บทความวิชาการ

ภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย : บทบาทพยาบาล

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง [1]
ดวงรัตน์ กวีนันทชัย [2]
อารียา เกียรติก้องระบือ [3]

บทคัดย่อ

ภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ (Empty Nest Syndrome: ENS) เป็นการตอบสนองความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ เมื่อบุตรคนสุดท้ายโตเป็นผู้ใหญ่ต้องจากบ้านไปอย่างถาวร ภาวะนี้หากปล่อยไว้นาน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าวัฒนธรรมไทยให้ความสำคัญต่อครอบครัวและความกตัญญูต่อบุพการี แต่สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะรังว่างเปล่าได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมาย สาเหตุ ปัจจัย และการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่าในบริบทสังคมไทย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญต้องอาศัยการประเมิน การสังเกต และส่งต่อสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักกิจกรรมบำบัดสามารถประเมินและการดูแลรักษาต่อไป ตลอดจนส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสม เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี มีร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะรังว่างเปล่า/ ผู้สูงอายุ/ สังคมไทย/ บทบาทพยาบาล

---

[1]อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพ 10300
Corresponding Author E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th
[2]อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพ 10300
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพ 10160

วันที่รับ 9 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 7 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับ 8 ธันวาคม 2566

Review article

The Empty Nest Syndrome among Older Adults in Thai Society: The Roles of Nurses

Surinrat Baurangthienthong[1]
Duangrat Kaveenuntachai[2]
Areeya Kiatkongrabue[3]

Abstract

The empty nest syndrome (ENS) in older adults is a response to the anxiety of older adults when their last adult child has to leave the house permanently. If older adults are left with this feeling for a long time, ENS tends to cause depression and can affect their illness. Although Thai cultures are concerned about respecting families and expressing gratitude to parents, the transformations of society may affect older adults becoming ENS.

This article aimed to describe the meaning, causes, factors, and applications of nursing processes in older adults who had ENS in Thai society. In addition, the nursing processes played an essential role in ENS, which required assessment, observation, and distribution of the multidisciplinary in caring for older adults, such as psychiatrists, psychologists and occupational therapists investigating the mental health of older adults. Besides, promoting social support resources appropriately for older adults is necessary to promote a good quality of life with a strong body and mind.

Keywords: empty nest syndrome/ older adult/ thai society/ roles of nurse

---

[1]Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300
Corresponding Author E-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th
[2]Lecturer, Department of Medical & Surgical Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300
[3]Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Ratchaphiphat Hospital, Bangkok 10160

Received September 1 2023; Revised December 7 2023; Accepted December 8, 2023

บทนำ

ในปี ค.ศ. 2021 ทั่วโลกมีประชากร 7,875 ล้านคน โดยเฉลี่ยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด โดยผู้นำโลก เช่น ประเทศจีน มีผู้สูงอายุมากที่สุด ถึง 258 ล้านคน ซึ่งมากกว่าประชากรทั้งหมดของประเทศไทยเกือบสี่เท่า[1] สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.8 และอายุ 80 ปีขึ้นไป 1.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1[2] ปัจจุบันโครงสร้างครัวเรือนที่เปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่รูปแบบการอยู่อาศัยที่มีความหลากหลายมากขึ้น แม้ว่าสังคมไทยยังคงยึดถือค่านิยมในเรื่องความกตัญญูกตเวทีและคาดหวังว่าบุตรจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่ยามชรา ทว่าเมื่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปทำให้คนไทยต้องการมีบุตรน้อยลง ผู้หญิงอยู่เป็นโสดมากขึ้น และปรากฏการณ์การย้ายถิ่นของลูกหลานในครัวเรือนเพื่อการทำงานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีทางเลือกในการอยู่อาศัย จึงมีแนวโน้มการอยู่อาศัยเพียงลำพังและอยู่ร่วมกับบุตรในสัดส่วนที่ลดลง โดยพบว่า มีสัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่สมาชิกในครัวเรือนอย่างน้อย 1 คนมีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเพิ่มสูงขึ้น[3] นอกจากนี้เมื่อประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยหลังเกษียณ ผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถช่วยตนเองได้อาจจะยังอาศัยอยู่ในรูปแบบเดิม เช่น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส หรือย้ายไปอยู่ในชนบท บางคนอาจมีการเตรียมการสำหรับที่อยู่อาศัยที่สะดวกและปลอดภัย เมื่อยามเจ็บป่วยหรือร่างกายอ่อนแอ มีการวางแผนอาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาจเลือกที่อยู่อาศัยเป็นที่พักพิงในบั้นปลายชีวิต เป็นบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา ขณะที่สังคมไทยคาดหวังว่าบุตรของผู้สูงอายุจะเป็นผู้ดูแลหลัก แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยลง ทำให้ครัวเรือนไทยปัจจุบันมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากขึ้น[4]

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว หรือองค์การสหประชาชาติใช้คำว่า อะโลน (alone) หมายถึงผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนโดยไม่มีคนวัยอื่นร่วมอยู่อาศัยด้วย[5] จากข้อมูลการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[6] คาดว่าในปี 2583 จะมีครัวเรือนคนเดียว ประมาณร้อยละ 15 และผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 15 ในอีก 20 ปีข้างหน้า นับว่ามีความเปราะบางอย่างยิ่งต่อสวัสดิภาพทุกมิติของผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากไม่มีบุตรหลาน การหย่าร้าง ไม่ได้แต่งงาน การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ รวมทั้งต้องการอยู่อย่างอิสระ โดยเฉพาะลักษณะของการอยู่อาศัยโดยไม่มีบุตรอยู่ด้วย ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน เช่น ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลง บทบาททางสังคม นำมาซึ่งกลุ่มอาการภาวะรังว่างเปล่า[7]

ภาวะรังว่างเปล่า (Empty Nest Syndrome: ENS) เป็นคำที่ใช้อธิบายการตอบสนองของผู้สูงอายุภาวะที่รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่างเปล่า ความวิตกกังวล หรือมีความรู้สึกสูญเสียอะไรบางอย่างในชีวิตไป อันมีสาเหตุมาจากการที่ลูกหลานของตัวเองเติบโตขึ้นและออกจากบ้านไปใช้ชีวิตของตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเศร้าใจ เนื่องจากปรับตัวไม่ทันจากความคุ้นชินกับการอยู่ใกล้ชิดกับลูกหลาน ปฏิกิริยาที่พบได้อาจรวมถึงภาวะเศร้า หดหู่ หงุดหงิด โกรธ ขุ่นเคือง รู้สึกผิด และอาจมีอาการทางกายร่วมด้วย พบได้ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ ทำให้ต้องอยู่บ้านกันเพียงลำพัง[8,9] จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าประเทศไทยใน ปี 2564 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่าง

เปล่าเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 12.4[6] สำหรับประเทศจีนคาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่า 118 ล้านคน[10] สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 21.1 และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 12 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ[11] นอกจากนี้ในหลายการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เปราะบาง เมื่อมีภาวะรังว่างเปล่า ส่งผลต่อด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานลดลง และด้านจิตใจ เช่น รู้สึกหดหู่ และวิตกกังวล หากสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงออกไปได้ทันท่วงที อาจทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายของผู้สูงอายุอ่อนแอลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการบกพร่องทางสติปัญญา และโรคอัลไซเมอร์ตามมาได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว[12,13]

ปัจจุบันพยาบาลยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรังว่างเปล่าและการประเมินไม่มากนัก เนื่องจากเป็นภาวะที่ซ้อนเร้นและมุมมองที่เห็นว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปกติในผู้สูงอายุ แต่หากปล่อยไว้อาจส่งผลถึงปัญหาสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกล่าวถึงบทบาทของพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งองค์รวม ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และช่วยเหลือฟื้นฟู โดยใช้รูปแบบการดูแลโดยชุมชน คงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างอิสระให้มีสุขภาวะที่ดีตลอดจนความผาสุกในบั้นปลายชีวิตต่อไป ในบทความวิชาการนี้ จึงกล่าวถึงความหมาย อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการพยาบาลภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุบริบทสังคมไทย

ความหมายของภาวะรังว่างเปล่า

กลุ่มอาการรังว่างเปล่า เป็นคำที่ใช้ในทางจิตวิทยาในช่วงห้าทศวรรษที่ผ่านมา ใช้อธิบายการตอบสนองที่ปรับตัวไม่ได้ยาวนาน พบได้ในพ่อแม่เมื่อลูกย้ายออกจากบ้านและปล่อยให้พ่อแม่วัยกลางคน เข้าสู่ภาวะสูงอายุและอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง[8,9]

อาการและอาการแสดง

ภาวะรังว่างเปล่า อาจพบได้ในลักษณะกลุ่มอาการที่มีผลด้านลบระยะยาว หรือลักษณะอารมณ์ผสมที่เกิดจากความรู้สึกพรากจากเมื่อได้รับการกระตุ้น[14] แบ่งได้ดังนี้

1. อาการทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่ อาการโศกเศร้า เสียใจ อาการเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าทางคลินิก เช่น สมาธิลดลง วิตกกังวลรุนแรง เป็นต้น

2. อาการทางร่างกาย (physical symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน เหนื่อยอ่อนล้า การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป[15]

3. อาการทางอารมณ์ (emotional symptoms) ได้แก่ รู้สึกสูญเสียเป้าหมายในชีวิต หงุดหงิด ความเครียด คิดมาก วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ว่างเปล่า ไร้ประโยชน์ ความรู้สึกปฏิเสธ ไม่มีจุดหมายในชีวิต รู้สึกผิด เป็นต้น

ปัจจัยการเกิดภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะรังว่างเปล่า มีดังนี้

1. เพศ พบว่า ภาวะรังว่างเปล่าพบในเพศหญิงถึงร้อยละ 48.83 มากกว่าเพศชายร้อยละ 47.50 อาจเนื่องมาจากความเป็นแม่ คือผู้ดูแลหลักของการดูแลบุตร นอกจากนี้เพศหญิงสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย ทำให้ผู้เป็นพ่อแสดงความทุกข์ทางอารมณ์ได้ยาก

กว่า อาการที่พบบ่อย เช่น เศร้า รู้สึกสูญเสีย บทบาท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพ่อแม่ที่ได้รับมา[16]

2. สถานภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสโอกาสการเกิดภาวะรังว่างเปล่าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง เนื่องจากได้พูดคุยปรึกษาปัญหาได้ร่วมกันสำรวจและปรับตัวข้ามการเปลี่ยนแปลงของชีวิต รู้จักตนเอง และเติมเต็มซึ่งกันและกัน[17]

3. ความแตกต่างทางวัฒนธรรมในประเทศทางตะวันออก การอยู่ร่วมกันในครอบครัวขยาย การมีประเพณีที่เคร่งครัดเกี่ยวกับความเหนียวแน่นของคนหลายรุ่น จึงคาดว่าผู้สูงอายุอาจเผชิญความทุกข์ทางอารมณ์ กับภาวะรังว่างเปล่ามากกว่าประเทศตะวันตกที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งเป็นอิสระ[18] โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทยที่เน้นความสำคัญของครอบครัวที่ใกล้ชิดและการยึดถือคุณค่าของความกตัญญูกตเวที ค่านิยมต่อการเลี้ยงดูพ่อแม่หรือผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ระบบเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูง ทำให้เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ลูกหลานต้องประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพังมากขึ้นตามไปด้วย ถือว่าเป็นประเด็นท้าทาย เนื่องจากอัตราการเกิดของเด็กในประเทศไทยลดลง จากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2561 พบว่า โครงสร้างของครัวเรือนที่ “ไร้บุตรหลาน” มีสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 นั้น มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.4 ของครัวเรือนทั้งหมด[19]

4. ความเจ็บป่วยหรือการมีโรคร่วม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียด ความไม่สุขสบาย และความเหงา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นภาระลูกหลาน การเข้าร่วมทางสังคมลดลง นอกจากนี้การใช้ยายังส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุที่การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะรังว่างเปล่าได้[15]

5. แหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยครอบครัว ญาติทางสายเลือด และเพื่อน จึงมีเครือข่ายทางสังคมที่เล็กลงและมีคนพึ่งพาในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ อีกทั้งผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงผู้สูงอายุจะรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถลดความรู้สึกเหงา และการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากขาดแรงสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลตนเองลดลง จากอารมณ์ที่เศร้า ขาดความมั่งคงสัมพันธ์กับด้านร่างกายและอารมณ์ในผู้สูงอายุได้[20]

ผลกระทบภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นช้า ๆ หรือเฉียบพลัน ล้วนส่งผลต่อผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปรับตัวได้ ผลกระทบภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ มีทั้งด้านบวกและลบ แบ่งได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านบวก หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ เช่น มีอิสระในการทำงานหรือเวลาเข้าสังคมมากขึ้น เป็นการยอมรับตนเองและตั้งเป้าหมายใหม่ในชีวิต เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ผลกระทบด้านลบ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลต่อร่างกาย เช่น การมีกิจกรรมทางกายลดลง การไม่สามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากมีการหลั่งของฮอร์โมนความเครียด เป็นต้น ด้านจิตใจ ที่พบได้บ่อย คือความรู้สึกถึงการสูญเสีย ภาวะเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า หันไปแก้ปัญหาด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และเกิดความขัดแย้งในครอบครัว[21]

รูปแบบการจัดการภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ Go[17] ทำการศึกษาถึงความหลายหลากของภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ สามารถสรุปรูปแบบการจัดการภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การปรับ (adjustment) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากการเลี้ยงดูสู่ภาวะรังว่างเปล่า ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อม ซึ่งอาจต้องใช้เวลา แต่สามารถช่วยลดความเครียดและก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้

รูปแบบที่ 2 การเผชิญปัญหา (coping) คำนึงว่าเป็นเรื่องปกติ เป็นช่วงเวลาที่จะได้เห็นลูกหลานเติบโตและประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสที่จะได้ทำในสิ่งที่ไม่ได้ทำ หาแหล่งสนับสนุนในการให้คำปรึกษามีการติดต่อสื่อสารโดยการใช้อินเตอร์เน็ต ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ไร้พรมแดน

รูปแบบที่ 3 การติดต่อสื่อสาร (keeping in touch) ด้วยการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวลดลง

รูปแบบที่ 4 การเอาชนะความเหงา (conquering loneliness) ด้วยการเสริมสร้างความสัมพันธ์และสำรวจบทบาทใหม่ เช่น การใช้เวลาในการทำจิตอาสา เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน อุทิศตนเพื่อบุคคลอื่น เป็นต้น

ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะรังว่างเปล่าในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การยอมรับ และการปรับตัว แต่อย่างไรก็ตามการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนผ่านภาวะรังว่างเปล่าได้

กระบวนการพยาบาลในการประยุกต์ใช้และจัดการภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุ

ภาวะรังว่างเปล่าในผู้สูงอายุถือว่าเป็นภาวะซ้อนเร้น ต้องอาศัยการติดตาม รวบรวมปัญหาโดยพยาบาลสามารถใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวมโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้[22]

1. การประเมินทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อช่วยป้องกันโรค หรือชะลอการดำเนินของโรค ประกอบไปด้วย

1.1 การซักประวัติ เป็นการประเมินขั้นพื้นฐาน โดยรวบรวมข้อมูลที่สำคัญให้ครอบคลุมประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา กิจกรรม อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัว เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย จากการบันทึกประวัติสุขภาพหรือการตรวจประเมินอีกครั้ง ได้แก่ สัญญาณชีพ น้ำหนักและส่วนสูง ลักษณะผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกายเพื่อบันทึกข้อมูลประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3 การใช้แบบประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่า ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-mental State Examination: MMSE) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale: TGDS) เป็นต้น

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่า ตามข้อวินิจฉัยของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ[23,24] ได้ระบุข้อความวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

2.1 ด้านร่างกาย เช่น เกิดความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร การไม่รับประทานยาและบกพร่องการดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องความจำและมีภาวะหลงลืม เป็นต้น

2.2 ด้านจิตใจ เช่น การมองตนเองด้านลบ รู้สึกผิด เศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

2.3 ด้านสังคม เช่น บกพร่องด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น

2.4 ด้านจิตวิญญาณ เช่น รู้สึกทุกข์ทรมานจิตใจ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ พรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ขาดเป้าหมายในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง เป็นต้น

3. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ

3.1 การพยาบาลด้านร่างกาย

3.1.1 ประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric syndrome) โดยใช้แบบประเมิน ADL, MMSE เป็นต้น

3.1.2 หากผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารในมื้อเดียวกันได้ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ และดื่มน้ำอย่างน้อย 1,000-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่ควรเร่งรีบในขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ

3.1.3 กระตุ้นผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอดิเรก เป็นต้น

3.1.4 แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เหมาะกับการนอนหลับหรือพักผ่อน

3.2 การพยาบาลด้านจิตใจ ค้นหาสาเหตุและลดสาเหตุ ปัญหาที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนี้

3.2.1 การค้นหาภาวะด้านจิตใจ โดยการใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q, 9Q, 8Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นต้น

3.2.2 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และชุมชนร่วมกับสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การทำจิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์ เป็นต้น

3.2.3 ส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะเมื่ออยู่คนเดียว เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก การใช้โทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ในการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนหรือครอบครัว

3.2.4 ใช้เทคนิคการสนทนากับผู้สูงอายุ พยาบาลควรให้ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การไหว้ การจดจำ เรียกชื่อได้ถูกต้อง น้ำเสียงที่ใช้สื่อสารควรนุ่มนวลเหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นผู้ฟังที่ดีในการตั้งใจฟัง โดยให้ความสำคัญกับสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการสื่อสาร ระมัดระวังการให้ข้อมูลที่มากจนเกินไป เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านการจดจำ

3.2.5 การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรืออาสาสมัคร โดยการเยี่ยมบ้านนั้นมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุและนำไปสู่การมีสัมพันธภาพ ระหว่างผู้สูงอายุและอาสาสมัคร แนะนำวิธีลดความว้าเหว่ขณะอยู่คนเดียว เช่น การใช้เครื่องมือสื่อสาร การใช้คอมพิวเตอร์และอินเตอร์เน็ต ทำให้ผู้สูงอายุเห็น

คุณค่าในตนเอง ถือเป็นการใช้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุได้

3.3 การพยาบาลด้านสังคม

3.3.1 ให้คำปรึกษาในการค้นหากิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ สร้างเครือข่ายสนับสนุนโดยอาศัยครอบครัว เพื่อนและคนในชุมชน ให้ความรู้และส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม

3.3.2 การอำนวยความสะดวกในการใช้เครือข่ายทางสังคม และค้นหาแรงสนับสนุนของผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลที่ไว้วางใจ เมื่อมีความทุกข์ใจสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉินได้

3.3.3 แนะนำให้ผู้สูงอายุได้ใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต เบอร์โทรศัพท์ 1323, 1667 ที่ให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ

3.4 การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ

3.4.1 ประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณตามศาสนาและความเชื่ออย่างเหมาะสม

3.4.2 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยทันทีที่ต้องการเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ในยามที่มีความทุกข์

3.4.3 แสดงความเอาใจใส่ความเอื้ออาทร และความสม่ำเสมอในการตรวจเยี่ยม อาจพูดคุยเรื่องศาสนา ความเชื่อของผู้สูงอายุ หรือสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาความหมายของการเจ็บป่วยและการมีชีวิตอยู่สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น

4. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่

4.1 การประเมินผลด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ การขับถ่ายปกติ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเดินและการทรงตัว เป็นต้น

4.2 การประเมินผลด้านจิตใจ เช่น มีความคิดทางบวกทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รับรู้เข้าใจ ศักยภาพความสามารถเป็นไปตามความเป็นจริง ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

4.3 การประเมินผลด้านสังคม เช่น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่พึ่งพาบุคคลอื่นหรือคนในครอบครัว มีสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่น ๆ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้

4.4 การประเมินผลด้านจิตวิญญาณ เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงความหมายของการชีวิต เป็นต้น

ตัวอย่าง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยว และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีการบูรณาการให้ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกและสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกเพิ่มขึ้น[25] นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง โดยการดูแลผู้ป่วยเริ่มด้วยการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินปัญหาเบื้องต้นทั้งด้านกายภาพและการใช้ยา และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างทีมและครอบครัวของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ประเมิน คือ คุณภาพชีวิต ปัญหาจากยา ความร่วมมือในการใช้ยา และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้[26]

ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่าในชุมชนบริบทสังคมไทย

การดูแลที่บ้านในชุมชนส่วนใหญ่ในสังคมไทย จะเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ไปติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หรือให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ

ให้แก่ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[27] ได้กล่าวถึงแนวทางส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่

1. การเยี่ยมบ้าน (home visit) ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาศัยอยู่เพียงลำพัง และติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นการดูแลต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2. การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการ สม่ำเสมอ โดยบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล ชุมชน ที่ติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องติดตามดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างใกล้ชิด เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแล พยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วม และประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

3. การบริการที่จัดในชุมชน เป็นศูนย์รับจัดส่งผู้ช่วยพยาบาล คนดูแลผู้สูงอายุ เป็นศูนย์รับจัดส่งผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานดูแลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยใน ประเด็นนี้เหมาะกับผู้ป่วยระยะพักฟื้น และสถานพักฟื้นผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในแต่ละวัน ตามความสามารถของแต่ละบุคคล[28]

บุคคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลและให้การสนับสนุนโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมที่แตกต่าง โดยสังคมไทย ยังคงมีการช่วยเหลือดูแลทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภาวะรังว่างเปล่าเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยน การให้คำปรึกษา ตลอดจนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับความเดือดร้อน ถูกทารุณ หรือทอดทิ้ง ผ่านทางกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) โดยมียุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมของประชาชนให้เป็นวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก มาตรการในการลดภาวะรังว่างเปล่า คือการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจถึงกระบวนการชราภาพ ตระหนักถึงคุณค่าศักดิ์ศรี และมีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ เช่น รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ รักษาค่านิยมของสังคมในการดูแลรับผิดชอบของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน เช่น โครงการส่งเสริมผู้สูงอายุ สร้างจิตสดใส ร่างกายแข็งแรง ขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะเคียน จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เน้นการบริหารร่างกาย เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้รัฐบาลได้กำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุ เพื่อร่วมรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ลูกหลานได้รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเพณีที่ดีงาม ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดช่องว่างระหว่างวัย เป็นต้น[3]

ดังนั้น ภาครัฐควรมีนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ อันดับรองจากครอบครัว การเตรียมความพร้อมกับประชาชน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะรังว่างเปล่าในชุมชน

ผู้สูงอายุหญิง 83 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (pacemaker Implantation) ลืมรับประทานยาบางครั้ง สถานภาพหม้าย สามีเสียชีวิต มีบุตรจำนวน 3 คน การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุรายนี้

1. การประเมินทางการพยาบาล

สภาพที่อยู่อาศัย เช่าห้องพัก อาศัยอยู่ชั้น 4 กับบุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลักรวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ส่วนลูกชายทั้งสองต่างมีครอบครัว เดิมผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากมีเจ็บป่วยเรื้อรังมาโดยตลอด ทำได้เพียงงานบ้านเล็กน้อย

สวัสดิการที่ได้รับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต และไม่มีปัญหาด้านการเงิน

การตรวจร่างกาย

สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/65 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์

ลักษณะทั่วไป รู้ตัว รู้เรื่องดี เดินได้ มีหลังค่อม (kyphosis) ต้องใช้ไม้เท้าแบบ 3 ขา น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 20 กิโลกรัมต่อเมตร^2 เส้นรอบเอว 80 เซนติเมตร

การประเมินตามหลัก geriatric syndrome

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 13 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้

2. การทรงตัว (TUG) และความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT) พบว่า เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3. ประเมินภาวะโภชนาการ (MNA) เท่ากับ 17 คะแนน พบว่า เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

4. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) ผลปกติ

5. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

จากการซักประวัติ ผู้สูงอายุพูดว่า “เหงา ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร” เนื่องจาก 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมาลูกสาวย้ายไปอยู่หอพักของทางบริษัท ทำให้ตนต้องอยู่คนเดียว และรอลูกชายคนรองหาที่อยู่ให้ใหม่ ขณะพูดน้ำเสียงสั่นเครือ มีน้ำตาซึม เนื่องจากไม่อยากย้ายไปอยู่คนเดียว

2. การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล[23,24]

ด้านร่างกาย

1. เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากรับประทานอาหารได้ลดลง

2. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง

ด้านจิตใจ

1. เสี่ยงทำร้ายตนเองเนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง

ด้านสังคม

1. ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่

ด้านจิตวิญญาณ

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง เนื่องจากพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

3. กิจกรรมการพยาบาล

ด้านร่างกาย

1. ประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric syndrome)

2. ส่งเสริมโภชนาการ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยและเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ ดื่มน้ำอย่างน้อย

1,600-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ไม่ควรเร่งรีบในขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ

3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เพื่อเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

4. เข้าเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือในการจัดสิ่งแวดล้อมสะอาด สงบ เหมาะสมกับการพักผ่อนและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

5. ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ในปัญหาที่ประเมินพบ เช่น ภาวะโภชนาการส่งปรึกษานักโภชนบำบัด[31]

ด้านจิตใจ

1. การค้นหาปัญหาด้านจิตใจ

2. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและชุมชนร่วมกับสังคม เช่น โครงการสูงวัย ใส่ใจสุขภาพ

3. การส่งต่อการดูแลประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าร่วมประเมินสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดูแลในระยะยาว[32]

ด้านสังคม

1. ค้นหาแรงสนับสนุนของผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉิน

2. ประเมินครอบครัว และผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความช่วยเหลือให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ[33]

ด้านจิตวิญญาณ

1. ประเมินความต้องการปฏิบัติกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ เช่น การจัดกิจกรรม นั่งสมาธิและสวดมนต์ เพื่อให้เกิดความสงบด้านจิตใจ

2. ให้ความเคารพ ส่งเสริมความมีคุณค่าเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์[34]

สรุป

ภาวะรังว่างเปล่า กลายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะบริบทสังคมไทยที่ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้การเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโครงสร้างครอบครัวและกลไกการเผชิญปัญหาจึงเป็นเรื่องสำคัญรวมถึงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำปรึกษา และจัดสวัสดิการแหล่งประโยชน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีความสุขในบั้นปลายชีวิต และเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงแก่ประโยชน์แก่สังคมต่อไป ดังเช่นคำที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำความรู้สู่การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรังว่างเปล่าในกลุ่มประชาชนทั่วไปตั้งแต่วัยกลางคน เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้ในการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2019: highlights. United Nations; 2019.
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Statistics on the elderly. [database on the Internet]. 2019 [cited 2022 December 5]. Available form https://www.nesdc.go.th/main.php? filename=PageSocial.
3. National Statistical Office. The statistics of the elderly in 2021. Division of Social Statistics. [database on the Internet]. 2022 [cited 2022 August 2] Available form https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_1.pdf

4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2018. [database on the Internet]. 2018 [cited 2023 May 12]. Available form https://thaitgri.org/?p=38670
5. United Nations. World population prospects the 2017 revision. [database on the Internet]. 2017 [cited 2022 August 19]. Available form https:// population.un.org/ wpp/publications/ files/wpp2017_keyfindings.pdf
6. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. The cracks in the foundations the vulnerability of the Thai family in the future. [database on the Internet]. 2021 [cited 2023 April 5]. Available form https://op.mahidol.ac.th/ ga/ posttoday-44/
7. Linton E, Gubhaju B, & Chan A. Home alone: older adults in Singapore. Centre for Ageing Research and Education. 2018 ; 4(-): 1-13.
8. Badiani F, De Sousa A. The empty nest syndrome: critical clinical considerations. Indian Journal of Mental Health. 2016; 3(2): 135-42.
9. Mitchell BA. Empty nest. [database on the Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 15]. Available from https://www.researchgate. net/publi cation/314924162_Empty _Nest
10. China State Council. The state council of china. [database on the Internet]. 2017 [cited 2022 May 10]. Available from http://www.gov.cn/zhengce/ content/201703/06/content_5173930.htm.
11. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of The Thai Elderly 2021. [database on the Internet]. 2021 [cited 2023 May 15]. Available form https://thaitgri.org/?p=40101.
12. Sun Q, Wang Y, Lu N, Lyu S. Intergenerational support and depressive symptoms among older adults in rural China: the moderating roles of age, living alone, and chronic diseases. BMC geriatrics.2022; 22(1): 83.
13. Park C, Mendoza AN. A scoping review of older empty nesters' mental health and its contributors. Mental Health Review Journal. 2022; 27(2): 199-211.
14. Crowley BJ, Hayslip BJ, Hobdy J. Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. Journal of Adult Development. 2003; 10(4): 237-48.
15. Piya MCJL, Birgid M. Empty-Nest Syndrome. Pondicherry Journal of Nursing. 2019; 7(3): 16-8.
16. Lowenthal MF, Chiriboga D. Transition to the empty nest: crisis, challenge, or relief? Archives of General Psychiatry. 1972; 26(1): 8-14.
17. Go, I. R. Diversity of empty nest response among spouses. International Journal of Research and Innovation in Social Science. 2021; 5(4): 630-8.
18. Randhawa M, Kaur J. Acknowledging empty nest syndrome: eastern and western perspective. Mind and Society. 2021; 10(03-04): 38-42.

19.National Statistical Office. Ministry of Digital Economy and Society. The Labor force survey whole kingdom quarter 2: April-June 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021.

20.Brahim N, Din NC, Ahmad M, et al. Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. Asia Pac Psychiatry 2013; 5(Suppl1): 59–66.

21.Bougea A, Despoti A, Vasilopoulos E. Empty-nest-related psychosocial stress: conceptual issues, future directions in economic crisis. Psychiatriki. 2019; 30(4): 329-38.

22.Tabinta D. Depression: needing counseling based on thoughts and behaviors. Chiang Mai: Wanida Printing; 2015.

23.NANDA International. Nursing diagnosis definitions and classification 2015-2017. (3th ed.) Oxford: Wiley Blackwell; 2017.

24.Panthasi P. Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice (27th ed.). Samut Prakan: Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University; 2020

25.Tingchum P, Changmai S, Toskulkao T. The effects of a social support program on the loneliness and well-being of older persons. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2022; 32(1): 182-94.

26.Patike A, Ploylearmsang C, Kanjanasilp J, Tongsiri S. Effects of multidisciplinary home care on quality of life of home-bound and bed-bound elderly patients. Thai journal of pharmacy practice. 2019; 11(4): 860-8.

27.Department of Mental Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. [database on the Internet]. 2015 [cited 2023 May 12]. Available form http://164. 115.41.179/promote/ sites/default/files/sites/default/files/sw/ 1.pdf

28.Artsanthia J, Kampraw P. Modality of care for the older adults in community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 123-7.

29.Ministry of public health. Smart Citizen. [database on the Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 23]. Available form https:// expert center-spd.moph.go.th/wp-content/ uploads/2023/07/HPT2-5 - Smart-Citizen .pdf

30.Department of Older Persons. Action plan on the older adults, Phase 3 (Those B.E. 6 - 2580). [database on the Internet]. 2020 [cited 2023 May 10]. Available Form https://www.dop. go.th/download/laws/th1653553501 -843_0.pdf

31.Kansri J, Tathong B, Yodthongde N, Pichaipaet R. Nurses' roles on caring of depressed older people with cognitive impairment. The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima. 2019; 25(1): 142-57.

32.Chaiwannawat T, Kitiyawan S. Nurse and the operation of community mental - health and psychiatry. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019; 33(2): 1-12.

33.Suntaphun P. Elderly depression: nursing role. UMT Poly Journal. 2021; 17(1): 501-12.

34.Phrapalad Khemaweero W, Pattanasing T, Khankaew T. Enhancement of elder people's spiritual well - being according to buddhism doctrines. Journal of MCU Peace Studies. 2017; 5(1): 78-88.