

แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: บทบาทเชิงวิชาชีพ
และความท้าทายในบริบทสังคมสูงวัย

Guidelines for Enhancing Caregiver Empowerment in Elderly Health Management:
Professional Responsibilities and Emerging Challenges within an Aging Society

สิรินทรา ฟุตระกุล¹, ปณณทัต บณขุนทด^{1*} และวิราพร สืบสุนทร¹

Sirintra Futrakul¹, Punnathut Bonkhunthod^{1*}, and Wiraporn Suebsoontorn¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000

¹ Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. 30000

* Corresponding author: ปณณทัต บณขุนทด Email: punnathut.b@nrru.ac.th

Received : 17 September 2025

Revised : 30 December 2025

Accepted : 10 January 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีผู้สูงอายุ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ภายในปี 2573 สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ภาระการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งพบว่ามีร้อยละ 78.0 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และมากกว่าร้อยละ 30 มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลจำนวนมากเผชิญข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและความเหนื่อยล้าจากการดูแล ซึ่งงานวิจัยรายงานว่า ร้อยละ 40 - 60 ของผู้ดูแลมีภาวะภาระผู้ดูแล (Caregiver burden) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง บทความวิชาการนี้นำเสนอแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลตามทฤษฎี Gibson โดยประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ ความรู้และทักษะ จิตใจและอารมณ์ และสังคมและเครือข่ายสนับสนุน ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแล พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจริงยังได้รับผลกระทบจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการของครอบครัวผู้ดูแล โดยเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล การสร้างสื่อและนวัตกรรมการดูแล การจัดระบบคัดกรองภาระผู้ดูแล การพัฒนาเครือข่ายชุมชนผู้ดูแล และการบูรณาการการดูแลเข้ากับระบบ Long - Term Care รวมถึงการสนับสนุนสวัสดิการแก่ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเชิงระบบดังกล่าวจะช่วยลดภาระผู้ดูแล เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และเพิ่มศักยภาพระบบสุขภาพไทยให้รองรับสังคมสูงวัยได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเสริมพลังอำนาจ เครือข่ายชุมชน สุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, with more than 12 million older adults, accounting for 18.3% of the total population, and projections indicate an increase to 28% by 2030. This demographic shift intensifies the demand for continuous, complex long-term care, particularly as 78% of older adults live with at least one chronic disease and over 30% experience dependency requiring primary caregivers. Many caregivers face insufficient knowledge, skills, and social support, leading to high levels of stress and caregiver burden;

evidence shows that 40 - 60% of caregivers experience moderate to severe burden. This article presents the concept of caregiver empowerment based on Gibson's Empowerment Theory, emphasizing three key dimensions: knowledge and skills, psychological and emotional support, and social and community networks. Strengthening these dimensions enhances caregivers' confidence, decision - making abilities, and capacity to prevent complications. Professional nurses play essential roles as educators, coordinators, psychological supporters, and community network builders. However, challenges remain, including limited time and workforce, disparities in caregiver capability, and socioeconomic constraints that hinder effective caregiver support. Policy and practice recommendations include establishing standardized caregiver empowerment guidelines, developing educational tools and digital health innovations, implementing systematic screening for caregiver burden, and strengthening community - based caregiver networks. Integrating caregiver empowerment into the national long - term care system and providing socio - economic support for high - burden caregivers are crucial. These efforts will reduce caregiver strain, enhance the well - being of older adults, and reinforce the sustainability of Thailand's health system amid rapid population aging.

Keywords: Elderly caregivers, Empowerment, Community network, Elderly health

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยประมาณปี พ.ศ.2567 – 2568 ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573 [1] จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยที่ยาวนานขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพ สวัสดิการ และการดูแลผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามไปด้วย ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเดิม ซึ่งเน้นการพึ่งพาครอบครัวหรือญาติเป็นหลัก เริ่มมีข้อจำกัดชัดเจน หลายครอบครัวไม่มีเวลาหรือทรัพยากรเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ในขณะเดียวกัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ลูกหลานหรือผู้ดูแลมืออาชีพ ต้องเผชิญภาระหนัก ทั้งด้านเวลา การเงิน และสุขภาพจิต ภาระนี้อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดและความยากลำบากในการจัดการชีวิตประจำวัน การสนับสนุนและการพัฒนา กลไกช่วยเหลือผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ [2]

ผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคเรื้อรัง และความเสื่อมถอยของร่างกาย อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม และโรคข้อเสื่อม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง [2] ภาระการดูแลผู้สูงอายุจึงไม่เพียงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น แต่ผู้ดูแล (Caregivers) ทั้งในครอบครัว และผู้ดูแลอย่างเป็นทางการมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดูแลดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดการยา การดูแลด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ [3, 4] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้ดูแลจำนวนมากเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ขาดความรู้ และทักษะที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดเวลาเนื่องจากภาระหน้าที่อื่นในชีวิตประจำวัน รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล (Caregiver burden) และนำไปสู่คุณภาพการดูแลที่ลดลง [5, 6]

แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) จึงได้รับความสนใจในฐานะกระบวนการที่ช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางจิตใจ รวมถึงการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวทางดังกล่าวไม่เพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังช่วยลดภาระทางกาย และใจของผู้ดูแล อีกทั้งยังสนับสนุนระบบสุขภาพโดยรวมให้มีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น [7] ดังนั้นการส่งเสริมแนวคิด Empowerment จึงสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเอง ร่วมตัดสินใจ และเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ทั้งยังลดภาระผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม การนำแนวทาง Empowerment มาใช้ในระดับชุมชนหรือสถานพยาบาล ยังมีข้อจำกัดและรูปแบบปฏิบัติที่จำกัด [8] ด้วยเหตุนี้ การเน้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญ พยาบาลสามารถเป็นทั้งผู้ให้ความรู้ ส่งเสริมการป้องกันโรค และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุเชิงป้องกันและเชิงเสริมศักยภาพ การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการสร้าง Empowerment สำหรับผู้สูงอายุจึงช่วยเติมช่องว่างความรู้และให้หลักฐานเชิงวิชาการสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่ออธิบายแนวคิด และความสำคัญของการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นให้เห็นถึงศักยภาพ ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม
- 2) เพื่อวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริม และสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 3) เพื่อระบุอุปสรรค และเสนอแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลอย่างยั่งยืน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดด้านการพัฒนาชุมชน การบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ และนโยบายสนับสนุน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และลดภาระผู้ดูแล

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล (Caregiver empowerment) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ [4] แนวคิดนี้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991) [9] ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ การสะท้อนคิด การกำหนดเป้าหมาย และการลงมือปฏิบัติ การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลจึงไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลสามารถพิจารณาได้ใน 3 มิติหลัก ดังนี้

1. มิติความรู้และทักษะ (Knowledge and skills) ความรู้ และทักษะเป็นพื้นฐานสำคัญของผู้ดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคสมองเสื่อม ผู้ดูแลจึงต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับการจัดการโรคเหล่านี้ [4, 7] การฝึกทักษะ เช่น การประเมินอาการผิดปกติ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องอาหาร และยา รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ และการหกล้ม เป็นหัวใจสำคัญของการเสริมพลังอำนาจด้านนี้ การพัฒนาความรู้ และทักษะที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ และลดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ [9]

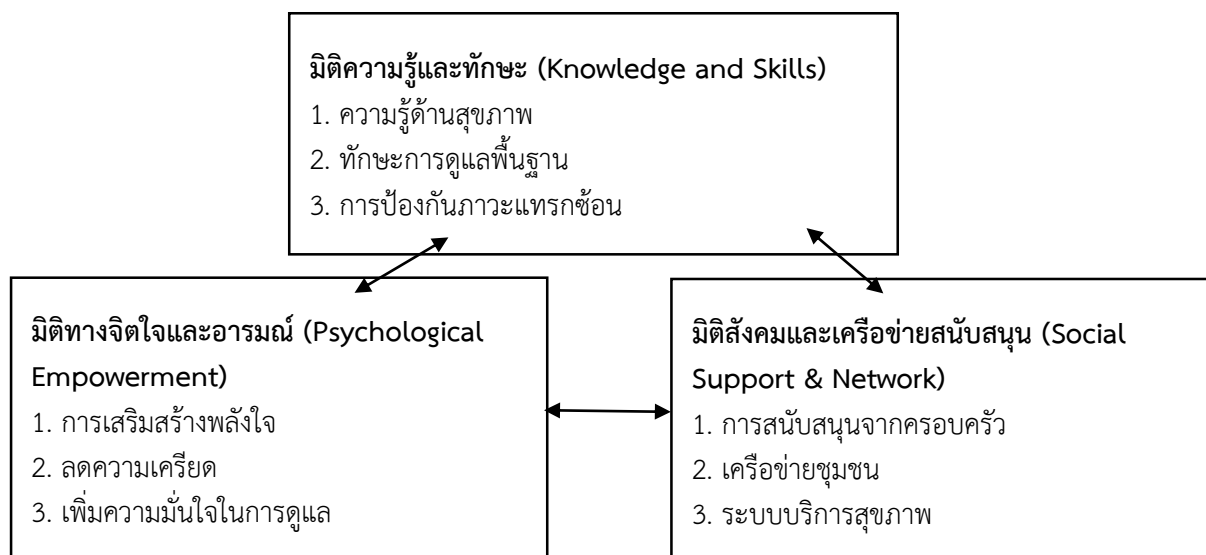
2. มิติทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychological empowerment) การดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจที่ก่อให้เกิดความเครียด และความเหนื่อยล้า ผู้ดูแลจำนวนมากประสบภาวะหมดไฟ (Burnout) และภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังใจ และการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ [10, 11] การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support group) และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในบทบาทของตนเอง ช่วยเพิ่ม

ความภาคภูมิใจและแรงจูงใจในการดูแล [12] ผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในตนเองจะสามารถเผชิญปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลระยะยาว [13]

3. มิติสังคมและเครือข่ายสนับสนุน (Social support and network) นอกจากความรู้ และกำลังใจแล้ว ผู้ดูแลยังต้องการระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งเพื่อช่วยลดภาระ และเสริมความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ การมีครอบครัวที่ให้ความร่วมมือช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุน และแบ่งเบาภาระงานประจำวัน ในขณะเดียวกัน เครือข่ายชุมชนที่เอื้ออำนวย และบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายช่วยสร้างระบบสนับสนุนรอบด้าน ทำให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่มีเครือข่ายสนับสนุนที่ดีมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ต้องดูแลเพียงลำพัง [6, 14] ตัวอย่างการเสริมพลังอำนาจในมิตินี้ ได้แก่ การรวมกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงทรัพยากร และบริการต่าง ๆ ได้สะดวกขึ้น และบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ทำงานร่วมกับพยาบาลชุมชนทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม [11] ดังนั้น มิติสังคม และเครือข่ายสนับสนุนทำหน้าที่เชื่อมโยงความรู้ ทักษะ และกำลังใจของผู้ดูแล เข้ากับทรัพยากรและบริการภายนอก ส่งผลให้การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลมีความยั่งยืน และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

โดยสรุป มิติการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลครอบคลุม 3 ด้านหลัก ด้านแรกคือ ความรู้ และทักษะ (Knowledge and skills) ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และทันสมัยเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรัง การประเมินอาการ การดูแลโภชนาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านที่สองคือ มิติทางจิตใจ และอารมณ์ (Psychological empowerment) ซึ่งมุ่งเสริมความมั่นใจ และความสามารถในการจัดการความเครียด ผ่านการให้คำปรึกษา การจัดกลุ่มสนับสนุน และการยกย่องคุณค่าของบทบาทผู้ดูแล เพื่อป้องกันภาวะ Burnout และเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านที่สามคือ มิติสังคม และเครือข่ายสนับสนุน (Social support and network) ซึ่งเน้นการสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งทั้งในครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ การมีเครือข่ายที่ดีช่วยลดความโดดเดี่ยวของผู้ดูแล เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน ดังแสดงภาพที่ 1

มิติการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล



ภาพที่ 1 สรุปเชิงแนวคิด (Conceptual Framework)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทำหน้าที่อิงตามกรอบ 4 มิติ ได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานของการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในระดับครอบครัวและชุมชน [8] การวิเคราะห์เชิงลึกของแต่ละมิติแสดงให้เห็นกลไกการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. ผู้ให้ความรู้ (Educator)

บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้ความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการเสริมพลังอำนาจ เนื่องจากความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นกลไกหลักที่เปลี่ยนผ่านผู้ดูแลจากผู้ปฏิบัติแบบตามคำสั่ง ไปสู่ผู้ที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การใช้หลักการสอนแบบมีส่วนร่วม (Participatory teaching) ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มการนำไปใช้จริงในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วย ในทางปฏิบัติ พยาบาลต้องถ่ายทอดประเด็นสำคัญ เช่น การป้องกันการหกล้ม การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การใช้เครื่องช่วยเดิน และการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ [15] รวมถึงความรู้ด้านการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น การไต่อา การติดตามอาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และสมองในระดับที่ผู้ดูแลทำได้ด้วยตนเอง การให้ความรู้ที่มีระบบ และคุณภาพมีผลโดยตรงในการเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ชี้ว่าการให้ความรู้ที่ดีสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ [8]

กรณีตัวอย่าง: ผู้ดูแลหญิงอายุ 52 ปี ดูแลมารดาที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังเส้นเลือดสมองตีบ ได้รับการฝึกจากพยาบาลเรื่องการพยุงเดิน การจัดทำป้องกันแผลกดทับ และการสังเกตอาการผิดปกติ หลังการสอน ผู้ดูแลรายนี้รายงานว่าความกลัวในการจับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลดลง และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้อย่างแม่นยำ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดการหกล้มและแผลกดทับตลอดระยะติดตาม 8 สัปดาห์ บทบาทนี้จึงมีลักษณะเป็นการ “เพิ่มศักยภาพ” ผ่านการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเชิงปฏิบัติอย่างเป็นระบบ [5]

2. ผู้ประสานงาน (Coordinator)

บทบาทด้านการประสานงานสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานของพยาบาลในเชิงระบบ เพราะการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลากหลายสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) พยาบาลเป็นผู้เชื่อมต่อระหว่างผู้ดูแลกับระบบบริการสุขภาพ ช่วยให้เกิดการจัดการที่เป็นเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อนของงาน และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโภชนาการ ขณะเดียวกันการเชื่อมโยงผู้ดูแลกับหน่วยงานชุมชน เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และกลุ่มสนับสนุนในพื้นที่ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงบริการ กิจกรรม และแหล่งข้อมูลที่จำเป็น [3] บทบาทนี้จึงมีความสำคัญเชิงกลไกเพราะช่วยสร้างโครงสร้างสนับสนุนที่ยั่งยืน และทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

กรณีตัวอย่าง: ผู้สูงอายุชายอายุ 78 ปี เป็นเบาหวานและมีแผลเรื้อรังที่เท้า พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ประสานการรักษากับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตรวจพบท่อน้ำตาโดยเภสัชกร และส่งต่อไปยังนักกายภาพบำบัด เพื่อแนะนำการเดินที่เหมาะสม พร้อมทั้งเชื่อมโยงผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนเบาหวานในชุมชน ต่อมาพบว่าแผลดีขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลสม่ำเสมอ และผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ บทบาทนี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าในการลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างระบบดูแลที่เป็นเอกภาพ [10]

3. ผู้สนับสนุนทางจิตใจ (Supporter)

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระที่ใช้ทั้งแรงกายและแรงใจ ผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดเหนื่อยล้า และเผชิญความไม่มั่นใจในบทบาทของตน การสนับสนุนทางจิตใจจากพยาบาลจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยรักษาสมดุลทางอารมณ์และความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล พยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ช่วยให้ผู้ดูแลระบุปัญหา ความเครียด และความรู้สึกกดดัน พร้อมแนะนำเทคนิคการจัดการความเครียด การผ่อนคลาย และวิธีจัดโครงสร้างกิจวัตรประจำวันที่สมดุลระหว่างการดูแลและชีวิตส่วนตัว นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงใจ เช่น การยกย่องความสำเร็จเล็ก ๆ ของผู้ดูแล การให้กำลังใจ และการเพิ่มความมั่นใจในทักษะการดูแล บทบาทนี้มีผลโดยตรงต่อการลดความเหนื่อยล้าและภาวะ Burnout ของผู้ดูแล ซึ่งท้ายที่สุดจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

กรณีตัวอย่าง: ผู้ดูแลชายวัย 45 ปีดูแลภรรยาที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เล่าว่ามักรู้สึกท้อแท้และกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย พยาบาลให้การสนทนาเชิงจิตวิทยา ช่วยให้ผู้ดูแลระบุปัญหาที่แท้จริง และจัดลำดับความสำคัญของภาระงาน พร้อมแนะนำเทคนิคผ่อนคลายสั้นๆ และการแบ่งเวลาให้ตัวเอง หลังการให้การสนับสนุนต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้นด้วย บทบาทนี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลทางจิตใจมีผลต่อการตัดสินใจ ความมั่นใจ และคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง [13]

4. ผู้สร้างเครือข่ายชุมชน (Community builder)

บทบาทนี้เป็นการเสริมพลังอำนาจในระดับชุมชน ซึ่งช่วยสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนในระยะยาว พยาบาลส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การจัดเวิร์กช็อป การประชุมกลุ่มสนับสนุน หรือกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความผูกพันและเสริมความมั่นใจแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ พยาบาลยังเชื่อมโยงผู้ดูแลกับเครือข่ายอาสาสมัคร องค์กรสาธารณสุข และองค์กรชุมชนต่างๆ เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากร และการช่วยเหลือที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง [16] การพัฒนาศักยภาพชุมชนด้วยการสร้างระบบช่วยเหลือที่มีความยั่งยืนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการลดความโดดเดี่ยวของผู้ดูแล และเพิ่มความสามารถในการจัดการผู้ป่วยในชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม

กรณีตัวอย่าง: ในชุมชนแห่งหนึ่ง พยาบาลได้จัดกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเดือนละ 2 ครั้ง โดยเชิญ อสม. และแกนนำชุมชนเข้าร่วม ผู้ดูแลรายหนึ่งซึ่งเคยรู้สึกโดดเดี่ยว ได้เรียนรู้เทคนิคการดูแลจากเพื่อนผู้ดูแลคนอื่น และได้รับการช่วยเหลือในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานจากองค์กรปกครองท้องถิ่น ทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด บทบาทนี้จึงทำให้ชุมชนกลายเป็นระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน (Sustainable support system) และช่วยลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาว [13]

สรุป บทบาทของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 4 ด้านได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment theory) ของ Gibson (1991) [9] โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเครือข่ายของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ ลดความเครียด และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างยั่งยืน

ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล

แม้ว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแล ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง แต่การปฏิบัติงานจริงยังเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพ และความต้องการของการสร้างเสริมพลังอำนาจ [8] ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลและเวลา

ข้อจำกัดด้านภาระงาน และทรัพยากรบุคคลของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดทอนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากพยาบาลต้องรับผิดชอบงานหลากหลาย

ทั้งการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล งานเอกสาร การประชุมทีมสหวิชาชีพ และการดำเนินงานด้านคุณภาพ ทำให้เกิดการแย่งชิงเวลา และทรัพยากร ส่งผลให้กิจกรรมเสริมพลังอำนาจไม่สามารถจัดอย่างต่อเนื่องหรือมีคุณภาพเพียงพอ นอกจากนี้ ภาระงานล้นมือยังเพิ่มความเสี่ยงต่อความเครียดและการเกิด Burnout ซึ่งจะสะท้อนกลับไปยังคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง [17]

ในเชิงปฏิบัติการ แนวทางแก้ไขจำเป็นต้องเน้นการจัดลำดับความสำคัญของงาน (Prioritization) เพื่อเพิ่มเวลาสำหรับกิจกรรมที่ส่งผลต่อศักยภาพของผู้ดูแล รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น Telehealth และสื่อดิจิทัล เพื่อแบ่งเบาภาระการให้ความรู้ นอกจากนี้ การกระจายงานให้ทีมสหวิชาชีพช่วยสนับสนุน เช่น นักกายภาพบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์ จะช่วยลดภาระพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินกิจกรรมเสริมพลังอำนาจได้มากขึ้น

2. ความแตกต่างของศักยภาพผู้ดูแล

ความหลากหลายด้านความรู้ ทักษะ สุขภาพกาย – ใจ และประสบการณ์ของผู้ดูแลถือเป็นความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเสริมพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญ [18] ผู้ดูแลบางรายอาจมีความพร้อมสูงและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที แต่บางรายอาจขาดความมั่นใจ ขาดความรู้พื้นฐานหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่ได้รับ การไม่สอดคล้องกันระหว่างความสามารถและบทบาทนี้อาจนำไปสู่ความเครียด ความท้อแท้ และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเป้าหมาย

ในเชิงปฏิบัติการ การเสริมพลังอำนาจจึงจำเป็นต้องยึดหลัก “Individualized approach” โดยพยาบาลต้องประเมินศักยภาพและความต้องการเฉพาะรายก่อนเริ่มกิจกรรม พร้อมปรับเนื้อหา วิธีการสอน และสื่อประกอบให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้ดูแล การผลิตสื่อแบบเข้าใจง่าย เช่น วิดีโอสั้นหรืออินโฟกราฟิก จะช่วยลดช่องว่างด้านทักษะ และเพิ่มการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับเป้าหมายมากขึ้น [18]

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ค่ายา อาหารเสริม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงความจำเป็นในการทำงานหารายได้ของผู้ดูแล ส่งผลให้เวลาที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเสริมพลังอำนาจมีจำกัด ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในระยะยาว ภาระด้านเศรษฐกิจยังส่งผลต่อสุขภาพจิตใจ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด และ Burnout ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

เชิงปฏิบัติการ แนวทางแก้ไขจำเป็นต้องเน้นการลดภาระผู้ดูแล เช่น จัดการอบรมแบบออนไลน์ระยะสั้น หรือแบบ On - demand เพื่อให้สอดคล้องกับเวลาที่จำกัด รวมถึงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน เช่น ค่าเดินทางหรือค่าวัสดุการอบรม นอกจากนี้ การออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่น และไม่กำหนดเวลาตายตัวยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้การเสริมพลังอำนาจเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันมากขึ้นแม้มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ [19]

4. ระบบสนับสนุนที่ยังไม่ทั่วถึง

ช่องว่างด้านความครอบคลุมของบริการสุขภาพและบริการสังคมในบางพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ทำให้ผู้ดูแลขาดการเข้าถึงข้อมูล คำปรึกษา และทรัพยากรสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย [20] นอกจากนี้ การขาดเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งมีผลกระทบต่อน้ำใจและประสิทธิภาพการดูแลในระยะยาว

ในเชิงปฏิบัติการ การเสริมพลังอำนาจจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทพื้นที่ โดยส่งเสริมการสร้างเครือข่ายชุมชน เช่น กลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัคร และองค์กรท้องถิ่น เพื่อเป็นแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและทางปฏิบัติการ [7] พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นแกนกลางประสานงาน ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง ขณะเดียวกันเทคโนโลยี Telehealth เป็นเครื่องมือที่ช่วยเชื่อมช่องว่างด้านพื้นที่ ทำให้ผู้ดูแลในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

ผลการวิเคราะห์ประเด็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคเชิงระบบและเชิงปฏิบัติที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายมิติ โดยข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดความต่อเนื่องของกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ ขณะเดียวกันความแตกต่างด้านความรู้ทักษะ และศักยภาพของผู้ดูแลส่งผลให้การรับและการประยุกต์ใช้ข้อมูลไม่เท่าเทียมกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมทักษะการดูแล อีกทั้งระบบสนับสนุนด้านสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดทรัพยากรและเครือข่ายที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

จากประเด็นข้างต้น สามารถอภิปรายได้ว่าการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะ “บริบทเฉพาะราย” (Context - specific) และ “รายบุคคล” (Individualized) มากกว่าการใช้แนวทางมาตรฐานเพียงอย่างเดียว กลยุทธ์เสริมพลังอำนาจควรครอบคลุมการประเมินความต้องการเฉพาะบุคคล การสนับสนุนด้วยเทคโนโลยี และการสร้างระบบเครือข่ายชุมชน ขณะเดียวกันต้องมีการลดภาระงานพยาบาลโดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยแบ่งเบาหน้าที่ การบูรณาการปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิผล ความยั่งยืน และความสอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลให้เกิดผลเชิงบวกต่อสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาว

สรุป

การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver empowerment) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล โดยเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิผล บุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล ทั้งในฐานะผู้ให้ความรู้ (Educator) ผู้ประสานงาน (Coordinator) ผู้สนับสนุนทางจิตใจ (Supporter) และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน (Community builder) บทบาทเหล่านี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment theory) ของ Gibson [9] และเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลอย่างครบมิติ ทั้งด้านความรู้ และทักษะ ด้านจิตใจ และอารมณ์ และด้านสังคม และเครือข่ายสนับสนุน อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานของพยาบาลในการสร้างเสริมพลังอำนาจยังเผชิญความท้าทายหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล และเวลา ความแตกต่างของศักยภาพผู้ดูแล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม ระบบสนับสนุนที่ยังไม่ทั่วถึง ความท้าทายเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องและประสิทธิผลของกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนเชิงนโยบาย การพัฒนาศักยภาพพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืน สรุปแล้ว การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องดำเนินการแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งมิติความรู้ ทักษะ จิตใจ และสังคม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก การสนับสนุนที่เพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมั่นใจ ลดภาระความเครียด และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนในระยะยาว และการพัฒนามาตรฐานและนโยบายด้านการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในระดับองค์กรและชุมชนควบคู่กับการฝึกอบรมและสนับสนุนทรัพยากรแก่พยาบาลวิชาชีพในการทำหน้าที่ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน จะช่วยเสริมศักยภาพผู้ดูแล ลดภาระความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการสร้างและขยายเครือข่ายสนับสนุนผู้ดูแลโดยองค์กรท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข เช่น กลุ่มผู้ดูแลชุมชนอาสาสมัคร และบริการสุขภาพแบบเข้าถึงง่าย จะทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและยั่งยืน

การส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังผ่านบทบาทพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนทางจิตใจ และผู้สร้างเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ

Gibson [9] ที่มองพลังอำนาจเป็นกระบวนการ และผลลัพธ์ของความสามารถในการตัดสินใจ และการควบคุมตนเอง (Personal empowerment) อย่างไรก็ตาม บริบทไทยปรับแนวคิดนี้ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน โดยเน้นการเสริมพลังแบบกลุ่ม (Collective empowerment) ผ่านเครือข่ายผู้ดูแล อสม. และองค์กรชุมชน ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงต้องผสมผสานทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลรายบุคคล และการสร้างระบบสนับสนุนเชิงชุมชน เพื่อให้การเสริมพลังอำนาจเกิดผลอย่างยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย [8, 9, 16]

การนำไปใช้ประโยชน์

1. สนับสนุนการพัฒนานโยบาย และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เช่น การจัดมาตรฐานการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล การบูรณาการเข้ากับระบบ Long - term care และการสนับสนุนสวัสดิการผู้ดูแล ช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขวางแผนทาง และมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทสังคมสูงวัย
2. ยกระดับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในฐานะผู้ขับเคลื่อน Empowerment บทบาทความเน้นบทบาทเชิงวิชาชีพทั้ง 4 มิติ (Educator, Coordinator, Supporter, Community builder) ทำให้สามารถพัฒนาหลักสูตรอบรม และแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล เพื่อเพิ่มศักยภาพการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ
3. เสริมศักยภาพ และลดภาระของผู้ดูแล การประยุกต์แนวคิด Empowerment ในด้านความรู้จักทะนุถนอม จิตใจ และเครือข่ายสนับสนุน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และจัดการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ ลดความเครียด และป้องกันภาวะ Burnout
4. ขั้วช่องว่างความรู้ และแนวทางวิจัยต่อยอด ข้อมูล และกรอบแนวคิดเชิงวิชาการช่วยเติมช่องว่างความรู้เรื่องการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในชุมชน และสถานพยาบาล สร้างพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และการประเมินผลโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในบริบทสังคมไทย
5. สนับสนุนการสร้างเครือข่ายชุมชน และการบูรณาการระบบสุขภาพ แนวทางการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลและชุมชน ช่วยเพิ่มการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนให้ระบบดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน

การอ้างอิง

สิรินทรา พุตระกูล, ปณณทัต บณขุนทด, และวิราพร สืบสุนทร. แนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: บทบาทเชิงวิชาชีพและความท้าทายในบริบทสังคมสูงวัย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(2): 161 - 70.

Futrakul S, Bonkhunthod I, and Suebsontorn W. Guidelines for Enhancing Caregiver Empowerment in Elderly Health Management: Professional Responsibilities and Emerging Challenges within an Aging Society. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(2): 161 - 70.

เอกสารอ้างอิง

- [1] United Nations. World Population Ageing. New York. UN Department of Economic and Social Affairs. 2020.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2565.
- [3] WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva, World Health Organization. 2017.
- [4] Clark C, Lyons I, and Sayers A. Caregiver education interventions for older adults: A systematic review. Journal of Gerontological Nursing. 2019; 45(9): 21 – 30.

- [5] Panyasri K, and Wongpakaran N. Psychological empowerment of family caregivers: A conceptual review, *Thai Journal of Nursing Research*. 2020; 24(2): 105 – 12.
- [6] Chiu M, Wray L, and Lu X. Social support and caregiving for the elderly: A systematic review, *Ageing & Society*. 2018; 38(3): 567 – 89.
- [7] สุภาวดี อินทร์ม่วง. การส่งเสริมความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2563; 38(2): 45 – 56.
- [8] Kwon J, and Kim H. Nurse's role in supporting caregivers of frail elderly: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; (115): 103 - 846.
- [9] Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(3): 354 – 61.
- [10] วรางคณา แก้วประเสริฐ. การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน*. 2564; 15(1): 77 – 89.
- [11] แสงเดือน จันทร์หอม. ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 2562; 49(3): 233 – 41.
- [12] Chou KR, Chu H, and Tseng CL. The effectiveness of support groups for caregivers of elderly with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018; 33(4): 472 – 82.
- [13] ศศิธร แก้วคำ. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยการพยาบาล*. 2561; 32(2): 65 – 74.
- [14] OECD. *Caregiving in ageing societies: Policy challenges*. Paris: OECD Publishing. 2021.
- [15] Oliver D, Healey F, and Haines T. Preventing falls and fall - related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2010; 26(4): 645 - 92.
- [16] Rajabi R, Forozy M, Fooladvandi M, and Eslami H. Effectiveness of the Family - Centered Empowerment Model on informal caregivers of individuals with chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*. 2025; 34(5-6): 789 - 98.
- [17] Twigg DE, and McCullough K. Occupational identity and work - based experiences of nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70(12): 2801 – 812.
- [18] Zhang N, Bai Y, Tao A, Zhao Y, and Chan HYL. Effects of psychoeducational interventions on caregiver burden among family caregivers of older adults: a meta - analysis. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2019; 74(6): 953 – 61.
- [19] National Alliance for Caregiving. *Caregiving in the U.S.* 2020. Bethesda, MD: NAC & AARP Public Policy Institute. 2020.
- [20] World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO. 2021.