

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบ

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์

Caring for Dependent Elderly and the Development of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province

วนมพร พาหนะนิษฐ์^{1*} เสรี มัลทอง² และ สุพัตรา วะยะลุน³

Wanomporn Pahanit^{1*} Seri Malthong² and Suphattra Wayalun³

^{1*} คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์;

Faculty of Humanities and Social Sciences, Surin Rajabhat University;

*Corresponding Author; e-mail : wanompornpahanit@gmail.com

² สำนักศิลปะและวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์; Office of

Arts and Culture, Surindra Rajabhat University; e-mail : Seree.man@vru.

ac.th

³ คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์; Faculty of

Industrial Technology, Surindra Rajabhat University; e-mail : Suphatra@

srru.ac.th

Received : March 4, 2026; Revised : June 12, 2026; Accepted : June 15, 2026

บทคัดย่อ (Abstract)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องเผชิญภาระทางกาย จิตใจ และสังคม งานวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจตามลำดับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ และทดลองใช้พร้อมประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในบริบทชุมชนท้องถิ่น จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลในตำบลจิกแดก จำนวน 50 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถและความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที (Paired t-test) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า สภาพการดูแลในพื้นที่มีลักษณะเฉพาะ คือ ครอบครัวโดยเฉพาะลูกสาวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในขณะที่เครือข่ายชุมชน 7 รูปแบบทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนสำคัญ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.38) โดยมีปัญหาด้านสุขภาพกายเป็นประเด็นท้าทายสูงสุด รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพ

Citation : วนมพร พาหนะนิษฐ์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วะยะลุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

ผู้ดูแลอย่างองค์รวมทั้งมิติจิตใจ ทักษะ และสังคม ภายหลังการทดลองใช้ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับน้อย (Mean = 47.22, S.D. = 7.24) สู่ระดับมาก (Mean = 70.39, S.D. = 9.67) ขณะที่ระดับความเครียดลดลง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนและนโยบายต่อไปได้

คำสำคัญ (Keywords) : การดูแลผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, รูปแบบการดูแลสุขภาพ, การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The increasing number of dependent older adults in communities has placed physical, psychological, and social burdens on families and caregivers. This sequential exploratory mixed-methods study aimed to analyze the caregiving situation for dependent elderly individuals, develop a health care model, and evaluate the model's effectiveness within the local community context of Surin Province. The sample consisted of 50 purposively selected dependent elderly individuals and their caregivers in Chikdaek Subdistrict. Research instruments included a quality of life assessment, in-depth interview guide, and caregiver self-efficacy and stress scales. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis. Findings revealed that local caregiving was characterized by family members, particularly daughters, serving as primary caregivers, supported by seven forms of community networks. The overall quality of life of the elderly was at a moderate level (Mean = 2.97, S.D. = 0.38), with physical health challenges identified as the most critical concern. A 7-component care model was developed to holistically empower caregivers across psychological, practical, and social dimensions. Following implementation, caregivers' perceived self-efficacy significantly increased from a low level (Mean = 47.22, S.D. = 7.24) to a high level (Mean = 70.39, S.D. = 9.67), while stress levels declined. These findings suggest that the developed model can serve as a practical framework for advancing community-based long-term care systems and informing related policies.

Keywords : Elderly Care, Dependency, Health Care Model, Caregiver Empowerment, Community Participation

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) อย่างเป็นทางการ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2583 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความต้องการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้รัฐบาลจะได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ [DOP], 2023) แต่ความสำเร็จในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนห่างไกลยังคงเผชิญกับความเสี่ยงและความเปราะบางทางสุขภาพ แม้ครอบครัวจะยังคงเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุตามจารีตสังคมไทย แต่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งการย้ายถิ่นฐานของแรงงาน การลดลงของขนาดครัวเรือน และการะทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ได้ทำให้ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดน้อยลง ผู้ดูแลหลักซึ่งมักเป็นสมาชิกครอบครัวเพศหญิงต้องแบกรับภาระทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและกระทบต่อคุณภาพการดูแลในที่สุด (นิขารีย์ ใจคำวัง, 2562; ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการและตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งเอื้อต่อการศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ประกอบกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชนที่มีรากฐานจากกลุ่มชาติพันธุ์เขมร-ไทยซึ่งมีระบบการพึ่งพาอาศัยกันเครือญาติและชุมชนที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยแรงงานออกสู่เมือง ได้ทำให้โครงสร้างการดูแลในชุมชนเกิดความไม่สมดุล ขณะที่โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกลยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร (ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565) การศึกษาในบริบทของสุรินทร์จึงมีความสำคัญในการสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่เป็นตัวแทนของจังหวัดในภูมิภาคซึ่งมีลักษณะสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน

งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในตำบลจิกแดก อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ เพื่อทำความเข้าใจพลวัตการดูแลทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ทั้งในการพัฒนาระบบ

Citation : วานมพร พาพะนิษฐ์, เสรี มาลทอง และสุพัตรา วยะลุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ



สุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

การดูแลระยะยาวในระดับชุมชน และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับภูมิภาคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และบทบาทของชุมชนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเครื่องมือประเมินผลที่สามารถนำไปใช้ยกระดับคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลได้
3. เพื่อนำรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลกรอบแนวคิดในการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม (Literature Review)

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและบทบาทของผู้ดูแลในประเทศไทย

การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยได้นำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ งานวิจัยของ ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) พบว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยยังขาดความเป็นบูรณาการระหว่างบริการด้านสุขภาพและสังคม ทำให้คุณภาพการดูแลในระดับชุมชนยังไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพบว่าผู้ดูแลหลักต้องเผชิญผลกระทบหลากหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนระบบสนับสนุนจากภาครัฐ นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและความเครียดสะสมของผู้ดูแลเอง (นิชาธิย์ ใจคำวัง, 2562)

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เป็นกรอบการวิจัย

การทำความเข้าใจปรากฏการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างรอบด้านจำเป็นต้องอาศัยกรอบทฤษฎีที่บูรณาการกันจากหลายแขนง งานวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีทางสังคมวิทยาผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์แบบเชื่อมโยง ดังนี้

ในมิติของผู้สูงอายุเอง ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของ Havighurst (1961) เสนอว่าการสูงวัยอย่างมีคุณภาพเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อทดแทน



บทบาทที่สูญเสียไปตามวัย ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับความสำคัญของเครือข่ายชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุและกลุ่มอาสาสมัคร ที่ทำหน้าที่เป็นพื้นที่ทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ขณะเดียวกัน ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ของ Atchley (1989) ให้ฐานทางทฤษฎีสำคัญในการอธิบายว่าเหตุใดรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิผลจึงต้องคำนึงถึงบริบทและวิถีชีวิตดั้งเดิมของผู้สูงอายุในชุมชน มากกว่าการนำแนวทางมาตรฐานจากภายนอกมาใช้โดยตรง

ในมิติของระบบการดูแล ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ Antonucci (1990) อธิบายว่าเครือข่ายทางสังคมทำหน้าที่เป็น "กันชน" (Buffer) ที่ช่วยลดผลกระทบของความเครียดและภาวะเจ็บป่วย ทฤษฎีนี้เชื่อมโยงกับทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีความต่อเนื่องในแง่ที่ว่า การรักษาเครือข่ายสังคมและวิถีชีวิตที่คุ้นเคยไว้ได้คือรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ทรงพลัง โดยงานวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบ "วงใน-วงนอก" ของทฤษฎีนี้ในการวิเคราะห์โครงสร้างการดูแลที่ครอบคลุม ทำหน้าที่เป็นวงในและชุมชนทำหน้าที่เป็นวงนอก ซึ่งการเสริมความเข้มแข็งให้ทั้งสองวงพร้อมกันคือหัวใจของการพัฒนารูปแบบการดูแลในงานวิจัยนี้

ในมิติของกระบวนการพัฒนา แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ทำหน้าที่เป็นปรัชญาเชื่อมทั้งสองทฤษฎีข้างต้นเข้าสู่การปฏิบัติ กล่าวคือ การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการดูแล ไม่เพียงแต่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมทางสังคม แต่ยังตอบสนองต่อบริบทและความต่อเนื่องของวิถีชีวิตชุมชนตามทฤษฎีความต่อเนื่อง และเสริมสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีของ Antonucci ในคราวเดียวกัน

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและช่องว่างความรู้

งานวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้นได้ทดลองพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลในบริบทของประเทศไทย โดย วิยะดา รัตนสุวรรณ และประภาลี โอภาสนันท์ (2561) ได้พัฒนา RAISING Model สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลักด้านการสะท้อนคิดเชิงบวก การสร้างกลุ่มเพื่อน และกลยุทธ์เผชิญความเครียด และพบว่าสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลและลดความเครียดของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในด้านการบูรณาการมิติทางสังคมและบทบาทของชุมชนท้องถิ่นเข้าสู่รูปแบบการดูแลอย่างเป็นระบบ รวมถึงยังขาดการศึกษาในบริบทของชุมชนที่มีลักษณะวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคมเฉพาะอย่างพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ช่องว่างความรู้ดังกล่าวคือจุดที่งานวิจัยนี้มุ่งเติมเต็ม ด้วยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บูรณาการทั้งมิติจิตใจ ทักษะ และสังคม โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทเฉพาะของจังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยล่าสุดของนฤมล โสรัจจ์ และคณะ (2568) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในบริบทชุมชน และ จิระพงษ์ (2568) ที่ยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอย่างเป็น

Citation : วานมพร พาหะนิษฐ์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะลุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

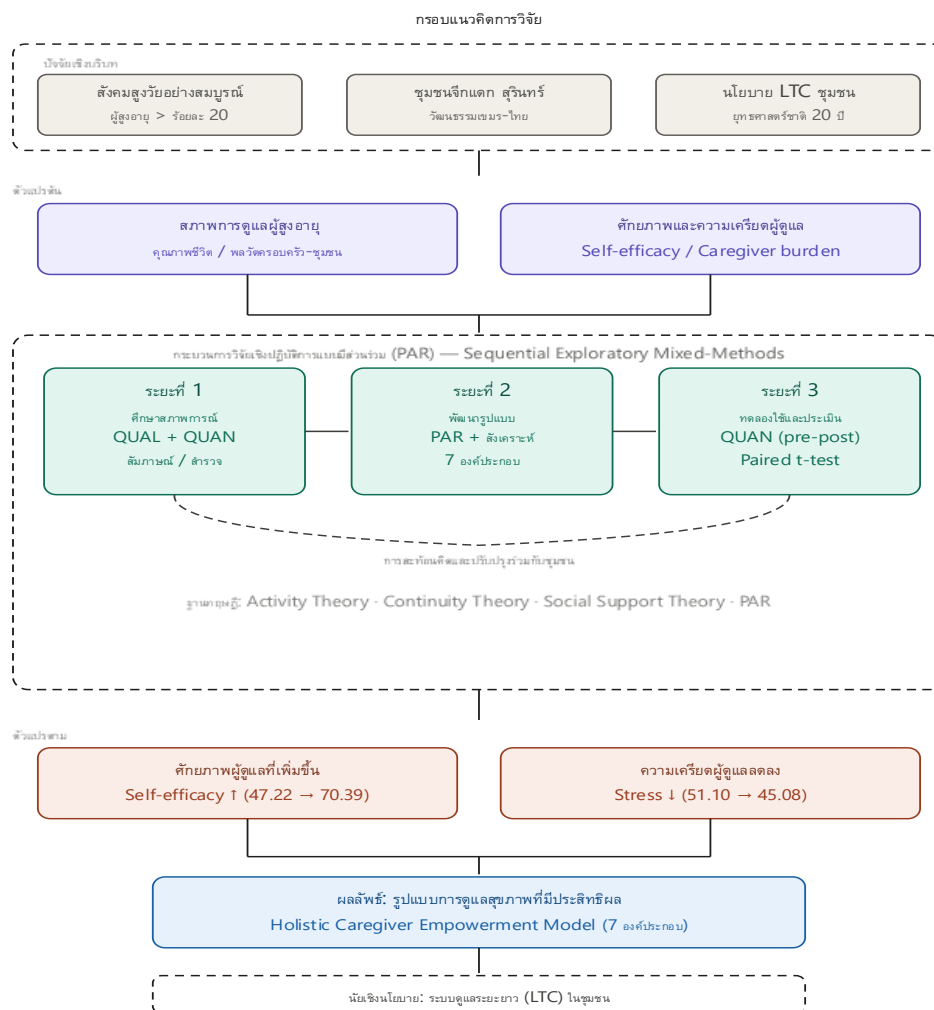


สุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

ระบบส่งผลให้ศักยภาพผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ ทงศ์ ดวงมุกพะเนา และคณะ (2568) ที่พบผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในลักษณะเดียวกัน ยืนยันว่าแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลแบบองค์รวมสามารถนำไปใช้ได้ผลในหลากหลายบริบทของชุมชนไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยแนวทางที่บูรณาการทั้งมิติทฤษฎีและบริบทพื้นที่ไปพร้อมกัน โดยมองผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นหน่วยการดูแลที่แยกจากกันไม่ได้ และให้ชุมชนมีบทบาทเชิงรุกในกระบวนการพัฒนา งานวิจัยนี้จึงได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาเป็นฐานในการออกแบบการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนในจังหวัดสุรินทร์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงทฤษฎี

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development



of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methods)

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเชิงสำรวจตามลำดับ (Sequential Exploratory Mixed-Methods Design) โดยเริ่มต้นจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะแรก เพื่อทำความเข้าใจสภาพการณ์และความต้องการในพื้นที่อย่างลึกซึ้ง ก่อนนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลและทดสอบประสิทธิผลด้วยข้อมูลเชิงปริมาณในระยะถัดไป โดยกำหนดน้ำหนักของข้อมูลทั้งสองประเภทอย่างเท่าเทียม (QUAL → QUAN) ภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์และความต้องการ ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแล และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบ

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ของตำบลจิกแดก อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลัก จำนวน 50 คู่ คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงสูง ตามการประเมิน ADL (Barthel Index) (2) มีผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหรือดูแลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และ (3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในระยะเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนรวม 15 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์ความสามารถในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ปรับปรุงจากแบบวัด WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ การดูแลจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม มีข้อคำถาม 24 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) = .85

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ครอบคลุมประเด็นสภาพการดูแล ปัญหา ความต้องการ และบทบาทของชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI = 0.92

ชุดที่ 3 แบบประเมินสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย (3.1) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Self-Efficacy Scale) จำนวน 30 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น = .92 และ (3.2)

Citation : วานมพร พาหะนิขย์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะลุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

แบบประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Scale) จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น = .80

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสำรวจเชิงปริมาณเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 ใช้กระบวนการ PAR ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสังเคราะห์และออกแบบรูปแบบการดูแล ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินชุดที่ 3

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที แบบจับคู่ (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอแบบพรรณนาวิเคราะห์

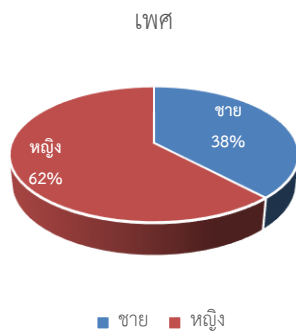
6. จริยธรรมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน พร้อมทั้งลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยได้เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย (Research Results)

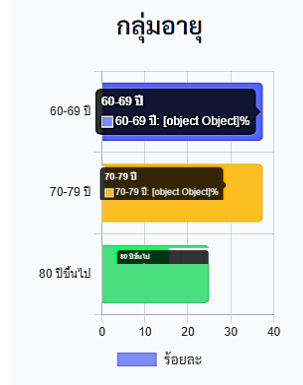
ระยะที่ 1 สภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (N=50) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.0 (n=31) และมีการกระจายตัวของช่วงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 37.5, n=19) และ 70-79 ปี (ร้อยละ 37.5, n=19) โดยมีผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25.0 (n=12) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.0, n=25) ส่วนด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.0, n=38) และไม่เคยเข้าเรียน (ร้อยละ 25.0, n=12) และด้านเศรษฐกิจ พบว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ร้อยละ 50.0, n=25) สะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจในกลุ่มนี้ (ดังภาพที่ 2-6)

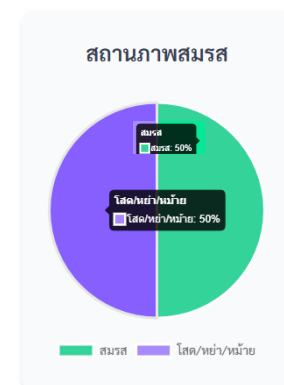




ภาพที่ 2 เพศ

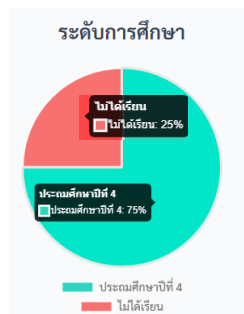


ภาพที่ 3 กลุ่มอายุ

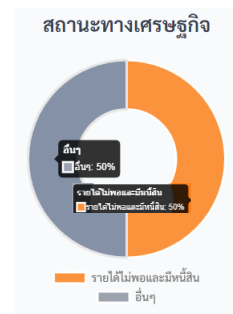


ภาพที่ 4 สถานภาพสมรส

ในขณะที่ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 75.0) และมีถึงหนึ่งในสี่ที่ไม่เคยเข้าเรียน (ร้อยละ 25.0) สำหรับสถานะทางเศรษฐกิจ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าไม่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ร้อยละ 50.0) ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงดังภาพที่ 6-7



ภาพที่ 5 ระดับการศึกษา



ภาพที่ 6 สถานะทางเศรษฐกิจ

2. การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสภาวะพึ่งพิง เป็นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสภาวะพึ่งพิง โดยวัดจากประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการสำรวจและประเมินสถานการณ์หรือความรู้สึก ดังมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตและพลวัตการดูแล ในภาพรวมและรายด้าน

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย			
1. การเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่ายืนไม่ สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	2.00	.93	น้อย

Citation : วามพร พาหะนิขย์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะลุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแล ในภาพรวมและรายด้าน (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	2.00	1.41	น้อย
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับ	2.25	.89	น้อย
4. ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.75	.89	ปานกลาง
5. ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน	3.38	1.19	ปานกลาง
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	2.13	1.13	น้อย
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	2.13	1.36	น้อย
รวมด้านสุขภาพกาย	2.37	.56	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ			
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความคาดหวัง)	2.63	.74	ปานกลาง
2. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี	2.38	1.10	น้อย
3. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง	2.50	.93	ปานกลาง
4. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	3.38	.52	ปานกลาง
5. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล	2.38	.92	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย	3.38	1.30	ปานกลาง
รวมด้านจิตใจ	2.77	.58	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านการดูแลจากครอบครัวและผู้ดูแล			
1. ท่านพอใจกับการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.50	1.07	มาก
2. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากผู้ดูแล	3.25	1.17	ปานกลาง
3. ท่านพอใจในชีวิตจากการดูแลสุขภาพของท่านจากที่เขาดูแล	3.63	1.19	มาก
รวมด้านการดูแลจากครอบครัวและผู้ดูแล	3.45	1.04	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม			
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	3.63	.52	มาก
2. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.75	.71	มาก
3. ท่านมีเงินพอใช้ตามความจำเป็น	2.88	.84	ปานกลาง
4. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	2.75	.71	ปานกลาง
5. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	2.62	.92	ปานกลาง
6. ท่านมีโอกาสที่ได้พักผ่อนคลายเครียด	3.00	.76	ปานกลาง
7. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	3.75	.46	มาก
8. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม)	2.13	1.25	น้อย
รวมด้านสิ่งแวดล้อม	3.06	.163	ปานกลาง

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแล ในภาพรวมและรายด้าน (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม			
1. ด้านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้	2.75	.71	ปานกลาง
2. ท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	3.38	.52	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าผู้ดูแลท่านมีความสามารถในการดูแล	3.50	1.07	มาก
รวมด้านสุขภาพโดยรวม	3.20	.43	ปานกลาง
รวมทั้งสิ้น	2.97	.38	ปานกลาง

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายมีคะแนนต่ำที่สุด (Mean = 2.37, S.D. = 0.56) อยู่ในระดับน้อย สะท้อนถึงความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดเรื้อรังและภาวะร่างกายที่อ่อนแอ ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่จำกัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเพิ่มภาระแก่ครอบครัว ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.06) และด้านการดูแลจากครอบครัว (Mean = 3.45) อยู่ในระดับปานกลาง ชี้ให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลและรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อม แต่ข้อจำกัดทางสุขภาพกายยังคงเป็นอุปสรรคหลักต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

3. สภาพการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า สภาพการดูแลในพื้นที่มีลักษณะเฉพาะ 2 ระดับ ดังนี้

3.1 ระดับครอบครัว ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือลูกสาว สามารถจำแนกรูปแบบการดูแลได้ 4 ประเภท ได้แก่ (1) ดูแลโดยคู่สมรสและบุตร (2) ดูแลโดยคู่สมรสเพียงลำพัง (3) ดูแลโดยบุตรหลาน และ (4) ดูแลโดยญาติ ประเด็นสำคัญที่ค้นพบคือผู้ดูแลส่วนใหญ่แบกรับภาระโดยขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า "ไม่รู้ว่าจะพลิกตัวเตียงยังไง กลัวทำให้เจ็บ ก็ทำแบบที่คิดว่าน่าจะถูก" นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีปัญหาสุขภาพของตนเองและเกิดความเครียดสะสมจากการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน

3.2 ระดับชุมชน พบเครือข่ายการดูแล 7 รูปแบบ ได้แก่ (1) เครือญาติ (2) เพื่อนบ้าน (3) ผู้นำชุมชน (4) กลุ่มอาสาสมัคร (5) องค์กรในชุมชน ได้แก่ วัดและชมรมผู้สูงอายุ (6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ (7) เจ้าหน้าที่รัฐ โดยกิจกรรมสำคัญคือการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้นำชุมชนระบุว่า "อยากช่วยแต่ไม่รู้จะช่วยยังไง ถ้ามีคนมาสอนวิธีการดูแลที่ถูกต้องคงจะดี" สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีความพร้อมในเชิงทัศนคติแต่ขาดองค์ความรู้เฉพาะทาง

Citation : วามพร พาหะนิขย์, เสรี มาลทอง และสุพัตรา วยะสุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

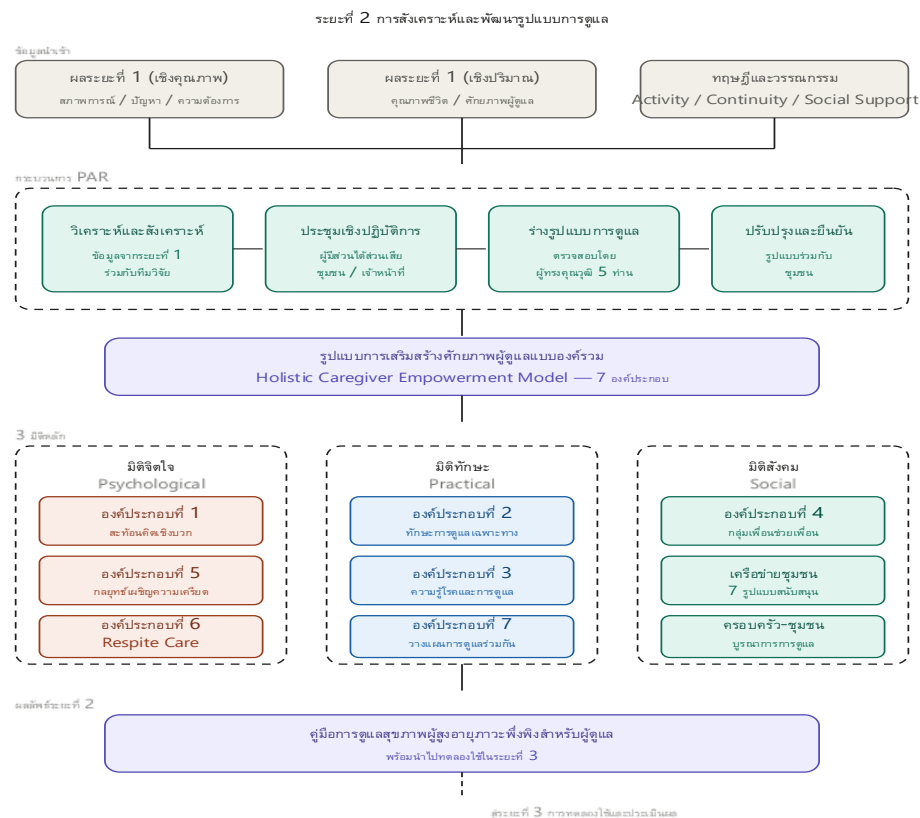
ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกในระยะที่ 1 และกระบวนการ PAR ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้นำมาสู่การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Caregiver Empowerment Model) ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันใน 3 มิติ ดังนี้

มิติจิตใจ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดเพื่อสร้างมุมมองเชิงบวก ช่วยให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าในบทบาทของตนแทนที่จะมองว่าเป็นภาระ และ (5) การแนะนำกลยุทธ์เผชิญความเครียดแบบบูรณาการ ทั้งด้านจิตใจและพฤติกรรม

มิติทักษะ ประกอบด้วย (2) การพัฒนาทักษะการดูแลทั้งกิจวัตรประจำวันและทักษะเฉพาะทาง เช่น การดูแลแผลกดทับและการให้อาหารทางสายยาง และ (3) การให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคและการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้ทันเวลาที่

มิติสังคม ประกอบด้วย (4) การสร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (6) การจัดช่วงเวลาให้ผู้ดูแลได้พัก (Respite Care) และ (7) การพัฒนาทักษะการตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 7 ระยะที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแล

ทีมา (ผู้วิจัย, 2568)

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development



of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบ

ภายหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

รายการ	ก่อนการใช้		ระดับ	หลังการใช้		ระดับ	t	df	p
	รูปแบบ			รูปแบบ					
	Mean	(S.D.)		Mean	(S.D.)				
การรับรู้									
ความสามารถ	47.22	7.24	น้อย	70.39	9.67	มาก	12.54	49	< .001
ในการดูแล									
ความเครียด	51.10	6.12	ปานกลาง	45.08	5.96	ปานกลาง	-4.87	49	< .001
การเผชิญ			ปานกลาง			ปานกลาง			
ความเครียด	97.55	7.02	ปานกลาง	99.10	9.62	ปานกลาง	1.42	49	.162

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแล (Perceived Self-Efficacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากระดับน้อย (Mean = 47.22) สู่ระดับมาก (Mean = 70.39) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.1 การเปลี่ยนแปลงนี้บ่งชี้ว่ารูปแบบการดูแลที่เน้นการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นสามารถเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของความเครียดมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 51.10 เป็น 45.08 แม้ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง แต่แสดงแนวโน้มที่ดีขึ้น สะท้อนว่าองค์ประกอบด้านกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการจัดเวลาพักช่วยบรรเทาภาระทางจิตใจได้ในระดับหนึ่ง ขณะที่การเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 97.55 เป็น 99.10 ซึ่งให้เห็นว่าผู้ดูแลได้นำกลยุทธ์การจัดการความเครียดไปปรับใช้ในชีวิตจริง

อภิปรายผลการวิจัย (Research Discussion)

1. สภาพการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงและบทบาทของครอบครัวและชุมชน

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวยังคงเป็นหน่วยหลักในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลักตามจารีตของสังคมไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวลิท สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพบรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ค้นพบมิติ

Citation : วานมพร พาหะนิษฐ์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะสุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



ที่ลึกกว่านั้น คือผู้ดูแลต้องแบกรับภาระทั้งทางกายและจิตใจโดยขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ นิชาธิย์ ใจคำวัง (2562) ที่พบว่าผู้ดูแลในชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ส่งผลโดยตรงต่อทั้งคุณภาพการดูแลและสุขภาวะของผู้ดูแลเอง

ในด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการประเมินที่พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97) โดยมีด้านสุขภาพกายต่ำที่สุดนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชนมักมีปัญหาด้านสุขภาพกายเป็นปัจจัยจำกัดคุณภาพชีวิตสำคัญที่สุด อย่างไรก็ตามที่น่าสนใจคือ แม้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายจะต่ำ แต่ด้านการดูแลจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่เป็น "กันชน" (Buffer) บรรเทาผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยได้ในระดับหนึ่ง ตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Antonucci (1990)

สำหรับเครือข่ายการดูแลในชุมชน 7 รูปแบบที่ค้นพบนั้น สะท้อนให้เห็นถึงทุนทางสังคม (Social Capital) ที่มีอยู่อย่างแข็งแกร่งในชุมชนจิกแดก ซึ่งมีรากฐานจากวัฒนธรรมเขมร-ไทยที่เน้นการพึ่งพาอาศัยกันเครือญาติและชุมชน อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่สำคัญคือชุมชนมีความพร้อมด้านทัศนคติแต่ขาดองค์ความรู้เฉพาะทาง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลในพื้นที่นี้ควรมุ่งเน้นการเสริมความรู้และทักษะให้กับทุนทางสังคมที่มีอยู่แล้ว มากกว่าการสร้างระบบใหม่จากภายนอก สอดคล้องกับหลักการ PAR ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงจากฐานรากของชุมชน

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Caregiver Empowerment Model) ที่ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบใน 3 มิตินั้น มีจุดแตกต่างสำคัญจากรูปแบบที่มีอยู่เดิมใน 2 ประการ ประการแรก คือการมองผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็น "หน่วยการดูแล" (Dyadic Care Unit) ที่แยกจากกันไม่ได้ ซึ่งต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ที่มักมุ่งแทรกแซงที่ตัวผู้สูงอายุเพียงฝ่ายเดียว ประการที่สอง คือการบูรณาการมิติทางสังคมโดยเฉพาะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและ Respite Care เข้าเป็นองค์ประกอบหลัก ซึ่งสอดคล้องกับ RAISING Model ของ วียะดา รัตนสุวรรณ และประภาณี โอภาสนันท์ (2561) ที่พบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมสถานการณ์เป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียดของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามรูปแบบในงานวิจัยนี้มีความก้าวหน้ากว่า RAISING Model ในแง่ของการบูรณาการบริบทชุมชนท้องถิ่นและกระบวนการ PAR เข้าสู่การพัฒนา ทำให้รูปแบบที่ได้มีความเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชนมากกว่าการนำแนวทางสำเร็จรูปมาใช้

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพ

ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่าความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากระดับน้อย (Mean = 47.22) สู่ระดับมาก (Mean = 70.39) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.1 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในทางปฏิบัติไม่ใช่เพียงนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น เนื่องจากระดับ

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



ความสามารถที่เพิ่มขึ้นข้ามจากระดับ "น้อย" สู่ระดับ "มาก" โดยตรง ผลนี้สอดคล้องกับ RAISING Model ของ วิยะดา รัตนสุวรรณ และประลักษ์ โอภาสนันท์ (2561) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพแบบองค์รวมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพย์รัตน์ กันทะ (2564) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่เป็นปัจจัยชี้ขาดต่อความสำเร็จของระบบการดูแล

การที่ระดับความเครียดลดลงจาก 51.10 เป็น 45.08 แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางนั้น มีนัยสำคัญในเชิงทฤษฎีที่ควรอภิปราย กล่าวคือ ความเครียดของผู้ดูแลไม่ได้เป็นผลจากการขาดทักษะเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีรากฐานจากโครงสร้างทางสังคมที่ผู้ดูแลต้องรับมือกับการดูแลเพียงลำพังในระยะยาว การแทรกแซงระยะ 8 สัปดาห์จึงเพียงพอที่จะเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ ยุทธพล เดชารัตนาชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) ที่ระบุว่าการแก้ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลในระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากรในระดับระบบควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพระดับบุคคล ข้อค้นพบนี้จึงเป็นข้อเสนอแนะสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบาย LTC ในระดับจังหวัดและประเทศต่อไป

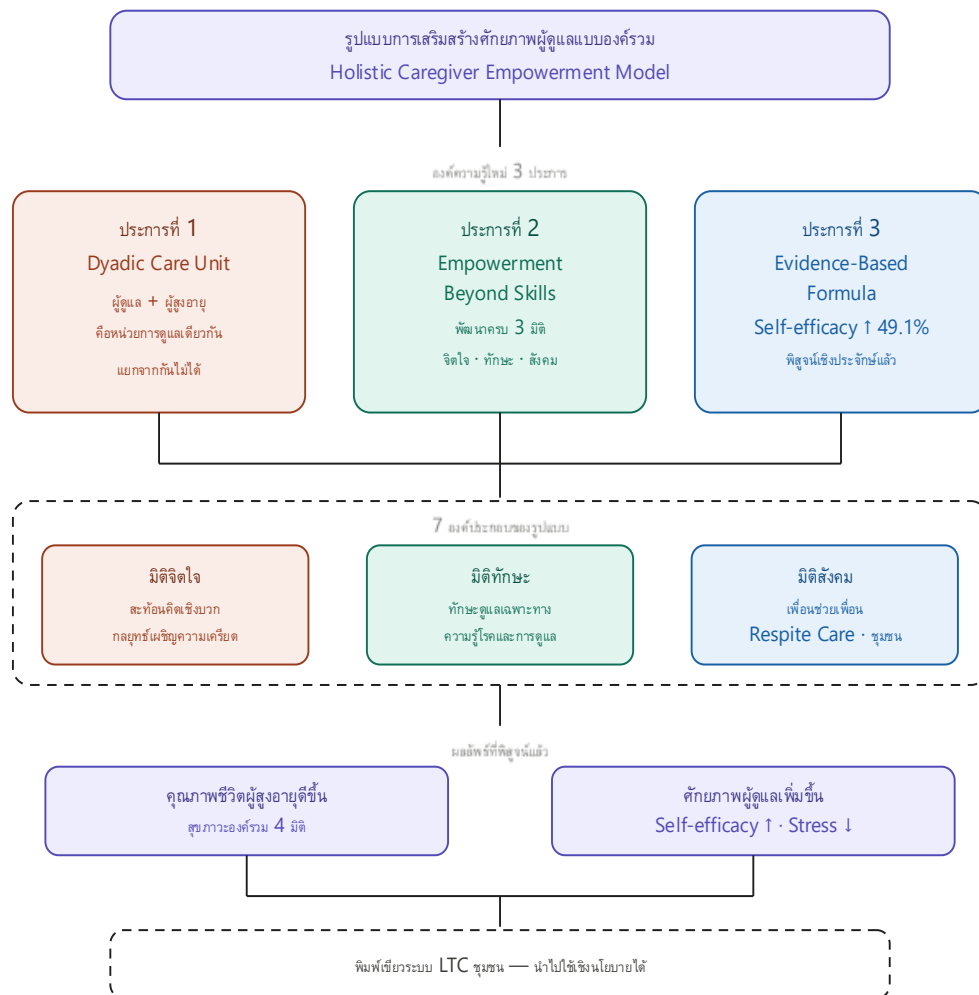
องค์ความรู้ใหม่ (Body of Knowledge)

งานวิจัยนี้สร้างคุณค่าทางวิชาการด้านการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงใน 3 ประการ 1) งานวิจัยเติมเต็มช่องว่างความรู้ในบริบทชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีลักษณะวัฒนธรรมเฉพาะ ด้วยการศึกษาศุขภาวะผู้สูงอายุแบบองค์รวมครบทั้ง 4 มิติ และพิสูจน์ว่าเครือข่ายสังคมในชุมชนทำหน้าที่เป็น "กันชน" บรรเทาผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยได้จริงตามแนวคิดของ Antonucci (1990) 2) งานวิจัยนำเสนอกระบวนทัศน์ใหม่ด้าน Caregiver Empowerment ด้วยแนวคิด Dyadic Care Unit ที่มองผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นหน่วยการดูแลที่แยกจากกันไม่ได้ และพิสูจน์ว่าการพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพต้องบูรณาการครบ 3 มิติ ได้แก่ จิตใจ ทักษะ และสังคม ซึ่งก้าวหน้าที่มีอยู่เดิมในวรรณกรรมไทยอย่างมีนัยสำคัญ 3) งานวิจัยนำเสนอ **รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบองค์รวม (Holistic Caregiver Empowerment Model)** 7 องค์ประกอบ ที่ผ่านการพิสูจน์เชิงประจักษ์ว่าสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คิดเป็นร้อยละ 49.1 รูปแบบนี้พัฒนาขึ้นจากกระบวนการ PAR ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน จึงเป็นพิมพ์เขียวที่สามารถนำไปปรับใช้ในชุมชนอื่นและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับภูมิภาคและประเทศต่อไป ดังภาพที่ 8

Citation : วานมพร พาหะนิขย์, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะสุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิงและการพัฒนา



รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



ภาพที่ 8 องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Research Suggestions)

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ระดับครอบครัว ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดให้มีโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการดูแลเฉพาะทางที่ครอบคลุมทั้ง มิติจิตใจ ทักษะ และสังคม ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ นอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ และจัดให้มีระบบส่งต่อเพื่อรับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตเมื่อจำเป็น เพื่อป้องกันภาวะหมดแรงของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

1.2 ระดับชุมชน ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลแบบองค์รวม ไปขยายผลในชุมชนใกล้เคียงที่มีบริบทสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ ได้แก่ เครือข่ายอาสาสมัคร

Citation : Pahanit, W., Malthong, S & Wayalun, S. (2569). Caring for Dependent Elderly and the Development of a Health Care Model for Caregivers in Surin Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Surindra Rajabhat University*, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



สาธารณสุข กลุ่มผู้นำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับผู้ดูแลในชุมชน เพื่อสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว

1.3 ระดับนโยบาย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดควรบูรณาการรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเข้าสู่แผนงานระบบการดูแลระยะยาว อย่างเป็นทางการ โดยจัดสรรงบประมาณและบุคลากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรพิจารณาพัฒนาระบบ Respite Care ในระดับชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาพักผ่อนร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นในภาพรวม สอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการสร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาความคงทนของผลลัพธ์ โดยติดตามผลระยะยาวในช่วง 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลมีความยั่งยืนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ และสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับหลากหลายบริบทในระดับภูมิภาค

2.3 ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นวิทยาศาสตร์

2.4 ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลแบบดิจิทัลสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เพื่อลดภาระการรวบรวมข้อมูลและเพิ่มความสามารถในการขยายผลรูปแบบในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ขลิท สวัสดิ์ผล, นิราศ เนื่องจำนงค์, สุดใจ วัฒนานิมิตกุล และปณิดา นนทกันทา. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5 (พิเศษ), 387–405.
- ณิชาธิ์ ใจคำวัง. (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคั้งตะเภา อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์, 1(1), 1–19.

Citation : วานมพร พาหะนิชัย, เสรี มัลทอง และสุพัตรา วยะสุน. (2569). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ดูแลในจังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, 28(1), e299031. <https://doi.org/10.65205/jhssrru.2026.e299031>



- ทนงค์ ดวงมุกพะเนาว์ ขวลิต ศรีสมพจน์ และ รัชมีชญาน์ จิระพงษ์. (2568). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 11(1), 118-32. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/274403>.
- ทิพย์รัตน์ กันทะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวด อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 451-459.
- นฤมล โสรจจ. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข*. 1(1), 1-18. https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP/article/view/4340.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 8). สุวีริยาสาส์น.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทรรคน*, 22(3), 63-80.
- วิยะดา รัตนสุวรรณ และประวาลี โอภาสนันท์. (2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(4), 156-174.
- Antonucci, T. C. (1990). Social support and social relationships. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3rd ed., pp. 205-226). Academic Press.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183-190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research : Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 559-603). Sage.

