

การพัฒนาแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณา โดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families

จิรพรรณ นฤภัทร^{1*}

Jiraphan Naruepatr^{1*}

¹ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; Faculty of Social Administration, Thammasat University, Thailand.

*Corresponding Author; e-mail : e-mail : jiraphan@tu.ac.th

DOI : 10.65205/jlgisrru.2026.e296682

Received : December 20, 2025; Revised : March 28, 2026; Accepted : March 28, 2026

บทคัดย่อ (Abstract)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อรวบรวม วิเคราะห์องค์ความรู้เรื่องชุมชนกรุณาจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองในระดับชุมชน และศึกษาเทียบกับแนวทางพัฒนาชุมชนกรุณาในรัฐเกราลา ประเทศอินเดีย 2) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบแนวทางชุมชนกรุณาสำหรับชุมชนภาคอีสานตอนบน และ 3) เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสร้างชุมชนกรุณาที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆในชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเจาะจงและสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในเครือข่ายอาสาสมัครชุมชนโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 36 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มแกนนำหลักกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำ และผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 2) กลุ่มภาคีหลัก ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม หน่วยดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชุมชน ภาคธุรกิจเอกชนและองค์กรกุศล และ 3) กลุ่มจิตอาสาจากครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ผลศึกษาพบว่า เครือข่ายอาสาสมัครคล้อยทั้งกับคุณลักษณะสำคัญของชุมชนกรุณา 9 ประการและหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครองของกฏบัตรเมืองกาฬสินธุ์ 5 ประการ มีนวัตกรรมศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรุณาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ทำหน้าที่เสมือน “องค์กรณรงค์ สนับสนุน” แต่พบข้อจำกัดคือรูปแบบการทำงานเป็นเชิงรับ ยังไม่มีกลไกสร้างการมีส่วนร่วมกับเยาวชน อาจส่งต่อการขยายบริการและประสิทธิภาพการบริการในอนาคต ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติคือ ยึดหลักการทำงานโปร่งใส บริหารจัดการตามหลัก SMART พัฒนาหลักสูตรอบรมจิตอาสาตามบริบทวัฒนธรรม และจัดระบบนิเวศชุมชนเอื้อให้เกิดสุขภาวะดีและยั่งยืน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดโครงสร้างและมีกลไกเพื่อสร้างการรับรู้และระดมทรัพยากรสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม สร้างความเข้มแข็งของชุมชน

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.



<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

คำสำคัญ (Keywords) : ชุมชนกรุณา, ระบบบริการแบบประคับประคองระดับชุมชน, ผู้ป่วยสูงอายุ, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

Abstract

This study employed a qualitative, descriptive– analytical research design. Its objectives were: 1. to collect and analyze knowledge on compassionate communities derived from the care of elderly patients at the end of life and their families within community-based palliative care services, and to compare these findings with approaches to compassionate community development in the state of Kerala, India; 2. to synthesize a model of compassionate community development for the upper northeastern region; and 3. to examine recommendations for building compassionate communities that foster collaboration between the public sector and other community stakeholders. Data were collected through purposive in-depth interviews and focus group discussions with 36 key actors within the compassionate community volunteer network of Kalasin Municipality. Participants comprised: 1) the core volunteer leaders of the Namdam City Volunteer Group, along with administrators and operational staff of Kalasin Municipality; 2) principal partners, including Buddhist monks, Christian and Muslim religious leaders, the palliative care unit of Kalasin Hospital, primary care units within the Kalasin Hospital and Kalasin Municipality networks, village health volunteers, community leaders, private business representatives, and charitable organizations; and 3) volunteer family members of patients who had received services, as well as three experts. The findings indicate that the volunteer network aligns with the nine key characteristics of compassionate communities and the five social and political functions articulated in the Compassionate City Charter. An innovative Compassionate Community Learning Center established by Kalasin Municipality functions as an “advocacy and support organization.” However, limitations were identified: the operational model remains largely reactive and lacks mechanisms to engage youth participation, potentially constraining future service expansion and effectiveness. Practical recommendations include adherence to principles of transparency, management guided by SMART criteria, development of culturally contextualized volunteer training curricula, and the creation of a supportive community ecosystem conducive to sustainable well-being. At the policy level, local administrative organizations should establish structures and mechanisms to enhance public awareness and mobilize supportive resources in order to improve holistic quality of life and strengthen community resilience.

Keywords : Compassionate Communities, Community-Based Palliative Care System, Elderly Patients, Local Administration

Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

บทนำ (Introduction)

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (completed-aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 และมีแนวโน้มที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในระยะเวลาอันใกล้นี้ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถดถอยและข้อจำกัดต่างๆ ที่มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น หมายความว่าความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มจะเผชิญกับการมีโรคร่วมกันหลายโรค (multimorbidity) และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากกว่าประชากรวัยอื่นๆ โรคเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจและภาระทางสังคมในวงกว้าง กระทบทั้งกับครอบครัวผู้ป่วยเองและสังคมโดยรวม อีกทั้ง การศึกษาวิจัยในระดับชุมชนในประเทศไทย พบว่า ความชุกของความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care need prevalence) ของผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายมีมากกว่าผู้ป่วยระยะท้ายวัยอื่นๆ (Kitreerawutiwong et al., 2025) ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้ "การบริการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care service)" มีความสำคัญยิ่งขึ้นในฐานะระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ (2567) ที่พบจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการบริการการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาวที่ใช้ทั้งเวลาและความเอาใจใส่

อย่างไรก็ตาม แม้ระบบบริการสุขภาพของไทยจะมีการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปรากฏแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 – 2559 ที่เป็นรูปธรรมแรกในระดับนโยบาย การจัดบริการยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทหลักของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลของภาครัฐ มีทีมสหวิชาชีพ (palliative care team) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นทีมที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน แต่มักไม่พบบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและบทบาทชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนในชุมชน ที่มีส่วนอย่างมากต่อการดูแลและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยช่วงท้ายของชีวิต โดยที่คนกลุ่มนี้มักถูกลดทอนบทบาทลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่ชุมชน มีศักยภาพการเสริมพลังผู้ดูแลผู้ป่วย มีคุณค่าบางอย่างในการสนับสนุนดูแลระยะท้ายของชีวิต การตายดี (good death) ในชุมชนจึงเป็นการส่งเสริมการตายดีที่บ้าน และต้องการการเข้าใจในการดูแลแบบองค์รวม มีทักษะ ความรู้ทางวิชาการที่สามารถนำมาใช้กับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนได้ ทั้งยัง สอดคล้องกับทิศทางนโยบายของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของไทยมุ่งเน้นการดูแลที่บ้านหรือในชุมชนมากกว่าภายในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ ดังนโยบายสถานชีวาภิบาลที่เกิดขึ้นเมื่อปีพ.ศ.2567 เพื่อตอบโจทย์การดูแลในช่วงท้ายของชีวิตในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยจำนวนมาก ทั้งในและต่างประเทศ (พีสฟูล เดธ (Peaceful death) , 2564; Lui, Huang, & Wang, 2022; Whitelaw, Vijay, & Clark, 2024) กล่าวได้ว่า ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชนของประเทศ ยังต้องการการพัฒนาเชิงโครงสร้างอย่างเป็นระบบ ให้ความสำคัญกับบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อม ทั้งในเชิงทรัพยากรและการระดมความร่วมมือในรูปแบบเครือข่ายทำงาน ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคอง

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.



<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย มีคุณภาพ มีบริการทั่วถึง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลที่บ้านในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง กรณีของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เป็นกรณีศึกษาแนวทางการจัดบริการสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชนที่น่าสนใจ เทศบาลฯ ได้แสดงบทบาทหลักในการสนับสนุนเครือข่ายความร่วมมือ (social partnership) ให้การช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนในชุมชน และพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์เป็นผลต่อเนื่องจากแผนโครงการ “อาสาสร้างสุขสุดท้าย ที่ปลายทางชีวิต” ซึ่งมีการบัญญัติในแผนพัฒนาสี่ปีของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 ส่งผลให้ครอบครัวและชุมชนในเขตเมืองกาฬสินธุ์ เกิดความรับรู้และสื่อสารเรื่องความตายต่อกันได้อย่างเปิดเผย ตระหนักต่อหน้าที่ที่ชุมชนพึงต้องเกื้อกูล ช่วยเหลือกันและกัน เพื่อนำไปสู่การ “ตายดี (good death)” โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางในชุมชน รูปธรรมความสำเร็จของการดูแลสุขภาวะของชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ในรูปแบบของเครือข่ายการทำงานเช่นนี้ สอดคล้องกับหัวใจสำคัญของแนวคิด “ชุมชนกรุณา (compassionate communities approach)” ที่ว่า การตายเป็นเรื่องทางสังคม ไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น และเนื่องจากชุมชนเป็นทั้งแหล่งทรัพยากรในการดูแลชีวิตและการตาย ดังนั้น ชีวิตที่ดีและการตายที่สงบจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ของชุมชนเอง จนได้รับรางวัลระดับประเทศจำนวนมาก เช่น รางวัลที่ 1 กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 จังหวัดขอนแก่นเมื่อปี พ.ศ. 2560 ทำให้เทศบาลกลายเป็นที่ศึกษาดูงานระบบการบริหารจัดการงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขของ อปท. ทั่วประเทศ รางวัลพระปกเกล้าสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเป็นเลิศด้านการเสริมสร้างเครือข่ายรัฐ เอกชน และประชาชน ติดต่อกัน 3 ปี นำมาสู่รางวัลพระปกเกล้าทองคำในปี พ.ศ. 2561 รางวัลเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ระดับทอง จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เหล่านี้เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ การนำองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ที่ได้จากการวิเคราะห์ประสบการณ์การทำงานแบบมีส่วนร่วม ในรูปเครือข่ายทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาสังคม และการศึกษาเทียบเคียงกับแนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองของรัฐเกราลา ประเทศอินเดีย ที่ดำเนินการต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี และประสบผลสำเร็จเป็นที่ยอมรับในระดับสากล มาสังเคราะห์รูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย จะเป็นประโยชน์ ทั้งต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองในระดับชุมชน และประโยชน์ต่อการพัฒนามนุษย์และการใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า สอดคล้องกับวิถีชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่ภายในชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาสุขภาวะของคนทั้งชุมชนที่ยั่งยืนกว่า และประโยชน์ต่อแนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาให้สามารถถ่ายทอด เผยแพร่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศ ที่มีบริบทสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน ให้สามารถประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติ เป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อสุขภาวะระยะท้ายของผู้สูงอายุและครอบครัว ที่เป็นการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคมสูงวัย และมีส่วนต่อการสร้างเสริมสุขภาวะโดยรวมของชุมชน

Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อรวบรวม วิเคราะห์องค์ความรู้เรื่องชุมชนกรุณาจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคองในระดับชุมชน และศึกษาเทียบเคียงกับแนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาในการดูแลดังกล่าวในรัฐเกราลา ประเทศอินเดีย
2. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบแนวทางชุมชนกรุณาในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคับประคอง สำหรับชุมชนภาคอีสานตอนบน
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสร้างชุมชนกรุณาที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆในชุมชน

การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

1. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Approach)

นิยามการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ที่ปรับเปลี่ยนในปี ค.ศ. 2002 และใช้มาจนถึงปัจจุบัน หมายถึง แนวทางการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต ด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ในระยะแรกของโรค เพื่อให้เกิดการเข้าถึงการดูแลรักษาอาการเจ็บปวดจากโรคและปัญหาต่างๆ ครอบคลุมทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจและสังคม และปัญหาทางจิตวิญญาณ (WHO, 2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ อันเกิดจากความเจ็บป่วยจากโรคที่คุกคามถึงแก่ชีวิต ให้แก่ผู้ป่วยทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยเด็ก และครอบครัว เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญต่อแนวความคิดการดูแลที่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ โดยให้การดูแลความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ต่อมา WHO ประกาศสนับสนุนให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองถูกควรรวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะการดูแลในระดับปฐมภูมิ หรือระดับชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) พร้อมทั้งกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพด้วย และกำหนดหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วย เรื่องการสนับสนุนเชิงนโยบาย มีโครงสร้างการทำงานเป็นระบบ เชื่อมถึงระบบบริการระดับปฐมภูมิ ให้บริการการดูแลแบบองค์รวมและทันการณ์ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของปัจเจก ครอบครัวและชุมชน ทั้งสองเรื่องนี้ WHO ถือว่าเป็น “รากฐาน” สำคัญที่ต้องทำขึ้นก่อน ตามด้วยเรื่องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เรื่องการสนับสนุนการศึกษาและการวิจัย และเรื่องการเข้าถึงยาจำเป็น โดยนำแนวคิดเรื่องชุมชนกรุณา มาเป็นเครื่องมือในการวางรากฐานเพื่อสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของปัจเจก ครอบครัวและชุมชน ในขณะที่ มาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชนที่ WHO กำหนดความจำเป็นขั้นต่ำในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Essential Package of Palliative Care for Primary Health Care : EP PHC) ประกอบด้วย 4 เรื่องสำคัญ (2021) ได้แก่ 1) การเข้าถึงยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพทางคลินิก และราคาไม่แพง 2) การมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้งานง่าย และราคาไม่แพง 3) มีการสนับสนุนทางสังคมและความต้องการจำเป็นพื้นฐาน และ 4) บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการอบรมความรู้และมีทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคองขั้นพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง โดยหัวใจ

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.



<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

สำคัญของความเป็นไปได้ในการที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน หรือที่บ้านพักของผู้ป่วยคือ การสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลอาการเจ็บป่วยทางกายจากโรค และการสนับสนุนด้านอื่นๆจากทั้งคนในครอบครัวและในชุมชน (Department of Health and Aged Care Australian Government, 2023)

ในส่วนของความหมายคำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” สำหรับประเทศไทยนั้น สำนักงานสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศใช้นิยามปฏิบัติการ (Operational Definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทยอย่างเป็นทางการเมื่อปี.ศ.2563 ว่าหมายถึง “การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดชีวิต (life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัดเยียวยา และบรรเทาทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต ครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้ที่มีสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วย อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ” รวมทั้งกำหนดหลักการการดูแลแบบประคับประคองคือ 4 C ได้แก่ 1) Center คือ การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) Comprehensive คือ การให้บริการครอบคลุมความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว 3) Coordinated การทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงร่วมกับคนในครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน และ 4) Continuous ความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและมีการประเมินผลเป็นระยะต่อเนื่อง ในส่วนของรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชน นอกเหนือจากการจัดบริการในลักษณะเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (provincial healthcare network) หรือเขตสุขภาพ (area health) ยังมีการจัดบริการอย่างไม่เป็นทางการโดยองค์กรศาสนา หรือโดยชุมชน ดังกรณีการจัดการดูแลกันเองของจิตอาสาภาคส่วนต่างๆในชุมชน ที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของกลุ่ม “ฟิสิกส์ เดธ”

แม้จะมีพัฒนาการความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยยังคงเผชิญปัญหาและอุปสรรคหลายประการ โดยเฉพาะประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless health service) ที่สนับสนุนการดูแลที่บ้าน แม้ปัจจุบัน จะมีกลไกหลักของอสม. ในการให้การดูแล แต่ในทางปฏิบัติ กลับพบช่องว่างของการตกหล่นของผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมาก ที่ส่งผลตามมาต่อการเข้าถึงการบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มเปราะบาง อีกทั้ง ยังต้องการบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่หลัก (ตามกฎหมาย) ในการดูแลคุณภาพชีวิตของคนในท้องถิ่น ตลอดถึงการใช้จ่ายจากทุนทางสังคมจากภาคส่วนต่างๆในชุมชน เพื่อให้การตายที่บ้านและความโศกเศร้าจากการสูญเสีย เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐท้องถิ่น อาสาสมัครภาคส่วนต่างๆ และภาคสาธารณสุข ในขณะที่ การรวมกลุ่มของจิตอาสาหรือภาคประชาชนในการดูแลกันในชุมชนยังเป็นลักษณะการกระจายตามชุมชนต่างๆและยังมีไม่มากนัก ดังเช่น กลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์และเครือข่ายบริการสุขภาพระยะท้าย (จิรพรรณ นฤภัทร, 2563) ชุมชนกรุณาพะตง จังหวัดสงขลา เป็นต้น

2. แนวคิดชุมชนกรุณา (Compassionate Communities Approach)

แนวคิดชุมชนกรุณามีที่มาจากข้อเสนอโครงการ “เมืองสุขภาพ (Healthy City)” ขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องการส่งเสริมกลยุทธ์ด้านสุขภาพให้ขยายกว้างขวางในระดับชุมชน และถือเป็นภาคปฏิบัติประการหนึ่งของ “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)” ซึ่งประกาศขึ้นเมื่อ ปี ค.ศ.1986 มุ่งเน้นความสำคัญของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (new public health) ครอบคลุมมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” แนวคิดชุมชนกรุณาถูกพัฒนาจากศาสตราจารย์อัล

Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>

ลัน คีเลเฮียร์ (Allan Kellehear) ซึ่งสรุปที่มาและความจำเป็นของแนวคิดดังกล่าวไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองทางการแพทย์เน้นบทบาทของวิชาชีพทางการแพทย์ในการดูแลมิติทางกาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล โดยมักละเลยบทบาทของชุมชน ในขณะที่ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ มักเป็นเรื่องทางจิตสังคม ซึ่งดูแลได้ด้วยทักษะพื้นฐานที่ไม่ต้องการความรู้ทางการแพทย์ขั้นสูง สามารถดูแลได้โดยคนในครอบครัวของผู้ป่วยและสมาชิกในชุมชน ด้วยเหตุนี้ ครอบครัวและชุมชนจึงจำเป็นต้องมีส่วนรับผิดชอบและมีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงท้าย การปล่อยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นความรับผิดชอบเฉพาะบุคลากรการแพทย์ จึงอาจไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย (Kellehear, 2005) ทั้งยังไม่สอดคล้องกับปัญหาความขาดแคลนและภาระงานที่หนักของบุคลากรสุขภาพเช่นปัจจุบัน และยังได้สรุปคุณลักษณะสำคัญของชุมชนหรือเมืองกรุณา 9 ประการ ประกอบด้วย 1) มีนโยบายการดูแลสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับความกรุณา 2) ตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยด้วยโรคคุกคามถึงชีวิต และผู้ที่ประสบกับความสูญเสีย 3) ตระหนักถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม 4) มีนโยบายและแผนงานของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและความสูญเสีย 5) สนับสนุนให้ชุมชนเข้าร่วมหรือมีประสบการณ์หลากหลายในการสนับสนุน ช่วยเหลือกันในชุมชน 6) ส่งเสริมและสนับสนุน “การดำรงอยู่” ของคนกลุ่มน้อยในชุมชน และการรำลึกถึงความสูญเสียที่สำคัญของชุมชน 7) จัดให้มีการบริการการดูแลแบบประคับประคองและการสูญเสียเป็นไปอย่างทั่วถึงและเข้าถึงได้โดยง่าย 8) ตระหนักและมีแผนการดูแลกลุ่มคนเปราะบางทางเศรษฐกิจ และ 9) อนุรักษ์และสนับสนุนภูมิปัญญาทางจิตวิญญาณและเรื่องเล่าของชุมชน ให้เป็นเครื่องมือหนึ่งของการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองและการสูญเสียในชุมชน แนวคิดชุมชนกรุณาถูกยอมรับจาก WHO และนักวิชาการในระดับสากลว่า เป็นเครื่องมือหนึ่งในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายให้กับผู้ป่วยฯ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพระยะท้ายให้กับทุกคนในชุมชน ได้มีโอกาสที่จะเข้าถึงการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตช่วงท้ายที่ดี ปัจจุบัน แนวคิดชุมชนกรุณาถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายประเทศทั่วโลก เช่น อังกฤษ สกอตแลนด์ ไอร์แลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา สเปน เป็นต้น รวมถึงประเทศในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ อินเดีย และไต้หวัน นอกจากนี้ กฎบัตรเมืองกรุณา (Compassionate City Charter) ที่เป็นเสมือนแผนปฏิบัติการ (action plan) ในการขับเคลื่อนแนวคิดชุมชนกรุณา เป็นแนวทางการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนเชิงนโยบายจากบนลงล่าง (top down policy support) กับการพัฒนาความผูกพันและการมีส่วนร่วมของชุมชนจากล่างขึ้นบน (bottom up community engagement and development) ที่เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนของการพัฒนาความเป็นหุ้นส่วนทางสังคม (social partnerships) สอดคล้องกับหลักการของการพัฒนาชุมชน (community development) เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของคนทั้งชุมชนหรือสังคม โดยมีเป้าหมายหลักที่ว่าด้วยเรื่องหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครอง 5 ประการ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการร่วมรับผิดชอบเพื่อพัฒนาชุมชนกรุณา 2) สนับสนุนนวัตกรรมทางสังคมที่เกิดจากการร่วมมือกัน 3) ขับเคลื่อนปฏิบัติการทางการเมืองและสังคมระดับท้องถิ่น 4) สร้างแนวร่วมการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และ 5) จุดประกายการเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพระดับชาติ ในส่วนของชุมชนกรุณาในประเทศไทยนั้น เริ่มต้นขึ้นจากเครือข่ายพุทธิกา ที่ต้องการสร้างองค์ความรู้เรื่องประโยชน์จากเรื่องความตายแก่สาธารณชน กระทั่ง ปรากฏดำเนินงานในนามกลุ่มอิสระ ภายใต้ชื่อกลุ่ม “ฟิสฟูล เดธ” หรือต่อมาในชื่อ “มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาชุมชนกรุณา (มสชก.)” โดยขยายงานโครงการชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี ซึ่ง

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.



<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

เป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตที่ดีระยะยาวให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในสังคมไทย ด้วยการสร้างความตระหนักรู้แก่สาธารณะ ผ่านการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะผู้เกี่ยวข้องและจิตอาสา และการขยายผลเชิงปฏิบัติการชุมชนกรุณาไปทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า การพัฒนาชุมชนกรุณาของมสช.ยังคงเป็นลักษณะการกระจายตัวในกลุ่มคนเล็กๆ ที่มีความสนใจอย่างไม่เป็นทางการ ในขณะที่ การพัฒนาชุมชนกรณาร่วมกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นทางการยังคงมีไม่มากนัก

3. เกราล่าโมเดล (Kerala Model) : ปฏิบัติการส่งมอบการดูแลแบบประคับประคอง

รูปแบบชุมชนกรุณาของรัฐเกราลา (Kerala) หรือรัฐเกรละ ทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย หรือ “เกราล่าโมเดล” เป็นต้นแบบของการดูแลแบบประคับประคองในระดับชุมชน (community-based palliative care) แก่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาของ WHO และถือเป็นชุมชนกรุณาแห่งแรกของโลก ที่เป็นรูปแบบการปฏิบัติการพัฒนาชุมชนจากล่างขึ้นบนในการดูแลแบบประคับประคอง (bottom-up community development in palliative care) ในรูปหุ้นส่วนการทำงานระหว่างคนในชุมชนหลากหลาย อาชีพกับตัวแทนองค์กรหลักของชุมชน รวมตัวกันเป็นกลุ่มจิตอาสา ช่วยกันจัดตั้งและดำเนินการศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (palliative care center) ขึ้นในแต่ละชุมชน งานของศูนย์ดูแลแบบประคับประคองในชุมชนมีบริการที่หลากหลายและขยายขอบเขตไปไกลกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การจัดอาหารให้ครอบครัวผู้ป่วยที่ยากจน การสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับเด็กในครอบครัวที่ยากจน การฝึกอบรมอาชีพ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การประสานให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสิทธิสวัสดิการที่รัฐจัดให้ เป็นต้น เกราล่าโมเดลจัดเป็นการดูแลแบบประคับประคองอย่างไม่เป็นทางการ ที่เกิดขึ้นจากการริเริ่มและสนับสนุนขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ชื่อ “Institute of Palliative Madecine (IPM)” โดยแต่ละชุมชนจะรวมตัวช่วยเหลือกันในรูปเครือข่ายภายใต้ชื่อ “เครือข่ายเพื่อนบ้าน สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง (Neighborhood Network for Palliative Care : NNPC)” ที่มีสมาชิกองค์กรเครือข่ายรวม 60 องค์กร ครอบคลุมสมาชิกปัจเจกอาสาสมัครกว่า 12 ล้านคน ถือเป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของภาคประชาชนที่ใหญ่ที่สุดในโลก ซึ่งมีกลุ่มแพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนวิชาการทางคลินิก และทำงานร่วมกับภาครัฐส่วนท้องถิ่น ความเป็นเจ้าของเครือข่าย NNPC ของชุมชน สะท้อนให้เห็นจากทุนดำเนินการส่วนใหญ่ที่มาจากกระดมทุนจากคนในท้องถิ่น การเห็นพ้องต้องกันถึงความต้องการจำเป็นของการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และร่วมกันอุทิศตนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพึ่งพาตนเองของชุมชน จนเติบโตเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยรับบริการมากกว่า 2,500 คนต่อสัปดาห์ และขยายขอบเขตการให้บริการต่อเนื่องทุกๆปี (Libby, Suresh and Mathews, 2010) ส่งผลให้รัฐเกราลาเป็นรัฐที่มีการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองให้กับประชากรของรัฐได้มากถึงกว่าร้อยละ 90 คิดเป็นสัดส่วนของประชากรร้อยละ 3 ของประชากรอินเดียทั้งประเทศ Kumar (2013) สรุปปัจจัยความสำเร็จของชุมชนกรุณาของรัฐเกราลา ได้แก่ 1) ความตระหนักรู้ของสาธารณชนในเรื่องความจำเป็นของการบริการการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน ซึ่งเป็นผลจากการแสดงบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยของหน่วยงานภาครัฐในระดับอำเภอ และการสร้างความตระหนักรู้จากสื่อท้องถิ่น 2) การตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายเรื่องกระจายอำนาจการปกครอง 3) บทบาทนำของพยาบาลในการทำให้การดูแลที่บ้านผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ เกราล่าโมเดลจึงเป็นกลยุทธ์การพัฒนาของการ “หันกลับสู่ชุมชน (community turn)” ซึ่งถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมของการร่วมมือร่วมใจกัน ที่เป็นการผสมผสานรูปแบบ “จากล่างขึ้นบน (down to top)” เข้ากับรูปแบบ “จากบนลงล่าง (top to down)”

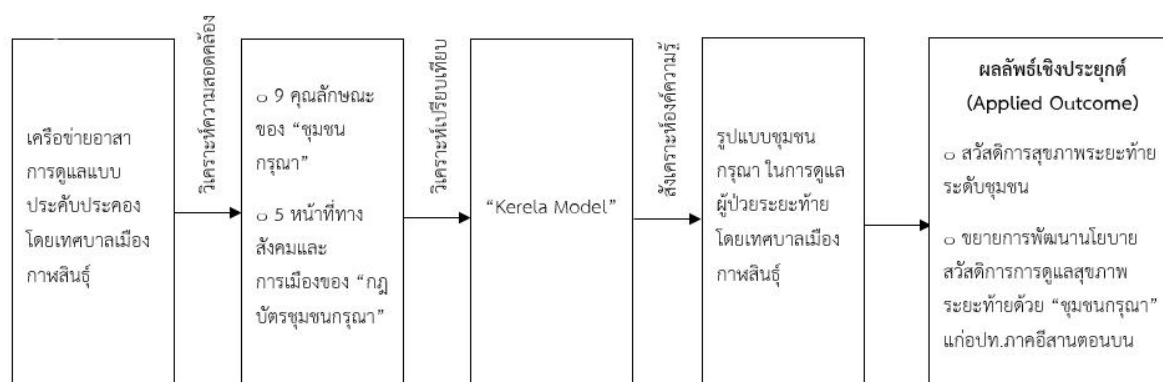
Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>

โดยมี NNPC เป็นเสมือนเครื่องมือการพัฒนาชุมชน เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อร่วมกันสร้างสวัสดิการสุภาพพื้นฐานที่จำเป็นของคนในชุมชนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methods)

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเครือข่ายอาสาเป็นกลุ่มเดียวในภาคอีสาน ที่มีการรวมตัวกันทำงานอาสาเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 สอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรุณา จึงเลือกพื้นที่วิจัยนี้ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ในเครือข่ายอาสาการบริการแบบประคับประคองโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์แบบเจาะจง (purposive sampling) รวม 36 คน ประกอบด้วย 1.1) กลุ่มแกนนำหลักกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำดำ และผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ 11 คน 1.2) กลุ่มภาคีหลัก ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม หน่วยดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชุมชน ภาคธุรกิจเอกชนและองค์กรการกุศล 18 คน และ 1.3) กลุ่มจิตอาสาจากครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ จำนวน 4 ครอบครัว รวม 7 คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ศึกษา 3 คน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงกรณีศึกษา (Case Study Research Method) ใช้กรณีศึกษาเครือข่ายอาสาการบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ (Kalasin Municipality's voluntary palliative care network) เป็นต้นแบบ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธีหลัก ได้แก่ 2.1) ศึกษาข้อมูลเอกสารทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง แนวคิดชุมชนกรุณา และชุมชนกรุณาในรัฐเกรลา เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 2.2) วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ใช้เทคนิคการอ้างอิงต่อเนื่องหรือแบบลูกโซ่ (snowball or chain sampling) และใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลโดยวิธีการโยงสามเส้า (triangulation) ในการทวนสอบข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ปรากฏการณ์และสังเคราะห์รูปแบบชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และ 2.3) สนทนาเฉพาะประเด็น (focus group discussions) กับ 2.3.1) แกนนำเครือข่ายอาสา

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.



<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

โดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบชุมชนกรุณาเมืองกาฬสินธุ์ และ 2.3.2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ศึกษาและผู้เกี่ยวข้องหลักในพื้นที่ศึกษา เพื่อนำผลการสังเคราะห์ที่ได้ ไปทวนสอบความถูกต้อง

3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ด้วยการตีความแบบอุปนัย (analytic induction) จากข้อค้นพบในพื้นที่กรณีศึกษาเพื่อสร้างข้อสรุป มาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับคุณลักษณะสำคัญของเมืองกรุณา 9 คุณลักษณะ และหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครองของกฎบัตรเมืองกรุณา 5 ประการ และวิเคราะห์เปรียบเทียบ (comparative analysis) แนวทางการพัฒนาชุมชนกรุณาระหว่างเครือข่ายอาสาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์กับ “เกราลาโมเดล”

3.2 สังเคราะห์รูปแบบชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ จากการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย (Research Results)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า กรณีเครือข่ายอาสาบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีความสอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของชุมชนหรือเมืองกรุณาทั้ง 9 ลักษณะ และสอดคล้องกับหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครองของกฎบัตรเมืองกรุณาครบทั้ง 5 ประการ โดยสรุป คือ

1. ความสอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของชุมชนหรือเมืองกรุณา

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษาชุมชนกรุณาของรัฐเกราลากับชุมชนกรุณาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์

รัฐเกราลา	เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์
คุณลักษณะที่ 1 มินโยบายการดูแลสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญกับความกรุณา	
นโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็น “สิทธิมนุษยชน” กระจายอำนาจให้สถาบันปกครองภาคีส่วนท้องถิ่น (LSGIs) ทำงานร่วมกับ “เครือข่ายเพื่อนบ้าน” สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง (NNPC) มีหลักทำงานสร้างความตระหนักรู้ “ร่วมทุกข์ร่วมสุข” ของคนในชุมชน มีอิสระจากการพึ่งพาแหล่งทุนภายนอก	นโยบายเมืองสุขภาวะ ยุทธศาสตร์สร้างชุมชนเข้มแข็ง พลเมืองร่วมพัฒนา และพัฒนาระบบสุขภาพเอื้ออาทรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และโครงการจิตอาสาดี สร้างสุขที่ปลายทางชีวิต บรรลุในแผนพัฒนาท้องถิ่นระหว่างปีงบประมาณ 2562 – 2567 ต่อเนื่องนับแต่พ.ศ.2561 ที่เกิดจากการขยายผลธรรมนูญสุขภาพชุมชน
คุณลักษณะที่ 2 ตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยด้วยโรคคุกคามถึงชีวิตและผู้ประสบความสูญเสีย	
ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม (psychosocial need) และความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในรูปศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ตอบสนองความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน	หลักการทำงานยึดมั่นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจและสังคม สิทธิของผู้ป่วยฯ นำไปสู่ศักดิ์ศรี “การตายดี” มีบทบาทเป็นที่พึ่งสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัวผ่านความทุกข์ทางจิตใจ ช่วยประคับประคองยามทุกข์ รวมถึงช่วยเหลือความเดือดร้อนขั้นพื้นฐานทำให้ความต้องการเสียชีวิตที่บ้านเป็นจริง
คุณลักษณะที่ 3 ตระหนักถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม	
ให้บริการดูแลสอดคล้องกับความเชื่อทางศาสนา ยึดถือจารีตปฏิบัติ ไม่เลือกปฏิบัติจากความแตกต่างในการนับถือศาสนา เพศสภาพ ชนชั้นวรรณะ ฯลฯ	ให้บริการแบบไม่เป็นทางการ มีพลวัตปรับเปลี่ยน ขยายงานตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประยุกต์คำสอนของพุทธศาสนาเรื่อง พรหมวิหาร 4 ความเชื่อเรื่อง “บุญ” และการปฏิบัติของชุมชนอีสานสำหรับคนใกล้ตาย
คุณลักษณะที่ 4 มินโยบายและแผนงานของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องการดูแลแบบประคับประคองและความสูญเสีย	

Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>

รัฐเกราลา	เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์
มีทั้งแผนปฏิบัติการระยะสั้น (ฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ และจิตอาสาของภาครัฐส่วนกลางและท้องถิ่น และเตรียมความพร้อมเรื่องยาระงับปวด) และแผนระยะยาว (พัฒนาระบบกำกับมาตรฐานระบบฐานข้อมูล ระบบการศึกษา ฯลฯ)	แผนปฏิบัติการของนโยบายเมืองสุขภาวะเพิ่มโครงการวันชุมชนกรุณา โครงการการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้นำจิตอาสา มีกองสวัสดิการสังคมเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
การบริการแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่รัฐเกราลาจัดให้ประชาชนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย	เครือข่ายอาสาช่วยสร้างความเข้าใจของภาคส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานบริการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และพัฒนาระบบงานอย่างไม่เป็นทางการขึ้น
คุณลักษณะที่ 5 สนับสนุนให้ชุมชนเข้าร่วมหรือมีประสบการณ์หลากหลายในการสนับสนุนช่วยเหลือกัน	
การปฏิบัติงานมีความยืดหยุ่นและระดม “สรรพกำลัง” ของชุมชนสมาชิกเครือข่าย	เครือข่ายอาสาช่วยเปิดพื้นที่สาธารณะของการแสดงน้ำใจ พึ่งพาอาศัยกัน การปฏิบัติงาน “ร่วมด้วยช่วยกัน” มีความยืดหยุ่นตามโอกาส ความสามารถที่มีของสมาชิกเครือข่าย
คุณลักษณะที่ 6 ส่งเสริมและสนับสนุน “การดำรงอยู่” ของคนกลุ่มน้อยในชุมชน และการรำลึกถึงความสูญเสียที่สำคัญของชุมชน	
สร้างการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพระยะท้ายของกลุ่มคนเปราะบาง ทำให้จำนวนคนเปราะบางในรัฐเกราลาเข้าถึงบริการได้มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับรัฐอื่นๆ ในประเทศอินเดีย	กลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการคือ คนเปราะบาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะท้าย กลุ่มผู้ป่วยพิการระยะท้าย กลุ่มผู้ป่วยคนไร้บ้านระยะท้าย ฯลฯ
มีงานประจำปี “IPM Curious Palliative Care Carnival” ของ IPM องค์การที่ปรึกษา LSGIs เพื่อสร้างความตระหนักในการรำลึกถึงความตายและความสูญเสีย โดยเฉพาะแก่เยาวชนให้เป็นการสำคัญ สร้างการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพระยะท้ายในระดับสากล ร่วมขับเคลื่อนสังคม]	มีกิจกรรมสื่อสารรำลึกความสูญเสีย จัดขึ้นตามประเพณีวัฒนธรรมอีสาน แต่ยังไม่พัฒนาเชื่อมโยง เพื่อประโยชน์ต่อการสร้างความตระหนัก ความสำคัญของเรื่องนี้ให้คนในชุมชน
คุณลักษณะที่ 7 จัดบริการการดูแลแบบประคับประคองและการสูญเสียให้ทั่วถึง และเข้าถึงง่าย	
ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองประคับประคองตั้งในชุมชน และดำเนินงานโดยอาสาสมัครที่เป็นคนในชุมชน	สื่อสังคมออนไลน์ทุกช่องทางของเทศบาลฯ
กรณีโปรแกรมการดูแลที่บ้านของศูนย์ TIPS ขององค์กร “Pallium India” (หนึ่งในสมาชิก NNPC) จัดระบบบริการโดยแบ่งเป็น 20 โซน แต่ละโซนมี “ศูนย์ประสานงาน (Linking Centre)” โดยอาสาสมัครในพื้นที่ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน และประสานงานเจ้าหน้าที่รัฐท้องถิ่น หรือบุคลากรสุขภาพเมื่อเยี่ยมบ้าน	โทรศัพท์สายด่วนและโปสเตอร์ แอปพลิเคชัน Call Me Back สื่อท้องถิ่น (หอกระจายข่าว และวิทยุชุมชน) สื่อสารแบบ “ซึ่งหน้า (face to face)” หรือบอกต่อแบบ “ปากต่อปาก” การสื่อสารโดยสมาชิกเครือข่ายอาสาฯ
คุณลักษณะที่ 8 ตระหนักและมีแผนการดูแลกลุ่มคนเปราะบางทางเศรษฐกิจ	
กลุ่มเป้าหมายหลักของการบริการคือ กลุ่มคนเปราะบาง ให้บริการยืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และระดมทรัพยากรระหว่างกันของเพื่อนในเครือข่าย	โครงการจิตอาสาดี มีเกณฑ์ให้ความช่วยเหลือการจัดงาน ฅาปนกิจศพตามเศรษฐฐานะ ขยายผลเชิงปฏิบัติกลไก “พระคิลาธรรม” ของภาครัฐ ช่วยให้เข้าถึงสิทธิบริการทางสังคมอื่นๆ นอกเหนือจากสิทธิสุขภาพ เช่น สิทธิในการรับเงินช่วยเหลือเพื่อซ่อมแซมบ้านพักอาศัยตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฯลฯ
คุณลักษณะที่ 9 อนุรักษ์และสนับสนุนภูมิปัญญาทางจิตวิญญาณและเรื่องเล่าของชุมชน ให้เป็นเครื่องมือหนึ่งของการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองและการสูญเสียในชุมชน	
ใช้แนวคิดเรื่องเล่าของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ใช้หลักคำสอนทางศาสนาและประเพณีวัฒนธรรมความเชื่อท้องถิ่น

ที่มา : จิรพรรณ นฤภัทร (2568)

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายอาสาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์มีความสอดคล้องกับ “เกราล่าโมเดล” โดยเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม หากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายระดับชาติใน



Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.
https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682

การพัฒนาชุมชนกรรณาเพื่อการดูแลระยะท้าย ดังเช่นรัฐบาลรัฐเกราลา จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยในระดบชุมชน และขยายการเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ครอบคลุม ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

2. ความสอดคล้องกับหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครองของธรรมนูญเมืองกรรณา ปฏิบัติการขับเคลื่อนทางสังคมและการเมืองเกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติ สิ่งสมเป็นองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ความไวเื้อเชื่อใจ ความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ร่วมของเครือข่ายอาสาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ โดยเฉพาะสมาชิกจำนวนมากของเครือข่ายอาสาฯ ที่เป็นกลุ่มคนจากครอบครัว ญาติพี่น้องหรือกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยระยะท้ายผู้เคยได้รับบริการอาสานี้ได้ร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชนฯคือ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวม ทำให้เข้าใจสถานการณ์ของโรค ที่จะเื้อไปสู่การยอมรับความตายและการเตรียมตัวตายได้ และสร้างการเข้าถึงสิทธิการดูแลสุขภาพระยะท้าย คินศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิการตายดีให้กับผู้ป่วยากกลุ่มคนเปราะบาง (เช่น ผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงหรือผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นคนไร้บ้าน ฯลฯ) 2) เทศบาลฯได้แสดงหน้าที่การดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตปกครอง ด้วยการพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคม (social protection system) ในชุมชนฯ ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพระยะท้ายในชุมชนเชื่อมกับระบบบริการสุขภาพที่เป็นทางการจากโรงพยาบาล ขยายงานการดูแลพระสงฆ์อาพาธระยะท้าย และยังช่วยสร้าง “หุ้นส่วนการพัฒนาชุมชน (community partnership)” พัฒนาทุนมนุษย์ (human capital) สร้างวัฒนธรรมความตายพูดได้ การเตรียมตัวตายในชุมชนฯ และ 3) ภาคส่วนสาธารณสุขได้พัฒนาความสัมพันธ์ความเข้าใจ และการยอมรับ ให้เกียรติกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและภาคประชาชนจิตอาสา อีกทั้งการทำงานของจิตอาสายังช่วยลดภาระงานการดูแลผู้ป่วยฯด้วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบแผนการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรรณาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ มีโครงสร้างการบริหารจัดการอย่างโดยคณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วยตัวแทนจาก 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ จากเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน มีบทบาทหลักในการสร้างและกำกับคุณภาพมาตรฐานการบริการ และมีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้แนวคิดชุมชนกรรณาจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในระบบบริการแบบประคัประคอง 2) เพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการพัฒนาแนวคิดชุมชนกรรณา และ 3) เพื่อสนับสนุนการขยายผลในเชิงรูปธรรมของแนวคิดชุมชน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 จากการวิจัยพบข้อเสนอแนะทั้งในเชิงปฏิบัติและเชิงนโยบาย กล่าวคือ เชิงปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรรณาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และเชิงนโยบาย คือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดโครงสร้างและกลไกเพื่อสร้างการรับรู้และระดมทรัพยากรสนับสนุนกว้างขวาง ให้เป็นรากฐานจริยธรรมของชุมชนจากความกรรณา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมและสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย (Research Discussion)

การศึกษาวิจัยเครือข่ายอาสาบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในระบบบริการแบบประคัประคอง ถือเป็นหุ้นส่วนบริการสังคม (social service partnership) มีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพในมิติสังคม (social aspect of care) ร่วมกันขับเคลื่อนสังคม (social action) จากการระดมทรัพยากรในชุมชน ทำให้เกิดเป็น “พลัง (synergy)” พบความสอดคล้องกับแนวคิดชุมชนกรรณาในเรื่องคุณลักษณะสำคัญของชุมชนกรรณา เมื่อเปรียบเทียบกับ “เกราลาโมเดล” ของรัฐเกราลา ประเทศอินเดีย ในขณะที่ ข้อจำกัดที่พบเรื่องรูปแบบการทำงานเชิงรับ ขาดกิจกรรมหนุนเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติแก่

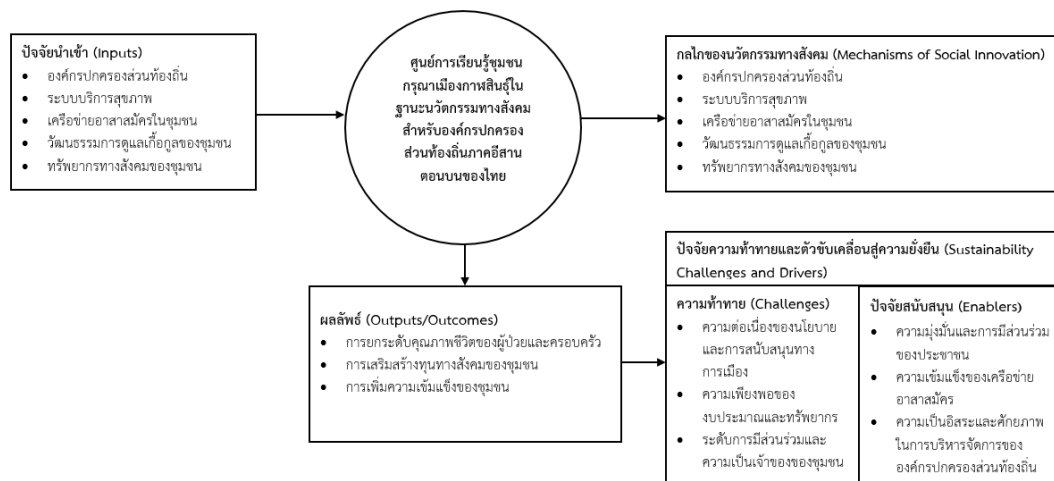
Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรรณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคัประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรรณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>

เยาวชน ยังคงเป็นความท้าทายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความยั่งยืน การขยายบริการและประสิทธิภาพการบริการของชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ทั้งนี้ การทำงานเชิงรุก หรือคือการแทรกแซงอาการ (เจ็บป่วย) นับแต่เริ่มต้น (early intervention) เพื่อลดทอนความอันตราย (harm reduction) ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยๆ ถือเป็นเป้าประสงค์สำคัญประการหนึ่งของแนวคิดชุมชนกรุณา ในส่วนของความสอดคล้องกับเรื่องหน้าที่ทางสังคมและการเมืองการปกครองของกฏบัตรเมืองกรณานั้น เกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำหน้าที่ทางสังคมและการเมืองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะ “เจ้าภาพหลัก (main actor)” ในการสร้างปัจจัยเอื้อต่างๆ ทั้งการพัฒนาศักยภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การฟื้นคืนทุนทางสังคมเดิมและสร้างทุนทางสังคมใหม่ การจัดสรรงบประมาณ หรือจัดสรรสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์จำเป็นต่างๆ เกิดเป็นนโยบายสวัสดิการสุขภาพระยะท้ายร่วมกันกับคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ส่งเสริมบริการดูแลแบบประคับประคองให้กลุ่มคนเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการฯในยามต้องการ

ความรู้ใหม่ (New Knowledge)



ภาพที่ 2 ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนกรุณาเมืองกาฬสินธุ์ในฐานะนวัตกรรมทางสังคม

นวัตกรรมทางสังคมของชุมชนกรุณาจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในการบริการแบบประคับประคอง โดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ในรูป “ศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรุณาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์” ทำหน้าที่เสมือน “องค์กรณรงค์ สนับสนุน (advocacy organization)” แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย สร้างความตระหนักเรื่องความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองบนฐานของชุมชน ศูนย์การเรียนรู้ฯจึงเป็นพัฒนาการเชิงรูปธรรมของการประกาศต่อสาธารณะ แสดงความร่วมมื้อมีใจ ความพร้อมและความภาคภูมิใจของคนเมืองกาฬสินธุ์ในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเรื่องความตายและการสูญเสีย อย่างไรก็ดี ยังคงมีปัจจัยท้าทาย โดยเฉพาะเรื่องเจตจำนงของคนในชุมชนในความมุ่งมั่นต่อเนื่อง โดยไม่อิงกับการสนับสนุนของภาคการเมืองท้องถิ่น กอปรกับการไม่มีโครงสร้างกฎหมายรองรับการดำเนินงานดังกล่าวในปัจจุบัน ที่ล้วนเกี่ยวข้องกับเรื่องความยั่งยืนของศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรุณาในระยะยาว

Citation : Naruepatr, J. (2026). The Model Development of Compassionate Communities in Thailand from the Study of



Kalasin Municipality's Community-Based Palliative Care System for the End-of-Life Elderly Patients and their Families. *Journal of Local Governance and Innovation*, 10(1), e296682.

<https://doi.org/10.65205/jlgisrru.2026.e296682>

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Research Suggestions)

ข้อเสนอแนะทั้งในเชิงปฏิบัติและเชิงนโยบายคือ 1) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ การบริหารจัดการศูนย์เรียนรู้ชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1.1) ควรส่งเสริมหลักความโปร่งใสในการทำงาน (transparency) ส่งผลต่อความไว้วางใจทั้งกับผู้ปฏิบัติงานกันเองและกับคนในชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ และส่งผลต่อประสิทธิภาพงาน โดยยึดหลัก SMART คือ การมีเป้าหมายชัดเจน วัดผลได้ มีผู้รับผิดชอบงานตามเป้าหมาย และมีกรอบการทำงานที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว 1.2) ควรมีการพัฒนาคู่มือหรือหลักสูตรการอบรมจิตอาสาชุมชนกรุณา ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมชุมชน 1.3) ควรพิจารณาการจัดระบบนิเวศ (ecosystem) โดยรวมของชุมชน ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีและยั่งยืน (นอกเหนือจาก “นิเวศชุมชนกรุณา”) ดังเช่นการจัดการนิเวศแวดล้อมทางกายภาพ (healthy environment) ซึ่งเป็นการทำงานในภาพรวมของการดูแลสุขภาพ (health care) 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อยกระดับคุณค่าจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวที่เทศบาลได้เริ่มขึ้นแล้ว ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน กล่าวคือ เทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ควรจัดระบบโครงสร้างและกลไกเพื่อสร้างการรับรู้และระดมทรัพยากรสนับสนุนจากภาคส่วนอื่น ๆ ในพื้นที่อย่างกว้างขวาง ขยายผลความร่วมมือที่ได้ช่วยสร้างความไว้วางใจ การรับรู้และความเข้าใจในเงื่อนไขปัจจัยต่าง ๆ ที่มีของชุมชน นำไปขยายผลต่อการทำงานร่วมกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตหลากหลายมิติของท้องถิ่น (เช่น การศึกษา เศรษฐกิจ) ที่เป็นเรื่องการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในภาพรวม

เอกสารอ้างอิง (References)

- จิรพรรณ นฤภัทร. (2563). ทูทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในรูปแบบระบบบริการแบบประคับประคอง (Palliative Care Service) ของกลุ่มจิตอาสาเมืองน้ำคำและเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์จังหวัดกาฬสินธุ์.
- พีสพูล เดธ (Peaceful Death). (2564). ถอดบทเรียนชุมชนกรุณา “การทำงาน Community Palliative Care”, 29 กุมภาพันธ์ 2567.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และคณะ. (ธันวาคม 2567). การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล. AGING FOCUS มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2563). นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. www.nationalhealth.or.th
- เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, ปองกมล สุรัตน์, ฐนิตา อภิชนะกุลชัย และ อัจฉรา ตะนะสุข. (2562). ชุมชนกรุณานิยมใหม่ของ สังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา
- Kellehear, A. (1999). Health-promoting palliative care: Developing a social model for practice. *Mortality*, 4(1), 75–82. <https://doi.org/10.1080/713685967>
- _____. (2005). *Compassionate Cities: Public health and end-of-life care*. New York: Routledge.
- Kitreerawutiwong K., Kitreerawutiwong N., Keeratisiroj O., Mekrungrongwong S., Thongkhamcharoen R., & Raksataya A. (2025). Assessment Palliative Care Needs in Two Rural Communities in Thailand Through a Household Survey in *Journal of the Medical Association of Thailand*. 108 (7). 580–587
- Kumar, S. (June 2013). Model of Delivery Palliative Care and End-of-Life Care <http://www.supportiveandpalliativecare.com/>
- Sallnow L., Kumar S., & Numpeli M. (February 2010). Home-based Palliative Care in Kerala, India : The Neighbourhood Network in Palliative Care in Progress in *Palliative Care*.18(1). 14-17.
- World Health Organization. (2021). Palliative care. Retrieved from

Citation : จิรพรรณ นฤภัทร. (2569). การพัฒนารูปแบบ “ชุมชนกรุณา” ในบริบทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและครอบครัวในระบบ



บริการแบบประคับประคองขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาชุมชนกรุณาโดยเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 10(1), e296682. <https://doi.org/10.65205/jlgsrru.2026.e296682>