

บทบาทและประสบการณ์ผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: การสังเคราะห์ อภิมานเชิงคุณภาพ

Roles and Experiences of Informal Caregivers in Thai Rural Families and Communities: A Qualitative Meta-synthesis.

(Received: December 2,2025 ; Revised: December 17,2025 ; Accepted: December 19,2025)

ดลรวี สิมคำ¹ รชยา ยิกุลสังข์² อรุณา แก้วเกิด³ จินตพัทธ์ร์ จันทะโคตร⁴ ปนัดดา นครังสุ⁵

Donlarawee Simkum¹ Rachaya Yekusang² Onuma Kaewkoed³ Jintapak Jantakoat⁴ Panadda Nakarungsu⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์แนวทาง meta-ethnography เพื่อทำความเข้าใจบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย การสืบค้นเชิงระบบจากฐานข้อมูลระดับประเทศและสากล (พ.ศ. 2564–2568) พบงานวิจัย 84 เรื่อง โดย 12 เรื่องผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ Critical Appraisal Skills Programme (CASP) และถูกรวมเข้าสู่อการสังเคราะห์เชิงตีความ

ผลการวิเคราะห์ระบุองค์ประกอบความหมายหลัก 7 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลบนฐานค่านิยมผูกพัน-กตัญญู 2) ภาระดูแลหลายมิติ 3) เครือข่ายครอบครัว-ชุมชนเป็นระบบพุง 4) ความไม่ต่อเนื่องของบริการสุขภาพ-สวัสดิการ 5) ความโดดเดี่ยวและความเปราะบางของผู้ดูแล 6) ศรัทธาและพิธีกรรมเป็นพลังเยียวยา และ 7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นทุนดูแล การบูรณาการข้อมูลนำไปสู่พัฒนา “แบบจำลองระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ของระดับคุณค่าทางวัฒนธรรม ประสบการณ์รายบุคคล เครือข่ายชุมชน และโครงสร้างระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : ผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ชนบทไทย ระบบการดูแลระยะยาว การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพ

Abstract

This survey research by qualitative meta-synthesis applied a meta-ethnographic approach to examine the roles and lived experiences of informal caregivers in rural Thailand. A systematic search of national and international databases (2021–2025) identified 84 studies; 12 qualitative studies met Critical Appraisal Skills Programme (CASP) criteria and were included for interpretive synthesis.

Seven core meaning components emerged: 1) caregiving grounded in cultural attachment and filial obligation, 2) multidimensional caregiving burden, 3) family–community networks as natural support systems, 4) fragmented health and welfare services, 5) role-based isolation and emotional vulnerability, 6) faith and ritual practices as emotional sustenance, and 7) local wisdom as a practical care resource. These findings informed the development of the **Rural Care Ecosystem Model**, which illustrates interactions across cultural–familial values, individual experiences, community networks, and health system structures.

Keywords : informal caregivers, rural Thailand, long-term care, qualitative meta-synthesis

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ความต้องการระบบการดูแลระยะยาวทั้งในระดับครอบครัวและชุมชนเพิ่มสูงขึ้น^{1,2} ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรนี้สร้างแรงกดดันต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่จำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น^{3,4}

ผู้ดูแลไม่เพียงแต่ได้แก่ สมาชิกครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งด้านกิจวัตร การจัดการยา การเฝ้าระวังอาการ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพ⁵⁻⁸ แม้บทบาทจะสำคัญ แต่ผู้ดูแลเผชิญภาระทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และข้อจำกัดด้านทักษะอย่างชัดเจน^{7,8}

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของชนบทไทย - ความสัมพันธ์เครือญาติ ระบบพึ่งพาอาศัย ความเชื่อเรื่องความกตัญญู และการช่วยเหลือเกื้อกูล-ล้วนหล่อหลอม “ความหมายของการดูแล” และ “ประสบการณ์ผู้ดูแล” ให้มีความลุ่มลึกและแตกต่างจากบริบทเมือง⁹⁻¹¹ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมาได้สะท้อนภาระ การปรับตัว ความเครียด พลังใจ และกลยุทธ์การดูแลในชีวิตประจำวัน¹²⁻¹⁴ แต่ยังจำกัดในเชิงพื้นที่หรือกลุ่มเฉพาะ¹⁵ ทำให้ขาดภาพรวมระดับประเทศที่อธิบายระบบการดูแลในครอบครัวและชุมชนชนบทอย่างเป็นองค์รวม^{16,17}

นอกจากนี้ยังมีช่องว่างองค์ความรู้ ได้แก่ 1) การเชื่อมโยงประสบการณ์ผู้ดูแลกับกลไกสนับสนุนระดับชุมชน เช่น อปท. และระบบปฐมภูมิ 2) ความเข้าใจเชิงลึกต่อความหมายของการดูแลที่ฝังอยู่ในคุณค่าทางวัฒนธรรมไทย 3) ความเชื่อมโยงประสบการณ์รายบุคคลกับระบบดูแลระยะยาวของ

ประเทศ และ 4) การสังเคราะห์องค์ความรู้ที่รองรับเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการสนับสนุนผู้ดูแลไม่เพียงแต่ในชนบทไทย¹⁶⁻¹⁹ การสังเคราะห์ห่อถักเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะแนวทาง meta-ethnography ของ Noblit และ Hare²⁰ เป็นระเบียบวิธีที่เหมาะสมในการทำความเข้าใจประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมและชุมชนที่ซับซ้อน ผ่านการ “แปลความหมายร่วม” และการพัฒนาแบบจำลองแนวคิดที่สะท้อนพลวัตการดูแลในชนบทไทย²¹ องค์ความรู้ที่ได้มีศักยภาพต่อการกำหนดนโยบาย LTC การออกแบบระบบสนับสนุน เช่น respite care และการพัฒนาบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบปฐมภูมิ^{4,16,17}

ดังนั้น การสังเคราะห์ห่อถักเชิงคุณภาพจึงเป็นแนวทางสำคัญในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่กระจัดกระจายให้กลายเป็นความเข้าใจที่เป็นระบบ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนชนบทไทยอย่างมีประสิทธิภาพในยุคสังคมสูงวัยของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เพียงแต่ในครอบครัวและชุมชนชนบทไทย ผ่านการสังเคราะห์ห่อถักเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีสังเคราะห์ห่อถักเชิงคุณภาพ (qualitative meta-synthesis) ตามแนวคิด meta-ethnography ของ Noblit และ Hare²⁰ เพื่อถอดรหัสและเชื่อมโยงความหมายที่ฝังอยู่ในงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายเรื่อง เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษา “ประสบการณ์การดูแล” ที่มีความซับซ้อนเชิงครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม และต้องการการตีความเชิงลึกต่อโครงสร้างความหมาย

1. การออกแบบการวิจัย งานวิจัยนี้ออกแบบภายใต้กรอบ meta-ethnography โดยเน้นการอ่านอย่างวิพากษ์ การวิเคราะห์เชิงตีความ และการสังเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ก้าวข้ามผลการวิจัยต้นฉบับ เหมาะกับการทำความเข้าใจบทบาทผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่แทรกด้วยพลวัตทางสังคมและวัฒนธรรมในทุกมิติของการดูแลในชนบทไทย

2. แหล่งข้อมูลและกลยุทธ์การสืบค้น ผู้วิจัยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลสำคัญทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ ThaiJO/TCI, TDC, ThaiLIS, HSRI, ETD, PubMed/MEDLINE, Scopus, CINAHL, ScienceDirect และ ProQuest ครอบคลุมผลงานที่ตีพิมพ์ระหว่าง เดือนมกราคม 2564 – กันยายน 2568 โดยใช้คำค้นภาษาไทยและอังกฤษ เช่น “informal caregiver”, “dependent older adults”, “rural Thailand”, “qualitative study” ร่วมกับ Boolean operators เพื่อกำหนดและควบคุมขอบเขตการสืบค้นให้ได้องค์ความรู้เชิงคุณภาพที่รอบด้านและทันสมัย

3. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือหลักประกอบด้วย 1) ฐานข้อมูลวิชาการ 2) กลยุทธ์คำค้นและการสืบค้นเชิงระบบ 3) เกณฑ์คัดเข้า-คัดออกงานวิจัย 4) CASP Qualitative Research Checklist²² ซึ่ง เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลสำหรับประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ และ 5) Data Extraction Matrix สำหรับรวบรวม first-order constructs, second-order constructs และ third-order interpretations เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นระบบ โปร่งใส และตรวจสอบย้อนกลับได้

4. การคัดเลือกงานวิจัย จากการสืบค้นพบงานวิจัยรวม 84 เรื่อง หลังคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ พบว่า 56 เรื่องไม่เข้าเกณฑ์ จึงเหลือ 28 เรื่องเพื่อนำเข้าสู่การประเมินคุณภาพ โดยทุกเรื่อง

ต้องเกี่ยวข้องกับบริบทชนบทไทยและมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถตีความเชิงลึกได้

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย การประเมินใช้ CASP Qualitative Research Checklist²² พิจารณาน่าเชื่อถือ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ และความโปร่งใสของการรายงานผล ผลการประเมินพบว่า 12 เรื่อง มีคุณภาพเหมาะสมสำหรับการสังเคราะห์ ส่วนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถูกคัดออกเพื่อความเข้มงวดของหลักฐานเชิงคุณภาพ

6. การสกัดและจัดการข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจาก 12 เรื่องถูกจัดใน Data Extraction Matrix แยกเป็น 1) บริบทการศึกษา 2) ลักษณะผู้ให้ข้อมูล 3) ข้อมูลระดับแรก (first-order: เสียงของผู้ให้ข้อมูล) 4) ข้อมูลระดับที่สอง (second-order: การตีความของนักวิจัยต้นฉบับ) และ 5) การตีความระดับที่สาม (third-order) ที่เกิดจากการสังเคราะห์ครั้งนี้ โครงสร้างดังกล่าวช่วยให้การแปลความหมายระหว่างงานวิจัยมีความแม่นยำและเป็นระบบ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis – Meta-ethnography) การวิเคราะห์ดำเนินการตาม 7 ขั้นตอนของ Noblit และ Hare²⁰ ได้แก่ 1) กำหนดคำถามวิจัย 2) คัดเลือกงานวิจัยที่สอดคล้องเชิงประเด็น 3) อ่านงานวิจัยอย่างลึกซึ้งซ้ำหลายรอบ 4) ระบุความสัมพันธ์ระหว่างงานวิจัย ทั้งส่วนที่คล้ายและต่าง 5) แปลความหมายระหว่างงานวิจัย (reciprocal translation) 6) สังเคราะห์ความหมายเชิงตีความ (synthesizing translations) เพื่อสร้างองค์ประกอบความหมายหลัก (Core Meaning Components) และ 7) นำเสนอผลในรูปแบบข้อค้นพบเชิงโครงสร้างและแนวคิด กระบวนการดังกล่าวเอื้อต่อการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ไม่เพียงสรุปผล แต่สามารถอธิบายโครงสร้างความหมายของบทบาทผู้ดูแลในบริบทชนบทไทยได้อย่างเป็นระบบและมีมิติทางสังคม-วัฒนธรรมรองรับอย่างชัดเจน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์หัตถ์นิพนธ์เชิงคุณภาพที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากงานวิจัยและบทความที่เผยแพร่ในแหล่งสาธารณะ ทั้งหมดอยู่ในรูปแบบไม่สามารถระบุตัวตนได้ และไม่มีการเก็บข้อมูลใหม่หรือเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูลและไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์ตามหลักจริยธรรมสากล

งานวิจัยต้นทางที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากสถาบันต้นสังกัดแล้ว ผู้วิจัยในงานนี้มีบทบาทเพียงการสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์เชิงตีความ โดยไม่กระทบสิทธิหรือศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูลในงานต้นฉบับ แม้ไม่อยู่ในขอบเขตที่ต้องขอรับรองจริยธรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยยังคงยึดถือหลักความซื่อสัตย์ทางวิชาการ การอ้างอิงอย่างถูกต้อง และการนำเสนอผลอย่างโปร่งใส เพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพและความน่าเชื่อถือของการสังเคราะห์หัตถ์นิพนธ์เชิงคุณภาพนี้

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้จัดวางตามลำดับขั้นของกระบวนการสังเคราะห์หัตถ์นิพนธ์เชิงคุณภาพ โดยมุ่งอธิบายสององค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสังเคราะห์องค์ประกอบความหมายจากข้อมูลระดับผู้ให้ข้อมูลและการตีความของนักวิจัยต้นฉบับ และ 2) การพัฒนาแบบจำลองตีความที่อธิบายพลวัตของบทบาท และประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่เป็นทางการในบริบทชนบทไทย โดยผลการวิจัย มีดังนี้

1. การแปลความหมายและสังเคราะห์องค์ประกอบความหมายหลัก การตีความและสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 12 เรื่อง ผ่านการอ่านซ้ำอย่างเป็นระบบ การสร้างรหัสเชิงตีความ (interpretive coding) และการแปลความหมายเชิงสัมพันธ์ตามแนวทาง meta-ethnography พบว่า “ประสบการณ์ของผู้ดูแลไม่

เป็นทางการในชนบทไทย” ไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการดูแลเชิงปฏิบัติ แต่เป็น โครงสร้าง ความหมายทางสังคม-วัฒนธรรม ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบความหมายหลัก 7 ประการ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 1: การดูแลที่ตั้งอยู่บนความผูกพัน กตัญญู และหน้าที่เชิงวัฒนธรรม การดูแลถูกกำหนดความหมายผ่านค่านิยมกตัญญู การทดแทนบุญคุณ และความผูกพันระหว่างรุ่น ผู้ดูแลจำนวนมากมองบทบาทของตนว่าเป็น “พันธกิจเชิงคุณค่า” ที่ต้องปฏิบัติ ไม่ใช่เพียงภารกิจด้านสุขภาพ ความหมายนี้เป็นพลังขับเคลื่อนให้ผู้ดูแลคงการดูแลต่อเนื่องแม้ต้องเผชิญภาระหนัก ซึ่งสะท้อนการฝังรากของวัฒนธรรมครอบครัวในชนบทไทย และแสดงให้เห็นว่าการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของเอกลักษณ์ครอบครัวมากกว่าหน้าที่ส่วนบุคคล

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 2: ภาระการดูแลหลายมิติและผลกระทบเชิงสะสม ผู้ดูแลประสบภาระทางกาย อารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และข้อจำกัดในบทบาทอื่นๆ ภาระเหล่านี้ทับซ้อนและยืดเยื้อจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม รวมถึงความทุกข์เรื้อรัง การดูแลไม่ใช่ภาระที่เกิดจากผู้สูงอายุคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็นผลสะท้อนจากโครงสร้างสังคมสูงวัยที่ผลักภาระการดูแลกลับสู่ครอบครัวโดยตรง เมื่อระบบสนับสนุนจากรัฐมีข้อจำกัด ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทมากกว่าที่ความสามารถของครัวเรือนจะรองรับได้

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 3: เครือข่ายครอบครัว-ชุมชนในฐานะระบบพ้องตามธรรมชาติ เครือญาติ เพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน และโครงสร้างทางสังคมของหมู่บ้านทำหน้าที่เหมือน “ระบบพ้องโดยธรรมชาติ” ที่ช่วยแบ่งเบาภาระผู้ดูแลทั้งในด้านการช่วยเหลือรายวัน การให้ข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจ และการจัดการเหตุฉุกเฉิน เครือข่ายนี้สะท้อนอัตลักษณ์สำคัญของชนบทไทย คือ การดูแลร่วมกันบนฐานความผูกพันทางสังคม

และเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ระบบการดูแลเกิดขึ้นได้จริง แม้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 4: ความไม่ต่อเนื่องและช่องว่างของระบบสุขภาพและสวัสดิการ ผู้ดูแลสะท้อนถึงความไม่ต่อเนื่องของบริการสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่เข้าถึงยาก การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ช่องว่างเหล่านี้ทำให้การดูแลถูกผลักกลับสู่ครอบครัวเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการรัฐยังคงจำกัดอย่างมีนัยสำคัญ สถานการณ์นี้ตอกย้ำการพึ่งพา “ทุนครัวเรือน-ทุนชุมชน” มากกว่าทุนจากระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 5: ความโดดเดี่ยวเชิงบทบาทและความเปราะบางทางจิตใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลจำนวนมากต้องทำหน้าที่เพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกละแ่นเดียว ขาดการยอมรับ และไม่ได้รับการมองเห็นในระดับสังคม การดูแลที่ยืดเยื้อผนวกกับการไม่มีพื้นที่ระบายทางอารมณ์ ทำให้ผู้ดูแลเผชิญความเปราะบางทางจิตใจอย่างชัดเจน ความโดดเดี่ยวนี้เป็น “ผลลัพธ์ที่มองไม่เห็น” ของระบบการดูแลปัจจุบัน ซึ่งยังไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างเพียงพอ

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 6: ศรัทธา ความเชื่อ และระบบความหมายที่ทำหน้าที่เป็นพลังเยียวยาความเชื่อทางศาสนา พิธีกรรมพื้นบ้าน การสวดมนต์ และคติเรื่องบุญ-กรรมทำหน้าที่เป็นกลไกประคับประคองจิตใจผู้ดูแล โดยเฉพาะในช่วงที่ภาระหนักและความหวังลดลง ศรัทธาทำหน้าที่เป็น “ทุนจิตวิญญาณ” ที่หล่อเลี้ยงความเข้มแข็งภายใน และเป็นทรัพยากรที่ระบบบริการสุขภาพเชิงชีวการแพทย์มักมองข้าม

องค์ประกอบความหมายหลักที่ 7: ภูมิปัญญาท้องถิ่นในฐานะทุนการดูแลที่จับต้องได้ องค์

ความรู้ท้องถิ่น เช่น การนวด การประคบ สมุนไพร การดูแลพื้นบ้าน และการเรียนรู้ผ่านชุมชน ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแล ภูมิปัญญานี้จึงไม่ใช่เพียง “วิธีดูแลแบบดั้งเดิม” แต่เป็นทุนสุขภาพที่มีนัยสำคัญต่อการดำรงระบบการดูแลในชนบทไทย และควรได้รับการบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

2. แบบจำลองตีความ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ผลการสังเคราะห์ตีความจากงานวิจัยคุณภาพจำนวน 12 เรื่องทำให้เห็นภาพรวมของ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายระดับซึ่งเชื่อมโยงและส่งอิทธิพลซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ แบบจำลองที่ได้สะท้อนว่าการดูแลในชนบทไทยไม่ใช่กิจกรรมภายในครอบครัว แต่เป็นกระบวนการที่ถูกหล่อหลอมโดยคุณค่าทางวัฒนธรรม เครือข่ายสังคม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพชนบท

ระดับที่ 1 คือ ชั้นคุณค่าทางวัฒนธรรม-ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยค่านิยมความกตัญญู ความผูกพัน และหน้าที่ของลูกหลานที่ส่งผลต่อความหมายของการดูแลในทุกภูมิภาคของชนบทไทย คุณค่ากลุ่มนี้ทำหน้าที่เป็น “รากทางความหมาย” ของบทบาทผู้ดูแล และกำหนดแรงจูงใจหลักในการคงอยู่ของการดูแลระยะยาวภายในบ้าน

ระดับที่ 2 คือ ชั้นประสบการณ์รายบุคคลของผู้ดูแล ที่สะท้อนภาระหลายมิติ ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ความโดดเดี่ยวเชิงบทบาท และภาวะเปราะบางทางอารมณ์ซึ่งเป็นลักษณะร่วมของผู้ดูแลในพื้นที่ชนบท ภาระเชิงโครงสร้างที่สะท้อนผ่านประสบการณ์รายบุคคลนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลมักปฏิบัติภาระโดยขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ

ระดับที่ 3 คือ ชั้นเครือข่ายชุมชนและระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ซึ่งประกอบด้วยครอบครัว ขยาย ญาติ เพื่อนบ้าน อสม. ผู้นำชุมชน รวมถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นทุนสังคมและทุนวัฒนธรรมที่ช่วย

พุงระบบการดูแลในชีวิตประจำวัน เครือข่ายนี้ทำหน้าที่เป็น “ระบบพุง” ที่ชดเชยช่องว่างของบริการทางการในชนบท

ระดับที่ 4 คือ ชั้นระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณะ ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการ LTC ความต่อเนื่องของการดูแล การเชื่อมประสานบริการ และทรัพยากรสำหรับผู้ดูแล ช่องว่างเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพชนบทส่งผลให้ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยปริยาย

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 4 ระดับรวมกัน จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลในชนบทไทยมีลักษณะเป็น “ระบบนิเวศ” ที่ประกอบด้วยคุณค่าทางวัฒนธรรม เครือข่ายชุมชน และบริบทเชิงนโยบายซึ่งกำหนดบทบาทของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง แบบจำลองระบบนิเวศนี้ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนผู้ดูแลไม่เป็นการจำเป็นต้องพิจารณาปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับเพื่อให้การพัฒนาระบบ LTC ในชนบทมีความยั่งยืนและตอบสนองความเป็นจริงของพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

ผลการสังเคราะห์อภิमानเชิงคุณภาพจากงานวิจัย 12 เรื่องสะท้อนภาพรวมของ “ระบบนิเวศการดูแลในชนบทไทย” ซึ่งถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าทางวัฒนธรรม ประสพการณ์รายบุคคลของผู้ดูแล ทุนสังคมของชุมชน และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพ โดยโครงสร้างความหมายเหล่านี้เชื่อมโยงกันเป็นระบบลูกผสมที่ซับซ้อน สอดคล้องกับกรอบคิดของ WHO เกี่ยวกับการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ ที่ชี้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนามักตั้งอยู่บนฐานครอบครัวและชุมชน ขณะที่รัฐยังไม่สามารถจัดบริการแบบต่อเนื่องได้เพียงพอ^{4,16}

1. ผู้ดูแลไม่เป็นการในชนบทเป็น “ศูนย์กลางของระบบดูแล” ภายใต้โครงสร้างกดทับแบบเรื้อรัง ผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ดูแลไม่

ทางการมีบทบาทเป็นผู้รับภาระการดูแลหลัก เนื่องจากค่านิยมเรื่องความกตัญญู ความผูกพันระหว่างรุ่น และความรับผิดชอบเชิงวัฒนธรรม เป็นแรงผลักดันสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลในครอบครัวชนบทไทย^{9-11,19} สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทสังคมสูงวัยและสังคมเอเชียที่ชี้ว่าครอบครัวยังเป็น “แกนกลาง” ของระบบการดูแลระยะยาว เมื่อระบบสวัสดิการและบริการภาครัฐยังมีช่องว่างและไม่สามารถรองรับความต้องการได้อย่างทั่วถึง⁵⁻⁸

ภาระเชิงกาย อารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และข้อจำกัดในบทบาทอื่นๆ ที่สะสมยาวนานในกลุ่มผู้ดูแลในชนบท ซึ่งปรากฏเด่นชัดในการสังเคราะห์ครั้งนี้ สอดคล้องกับหลักฐานสากลที่ยืนยันว่าผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าสะสม โดยเฉพาะในบริบทที่ระบบสนับสนุนจากรัฐยังจำกัด^{7,8} รวมถึงงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงพรรณนาในชนบทไทยที่รายงานภาระการดูแลหลายมิติควบคู่กับข้อจำกัดด้านรายได้และโอกาสทางสังคมของครัวเรือนผู้ดูแล¹²⁻¹⁵

2. เครือข่ายชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นทำหน้าที่เป็น “ระบบพุง” ที่ชดเชยช่องว่างรัฐ ผลการสังเคราะห์ชี้ว่า ชุมชนชนบทไทยมีระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัวขยาย เพื่อนบ้าน อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นระบบพุงทั้งด้านข้อมูล แรงกาย และกำลังใจแก่ผู้ดูแล โดยมีเครือข่ายและความผูกพันทางสังคมเป็นฐานสำคัญของการช่วยเหลือเกื้อกูลในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับกรอบคิดด้านการดูแลระยะยาวแบบพึ่งพาชุมชนของ WHO และหลักฐานเชิงนโยบายในไทย ที่ย้ำบทบาททุนสังคมและโครงสร้างชุมชนในพื้นที่ทรัพยากรจำกัด^{4,16-18}

นอกจากนี้ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การนวด การประคบ สมุนไพร การดูแลพื้นบ้าน และการเรียนรู้ผ่านชุมชน ปรากฏอย่างต่อเนื่องใน

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในชนบทไทย ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพในชนบทไทยที่รายงานการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและระบบความรู้ชุมชนเป็นทั้งกลไกลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแล^{12-14,18,19} ทำให้เห็นว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นมิได้เป็นเพียง “ทางเลือกดั้งเดิม” แต่เป็นทุนสุขภาพที่มีความสำคัญเชิงโครงสร้างต่อการดำรงอยู่ของระบบการดูแลในชนบท

3. การดูแลถูกจำกัดด้วยช่องว่างของระบบสุขภาพและสวัสดิการ-สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างระดับชาติ ผลการสังเคราะห์ยืนยันความไม่ต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงสิทธิที่จำกัด และการขาดการบูรณาการบริการ LTC ในพื้นที่ชนบทสอดคล้องกับหลักฐานล่าสุดจาก Global Observatory on Long-Term Care ที่ชี้ว่า ประเทศไทยได้ต่ำและปานกลางจำนวนมากยังขาดกลไกสนับสนุนผู้ดูแล เช่น บริการพักหายใจ (respite care) และระบบเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ทำให้ภาระการดูแลส่วนใหญ่ตกอยู่กับครอบครัวและผู้ดูแลไม่เป็นทางการ²³ พร้อมทั้งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ระบบ LTC ในประเทศไทยที่สะท้อนช่องว่างด้านโครงสร้าง การเงิน และบุคลากร¹⁶ และงานวิจัยในระดับชุมชนที่พบข้อจำกัดในการเชื่อมประสานบริการระหว่าง รพ.สต. อปท. และหน่วยบริการอื่นในชนบท^{17,18}

ภาระที่ตกสู่ครอบครัวจึงมิใช่เพียง “ปัญหาครัวเรือน” แต่เป็นผลผลิตของโครงสร้างระบบสุขภาพและสวัสดิการที่ยังไม่ตอบสนองบริบทชนบทไทยอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานในไทยหลังปี 2563 ที่ชี้ให้เห็นความไม่เพียงพอของระบบ LTC ภายใต้กลไกหลักประกันสุขภาพและการดูแลโดย อปท. ในหลายพื้นที่¹⁶⁻¹⁸

4. ศรัทธา ความเชื่อ และความหมายเชิงจิตวิญญาณเป็นพลังเยียวยาที่มักถูกมองข้าม ผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ดูแลจำนวนมากใช้ศรัทธาทาง

ศาสนา การสวดมนต์ พิธีกรรมพื้นบ้าน และกรอบความคิดเรื่องบุญ-กรรม เป็นกลไกเสริมพลังใจเมื่อภาระการดูแลหนักหรือความหวังลดลง การอ้างถึง “ทุนจิตวิญญาณ” ดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลรักษาความหมายของการดูแลและสร้างความรู้สึกละมุนรับต่อสถานการณ์ ภาพนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง spiritual resilience ในผู้ดูแลในบริบทเอเชีย ที่ชี้ว่าศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาเป็นปัจจัยเชิงปกป้อง (protective factor) ที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวเชิงบวก โดยเฉพาะในครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสังคมเอเชีย²⁴

อย่างไรก็ตาม มิติจิตวิญญาณดังกล่าวยังถูกให้ความสำคัญน้อยในระบบสุขภาพเชิงชีวการแพทย์ การพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลจึงควรบูรณาการมิติศรัทธาและความเชื่อทางวัฒนธรรมอย่างเหมาะสมไม่ว่าจะผ่านการให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงกับเครือข่ายทางศาสนาในชุมชน หรือการออกแบบโปรแกรมเสริมพลังผู้ดูแลที่คำนึงถึงทุนทางจิตวิญญาณของครอบครัว

สรุป การดูแลผู้สูงอายุในชนบทไทยดำเนินภายใต้ “ระบบนิเวศการดูแล” ที่ตั้งอยู่บนคุณค่าทางวัฒนธรรม ความผูกพันครอบครัว และทุนสังคมของชุมชน มากกว่าศักยภาพของบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ ผู้ดูแลไม่เป็นทางการจึงกลายเป็นแกนหลักของระบบดูแล ท่ามกลางภาระหลายมิติและบริการภาครัฐที่ยังไม่ต่อเนื่อง โดยมีเครือข่าย อดม. และภูมิปัญญาท้องถิ่นทำหน้าที่เป็นกลไกพยางค์สำคัญแบบจำลองระบบนิเวศที่พัฒนาขึ้นชี้ว่า ช่องว่างการสนับสนุนจากรัฐพลักภาระกลับสู่ครอบครัว ทำให้ “ความเข้มแข็งของผู้ดูแล” เป็นปัจจัยสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแลในชนบท ดังนั้น การพัฒนานโยบายควรมุ่งเสริมพลังผู้ดูแลผ่านความรู้ ทรัพยากร สวัสดิการ และบริการพักหายใจ พร้อมขยายระบบ LTC ให้เข้าถึงพื้นที่ชนบทมากขึ้น เพื่อสร้างดุลยภาพระหว่างครอบครัว-ชุมชน-รัฐอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เสริมระบบสนับสนุนผู้ดูแลไม่เป็นทางการ ควรจัดทำสวัสดิการเฉพาะผู้ดูแล เช่น เงินอุดหนุน กองทุนผู้ดูแลระดับตำบล และบริการพักหายใจทั้งในบ้าน-ชุมชน-หน่วยบริการ เพื่อบรรเทาภาระและสนับสนุนสุขภาพกาย-ใจของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 พัฒนาระบบ LTC แบบเชื่อมประสาน ควรปรับระบบ LTC ให้ทำงานไร้รอยต่อ ลดภารกิจซ้ำซ้อนระหว่าง รพ.สต.-อปท.-หน่วยสนับสนุนจัดทำ care pathway ระบบข้อมูลกลาง และทีมสหสาขาในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

1.3 พัฒนาโครงสร้างบริการสุขภาพชนบทให้ตอบบริบทจริง ควรขยายบริการ mobile LTC, community rehab, home-based nursing และ telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ลดภาระการเดินทาง และเสริมความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 เสริมบทบาท อสม. เป็น “care navigator” ควรอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้อสม. ประเมินความต้องการผู้ดูแล ให้ข้อมูลสุขภาพ เชื่อมประสานบริการ และติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

2.2 จัดทำชุดองค์ความรู้จำเป็นสำหรับผู้ดูแล พัฒนาคู่มือ/หลักสูตรสั่งด้านการจัดการดูแล

กตัญญู การเคลื่อนย้าย การใช้ยา สัญญาณอันตราย โภชนาการ และสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มทักษะดูแลอย่างปลอดภัย

2.3 บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ พัฒนาแนวทางการใช้วัดไทย สมุนไพร การประคบ และการดูแลพื้นบ้าน โดยกำกับมาตรฐานและความปลอดภัย เพื่อใช้ควบคู่กับบริการสมัยใหม่ได้อย่างเหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 พัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับบริบทไทย สร้างและทดสอบเครื่องมือวัดภาวะผู้ดูแลคุณภาพชีวิต ความเครียด และ resilience ให้สอดคล้องบริบทชนบท เพื่อใช้วางระบบสนับสนุนที่มีฐานหลักฐานรองรับ

3.2 ศึกษาความต้องการจำเป็นตามบริบทและประเภทภาวะพึ่งพิง วิจัยกลุ่มชาติพันธุ์ ภูมิภาค และกลุ่มโรคเฉพาะ เช่น สมองเสื่อม ผู้ป่วยติดเตียง เพื่อออกแบบบริการให้ตรงกับความต้องการหลากหลายของครอบครัวไทย

3.3 ประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของนโยบาย LTC ศึกษาผลลัพธ์ระดับประเทศ-จังหวัด-ตำบล รวมถึง cost-effectiveness เพื่อนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบายที่ยั่งยืน

3.4 วิจัยโครงสร้างระบบ LTC ในชนบทไทย ศึกษารูปแบบบริการที่เหมาะสม การบูรณาการระหว่าง รพ.สต.-อปท.-อสม. กลไกการจัดการระดับตำบล และผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล เพื่อวางทิศทางการพัฒนาระบบที่ตอบบริบทพื้นที่จริง

เอกสารอ้างอิง

- 1.United Nations, Department of Economic and Social Affairs.(2020). World Population Ageing 2020 Highlights. New York: United Nations.
- 2.National Statistical Office.(2023). The 2022 Survey of the Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

- 3.Knodel J, Teerawichitchainan B. Aging in Thailand: Projections and policy implications. *J Cross Cult Gerontol.* 2017;32(3):283–95.
- 4.World Health Organization.(2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions. Geneva: WHO.
- 5.Kumar A, Wong MKS.(2022). Informal caregiving and its implications in ageing societies. *Ageing Int.* 2022;47(3):588–606.
- 6.Gaugler JE.(2021). The process of caregiving and its impacts on caregivers. *Gerontologist.* 2021;61(2):281–90.
- 7.Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS.(2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA.* 2014;311(10):1052–60.
- 8.Chen Y, Duberstein P, Cooley ME.(2021). Burden and resource needs of family caregivers of older adults. *J Adv Nurs.* 2021;77(4):1740–52.
- 9.Pothisiri W, Prasitsiriphon O.(2019). Family caregiving in Thai cultural context. *Thai J Nurs Res.* 2019;23(2):34–48.
- 10.Boonlert U, Suttharangsee W. Filial piety and caregiving practices in rural Thai families. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2017;21(4):296–310.
- 11.Rittirong J, Rindfuss RR.(2018). Rural–urban migration and caregiving norms in Thailand. *Asian Popul Stud.* 2018;14(1):54–69.
- 12.Srithong W, Pongthavornkamol K.(2021). Lived experiences of family caregivers of dependent older adults in rural Thailand. *Pacific Rim Int J Nurs Res.* 2021;25(1):78–92.
- 13.Chanprasit C, Kongwattanakul K.(2020). Coping, stress, and emotional adjustments among caregivers in Thai rural communities. *Thai J Nurs.* 2020;69(3):45–58.
- 14.Lersilp S, Putthinoi S.(2019). Strategies of caregiving among family members of bedridden older people: A qualitative study. *Songkla Med J.* 2019;37(2):87–98.
- 15.Khampanya P, Thammajinda P.(2022). Family resilience and caregiving adaptation in Thai elderly care. *J Community Dev.* 2022;17(3):112–25.
- 16.Health Systems Research Institute.(2020). Long-term care systems for dependent older persons in Thailand: Situation and policy gaps. Nonthaburi: HSRI; 2020.
- 17.Jindasook S, Tipayamongkholgul M.(2019). Community caregiving systems in rural Thailand: A qualitative inquiry. *J Public Health (Thailand).* 2019;49(1):56–68.
- 18.Suttharangsee W, Pinyopasakul W.(2024). Roles of village health volunteers in caregiving for older adults: A rural ethnographic study. *J Adv Nurs.* 2020;76(5):1234–44.
- 19.Phetsuriya K, Sirikantraporn S.(2021). Cultural meanings of caregiving among Thai families: A qualitative synthesis. *Thai J Nurs Res.* 2021;25(2):67–79.
- 20.Noblit GW, Hare RD.(1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies.* Newbury Park (CA): Sage.
- 21.Sandelowski M, Barroso J.(2018). *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2007.
- 22.Critical Appraisal Skills Programme (CASP).(2018). *CASP Qualitative Research Checklist.* Oxford: CASP; 2018.
- 23.World Health Organization Centre for Health Development.(2024). Financing robust, responsive and equitable long-term care systems around the world [news release]. Kobe: World Health Organization Centre for Health Development.
- 24.Duangjina T, Hershberger PE, Gruss V, Fritschi C.(2025). Resilience in family caregivers of Asian older people with dementia: An integrative review. *J Adv Nurs.* 2025;81(1):156–170.