



## บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ: มิติจิตวิญญาณ

### The Role of the Community Psychiatric Nurses in the Elderly living with Spiritual Distress: Spiritual Dimension

วิลาวรรณ คริสต์รักษา พย.ม.\* ทิพย์ภา เชษฐไชวาลิต วท.ม.\*\*

Wilawan Chrstraksa M.S.N\* Tippa Chetchaovallit M.S.\*\*

#### บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society)<sup>1</sup> และผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพามากขึ้น<sup>2</sup> ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้มีโอกาสเข้าสังคม ทำกิจกรรมในชุมชนได้น้อยลง และการมีโรคภัยไข้เจ็บจากร่างกายอ่อนแอ<sup>2-4</sup> ทั้งนี้มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายประการ ทั้งทางด้านกายภาพ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันลดลง การทำงานของอวัยวะเสื่อมถอย มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อันมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ได้แก่ เครียด กังวล และซึมเศร้า<sup>3</sup> หากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างมาก อาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent elders) ซึ่งหมายถึง การไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องให้ผู้อื่นใกล้ชิดหรือผู้ดูแลจัดการให้บางส่วนหรือทั้งหมด เช่น ผู้สูงอายุนอนติดเตียง ติดบ้าน เป็นต้น จากสถิติอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยต่อวัยแรงงาน 100 คนระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2583 พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>5</sup> และยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ สถานะทางการเงินอาจลดน้อยลง ต้องทำงานหนัก เนื่องจากมีภาระที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มขึ้น<sup>4,6</sup> จากสถิติพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุไทย เคยถูกลูกหลานพูดไม่ดี ทะเลาะด้วย ทำให้เกิดความเสียใจน้อยใจ รู้สึกว่าลูกหลานไม่เข้าใจ และไม่ดูแล<sup>7</sup> ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและกลัวว่าจะต้องพึ่งพาลูกหลานมากเกินไป ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวทำให้เกิดได้ว่า บางครั้งผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะของการขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ นอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ทำให้เกิดความไม่สบายใจและกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแรง คิดคาดการณ์ล่วงหน้า กระวนกระวาย เป็นต้น<sup>8,9</sup> นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.6<sup>10</sup> ซึ่งมีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้า (Depressive symptom) ปรับตัวไม่ได้ มีอาการทางจิต ท้อถอย เบื่อหน่าย อารมณ์รุนแรง พึ่งพามุบุคคลอื่น คุณค่าในตัวเองลดลง เหล่านี้ล้วนเป็นความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual distress)<sup>11,12</sup> ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การพยาบาลมิติจิตวิญญาณ (Spiritual nursing care) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ที่ส่งผลโดยตรงต่อบุคคล และไม่สามารถแยกออกจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมได้ แต่การพยาบาลมิติจิตวิญญาณ เกิดขึ้นได้ต่อเมื่อดูแลบุคคลให้สามารถค้นหาความหมายชีวิต ความหวัง และความสงบสุขต่อสิ่งที่เผชิญอยู่ได้<sup>13</sup> โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน (Community psychiatric nurse) ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และสามารถเข้าถึงบุคคลอื่นได้ง่าย โดยอาศัยหลักการเอาใจใส่ (Empathy) มีการตระหนักถึงตนเอง (Self-awareness) และให้การพยาบาลด้านจิตใจได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศไทยที่พบว่า ปัญหาด้านจิตใจมีความซับซ้อน และรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ง่ายโดยพยาบาลวิชาชีพทั่วไป จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความชำนาญ มีศักยภาพด้านการพยาบาลทางด้านจิตเวชเข้าดำเนินงานในชุมชน<sup>14</sup> เพื่อให้การพยาบาลด้านจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณที่ช่วยตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชน ผู้สูงอายุ ภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ

\*อาจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## ความหมายของภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตที่มีผลต่อจิตใจ ร่างกาย สังคม และอารมณ์ ซึ่งแสดงออกทางความคิด พฤติกรรม และคำพูด จิตวิญญาณมีลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป เกี่ยวข้องกับความเชื่อ การให้คุณค่าหรือความหมายกับสิ่งที่สำคัญกับชีวิต รวมถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต<sup>15</sup> และอาจเชื่อมโยงกับศาสนา พระเจ้า หรือพลังเหนือธรรมชาติ<sup>16</sup> ดังนั้นการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ จึงเป็นการขัดแย้งทางด้านความเชื่อและการให้คุณค่าของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการหาความหมายของชีวิต<sup>17</sup> นำไปสู่ความคิด และความรู้สึกที่ทำให้แสดงพฤติกรรมเป็นไปในทางลบ เช่น ซึมเศร้า ฟังพาดู้อื่น โกรธ อาฆาต อิจฉาริษยาผู้อื่น ปรับตัวไม่ได้ หวาดกลัว เป็นต้น ซึ่งรวมไปถึงการขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดกำลังใจ และขาดศรัทธาต่อศาสนา<sup>11</sup> และไม่ควรสรุปว่า การเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับการศาสนาเสมอไป<sup>12</sup>

จากการศึกษาความหมายการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณพบว่า มีความหมายคล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illnesses) ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ปรับจิตใจให้สอดคล้องกับอารมณ์ของตนเองไม่ได้ เกิดเป็นความทุกข์ และเกิดผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคม ชุมชน และการทำงาน<sup>18</sup> อาจมีสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตแตกต่างกันออกไป เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติจากสารสื่อประสาท ปัจจัยทางสังคม เป็นต้น สำหรับการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณนั้น จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Serious illness)<sup>19</sup> และขัดแย้งกับสิ่งที่ตนไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ไม่อยากตัดขาที่เป็นแผลติดเชื้อจากโรคเบาหวาน เพราะคิดว่ารักษาด้วยยาได้ แต่เมื่อตัดขาจึงรู้สึกผิด เสียใจและต่อว่าตัวเองที่ไม่ดูแลขาให้ดี เป็นต้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตขัดแย้งกับความคิด ความเชื่อที่มีอยู่เดิมของบุคคล เช่น หญิงให้ลูกหลานดูแล แต่ลูกหลานทอดทิ้ง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ดังนั้น ภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ จึงเป็นการแสดงออกช่วงใดช่วงหนึ่งทางพฤติกรรม คำพูด ท่าทางผ่านความรู้สึกที่ยังถือว่าปกติ (Normal feelings) เช่น เศร้า โดดเดี่ยว โกรธ กลัว เป็นต้น<sup>16</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์การเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรควิตก

กังวล เครียด จิตเภท ซึมเศร้า และโรคเครียดหลังได้รับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ<sup>15</sup> และการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า<sup>19</sup>

## ความหมายของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ

การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลด้วยหัวใจ มีความนุ่มนวล ให้เกียรติ เมตตา และการดูแลประจัญญาติ<sup>20</sup> และผู้ให้การดูแลจะต้องเข้าใจความต้องการด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลด้วย<sup>21</sup> ซึ่งในทางปฏิบัติ พยาบาลจิตเวชชุมชนจะใช้กระบวนการพยาบาลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหา ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุ และประเมินผลตามแผนการพยาบาลนั้น เพื่อดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้รับบริการในชุมชน ดังนั้นการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ จึงเป็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีเป้าหมายเพื่อการฟื้นฟูและรักษาการทำหน้าที่ทางสังคม สุขภาพ และให้ได้รับความสุขสบายมากที่สุด<sup>3</sup> สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม

## การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากบุตรหลาน และญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการการทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง และต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ<sup>21</sup> เพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลมีความสุข มีคุณค่าในตัวเอง สามารถจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่นโดยเปิดเผยและยอมรับทัศนคติผู้อื่น และมีพลังภายในตน<sup>22</sup> อันส่งผลให้เกิดการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สามารถแสดงออกถึงความพึงพอใจ หรือชื่นชมในประสบการณ์ของตนเองและมีความสุขในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ<sup>23</sup>

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ เป็นผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ที่แสดงออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น ไม่สามารถปรับตัวได้จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นต้น ภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ จะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพยาบาลมี



การรับรู้การดูแลทางจิตวิญญาณ<sup>21</sup> มีศักยภาพด้านการพยาบาลทางด้านจิตเวชเข้าดำเนินงานในชุมชน<sup>14</sup> และต้องอาศัยความรู้ในการทำปฏิสัมพันธ์ การใช้ตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic use of self) เพื่อช่วยให้การสนทนาเป็นไปในทิศทางที่ช่วยเหลือ สามารถบำบัด และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับอันตังามระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ ในที่นี้ขอเสนอการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับการปฏิบัติ (Nursing implementation) ตามบทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

### 1. การประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ

พยาบาลควรตระหนักถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม คำพูด อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความรู้สึกกลัวกลุหลานไม่ดูแล และกลัวถูกทอดทิ้ง<sup>7</sup> ซึ่งอาจมีสาเหตุแตกต่างกัน จึงควรใช้วิธีการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ (spiritual distress assessment) ดังต่อไปนี้ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.1 การสังเกต (Observation) ขณะลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน พยาบาลควรสังเกตลักษณะท่าทางของผู้สูงอายุ เช่น สีหน้าหม่นหมอง อิดโรย ซึมเศร้า หงุดหงิด เหม่อลอย ร้องไห้ นอนไม่หลับ โกรธ หรืออาจสังเกตลักษณะคำพูดของผู้สูงอายุ เช่น น้อยใจ บ่นถึงความทุกข์ ไม่อยากทำงาน อยากไปวัด อยากทำบุญ เล่าเรื่องอดีตที่เคยทำผิดพลาด เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น ห้องนอน ห้องพระ การไม่เก็บกวาดบ้าน เป็นต้น เหล่านี้พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลปรนัย (Objective data)

1.2 การซักประวัติ (Getting a patient's information) ในที่นี้หมายถึง การสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และตรงกับความเป็นจริง สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ดังนั้น พยาบาลจึงควรต้องทราบเบื้องหลังทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual history) ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก และเพื่อให้ได้ประวัติทางด้านจิตวิญญาณ พยาบาลจึงควรซักประวัติผู้สูงอายุ และผู้ดูแล โดยการเข้าถึง เอาใจใส่ (Empathic engagement) สุขใจ มั่นใจ นุ่มนวล และไม่เร่งรีบหาข้อมูล<sup>20</sup> ดังนี้

1.2.1 การซักประวัติผู้สูงอายุ พยาบาลควรคำนึงถึงการรับรู้วัน เวลา สถานที่ การสอบถามประวัติโรคทางกาย การรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากโรคทางกาย เพื่อประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณจากโรคทางกาย การซักประวัติความเป็นอยู่ โดยคำนึงถึงธรรมชาติของจิตวิญญาณ คือ การให้ความสำคัญ แรงจูงใจ และการดูแลสุขภาพ การให้ความหมายชีวิต ความต้องการ และความปรารถนาของผู้สูงอายุ รวมถึงความเชื่อเดิมทางจิตวิญญาณ ศาสนา ทศนคติและการตัดสินใจของพยาบาลด้วย<sup>24</sup>

1.2.2 การซักประวัติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ การซักประวัติผู้ดูแลทำให้พยาบาลรับทราบข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่นอกเหนือจากสิ่งที่ซักประวัติได้จากผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น พฤติกรรม คำพูด และอารมณ์ที่แสดงออกเนื่องจากพบว่า ผู้สูงอายุบางรายจะให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงจากลักษณะจิตใจที่ค่อนข้างเกรงใจ กลัวผู้ดูแล หรือไม่ต้องการให้ลูกหลานเป็นห่วง บางรายอาจถึงขั้นต้องแยกซักประวัติระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับการทรมานกรรมจากผู้ดูแล เป็นต้น

1.3 การฟังอย่างตั้งใจ (Active listening) ขณะที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเล่าเรื่องราวให้ฟัง พยาบาลควรตั้งใจฟังพยักหน้า เพื่อให้ทราบว่ายพยาบาลสนใจในข้อมูลที่กำลังพูดคุย โดยต้องรอให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลพูดจนจบประโยค ฟังด้วยความสงบ เห็นอกเห็นใจ และไม่เร่งรีบถามเกินไป พยาบาลอาจใช้คำถามเพื่อกระตุ้นความคิดในจังหวะที่เหมาะสม รวมทั้งสรุป และสะท้อนพฤติกรรม ความคิดบางอย่างที่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลได้แสดงออก การฟังอย่างตั้งใจเป็นหนึ่งในเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ผู้ป่วย จึงควรนำมาใช้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุด้วย

1.4 การใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรใช้ประเมินผู้สูงอายุ เพื่อประเมินการแสดงออกทางพฤติกรรม คำพูด ความคิด และอารมณ์ ที่สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน ดังนี้



1.4.1 แบบสอบถามด้านจิตวิญญาณ เครื่องมือที่ใช้สอบถามเพื่อประเมินเกี่ยวกับจิตวิญญาณมีไม่มากในปัจจุบัน และไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน แต่แบบสอบถามที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับจิตวิญญาณที่เห็นได้บ่อยครั้ง ได้แก่

1) แบบสอบถาม FICA (FICA spiritual history assessment tool เป็นแบบสอบถามที่ใช้สอบถามพื้นฐานทางด้านจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อ ความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วย การเป็นส่วนหนึ่งของศาสนา และการรู้จักตัวตน ซึ่งมีรายละเอียดคร่าว ๆ ดังนี้<sup>25</sup>

F (Faith and beliefs) หมายถึง ความศรัทธาและความเชื่อของบุคคล พยาบาลต้องถามว่า อะไรคือสิ่งที่ผู้สูงอายุเชื่อ และให้คุณค่า สิ่งใดที่เป็นความหมายของชีวิต

I (Importance and influence) เป็นความสำคัญและสิ่งที่ส่งผลต่อชีวิตการเจ็บป่วย พยาบาลอาจถามว่า อะไรที่สำคัญกับชีวิตและมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ ความเชื่อที่มีอยู่มีอิทธิพลอย่างไรต่อพฤติกรรมระหว่างการเจ็บป่วย

C (Community) คือ ชุมชน หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือบุคคลที่รัก คำถามที่ใช้ถามได้แก่ ท่านเป็นส่วนหนึ่งของจิตวิญญาณหรือศาสนาหรือไม่ สิ่งเหล่านั้นสนับสนุนท่านอย่างไร มีบุคคลที่ท่านรักหรือสำคัญกับท่านหรือไม่

A (Address) พยาบาลต้องใช้คำถามในการเข้าถึงผู้สูงอายุ เช่น ฉันจะเข้าถึงได้อย่างไร พยาบาลของคุณจะทราบการดูแลสุขภาพของคุณได้อย่างไร

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินที่คล้ายคลึงกัน คือ แบบสอบถาม FACT spiritual assessment tool<sup>26</sup> ซึ่งจะประเมินในลักษณะของความเชื่อ ความศรัทธา และการปฏิบัติทางด้านจิตวิญญาณ (F: Faith and/or beliefs, spiritual practices) การเข้าถึงการนำไปใช้ (A :Active) การเผชิญปัญหาเมื่อเกิดความขัดแย้งกับสถานการณ์ด้านจิตวิญญาณกับแผนการรักษาของแพทย์ปัจจุบัน (C: Coping) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับทีมรักษา รวมทั้งการวางแผนการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาทางสุขภาพ (T: Treatment plan)

2) แบบประเมิน HOPE (HOPE Questions for spiritual assessment) ลักษณะคำถามใช้ถามเพื่อ

ประเมินเกี่ยวกับแหล่งที่มาของความหวังและความหมายชีวิตของผู้สูงอายุที่นำสู่การดูแลทางด้านจิตวิญญาณและการตัดสินใจเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต<sup>27</sup> การประเมิน ได้แก่ ที่มาของสิ่งที่หวัง ความแข็งแกร่ง ความสงบ และวิธีการควบคุมสิ่งเหล่านี้ในช่วงเวลายากลำบาก (H: Sources of hope) การเป็นส่วนหนึ่งของศาสนา และสิ่งนั้นช่วยได้อย่างไร (O: Organized religion) การมีความเชื่อทางจิตวิญญาณของบุคคล (P: Personal spirituality and practices) การสอบถามความช่วยเหลืออย่างอื่น (E: Effects on medical care and end-of-life issues)

3) แบบประเมิน Open invite (The open invite Mnemonic) เป็นแบบสอบถามที่ช่วยให้ผู้ประเมินระลึกถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการสนทนา และให้ผู้ป่วยเข้ามาพูดคุยเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องการ (Spiritual needs) ลักษณะคำถามจะคล้ายคลึงกับแบบประเมิน FICA และ HOPE แต่แตกต่างกันที่ลักษณะคำถามจะเป็นธรรมชาติ เป็นการเคารพ และไม่คุกคาม เช่น ปุ่มหลังของความเชื่อ ความศรัทธา สิ่งที่จะช่วยเหลือให้ผ่านพ้นไปได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก มีสิ่งใดที่จะให้ทีมบุคลากรช่วยเหลือได้บ้าง เป็นต้น<sup>27</sup>

จะเห็นได้ว่า แบบสอบถามดังกล่าว เป็นแบบสอบถามที่ค้นหาความเชื่อ ความศรัทธาของผู้ที่มีความต้องการการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการสอบถามสิ่งยึดเหนี่ยว สิ่งพึงพิงทางใจ ความแข็งแกร่งของชีวิต ซึ่งมีลักษณะคำถามค่อนข้างเข้าใจยากและอธิบายยาก แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า แบบสอบถามด้านจิตวิญญาณนี้สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยเรื้อรัง<sup>25</sup> ดังนั้นเพื่อให้ค้นหาปัญหาทางด้านจิตวิญญาณได้อย่างครอบคลุมพยาบาลจึงจำเป็นต้องลงเยี่ยมบ้านและสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดสัมพันธภาพในระยะยาว (long-term therapeutic relationship)<sup>28</sup> อันนำไปสู่การบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ

1.4.2 การประเมินคัดกรองทั่วไปทางด้านสุขภาพจิต เป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวชที่พยาบาลจิตเวชชุมชนมิได้แก่ หลักการเรื่องโรคทางจิตเวช การคัดกรองโรคจิตต่าง ๆ การใช้แบบสอบถาม 2Q; 9Q; 8Q ที่ประเมินใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า เช่น เมื่อผู้สูงอายุพูดว่า “ทรมานเหลือเกิน” หรือ “ไม่อยากเป็นภาวะของลูกหลาน”



พยาบาลควรพิจารณาใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า หรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น รวมถึงแบบคัดกรองสุขภาพจิตทั่วไป เช่น แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ใหม่ ปี 2550 แบบประเมินความสุขคนไทยฉบับสั้นใหม่ ปี 2550 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสุขคนไทยฉบับสมบูรณ์ Thai Happiness Indicators (TMHI - 66) รวมไปถึงการตรวจสภาพจิต เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามความรุนแรง<sup>29</sup> การใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินดังกล่าว จะทำให้พยาบาลทราบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก จากภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญานมากน้อยเพียงใด

1.5 ผลการตรวจทางร่างกาย พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุจากการสอบถามผลการตรวจร่างกายด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากที่มีการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาน มักมีความเครียด กังวล ไม่มีความสุข จากโรคทางกาย เช่น โรคเก๊าท์ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น การทราบผลตรวจทางร่างกายจะช่วยให้พยาบาลทราบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านใดบ้าง ดังนั้นผลการตรวจทางร่างกาย จึงมีความสำคัญในการประเมินความเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญานของผู้สูงอายุ การประเมินดังกล่าวข้างต้น พยาบาลจิตเวชชุมชนควรจัดบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา ตรวจสอบความครบถ้วน และความสอดคล้องกับบริบทปัญหาของผู้สูงอายุ และข้อมูลส่วนที่ต้องการเพิ่มเติม

## 2. การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

การพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและสนับสนุนระบบการดูแลโดยให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชชุมชน<sup>28</sup> จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหงาในผู้สูงอายุพบว่า การสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้น้อยลงของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหงา (Loneliness)<sup>30</sup> อันเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่เป็นการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางจิตวิญญานของผู้สูงอายุในชุมชน และปัจจัยที่ร่วมทำให้นายความเหงาในผู้สูงอายุได้

ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม<sup>31</sup> ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมด้านภาวะสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม โดยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าตนเอง ด้านการให้ได้รับข่าวสาร และด้านการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดี<sup>32</sup> อาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะลดการเจ็บป่วยทางจิตวิญญานในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ พยาบาลควรสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้สูงอายุ ให้มีกำลังใจมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุขสงบ มีสติ<sup>23</sup> โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการดูแล และเตรียมความพร้อมผู้ดูแลทั้งในและนอกผู้เป็นเครือญาติ ตลอดจนการพัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับองค์กรอื่น<sup>33</sup> ซึ่งการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุควรให้ครอบคลุมกับบริบทคุณค่าทางสังคมและวัฒนธรรม โดยให้ความสำคัญกับวัฒนธรรม<sup>34</sup> รวมทั้งประเพณี ความเชื่อ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และร่วมทำความเข้าใจความต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญานของผู้สูงอายุด้วย

3. การส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตวิญญาน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนพบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมการสร้างเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตวิญญานในด้านความสุขสงบ การมีความหวัง มีสิ่งยึดเหนี่ยว เข้าใจตนเองและธรรมชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต<sup>35</sup> พยาบาลจิตเวชชุมชน สามารถส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตวิญญานได้ดังนี้

3.1 การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence) เป็นการบำบัดโดยใช้ความทรงจำ โดยให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่อง ความทรงจำ ประสบการณ์ของตนเอง เพื่อกระตุ้นความจำและอารมณ์ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจคุณค่าที่สำคัญของชีวิต และมีความรู้สึกปลอดภัย เป็นการมองหาประสบการณ์โดยการย้อนคิดถึงสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิต ทำให้เกิดการยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและปรับตัวกับความคับข้องใจในปัจจุบัน ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความพอใจในชีวิตได้<sup>36</sup> ดังนั้นพยาบาลควรมีทักษะเฉพาะในการบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลังสำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษา



พบว่า การบำบัดผู้สูงอายุด้วยการระลึกถึงความหลัง สามารถเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้<sup>17</sup>

3.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทุกศาสนามีกฎเกณฑ์หรือข้อแนะนำการปฏิบัติให้มนุษย์ประพฤติดี ก่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม ดังเช่นศาสนาพุทธ อธิบายไว้ว่า สติมีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคน และมีอยู่โดยธรรมชาติ เป็นตัวช่วยให้มนุษย์รู้ทันการเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจ ในปัจจุบันขณะ ทำให้บุคคลตื่นตัว ระแวงระวัง ไม่ประมาท รู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง เป็นความระลึกได้ หรือความตระหนักในอารมณ์ รับรู้ในสิ่งที่จิตยึดเหนี่ยว<sup>38</sup> ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีสติ จะช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงสิ่งที่กำลังกระทำ อันนำไปสู่ความไม่ประมาท ความละเอียดรอบคอบในการกระทำสิ่งต่างๆ ลดการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ และสำหรับพุทธศาสนิกชน การให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจ ใจเป็นสุข สามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเอง ให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุขสงบได้<sup>23</sup> สำหรับศาสนาอิสลาม พบว่า พระเจ้าเปรียบเสมือนจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมุสลิมมีความต้องการการดูแล และเป็นการดูแลในมิติความสัมพันธ์ที่ดีกับอัลลอฮ์ จึงควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยมุสลิมโดยให้ความสำคัญกับการระลึกถึงพระผู้เป็นเจ้า<sup>39</sup> พยาบาลจิตเวชชุมชนจึงควรประเมินผู้สูงอายุก่อนว่าตระหนักถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยเพียงใด แล้วจึงควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเจริญสติหรือละหมาดตามความเชื่อความศรัทธา เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุ เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข

3.3 การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เนื่องจากการสูญเสียคุณค่าในตน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ มักมีความรู้สึกว่างเปล่า สูญเสียทิศทางการดำเนินชีวิต<sup>17</sup> จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การมีคุณค่าในตน หมายถึงการได้รับการยอมรับจากภายนอก การเป็นคนดี มีศักดิ์ศรีและชีวิตที่คิดบวก การได้รับการปฏิบัติเสมือนหนึ่งผู้มีค่า เช่น การยกย่องให้เป็นผู้นำ และการเป็นที่รัก รวมไปถึงความภาคภูมิใจในการพึ่งพา

ตนเอง การอุทิศตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และการสร้างคนได้<sup>40</sup> ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง พยาบาลจึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมสาธารณะ ได้มีเวลาอยู่กับครอบครัว และญาติมิตร และให้เวลากับตนเอง<sup>11</sup> และพูดคุยกับผู้ดูแลให้เข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ ไม่จำกัดพฤติกรรมหรือความสามารถของผู้สูงอายุทำได้ เช่น การประกอบอาหาร การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การทำงานบ้าน การเล่านิทานให้ลูกหลานฟัง เป็นต้น

3.4 การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นการช่วยเหลือทางจิตใจได้ซึ่งกล่าวถึงกันมากในปัจจุบัน โดยผู้ให้การปรึกษาจำเป็นต้องเข้าใจธรรมชาติของจิตใจ และการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณผ่านการประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญ แล้วจึงให้การปรึกษาในกรณีที่สามารถแก้ไขปัญหา หรือลดความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาพบว่า มีการให้การปรึกษาแนวพุทธ สำหรับผู้ที่เกิดโรคทางจิตวิญญาณ (Spiritual ailment) เช่นการเน้นให้รู้เท่าทันปัจจุบัน การละบาป ทำความดี การฝึกสังเกตตนเอง การดับอารมณ์โกรธ การฝึกสติ เป็นต้น<sup>41</sup> ดังนั้นพยาบาลควรให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการตระหนักถึงจิตใจของตน มีแนวทางในการสำรวจปัญหา และผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ จนเกิดความเข้าใจปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้ สามารถที่จะเผชิญปัญหาต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ได้ และเกิดการผ่อนคลายในที่สุด

4. การร่วมปรึกษาหาแนวทางดูแลผู้สูงอายุกับทีมสหวิชาชีพ การให้การปรึกษา (Consultation) เป็นการเชื่อมโยงศาสตร์ ความรู้ และความคิดเห็นต่างๆ ของทีมสหวิชาชีพที่มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้รวบรวม มุมมอง ความคิดเห็นของทีม เพื่อหาแนวทางการดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น การปรึกษากับบุคลากรเกี่ยวกับแผนการดูแล และสิ่งที่พยาบาลต้องทำในการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ บุคลากรจากองค์กรอื่นๆ ด้วย<sup>28</sup>

5. การวิจัยและการศึกษา ส่วนสำคัญที่ต้องทำการวิจัยและการศึกษา (Research and education) เพื่อช่วยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณได้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันยังไม่มี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิต



วิญญูณโดยเฉพาะ ดังนั้นการวิจัยต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน หรือแก้ไขปัญหาในชุมชน ซึ่งพบว่าคนที่ชุมชนมีความเข้มแข็งช่วยส่งเสริมให้คนในชุมชน มีสุขภาพจิตดีขึ้น และลดปัญหาทางสุขภาพจิตลงได้<sup>41</sup>

การดำเนินบทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณของพยาบาลจิตเวชชุมชน ควรมีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจดบันทึกข้อมูลและเรื่องราวต่างๆ อย่างละเอียดทั้งที่อยู่และไม่อยู่ในแผนการพยาบาล เพื่อส่งต่อข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุให้ที่มดูแลอื่นๆ รวมทั้งค้นหาเคล็ดลึบของความสำเร็จในการพยาบาลผู้สูงอายุรายนั้นๆ เพื่อเป็นบทเรียนแหล่งเรียนรู้ กำลังใจและกรณีศึกษาของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

### สรุป

การเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณ เป็นการเจ็บป่วยที่แสดงออกทางพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก เช่น การไม่มีที่พึ่งทางใจ ไร้หลักยึด ไม่มีความสุข ทุกข์ เศร้า ทรมาน เป็นต้น พยาบาลจิตเวชชุมชน จึงควรใช้วิธีการซักถาม สังเกต รับฟัง และเอาใจใส่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายความคิด ความรู้สึก รวมถึงการประเมินทางด้านจิตวิญญูณ ร่วมกับแบบสอบถามคัดกรองสุขภาพจิตทั่วไป รวมทั้งมีแนวทางในการส่งเสริม และสนับสนุนไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณซ้ำหรือมีอาการรุนแรงขึ้น ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลด้านจิตวิญญูณ การส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตวิญญูณ เช่น การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง การให้การปรึกษา เป็นต้น และการศึกษาวิจัยปัญหาหรือความต้องการในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความหมายของชีวิต ความหวัง สิ่งที่ต้องต้องการ รวมไปถึงการยอมรับความเจ็บป่วย เพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับลูกหลานในสังคมอย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะ

1) พยาบาลจิตเวชชุมชนควรประเมินจิตวิญญูณผู้สูงอายุควบคู่กับการประเมินการคัดกรองสุขภาพจิตทั่วไป

2) การประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาแบบประเมินการเจ็บป่วยทางจิตวิญญูณของผู้สูงอายุที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของชุมชน จะช่วยให้พยาบาลจิตเวชชุมชนตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเป็นองค์รวมได้อย่างแท้จริง

### References

1. Foundation of older persons' development: The older persons' development [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 5]. Available from <http://fopdev.or.th>
2. Health Systems Research Institute: Aging society [Internet]. 2014 [cited 2018 May 5]. Available from <https://www.hsri.or.th/people/media/infographic/detail/5910>
3. Moffa-Trotter ME, Anemaet W. Home care. 4th ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, USA; 2002.
4. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengruan K. The impact and burden of long-term care for the elderly in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Thailand; 2014.
5. Office of the National Economic and Social Development Board: Dependent ratio [Internet]. 2017 [cited 2018 May 5]. Available from [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport\\_FullScreen.aspx?reportid=89&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=5](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_FullScreen.aspx?reportid=89&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=5)
6. Sriwanitchakorn S. Elderly care integrated with community. Nakornpathom: TQP Co.,Ltd; 2011.
7. Thai Health Promotion Foundation: Abandoned elderly [Internet]. 2018 [cited 2018 May 6]. Available from <http://www.thaihealth.or.th/>
8. Thai post.net [Internet]. Bangkok: Thai post; c2018 [updated 2018 Feb 14; cited 2018 May 6]. Available from <http://www.thaipost.net/main/detail/3045>
9. Sakrapee T. Eduzones blog [Internet]. Bangkok: Tui sakrapee; 2014. Available from <http://www.eduzones.com>



10. Thaimentalhealth.net. Suicide report [Internet]. Nonthaburi: Department of mental health; 2016 [cited 2017 Nov 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/viewg1.asp?id=25>
11. Thongprateep T. Spirituality: A dimension of nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Press, Thailand; 2009.
12. Lo R, Brown R. Holistic care and spirituality: potential for increasing spiritual dimensions of nursing. *Australian Journal of Holistic Nursing* 1999; 6(2): 4-9.
13. Smith LN, Jackson VA. Chapter 39: How Do Symptoms Change for Patients in the Last Days and Hours of Life?. In: Goldstein NE, Morrison RS, editor. *Evidence-Based Practice in Palliative Medicine*. 1st ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2013.
14. Chankham W. The development of psychiatric and mental health care system in the community: Roles of Psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental health* 2016; 30(3): 1-9.
15. Cornah D. The impact of spirituality on mental health: A review of the literature. London: Mental Health Foundation, England; 2006.
16. Velosa T, Caldeira S, Capelas ML. Depression and spiritual distress in adult palliative patients: A cross-sectional Study. *Religion* 2017; 1-18. doi:10.3390/rel8080156
17. Education services committee. Spiritual distress and spiritual care [Internet]. Pittsburgh, PA: Hospice and Palliative Nurses Association; 2012 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <https://nurseslearning.com/courses/hpna /CPFSpiritualExistential/PT37ECPFSpiritualDistress.pdf>
18. Chinwannawat T. Roles of psychiatric nurses for mental health promotion and mental illness prevention. *Journal of Psychiatric and Mental health* 2017; 31(2): 16-30.
19. Metropolitan Jewish Health System. Spiritual distress [Internet]. Brooklyn, NY: Institute for innovation in palliative care; 2016 [cited 2017 Nov 26]. Available from: [https://www.mjhspliativeinstitute.org/wp-content/plugins/pdf-patient-education/uploads/Spiritual\\_Distress\\_1472626249.pdf](https://www.mjhspliativeinstitute.org/wp-content/plugins/pdf-patient-education/uploads/Spiritual_Distress_1472626249.pdf)
20. Pilaikiet R, Rittharomya J, Bootchan T. Spiritual care for chronic illness: Experiences of professional nurses. *Thai Journal of Nursing Council* 2009; 24(1): 62-76.
21. Zehtab S, Adib-Hajbaghery M. The Importance of Spiritual Care in Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(3), e22261; 2014.
22. Yang CT, Yen SY, Chen JO. Spiritual well-being: a concept analysis. *Hu Li Za Zhi* 2010 Jun; 57(3): 99-104. PubMed PMID: 20535684
23. Khemaweero W, Pattanasing T, Khankaew T, et al. Enhancement of elder people's spiritual well-being according to Buddhism doctrines. *Journal of MCU Peace studies* 2017; 5(1): 78-88.
24. Culliford L. Taking a spiritual history. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; 13: 212-19.
25. Foley M. editor. *Lippincott's handbook for psychiatric nursing and care planning*. China: Lippincott Williams&Wilkins; 2010.
26. LaRocca-Pitts M. Spiritual assessment tool [Internet]. Athens, GA: Hospice and Palliative Care Organization; 2007 [cited 2017 Dec 4]. Available from: <http://www.nhhpco.org>
27. Saguil A, Phelps K. The spiritual assessment. *American Family Physician* 2012; 86(6): 546-50.
28. Shoemaker NC, Caverly S. Chapter 6 mental health nursing in community nursing. In: Varcarolis EM, editor. *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. 3rd ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2017.





29. Plinakerd P, Kerdsiru S. The competency of psychiatric nursing in the practice of nursing. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(2): 160-5.
30. Promjun T. Depression, loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkhae home and private homes for the aged in Bangkok. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
31. Gumphun S, Sangon S, Nintachan P. Factors influencing loneliness in older adults. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2016; 30(2): 50-68.
32. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. *Journal of Nursing and Health Care* 2017; 35(2): 188-97.
33. Sawatphol C, Pengpinit T, Senanikorn A, Srisuraphol W. Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies* 2017; 5(Special issue): 387-405.
34. Kaewsasri A, Nilliaum R, Heetaksorn C. Changes in Thai society and cultural and trends of nursing profession. *Songklanagarind journal of Nursing* 2017; 37(3): 160-69.
35. Promkaewngam S, Namwong A. The spiritual well-being of community-dwelling Thai older people with chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care* 2017; 35(3): 204-13.
36. Rangsiman S. Reminiscence therapy: Psychosocial therapy in older adults with depression. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2011; 25(2): 1-11.
37. Trerin S, Naka K, Nukaew O. The effect of reminiscence program on self-esteem in hospitalized elders with chronic disease. *Songklanagarind journal of Nursing* 2017; 37(2): 106-17.
38. Williams JM, Kabat-Zinn J. *Mindfulness: Diverse perspectives on its meanings origins and application*. London: Routledge, England; 2013.
39. Therhachakul J, Phibal A, Hatthakit U. Spiritual care needs on a relationship with another person and a higher power of the Muslim patients who had surgery in the surgical department in one hospital center, Southern border provinces in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2016; 8(1): 39-52.
40. Sangphrachan S, Dallas JC, Hengdomsub P, et al. The meaning of self-esteem as Perceived by older adults with depression. *Nursing Journal of Ministry of Public Health* 2016; 26(2):76-88.
41. Sangsawang P. Buddhist integrated counseling psychology. *Journal of Education Prince of Songkla University Pattani Campus* 2005; 16(1): 54-66.