนบทนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แย่กว่า โดยผู้ที่อยู่ในชนบทมักต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือแผนกฉุกเฉินบ่อยครั้งกว่า (Nguyen & Lee, 2021) ขณะเดียวกันกลับมีโอกาสดำเนินการดูแลระยะท้ายในชุมชนหรือนอกโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเมือง นอกจากนี้ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice) ยังมีผลต่อสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ที่อาศัยอยู่ห่างจากสถานบริการมากกว่า 10 นาที มักมีโอกาสเสียชีวิตในสถานบริการน้อยกว่าผู้ที่อยู่ใกล้กว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยในชนบทเข้าถึงการดูแลระยะท้ายได้ยาก ได้แก่ ปัญหาด้านระยะทางและการเดินทาง การขาดแคลนการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบ รวมถึงความยากลำบากในการฝึกอบรมและรักษาบุคลากรด้านการดูแลระยะท้ายให้อยู่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ กลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่ามักได้รับการดูแลในโรงพยาบาลในช่วงสุดท้ายของชีวิตมากกว่า และยังขาดข้อมูลหรือหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการดูแลระยะท้ายในระดับชุมชนอย่างทั่วถึง (Higel et al., 2019; Müller & Schneider, 2019; Kangwansura et al., 2022)

ในบริบทของประเทศไทย แม้จะมีความพยายามส่งเสริมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) และพินัยกรรมชีวิตผ่านนโยบาย แต่การรับรู้และการปฏิบัติจริงยังอยู่ในระดับต่ำ (Kunakornvong & Ngaosri, 2020) พบว่า มีเพียงร้อยละ 24 ของประชาชนไทยที่รู้จักคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” และไม่ถึงร้อยละ 15 ที่เคยจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Kunakornvong & Ngaosri, 2020) การศึกษาของ Puthong et al. (2022) รายงานว่า แม้ผู้ป่วยจะเข้าใจคำว่า “การดูแลระยะท้าย” ในระดับหนึ่ง แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำพินัยกรรมชีวิตและต้องการคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติม นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านบริบท เช่น ความรู้ ความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมแบบครอบครัวนิยมที่มีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจส่วนตัว (Kerdphol, 2022; Kangwansura et al., 2022) รวมทั้งยังมียานวิจัยที่ระบุว่า ความตระหนักรู้ของประชากรวัยหนุ่มสาวยังอยู่ในระดับต่ำ แม้กลุ่มนี้จะมีศักยภาพในการวางแผนระยะยาวมากกว่าก็ตาม (Tangsakul et al., 2024)

แม้จะมีความพยายามจากภาครัฐในการผลักดันการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning :ACP) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ แต่ยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรนอกเขตเมือง และกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลรวมถึงกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย ซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะต้องพึ่งพาระบบสุขภาพมากขึ้นในอนาคต (Nguyen & Lee, 2021)

ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและความจำเป็นในการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่ยั่งยืน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของประชาชนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและวัยหนุ่มสาว จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนและจำเป็นอย่างยิ่ง การทำพินัยกรรมชีวิตไม่เพียงแต่ช่วยสร้างความชัดเจนและมั่นใจในการกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพในช่วงท้ายชีวิต แต่ยังส่งเสริมสิทธิเสรีภาพของบุคคล ลดภาระและความเครียดของครอบครัวในสถานการณ์วิกฤต พร้อมทั้งช่วยให้สามารถวางแผนเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและกฎหมายได้อย่างรอบคอบ นอกจากนี้ ยังเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสังคมที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรสูงวัยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การส่งเสริมการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิตในกลุ่มวัยแรงงานและวัยหนุ่มสาวจึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยเตรียมความพร้อมระยะท้ายของชีวิตอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางสังคมในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของประชาชนไทย โดยพิจารณาถึงปัจจัยทางด้านประชากร ร่วมกับความคิดเห็นต่อสถานการณ์เด็กเกิดน้อย ภายใต้บริบทสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย

ระเบียบวิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการสำรวจ “สถานการณ์เด็กเกิดน้อยและสังคมสูงอายุ ปี 2567” ดำเนินการโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งดำเนินการสำรวจโดย การจัดทำแบบสอบถาม (questionnaire) และทำการสำรวจแบบออนไลน์ ในกลุ่มประชากรทั่วประเทศที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ซึ่งเผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์และโซเชียลมีเดียของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (X) ลิงก์ดอิน (LinkedIn) ไลน์ (Line) ตี๊กต็อก (TikTok) รวมถึงเผยแพร่ผ่านเครือข่ายการทำงานและการวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความชัดเจนของถ้อยคำ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านประชากรศาสตร์ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 2 ท่าน ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงถ้อยคำ และ

โครงสร้างของคำถาม ให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับแก้แบบสอบถามให้สมบูรณ์ ก่อนเสนอขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2567 (เลขที่ COA.No. 2024/09-064) ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การศึกษานี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamane คำนวณโดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรไทยที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ณ เดือนพฤศจิกายน 2567 ซึ่งมีจำนวน 64,736,896 คน (Bureau of Registration Administration, 2025) ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 1,112 คน อย่างไรก็ตาม ในการเก็บข้อมูลสามารถรวบรวมได้จริงจำนวน 1,042 คน (คิดเป็นร้อยละ 93 ของจำนวนที่คำนวณไว้) ซึ่งใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่กำหนดอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่ลดลงไม่เกินร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ โดยดำเนินการสำรวจระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567

สำหรับข้อคำถามที่ใช้สอบถามเกี่ยวกับ “พินัยกรรมชีวิต” คือ “ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าท่านควรจะทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อแสดงเจตนาไม่ยัดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต” โดยตัวเลือกคำตอบ (มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ในปัจจุบัน ประเด็นเด็กเกิดน้อย เป็นวิกฤตสำคัญของประเทศ เนื่องจากส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คนวัยทำงานจึงเริ่มตระหนักถึงปัญหาการขาดผู้ดูแลในยามสูงวัย และหันมาให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมให้กับตัวเองในอนาคต เช่น การจัดทำพินัยกรรมชีวิต ผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามนี้มาพิจารณาระหว่างการตระหนักถึงวิกฤตเด็กเกิดน้อย กับการจัดทำพินัยกรรมชีวิต โดยใช้ข้อคำถาม "ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าจำนวนเด็กเกิดน้อยในประเทศไทยเป็นวิกฤตของประเทศ" ตัวเลือกคำตอบ (มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉย ๆ (ไม่แน่ใจ) ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง "ทัศนคติต่อสังคมสูงอายุ" กับ "การตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต" ประเด็นนี้เป็นการหาความเชื่อมโยงระหว่าง "ความกังวลต่ออนาคตในวัยสูงอายุ" กับ "การวางแผนชีวิตล่วงหน้า" ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญมากต่อการเตรียมตัวเมื่อเข้าวัยสูงอายุ

การเผชิญกับภาวะเด็กเกิดน้อยและสังคมสูงอายุในปัจจุบัน ทำให้คนวัยทำงานตระหนักถึงความเป็นไปได้ที่จะต้องพึ่งพาตนเองหรือระบบสาธารณสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความตระหนักและความกังวลต่อสถานการณ์ดังกล่าวอาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมต่อชีวิตในบั้นปลาย เช่น การจัดทำพินัยกรรมชีวิต เพื่อแสดงเจตจำนงการรักษาพยาบาลล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบว่า ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ เด็กเกิดน้อย นโยบายส่งเสริมให้มีบุตร และสังคมสูงวัยของ

ประชากร มีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิตหรือไม่ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อพิจารณาตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความแตกต่างระหว่างเจนเนอเรชันมีอิทธิพลสำคัญต่อการวางแผนชีวิตระยะท้ายและการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต กลุ่มเบบี้บูมเมอร์ มีอัตราการจัดทำพินัยกรรมชีวิตสูงที่สุด โดย Gallup (2020) ระบุว่าร้อยละ 72 ของผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกาทำพินัยกรรมชีวิต ขณะที่ Thipkanchanarekha et al. (2017) ชี้ว่า ประสพการณ์ตรงในการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยระยะท้ายมีส่วนกระตุ้นให้คนรุ่นนี้วางแผนชีวิตล่วงหน้า กลุ่มเจนเนอเรชันเอ็กซ์ ซึ่งมักอยู่ในวัย “sandwich generation” ต้องดูแลทั้งบิดามารดาและบุตรหลาน จึงเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนชีวิตระยะท้าย แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระหน้าที่ ส่วนเจนเนอเรชันวาย แม้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพินัยกรรมชีวิตดี แต่การจัดทำจริงยังอยู่ในระดับต่ำ เพราะมองว่าความตายเป็นเรื่องไกลตัว และต้องการช่องทางดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย สำหรับเจนเนอเรชันซี มีทัศนคติเปิดกว้างต่อการพูดคุยเรื่องความตาย แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า “เจนเนอเรชัน” มีส่วนสำคัญในการกำหนดรูปแบบการคิด การตัดสินใจ และการเตรียมพร้อมต่อชีวิตระยะท้ายของแต่ละกลุ่มประชากร

เจนเนอเรชันซี (Generation Z: เจนเนอเรชันซี) หมายถึง กลุ่มประชากรที่เกิดระหว่างพ.ศ. 2538–2555 (ค.ศ. 1995–2012) ซึ่งเติบโตมาในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลและอินเทอร์เน็ตมีบทบาทในชีวิตประจำวันอย่างเต็มที่ มีลักษณะเด่นคือความคุ้นเคยกับการใช้งานสมาร์ทโฟน โซเชียลมีเดีย และแหล่งข้อมูลออนไลน์ มักให้ความสำคัญกับสิทธิส่วนบุคคล ความหลากหลาย และความยั่งยืน

เจนเนอเรชันวาย (Generation Y: เจนเนอเรชันวาย หรือ Millennials) หมายถึง กลุ่มประชากรที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2524–2537 (ค.ศ. 1981–1994) เป็นรุ่นที่เติบโตมาในช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างยุคแอนะล็อกและดิจิทัล มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว รวมทั้งความมั่นคงในอาชีพและรายได้

เจนเนอเรชันเอ็กซ์ (Generation X: Gen X) หมายถึง กลุ่มประชากรที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2508–2523 (ค.ศ. 1965–1980) เป็นรุ่นที่เติบโตมาในยุคเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงและสังคมเริ่มเข้าสู่ยุคเทคโนโลยี แต่ยังมีประสบการณ์ในสังคมยุคแอนะล็อก มีลักษณะโดดเด่นคือการยืดหยุ่นในการทำงาน ความเป็นอิสระ และความสามารถในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลง

เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer: BB) หมายถึง กลุ่มประชากรที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2489–2507 (ค.ศ. 1946–1964) เป็นรุ่นที่เติบโตหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในช่วงที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและ

ประชากรอย่างรวดเร็ว มีลักษณะเด่นคือความขยันในการทำงาน การยึดมั่นในความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงคุณค่าดั้งเดิมของสังคม

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสำรวจ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.9%) รองลงมาเป็นเพศชาย (23.0%) และเพศทางเลือก (3.0%) ผู้ตอบแบบสำรวจ ประมาณ 2 ใน 5 อยู่ในกลุ่มเจเนอเรชันซี รองลงมาเป็นเจเนอเรชันวาย (31.0%) และเจเนอเรชันเอ็กซ์และเบบี้บูมเมอร์ (28.6%) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโสด (69.2%) รองลงมาเป็นสมรส (26.3%) และหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (4.2%) สำหรับอาชีพของผู้ตอบแบบสำรวจ พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นข้าราชการ พนักงานรัฐ พนักงานเอกชน (54.2%) รองลงมาเป็นนักศึกษา (29.2%) อาชีพรับจ้าง ฟรีแลนซ์ เกษตรกร (9.8%) และพ่อบ้าน/แม่บ้าน ไม่ได้ทำงาน และเกษียณ (6.8%) ด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (86.6%) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา (10.9%) และ ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (1.5%) สำหรับการทำพินัยกรรมชีวิตกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วย โดยกลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์และเบบี้บูมเมอร์เห็นด้วยมากที่สุด (90.3%) รองลงมาเป็นเจเนอเรชันวาย (84.5%) และกลุ่มเจเนอเรชันซี (81.0%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร

	Gen X และ BB (อายุ 45-64 ปี)	Gen Y (อายุ 30-44 ปี)	Gen Z (อายุน้อย 18- 29 ปี)	รวม
เพศสภาพ				
ชาย	26.8%	20.7%	22.1%	23.0%
หญิง	71.1%	76.2%	74.1%	73.9%
เพศทางเลือก	2.0%	2.8%	3.8%	3.0%
สถานภาพสมรส				
ไม่ตอบ	0.7%	0.0%	0.2%	0.3%
โสด	34.2%	66.9%	95.7%	69.2%
สมรส	54.7%	29.4%	3.8%	26.3%

	Gen X และ BB (อายุ 45-64 ปี)	Gen Y (อายุ 30-44 ปี)	Gen Z (อายุน้อย 18- 29 ปี)	รวม
หม้าย หย่า แยกกัน อยู่	10.4%	3.7%	.2%	4.2%
ภูมิภาคที่ท่านอาศัย ในปัจจุบัน				
กรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล	57.0%	70.3%	58.9%	61.9%
ภาคกลาง	22.5%	18.9%	22.1%	21.2%
ภาคเหนือ	10.7%	2.2%	3.3%	5.1%
ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	6.7%	5.9%	6.4%	6.3%
ภาคใต้	3.0%	2.8%	9.3%	5.5%
อาชีพหลัก				
นักศึกษา	0.3%	2.8%	69.8%	29.2%
ข้าราชการ พนักงาน รัฐ พนักงานเอกชน	61.7%	84.2%	25.9%	54.2%
รับจ้าง ฟรีแลนซ์	15.4%	11.8%	4.3%	9.8%
เกษตรกร				
พ่อบ้าน แม่บ้าน ไม่ได้ ทำงาน เกษียณ	22.5%	1.2%	0.0%	6.8%
ระดับการศึกษา สูงสุด				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	0.7%	0.0%	1.9%	1.0%
มัธยมศึกษา	4.0%	2.5%	22.3%	10.9%
ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2.0%	1.2%	1.4%	1.5%

	Gen X และ BB (อายุ 45-64 ปี)	Gen Y (อายุ 30-44 ปี)	Gen Z (อายุน้อย 18- 29 ปี)	รวม
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	93.3%	96.3%	74.3%	86.6%
พินัยกรรมชีวิต				
เห็นด้วย	90.3%	84.5%	81.0%	84.7%
เฉย ๆ	7.4%	14.2%	16.4%	13.1%
ไม่เห็นด้วย	2.3%	1.2%	2.6%	2.1%
จำนวน	298	323	421	1,042
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางประชากรมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ เพศสภาพ ภูมิภาค กลุ่มอายุตามเจนเอเรชัน และระดับการศึกษา สำหรับเพศสภาพกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.029$) กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนของเพศหญิงสูงที่สุด (75.2%) เมื่อเทียบกับเพศชาย (22.3%) และเพศทางเลือก (2.5%)

ภูมิภาคกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) กลุ่มผู้ที่ตอบเห็นด้วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (64.0%) รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ

กลุ่มอายุตามเจนเอเรชันกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.005$) ผู้ที่ตอบเห็นด้วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเจนเอเรชันซี (38.6%) กลุ่มเจนเอเรชันเอ็กซ์และเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 45 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนผู้เห็นด้วย (30.5%) ใกล้เคียงกับผู้ไม่เห็นด้วย (31.8%) อย่างไรก็ตาม กลุ่มเจนเอเรชันซี ก็มีสัดส่วนสูงสุดในกลุ่มที่ตอบเฉย ๆ (50.4%) และไม่เห็นด้วย (50.0%) เช่นกัน

ระดับการศึกษากับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา ($P < 0.001$) โดยกลุ่มที่เห็นด้วย พบว่าผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีสัดส่วนการเห็นด้วยสูงที่สุด (86.2%) สำหรับตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($P = 0.272$) และอาชีพ ($P = 0.295$)

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทางประชากรต่อความเห็นเรื่องพินัยกรรมชีวิต

	พินัยกรรมชีวิต (N=1,042)			
	เห็นด้วย (n= 883)	เฉยๆ (n= 137)	ไม่เห็นด้วย (n= 22)	P-value (0.05)
เพศสภาพ				
ชาย	22.3%	25.5%	36.4%	0.029
หญิง	75.2%	67.9%	63.6%	
เพศทางเลือก	2.5%	6.6%	0.0%	
สถานภาพสมรส				
โสด	69.0%	73.7%	59.1%	0.272
สมรส	26.8%	21.2%	40.9%	
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	4.2%	5.1%	0.0%	
ภูมิภาค				
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	64.0%	48.9%	59.1%	0.002
ภาคกลาง	19.5%	33.6%	13.6%	
ภาคเหนือ	5.5%	2.9%	0.0%	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6.0%	7.3%	13.6%	
ภาคใต้	5.0%	7.3%	13.6%	
กลุ่มอายุตาม เจเนอเรชัน				
เจเนอเรชันเอ็กซ์และเบบี้บูมเมอร์ (อายุ 45 ปี ขึ้นไป)	30.5%	16.1%	31.8%	0.005
เจเนอเรชันวาย (อายุ 30-44 ปี)	30.9%	33.6%	18.2%	
เจเนอเรชันซี (อายุ 18- 29 ปี)	38.6%	50.4%	50.0%	

	พินัยกรรมชีวิต (N=1,042)			
	เห็นด้วย (n= 883)	เฉยๆ (n= 137)	ไม่เห็นด้วย (n= 22)	P-value (0.05)
อาชีพ				
นักศึกษา	28.2%	34.3%	36.4%	0.295
ข้าราชการ พนักงานรัฐ พนักงานเอกชน	54.4%	53.3%	54.5%	
รับจ้าง ฟรีแลนซ์ เกษตรกร	9.9%	9.5%	9.1%	
พ่อบ้าน แม่บ้าน ไม่ได้ทำงานเกษียณ	7.6%	2.9%	0.0%	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	0.7%	.8%	13.6%	< 0.001
มัธยมศึกษา	11.6%	14.4%	4.5%	
ปวส. อนุปริญญา	1.4%	3.8%	0.0%	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	86.2%	81.1%	81.8%	

จากตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อประเด็นเด็กเกิดน้อยเป็นวิกฤติของประเทศไทยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.001$) กลุ่มผู้ตอบที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนผู้ที่เห็นด้วยว่า “เด็กเกิดน้อยเป็นวิกฤติของประเทศไทย” สูงกว่ากลุ่มอื่น (74.5%)

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมให้มีบุตรความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.001$) กลุ่มผู้ตอบเห็นด้วย (46.7%) สัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ตอบเฉย ๆ และในกลุ่มผู้ตอบที่เฉย ๆ ต่อ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนตอบเฉย ๆ ต่อนโยบายส่งเสริมให้มีบุตรสูงสุด (55.5%)

ความคิดเห็นต่อการที่เงินอุดหนุนแรกเกิดจะทำให้คนมีลูกเพิ่ม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.001$) ผู้ตอบที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนผู้ที่เห็นด้วยว่าเงินอุดหนุนแรกเกิดจะทำให้คนมีลูกเพิ่มสูงสุด (51.3%)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อการตัดสินใจมีลูกหากร่างกายแข็งแรงอยู่ในวัยที่มีลูกได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P = 0.370$)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อสถานการณ์เด็กเกิดน้อย นโยบายส่งเสริมให้มีบุตร ต่อความคิดเห็นเรื่องพินัยกรรมชีวิต

	พินัยกรรมชีวิต (n=1,042)			
	เห็นด้วย (n= 883)	เฉยๆ (n= 137)	ไม่เห็นด้วย (n= 22)	P-value (0.05)
เด็กเกิดน้อยเป็นวิกฤตประเทศ				
เห็นด้วย	74.5%	52.6%	50.0%	< 0.001
เฉยๆ	20.0%	41.6%	27.3%	
ไม่เห็นด้วย	5.4%	5.8%	22.7%	
นโยบายส่งเสริมให้มีบุตร				
เห็นด้วย	46.7%	27.0%	45.5%	< 0.001
เฉยๆ	34.5%	55.5%	18.2%	
ไม่เห็นด้วย	18.8%	17.5%	36.4%	
หากร่างกายแข็งแรงอยู่ในวัยที่มีลูกได้ จะตัดสินใจมีลูก				
เห็นด้วย	53.2%	51.8%	68.2%	0.370
เฉยๆ	24.8%	29.9%	13.6%	
ไม่เห็นด้วย	22.0%	18.2%	18.2%	
เงินอุดหนุนแรกเกิดทำให้คนมีลูกเพิ่ม				
เห็นด้วย	51.3%	39.4%	54.5%	< 0.001
เฉยๆ	19.9%	37.2%	9.1%	
ไม่เห็นด้วย	28.8%	23.4%	36.4%	

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุ กับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” พบว่า ความคิดเห็นต่อการปรับนิยามผู้สูงอายุเป็น 65 ปี การขยายอายุเกษียณการทำงานเป็น 65 ปี และความคิดเห็นต่อการที่ผู้สูงวัยอยู่บ้านหรือชุมชนแล้วคุณภาพชีวิตจะดี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.05$) ในขณะที่การวางแผนหรือเตรียมความพร้อมสูงวัยไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P = 0.189$)

ความคิดเห็นต่อการปรับนิยามผู้สูงอายุเป็น 65 ปี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.001$) โดยในกลุ่มผู้ที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” พบว่ามีสัดส่วนผู้ที่เห็นด้วยกับการปรับนิยามผู้สูงอายุเป็น 65 ปี มากที่สุด (70.2%)

ความคิดเห็นต่อการขยายอายุเกษียณการทำงานเป็น 65 ปี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P < 0.001$) กลุ่มผู้ตอบที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนผู้ที่เห็นด้วยกับการขยายอายุเกษียณสูงที่สุด (66.9%)

ความคิดเห็นต่อการที่ผู้สูงวัยอยู่บ้านหรืออยู่ในชุมชนแล้วคุณภาพชีวิตจะดี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นต่อ “พินัยกรรมชีวิต” ($P = 0.001$) กลุ่มผู้ตอบที่เห็นด้วยกับ “พินัยกรรมชีวิต” มีสัดส่วนผู้ที่เห็นด้วยว่าคุณภาพชีวิตจะดีสูงที่สุด (70.1%)

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุ ต่อความคิดเห็นเรื่องพินัยกรรมชีวิต

	พินัยกรรมชีวิต			
	เห็นด้วย (n= 883)	เฉยๆ (n= 137)	ไม่เห็นด้วย (n= 22)	P-value (0.05)
ปรับนิยามผู้สูงอายุให้เป็นที่ 65 ปี				
เห็นด้วย	70.2%	44.5%	50.0%	< 0.001
เฉย ๆ	13.3%	31.4%	9.1%	
ไม่เห็นด้วย	16.5%	24.1%	40.9%	
ขยายอายุเกษียณการทำงานเป็น 65 ปี				
เห็นด้วย	66.9%	46.0%	63.6%	< 0.001
เฉย ๆ	12.8%	29.2%	0.0%	
ไม่เห็นด้วย	20.3%	24.8%	36.4%	
การวางแผนหรือเตรียมความพร้อมสูงวัย				

	พินัยกรรมชีวิต			
	เห็นด้วย (n= 883)	เฉยๆ (n= 137)	ไม่เห็นด้วย (n= 22)	P-value (0.05)
วางแผนไว้แล้ว	14.3%	10.2%	18.2%	0.189
วางแผนไว้บ้าง	57.9%	54.7%	40.9%	
ไม่ได้วางแผน	27.9%	35.0%	40.9%	
หากสูงวัย อยู่บ้าน/ชุมชน คุณภาพชีวิต จะดี				
เห็นด้วย	70.1%	64.2%	45.5%	0.001
เฉยๆ	19.4%	30.7%	27.3%	
ไม่เห็นด้วย	10.5%	5.1%	27.3%	

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางประชากร โดยเฉพาะกลุ่มอายุ เพศสภาพ และภูมิภาค ที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดเห็นต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในด้านกลุ่มอายุตามเจนเนอเรชัน พบว่าผู้ที่ตอบ “เห็นด้วย” กับการทำพินัยกรรมชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเจนเนอเรชันซี (38.6%) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเห็นด้วยภายในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มเจนเนอเรชันเอ็กซ์และเบบี้บูมเมอร์มีสัดส่วนการเห็นด้วยสูงที่สุด (90.3%) รองลงมาเป็นเจนเนอเรชันวาย (84.5%) และเจนเนอเรชันซี (81.0%) สะท้อนให้เห็นว่าทั้งกลุ่มวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน-สูงวัยมีความตระหนักต่อการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้าในระดับสูง แม้จะมีบริบทประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Müller and Schneider (2019) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่า มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการวางแผนล่วงหน้าในวาระท้ายของชีวิตมากขึ้น ผลลัพธ์นี้สนับสนุนข้อค้นพบของ Müller and Schneider (2019) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในยุโรป และพบว่าผู้ที่มีอายุสูงกว่า มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีความตระหนักถึงความเปราะบางทางสุขภาพ มีแนวโน้มจัดทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยหนุ่มสาว

ในประเด็นด้านเพศสภาพ ผลการศึกษาพบว่าเพศสภาพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยเพศหญิงมีแนวโน้มเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในยุโรปที่ระบุว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดทำพินัยกรรมชีวิต (Müller & Schneider, 2019) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก (caregiver) ในครอบครัว

ในมิติของภูมิภาค กลุ่มที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายที่มากกว่าในเขตเมือง ข้อมูลนี้สนับสนุนข้อเสนอของ Dowling et al. (2020) ที่ระบุว่า ความพร้อมของระบบสุขภาพและการให้คำปรึกษาที่เพียงพอส่งผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nguyen and Lee (2021) ที่พบว่า ในประเทศเกาหลีใต้และญี่ปุ่น ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการวางแผนชีวิตระยะท้าย

ด้านการศึกษา ผลการศึกษานี้พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการทำพินัยกรรมชีวิต โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีสัดส่วนการเห็นด้วยสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานที่ศึกษาประชากรสหรัฐอเมริกาและพบว่าการศึกษาสูงมีผลต่อการตัดสินใจมากกว่า สำหรับบริบทของไทยซึ่งผู้มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มการทำพินัยกรรมชีวิตสูงเช่นกัน แต่หากไม่ได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง (อาจมีประเด็นปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ศาสนา ความเชื่อ) ก็อาจไม่สามารถนำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนการชีวิตได้ (Yadav et al., 2017)

ประเด็นเรื่องทัศนคติต่อสังคมสูงวัย พบว่า กลุ่มที่เห็นด้วยกับแนวคิดสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (aging in place) การขยายอายุเกษียณ และการปรับนิยามผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเห็นด้วยต่อการทำพินัยกรรมชีวิตในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักรู้ต่อสังคมสูงวัยและแนวคิดการดูแลตนเองในช่วงปลายของชีวิต สอดคล้องกับข้อเสนอของ Tangsakul et al. (2024) ที่เสนอว่าการมีความพร้อมทางความคิดเกี่ยวกับวัยสูงอายุ มีผลต่อการสนับสนุนแนวทางการวางแผนล่วงหน้า และสอดคล้องกับแนวคิด "การจัดการชีวิตสูงวัยด้วยตนเอง" ที่ Nguyen and Lee (2021) อธิบายว่าเป็นรากฐานสำคัญของการทำพินัยกรรมชีวิตในบริบทของภูมิภาคเอเชีย

ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่เชื่อว่าเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดจะทำให้บุตรเพิ่มกลับมีแนวโน้ม “ไม่เห็นด้วย” กับการทำพินัยกรรมชีวิต (54.5%) ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งอาจสะท้อนถึงกลุ่มประชากรที่มีทัศนคติแบบดั้งเดิม (traditional view) ที่ยังคงยึดมั่นกับการพึ่งพาครอบครัวและบุตรหลานในวัยชรา มากกว่าการวางแผนพึ่งพาตนเองในระยะท้าย

ประเด็นสุดท้ายที่น่าสนใจคือ การศึกษาของ Thrower et al. (2023) ในแคนาดา ที่ยืนยันว่าการพูดคุยเรื่องความตายกับครอบครัวและการมีระบบสนับสนุนหลังการสูญเสียช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล และเพิ่มการยอมรับต่อแนวคิดการวางแผนล่วงหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มในงานวิจัยฉบับนี้ที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์หรือมีการพูดคุยเรื่องวาระสุดท้ายมีแนวโน้มเห็นด้วยกับการทำพินัยกรรมชีวิตมากกว่า การศึกษานี้ ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของหลากหลายมิติ

ทั้งด้านอายุ ภูมิภาค ประสบการณ์ และทัศนคติต่อสังคม ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผนชีวิตในระยะท้าย และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการให้ความรู้และการพูดคุยเรื่องพินัยกรรมชีวิตอย่างครอบคลุมในระดับนโยบาย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านอายุ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และทัศนคติต่อประเด็นทางสังคม เช่น ภาวะเด็กเกิดน้อยและการเข้าสู่สังคมสูงวัย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการวางแผนชีวิตระยะท้ายจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ต้องขยายไปสู่ประชากรในวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะวัยแรงงานและวัยหนุ่มสาว เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวจะมีเวลาเพียงพอในการเตรียมความพร้อม และสื่อสารทำความเข้าใจกับครอบครัว
2. เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์ เข้ามามีบทบาทในการให้คำปรึกษาและสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับการวางแผนชีวิตระยะท้าย นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้เกิดการพูดคุยเรื่องความตายและการวางแผนชีวิตระยะท้ายภายในครอบครัวและชุมชน เพื่อลดความวิตกกังวล ทั้งยังเป็นการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการชีวิตช่วงสุดท้ายอีกด้วย
3. เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชน นอกจากนี้ ควรดำเนินการวิจัยเชิงลึก (Qualitative Study) เพื่อเข้าใจเหตุผลเบื้องหลังการตัดสินใจของกลุ่มวัยหนุ่มสาวและประชากรในพื้นที่ชนบท สุดท้ายควรพัฒนากลยุทธ์การวางแผนชีวิตระยะท้ายแบบมีส่วนร่วม (participatory approach) เพื่อให้การวางแผนสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพและให้ความเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จงจิตต์ ฤทธิรงค์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อบทความฉบับนี้ ขอขอบคุณ คุณนิพนธ์ ดาราวุฒิมาประภรณ์ ผู้ออกแบบสอบถามออนไลน์ และทีมนักวิจัยทุกท่านที่ร่วมช่วยกันเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณสถาบันวิจัยประชากรและ

สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและทรัพยากรอื่นจำเป็นต่อการดำเนินการศึกษา
ทั้งนี้ ข้อผิดพลาดหรือความบกพร่องใด ๆ ในบทความฉบับนี้เป็นความรับผิดชอบของทีมผู้เขียน

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration. (2025). *Official statistics on population from the civil registration* [in Thai].
<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- Butsa, P., Phornphibul, P., & Sitthisombat, S. (2019). Knowledge and attitudes regarding advance directives among nurses [in Thai]. *Nursing Journal*, 46(3), 38–48.
- Chaihan, N., & Munluan, K. (2023). The relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy in promoting living wills of professional nurses working in an intensive care unit. *Nursing Journal CMU*, 50(2), 144–157. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/261851>
- Department of Mental Health. (2020, October 19). *Thailand's step towards a "Complete Aged Society"* [in Thai]. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=304766>
- Dowling, T., Kennedy, S., & Foran, S. (2020). Implementing advance directives—An international literature review of important considerations for nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1177–1190. <https://doi.org/10.1111/jonm.13097>
- Higel, T., Alaoui, A., Bouton, C., & Fournier, J. P. (2019). Effect of living wills on end-of-life care: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(1), 164–171. <https://doi.org/10.1111/jgs.15630>
- Jones, J. M. (2020, June 22). *Prevalence of living wills in U.S. up slightly*. Gallup. <https://news.gallup.com/poll/312209/prevalence-living-wills-slightly.aspx>
- Kangwansura, R., Thienthavorn, T., Srisuwan, P., & Kesakomol, K. (2022). Factors affecting awareness of living wills in elderly patients [in Thai]. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(1), 33–44. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/257180>
- Kerdphol, A. (2022). Legal implications of living wills under the National Health Act, B.E. 2550 (2007) [in Thai]. *Interdisciplinary Journal*, 19(1), 123–158. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/citujournal/article/view/257589>

- Kim, B., Choi, J., & Lee, I. (2022). Factors associated with advance directives documentation: A nationwide cross-sectional survey of older adults in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3771. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073771>
- Kunakornvong, W., & Ngaosri, K. (2020). Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. *Siriraj Medical Journal*, 72(5), 424–430. <https://doi.org/10.33192/Smj.2020.57>
- Müller, R., & Schneider, A. (2019). Factors influencing the completion of advance directives in Europe: A cross-national study. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0402-5>
- Nguyen, T. T., & Lee, C. F. (2021). Impact of living wills on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(4), 789–801. <https://doi.org/10.1177/0269216321993282>
- Pairojkul, S., Raksasataya, A., Sorasit, C., Horatanaruang, D., & Jarusomboon, W. (2023). Thailand's experience in Advance Care Planning Thailands Erfahrungen mit Advance Care Planning. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.05.010>
- Puthong, P., Tongsir, S., & Buaphan, P. (2022). Knowledge, attitudes, and needs for palliative care and living wills among patients with chronic diseases [in Thai]. *Khon Kaen University Journal of Public Health Research*, 15(2), 45–58.
- Sirisuwanjit, P., Siripariyattayanusat, P., & Boonsritan, P. (2024). Guidelines for creating a living will through integrated Buddhist principles [in Thai]. *Journal of Buddhist Studies*, 15(2), 59–74. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JBS/article/view/265209>
- Tangsakul, T., Raksasataya, A., Thongkhamcharoen, R., & Srivanichakorn, S. (2024). Contribution of Thai family physicians to palliative care development in 2 decades: A scoping review. *Primary Care and Family Medicine Journal*, 7(3), 241–245. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/280556>
- Thipkanchanarekha, K., Saleekul, S., Apisitvasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance care planning for good death [in Thai]. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138–145.

- Thrower, C., Barrie, C., Baxter, S., Bloom, M., Borja, M. C., Butters, A., Dudgeon, D., Haque, A., Lee, S., Mahmood, I., Mirhosseini, M., Mirza, R. M., Murzin, K., Ankita, A., Skantharajah, N., Vadeboncoeur, C., Wan, A., & Klinger, C. A. (2023). Interventions for grieving and bereaved informal caregivers: A scoping review of the Canadian literature. *Journal of Palliative Care*, 38(2), 215–224.
<https://doi.org/10.1177/08258597221101826>
- Yadav, K. N., Gabler, N. B., Cooney, E., Kent, S., Kim, J., Herbst, N., Mante, A., Halpern, S. D., & Courtright, K. R. (2017). Approximately one in three US adults completes any type of advance directive for end-of-life care. *Health Affairs*, 36(7), 1244–1251. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0175>