บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การที่จะบอกว่าใครคือผู้สูงอายุนั้น มีหลายเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปอย่างนี้ จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆประเทศ ดังนั้น ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และอายุ 60 ปีนี้เองจึงเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ เกณฑ์ที่ใช้กำหนดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ใช้กันมากมี 4 เกณฑ์ (Counts and Counts, 1985 อ้างถึงใน ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2537) คือใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (chronological age) ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย (function) ใช้เหตุการณ์เชิงประวัติศาสตร์เป็นเกณฑ์ (historical age) และใช้ภาวะทางสังคมเป็นเกณฑ์ (social age) มีรายละเอียดดังนี้ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2537)

1. เกณฑ์การใช้ระดับอายุ (Chronological age)

เป็นการกำหนดว่าอายุเท่าใดให้เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ เช่น เมื่อ 60 ปีขึ้นไปหรือ 65 ปีขึ้นไป เป็นต้น เกณฑ์นี้ใช้กันแพร่หลายแต่ก็มีปัญหาอยู่บ้าง เนื่องจากเมื่อใช้เกณฑ์อายุแล้วก็ไม่ได้คำนึงถึงสภาพของร่างกาย จิตใจ และสถานะทางสังคม หรือเหตุการณ์สำคัญๆ ที่อยู่ในช่วงชีวิต ทำให้ข้อมูลบุคคลนั้นจำกัดลง นอกจากนั้นหลายสังคมก็ใช้เกณฑ์อายุไม่เท่ากัน เช่น สังคมดั้งเดิม (Primitive society) มักกำหนดการเป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุ 45 ปี หรือ 50 ปี ส่วนสังคมสมัยใหม่ (Modern society) มักกำหนดไว้ที่อายุ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) ของร่างกาย

เกณฑ์นี้ยึดหลักการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นซึ่งก็มีเกณฑ์ย่อยอีก 4 เกณฑ์ไว้พิจารณาคือ

2.1 ความเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ (Change in facility) ประกอบด้วย ความสามารถในการได้กลิ่น รับรส ได้ยิน มองเห็น การเจ็บปวด และการรับรู้การสั่นสะเทือนลดน้อยลง สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฟัน และความฉับไวของสติปัญญา การเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมต่างๆ ก็ลดน้อยถอยลงไปด้วย

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางรูปร่างหน้าตา (Change in appearance) เช่น ผมหงอก ผมร่วง หัวล้านขึ้น ฟันร่วง ผิวเหี่ยวย่น หลังค่อม เป็นต้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางกิจกรรม (Change in activity) การเปลี่ยนแปลงนี้รวมถึงความสนใจในเรื่องราวต่างๆ ลดน้อยลง และการจะเข้าไปร่วมวงหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมต่างๆก็ลด

น้อยลงไปด้วย นอกจากนั้นยังรวมถึงความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆที่จำเป็นสำหรับตนเองก็ด้อยลง หรือไม่สามารถทำได้ครบถ้วนดังที่ผ่านมา ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางการทำงานของร่างกาย (Change in bodily action) ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนแปลงระดับเมตะบอริสม (metabolism) โดยเมตะบอริสมจะลดลง ปริมาณออกซิเจนที่เข้าสู่สมองก็น้อยลง สมรรถภาพการทำงานของไต หัวใจ การย่อยอาหารก็ลดลง นอกจากนั้น เมื่อเวลาผ่านไป ร่างกายเสื่อมสภาพลง จิตใจก็ได้รับความกระทบกระเทือนจากการสูญเสียซ้ำแล้วซ้ำเล่า มีผลทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้าสร้อย กิจกรรมต่างๆ ก็ลดลงไป

3. เกณฑ์เวลาในประวัติศาสตร์ (Historical age)

เป็นการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความสามารถในการจดจำเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านมาเป็นตัวกำหนดการสูงอายุ เหตุการณ์หรือเรื่องราวนั้นอาจเป็นเรื่องสำคัญโด่งดังในระดับชุมชน สังคม ประเทศ หรือระดับโลกก็ได้ เช่น คนยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ช่วง 14 ตุลา เป็นต้น

4. เกณฑ์จากภาวะทางสังคม (Social age)

เกณฑ์นี้ใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งรวมถึงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนไปเป็นหลักในการพิจารณา เช่น เมื่อเปลี่ยนบทบาทจากพ่อแม่เป็นปู่ย่าตายายก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ หรือการเกษียณอายุราชการก็เป็นจุดเปลี่ยนที่สังคมกำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งเกณฑ์นี้จะไม่สัมพันธ์กับอายุ เพราะบุคคลจะเปลี่ยนบทบาททางสังคมในอายุไม่เท่ากัน เช่น บางคนอายุ 40 ปี ก็เป็นปู่ย่าตายายแล้ว แต่บางคนก็อายุ 60 ปี หรือ 70 ปี จึงเปลี่ยน หรือแต่ละสังคมกำหนดอายุเกษียณต่างกัน เช่น สังคมไทยกำหนดที่ 60 ปี สหรัฐอเมริกากำหนดที่ 65 ปี สำหรับเพศชาย และ 60 ปี สำหรับเพศหญิง เป็นต้น

ส่วน รศรินทร์ เกรย์ และคณะ (2556) ได้จัดแบ่งนิยามความเป็นผู้สูงอายุได้เป็น 5 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่

(1) อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย

อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัยเป็นตัวชี้วัดอายุของบุคคล ซึ่งแสดงระยะเวลา จำนวนปีที่บุคคลนั้นมีชีวิตมานับตั้งแต่เกิด เนื่องจากอายุตามปีปฏิทินแสดงเป็นตัวเลขที่เฉพาะเจาะจง นำมาแสดงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน ทำให้ถูกใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุและการสูงอายุของบุคคลที่แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุอื่นๆ

(2) อายุทางชีววิทยา

บางครั้งเรียกว่าอายุเชิงฟังก์ชั่น (Functional Age) หมายถึง อายุที่อธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย (Physical Aging) และการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจของบุคคล (Psychological Aging) ซึ่งสะท้อนผ่านการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางกายภาพเมื่อพิจารณาจากภายนอก (Physical Appearance) สถานะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Health Status) หรือความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ของบุคคล (Functioning)

(3) อายุทางสังคม

หมายถึง อายุของบุคคลที่อธิบายด้วยการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพและบทบาททางสังคม (Social Status and Social Role) ของบุคคลนั้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นของช่วงชีวิตคนในแต่ละช่วงวัย เป็นกระบวนการจัดการทางสังคมที่บ่งบอกถึงจุดเปลี่ยนของการดำรงชีวิตว่าเป็นการก้าวเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิต ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตปกติ มีนัยความหมายแห่งการ

พักผ่อนหรือการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ชอบ เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะความสัมพันธ์ในครอบครัว จากความเป็นพ่อเป็นแม่ก้าวเข้าสู่สถานะใหม่เป็นปู่ย่าตายาย

(4) อายุทางอัตวิสัย

ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งอัตวิสัยในระดับบุคคล หมายถึง อายุที่วัดประเมินหรือบ่งชี้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลของบุคคลนั้นๆ หรืออัตวิสัยในระดับชุมชน ซึ่งหมายถึงการสูงอายุของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยการรับรู้ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชน หรือสังคมนั้นๆที่บุคคลอาศัยอยู่

(5) การสูงอายุในมิติอื่นๆ

เป็นการพิจารณาจากมุมมองอื่นๆที่แต่ละคนแต่ละสังคมให้ความสนใจ เช่น การเสนอให้ใช้เกณฑ์จำนวนปีที่คาดว่าบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (Remaining Life Expectancy) เป็นเกณฑ์กำหนดอายุเริ่มต้นของความสูงอายุ แทนที่การใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีอยู่มาแล้วซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การใช้มุมมองเชิงนโยบายด้านสิทธิและสวัสดิการอาจพิจารณาจากระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) ระดับความยากลำบาก (Hardship) และความต้องการความช่วยเหลือหรือความคุ้มครองทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ร่วมด้วยกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทิน หรือการสูงอายุตามสภาพร่างกาย หรือลักษณะภายนอก

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

Craig (1991) และ Hoffman and others (1988 อ้างถึงในศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1. วัยสูงอายุตอนต้น (The Young Old) ช่วงอายุ 60–69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของญาติสนิทหรือคู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียบทบาททางสังคมโดยทั่วๆไป ช่วงนี้บุคคลยังคงแข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะรู้จักปรับตัว ช่วงนี้เป็นช่วงที่ยังมีสมรรถภาพด้านต่างๆ มาก การปรับตัวควรใช้แบบ Engagement คือยังร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ทั้งในและนอกครอบครัว

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (The Middle Age Old) ช่วงอายุ 70–79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้เคียงกันเริ่มเสียชีวิตมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งเป็นการปรับตัวแบบ Disengagement คือการเลิกเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

3. วัยสูงอายุมาก (The Old Old) ช่วงอายุ 80–89 ปี ผู้ที่มีอายุช่วงนี้จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะกับคนอายุช่วงนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆตามวัย (Both Privacy and Stimulating) ผู้สูงวัยระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา

4. วัยสูงอายุมากๆ (The Very Old Old) ช่วงอายุ 90–99 ปี ผู้ที่มีระดับอายุนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาด้านสุขภาพมาก ผู้ที่อายุอยู่ในระดับนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องแข่งขัน ควรทำกิจกรรมที่ตนพอใจและอยากทำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ผ่านวิกฤติต่างๆของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย ช่วงนี้จะเป็นคาบแห่งความสุข สงบ พอใจในตนเอง

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความสูงอายุนั้นจึงขึ้นอยู่กับเวลาของการมีชีวิต และสัมพันธ์โดยตรงกับความเจริญและความเสื่อมถอยของร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกองค์ประกอบของมนุษย์ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Changes) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงแห่งความเสื่อมอย่างถดถอยลงทุกระบบของร่างกาย ผิวหนังบางลง เหี่ยวย่น ฉีกขาดง่าย การระบายความร้อนไม่ดี ผม ขน มีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า สายตาเสื่อม มองเห็นไม่ชัด หูตึง การรับกลิ่นลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเสื่อม ระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อม ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจเสื่อมลง ทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อต่างๆ ซึ่งความเสื่อมจะเกิดขึ้นกับบุคคลไม่เท่ากัน ขึ้นกับกรรมพันธุ์ เพศ อาชีพ การดูแลสุขภาพ อาหาร สิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความสามารถในการช่วยเหลือหรือดูแลตนเองก็ลดลงไป เหล่านี้ล้วนชักนำไปสู่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้งนั้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Changes) ผู้สูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพไปตามความคิดเห็นของตนซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ในเรื่องของอายุและการยอมรับของสังคมซึ่งผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ต้องการของผู้ที่อ่อนวัยกว่าจึงมักมีบุคลิกภาพใจน้อยอ่อนไหวง่าย รู้สึกไม่มั่นคงไม่ปลอดภัยช่างบ่นโกรธง่ายคิดถึงแต่ตนเองการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความจำผู้สูงอายุจะมีการเรียนรู้ช้าลงมีความลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นแต่การเรียกกลับซึ่งเป็นความจำระยะยาวยังคงสูงอยู่ในด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผู้สูงอายุยังมีอยู่มากในด้านสติปัญญาผู้สูงอายุปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Changes) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายและการเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคมออกไป เพื่อนฝูงลดลง รายได้ลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของประเทศจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว อีกทั้งการสูญเสียเพื่อนฝูงและคู่ชีวิตก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น จะรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2552) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง มีภาวะซึมเศร้า ด้านสังคมพบว่าการทำหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง และด้านจิตวิญญาณ พบว่าความหวัง เป้าหมายในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552; สุธรรม นันทมงคลชัย, 2553; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554; ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ, 2555; Kamble et al., 2012) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 21.5 ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) ดังนั้นจึงควรมีการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นการดูแลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมี

สุขภาวะ และใช้เวลาในบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข เอื้อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองและให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความต้องการของผู้สูงอายุ

มาสโลว์ (Maslow) อธิบายความต้องการของมนุษย์ โดยทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) Maslow (1970) เชื่อว่ามนุษย์เป็น "สัตว์ที่มีความต้องการ" (wanting animal) และเป็นการยากที่มนุษย์จะไปถึงขั้นของความพึงพอใจอย่างสมบูรณ์ กรอบความคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้ มีสามประการ คือ

- เมื่อบุคคลปรารถนาที่จะได้รับความพึงพอใจ และเมื่อบุคคลได้รับความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งแล้ว ก็จะยังคงเรียกร้องความพึงพอใจสิ่งอื่นๆ ต่อไป ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะของมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความต้องการอยู่เสมอ

- ความปรารถนาของมนุษย์นั้นติดตัวมาแต่กำเนิด และความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับขั้นของความปรารถนา ตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ

- มาสโลว์มีการเรียงลำดับขั้นความต้องการที่อยู่ในขั้นต่ำสุดจนถึงสูงสุด โดยเชื่อว่าบุคคลจะต้องได้รับความพึงพอใจเสียก่อนบุคคลจึงจะสามารถผ่านพ้นไปสู่ความต้องการที่อยู่ในขั้นสูงขึ้นตามลำดับ ลำดับความต้องการพื้นฐานของ Maslow (Maslow, 1970; Touhy and Jett , 2014; ชัชรี นฤทุม, 2545) มี 5 ลำดับขั้น ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) ต้องการปัจจัย 4 เช่น ต้องการอาหารให้อิ่มท้อง เครื่องนุ่งห่มเพื่อป้องกันความร้อน หนาว ยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันแดด ฝน ลม อากาศร้อน หนาว และสัตว์ร้าย ความต้องการเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน จึงมีความต้องการพื้นฐานขั้นแรกที่มนุษย์ทุกคนต้องการบรรลุให้ได้ก่อน

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) หลังจากที่มนุษย์บรรลุความต้องการด้านร่างกาย ทำให้ชีวิตสามารถดำรงอยู่ในขั้นแรกแล้ว จะมีความต้องการด้านความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินของตนเองเพิ่มขึ้นต่อไป เช่น หลังจามมนุษย์มีอาหารรับประทานจนอิ่มท้องแล้วได้เริ่มหันมาคำนึงถึงความปลอดภัยของอาหาร หรือสุขภาพ โดยหันมาให้ความสำคัญกับเรื่องสารพิษที่ติดมากับอาหาร ซึ่งสารพิษเหล่านี้อาจสร้างความไม่ปลอดภัยให้กับชีวิตของเขา เป็นต้น

3. ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ (Belonging andlove needs) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นหลังจากการที่มีชีวิตอยู่รอดแล้ว มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินแล้ว มนุษย์จะเริ่มมองหาความรักจากผู้อื่น ต้องการที่จะเป็นเจ้าของสิ่งต่างๆ ที่ตนเองครอบครองอยู่ตลอดไป เช่นต้องการให้พ่อแม่ พี่น้อง คนรัก รักเราและต้องการให้เขาเหล่านั้นรักเราคนเดียว ไม่ต้องการให้เขาเหล่านั้นไปรักคนอื่น โดยการแสดงความเป็นเจ้าของ เป็นต้น

4. ความต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น (Esteem needs) เป็นความต้องการอีกขั้นหนึ่ง หลังจากได้รับความต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรักและเป็นเจ้าของแล้ว จะต้องการการยอมรับนับถือจากผู้อื่น ต้องการได้รับเกียรติจากผู้อื่น เช่น ต้องการการเรียกขานจากบุคคลทั่วไปอย่างสุภาพ ให้ความเคารพนับถือตามควร ไม่ต้องการการกดขี่ข่มเหงจากผู้อื่น เนื่องจากทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน

5. ความต้องการความเป็นตัวตนอันแท้จริงของตนเอง (Self–actualization needs) เป็นความต้องการขั้นสุดท้าย หลังจากที่ผ่านความต้องการความเป็นส่วนตัว เป็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง ลดความต้องการภายนอกลง หันมาต้องการสิ่งที่ตนเองมีและเป็นอยู่ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์เช่นกัน แต่ความต้องการในขั้นนี้มักเกิดขึ้นได้ยาก เพราะต้องผ่านความต้องการในขั้นอื่นๆ มาก่อนและต้องมีความเข้าใจในชีวิตเป็นอย่างยิ่งด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะตัว ความเป็นปัจเจกของตนจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกันไป ดังนั้นความต้องการของผู้สูงอายุจึงแตกต่างกัน สรุปความต้องการของผู้สูงอายุประการหลักๆได้ดังนี้ (บังอร ธรรมศิริ, 2549; วาทินี บุญชะลักษี และ คณะ, 2551; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. ความต้องการด้านร่างกาย คือ ความต้องการพื้นฐานซึ่งคล้ายคลึงกับความต้องการของบุคคลวัยอื่นๆ ได้แก่ ความต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความต้องการมีสุขภาพอนามัยที่ดี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการในทางเสื่อมสภาพลง ทำให้มีโรคภัยไข้เจ็บโรคเรื้อรังโรคประจำตัวได้ง่าย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสามารถประกอบอาชีพ ซึ่งผู้สูงอายุเองก็ยังมีความต้องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ความต้องการด้านจิตใจ คือความต้องการได้รับความรัก ความอบอุ่นใจ ความเอื้ออาทรจากบุตรหลานและจากบุคคลในครอบครัว ไม่ให้รู้สึกว่าเดียวดายหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่ามีที่พึ่ง ลดภาวะซึมเศร้า สับสน วิตกกังวล ไม่สบายใจ เพราะบุคคลในวัยสูงอายุนั้นอยู่ในสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านอื่นๆ รวมทั้งพบความพลัดพรากต่างๆ เช่น พลัดพรากจากสามีหรือภรรยา บุตรหลานแยกครอบครัวออกไป ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่ตามลำพังจึงเกิดความรู้สึกว้าเหว่ ท้อแท้ หมดกำลังใจได้ง่าย เพราะฉะนั้นความต้องการทางด้านนี้มีความจำเป็นที่บุคคลผู้เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักว่ามีความสำคัญมากเช่นกัน

3. ความต้องการทางสังคม คือ การมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในสังคม ต้องการรู้สึกว่าเป็นบุคคลมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม ต้องการได้รับการยอมรับนับถือ และมีส่วนช่วยเหลือชุมชนและสังคม อาจจะพิจารณาได้ตั้งแต่ครอบครัวของผู้สูงอายุไปจนถึงชุมชนโดยรวม กล่าวคือต่อครอบครัวผู้สูงอายุต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้แก่บุตรหลาน เช่น ช่วยให้คำแนะนำปรึกษา ให้ข้อคิด ให้แนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งอยู่ในวิสัยที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ต่อชุมชนต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์ ต่อสังคมในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านต่างๆ มาก่อน และพอมีเวลาที่จะสละให้แก่ชุมชนได้ จึงต้องการที่จะนำความรู้และประสบการที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง เช่น ผู้สูงอายุอาสาเข้าเป็นกรรมการหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มพัฒนาต่างๆในชุมชน เป็นต้น

4. ความต้องการความรู้และประสบการใหม่ๆ คือผู้สูงอายุต้องการรับความรู้ ข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับตัวให้เหมาะสมกับวัยและเหมาะสมกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการปรับตัวในการดำเนินชีวิต เพื่อลดการพึ่งพิง และสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม

5. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ จึงควรมีการตอบสนองทั้งความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการทางด้านจิตใจ ความต้องการทางด้านสังคม ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แว่นตา ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

2. ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรักความเคารพ ยกย่อง ยอมรับนับถือ ฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิต ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิด การพาผู้สงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญของวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

3. ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ผู้สูงอายุต้องการ และพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมที่เหมาะสม ตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุป ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นับเป็นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต ที่สำคัญช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เป็นอยู่ต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2001) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า“ภาวะปกติสุขที่บุคคลมีความเข้าใจในศักยภาพต่างๆของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถช่วยเหลือสังคมได้”

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2547) ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ว่า เป็นสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ ซึ่งดูได้จากความสามารถในเรื่องการกระชับมิตร พิชิตอุปสรรค และรู้จักพอใจ ดังนี้

การกระชับมิตร หมายถึง ความสามารถในการผูกมิตรและรักษาความเป็นมิตรไว้ให้ได้ รวมทั้งความสามารถในการอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างราบรื่นและเป็นสุข

พิชิตอุปสรรค หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวให้อยู่ได้ หรือก่อให้เกิดประโยชน์ได้ในท่ามกลางความเป็นอยู่และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

รู้จักพอ หมายถึง ความสามารถในการทำใจให้ยอมรับในสิ่งที่อยากได้ อยากเป็น เท่าที่ได้ที่เป็นอยู่จริงได้ด้วยความสบายใจ

จากความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมา สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ คือ ปราศจากอาการต่างๆ ทางจิตและประสาท และสามารถปรับตัว หรือปรับความต้องการของตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม บุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้ดี โดยที่ตนเองไม่เป็นทุกข์ สามารถผูกมิตร มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทางที่ดี และสามารถปฏิบัติหน้าที่การงาน การแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสุขสบาย และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ดี โดยไม่เกิดความขัดแย้งภายใน

โดยปัจจัยที่มีผลกระทบและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต สามารถแบ่งได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพจิตวิทยาและสังคม (WHO 2001) ดังนี้

ปัจจัยทางชีวภาพ การสะสมของสารเคมีต่างๆ ที่มีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในร่างกาย และปัญหาสุขภาพจิตยังสามารถถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรมได้ นอกจากนี้ ยังประกอบไปด้วย เพศ อายุ การเจ็บป่วย โดยพบว่าหญิงและชายมีเซลล์ประสาทและฮอร์โมนที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ในขณะที่เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆก็มีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน

ปัจจัยทางสังคม ลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่มีประชากรหนาแน่นเกินไปการอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นมลพิษไม่ปลอดภัยหรือแม้กระทั่งความยากจนความเหลื่อมล้ำของรายได้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมความเป็นเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีรวมทั้งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดการแข่งขันกันในสังคมปัญหาการว่างงานที่เพิ่มมากขึ้นเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด

ปัจจัยทางจิต พัฒนาการทางด้านพฤติกรรมและจิตของแต่ละคน เป็นผลมาจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลอื่นๆ จะส่งผลให้มีพัฒนาการที่สมวัย มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ในทางตรงกันข้ามหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อาจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ทั้งในขณะที่ยังเป็นเด็กและเมื่อเติบโตด้วยเช่นกัน

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี

สุขภาพจิตมีหลายระดับ ในการพิจารณาเพื่อบอกลักษณะสุขภาพจิตว่าอยู่ในรูปแบบสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้น สามารถบอกได้โดยคุณลักษณะโดยรวม แบบกว้างๆ เพื่อใช้สำหรับการประเมินอย่างคร่าวๆ ดังนั้น การจำแนกเกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิตดังกล่าว จึงสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี และลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2547) ดังนี้

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี

1. มีความสามารถในด้านสติปัญญา เป็นผู้ที่สามารถคิด และเข้าใจสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง สามารถใช้สติปัญญาคิด และทำอย่างมีเหตุผล เต็มใจที่จะเผชิญกับปัญหา ใช้สติปัญญาในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

2. มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรคและความตึงเครียด สามารถรักษาและควบคุมอารมณ์ ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3. มีการแสดงออกทางสังคมอย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะทางด้านสังคมที่เหมาะกับกาลเทศะ

4. มีความสามารถในการทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ มีความสนุกกับการทำงาน ทำงานด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้น

5. สามารถแสดงออกซึ่งความรักกับผู้อื่นอย่างจริงใจตรงไปตรงมา มีความรักและนับถือตนเอง มีความเมตตากรุณา และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

6. มีความสามารถที่จะทนต่อความบีบคั้นทางจิตใจ สามารถจัดการกับความตึงเครียดของตนเอง

7. ยอมรับตนเองในทุกด้านทั้งด้านบวกและด้านลบ ยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง และยอมรับข้อดีและข้อเสียของตนเอง

ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

1. ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยแสดงพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนออกไป และจะแสดงความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง โรคจิต โรคประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน

2. มีความผิดปกติทางด้านความประพฤติ เช่น ชอบทะเลาะวิวาท ก้าวร้าว เล่นการพนัน และติดสารเสพติด เป็นต้น

3. ความผิดปกติทางด้านประสาท เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว ขี้อิจฉา พูดเพ้อเจ้อ ไม่สามารถตัดสินใจ เป็นต้น

4. มีความผิดปกติทางด้านลักษณะนิสัย เช่น กินยาก อยู่ยาก หลับยาก กัดเล็บ ย้ำคิดย้ำทำ และมักมีปัญหากับผู้อื่น

5. แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย เช่น กิริยามารยาท การพูด และการแต่งกาย เป็นต้น

6. มีบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น ชอบเก็บตัว ไม่ชอบคบหาสมาคมกับใคร เบื่อผู้คนและสิ่งแวดล้อม

7. มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บป่วยบ่อยๆ เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิต เป็นสภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (Goldberg, 1972) ดังนั้น จึงเป็นสุขภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคลที่ดำรงอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องการการปรับตัวตลอดเวลา (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552) สุขภาพจิตจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้น และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยปี 2551, 2552 และ 2553 โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับ กรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 31.44, 32.89 และ 33.17 ตามลำดับ แม้ว่าคะแนนสุขภาพจิตในรอบ 3 ปีจะดีขึ้น แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามพัฒนาการทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุตามขั้นตอนทฤษฎีพัฒนาการของอิริคสัน (Erikson, 1968) ผู้สูงอายุอยู่ในขั้นตอนที่ 8 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพึงพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง ถ้าได้มีการเตรียมตัวไว้ตั้งแต่วัยกลางคน ก็จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยผู้สูงอายุได้ วัยสูงอายุจึงควรเป็นวัยของการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และปรับตัวในช่วงบั้นปลายชีวิตได้อย่างภาคภูมิ ดังนั้น ถ้าชีวิตตั้งแต่ต้นดำเนินมาได้อย่างดี ไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัว การงาน ฐานะ พบกับความสำเร็จ ผู้สูงอายุก็จะพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ (Integrity) แต่ในทางตรงกันข้าม ในชีวิตที่ผ่านมาพบแต่ความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากมายจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าท้อแท้สิ้นหวัง (Despair) นั่นคือมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในที่สุด

การสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในยุคของการเป็นสังคมผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกๆมิติ สุขภาพจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับ และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่เกิดขึ้นตามศักยภาพของตน ทั้งนี้เพื่อทำให้เป็นสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณค่า สามารถดูแลตนเองได้ มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเองตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เตรียมครอบครัว ชุมชนและสังคม ที่สำคัญคือมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกที่สร้างเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่ตรงความต้องการ เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่แตกต่าง และการคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่สำคัญในช่วงชีวิตผู้สูงอายุ หากสามารถปรับตัวได้ดีจะทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม พึ่งพาตนเอง และมีอิสระภาพเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่หากไม่สามารถปรับตัว หรือไม่สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยเหล่านั้นได้ จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ รวมทั้งผลกระทบที่มีการเจ็บป่วยทางกายรุนแรงขึ้น หรือเกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทั้งทางร่างกายและความแข็งแกร่งทางจิตใจ เมื่อเจ็บป่วยทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมาก และยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้คุณค่าและสนใจต่อสุขภาพมากกว่าคนอื่น (สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ, 2543) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นศาสตร์และศิลป์ของการช่วยเหลือบุคคล ในการที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี (Edelman, et al., 2006) เป็นการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนด้านการศึกษาและด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลทางการกระทำหรือปฏิบัติ และสภาพการณ์ของการดำรงชีวิตที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Green & Kreuter, 1991) และเพนเดอร์อธิบายว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆของบุคคล โดยมุ่งส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จและเพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก (Pender, 1996) ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพจะต้องเน้นอย่างองค์รวม

ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตจึงยิ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา จัดทำระบบข้อมูลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการดูแล ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่เหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถทำได้ในหลายวิธี โดยมีกิจกรรมหรือโปรแกรมหลากหลายได้ถูกสร้างขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่ได้ผลดี เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่คุ้นเคยและสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและชุมชน โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (มนสิชา ชุมแก้วและคณะ, 2552; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554; เกสร มุ้ยจีนและคณะ, 2555) เพื่อเป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ควรจัดให้มีกิจกรรมหรือบริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลรักษา ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การดูแลด้านโภชนาการ การส่งเสริมด้านการออกกาลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านสังคม ได้แก่ การสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน และการสนับสนุนบริการด้านชุมชนและสังคมและ 4) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การทำกิจกรรมสันทนาการและงานอดิเรก ซึ่งกิจกรรมหรือบริการเหล่านี้เน้นการสนับสนุนจากสังคมและชุมชนให้มากขึ้น (ชื่นจิตต์ ย่านทรัพย์และคณะ, 2552) ซึ่ง พิริยา สุทธิเลิศ (2551) ได้เสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไว้ 7 วิธีดังนี้ 1) การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มลดความว้าเหว่ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการ ลดภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลังลดภาวะซึมเศร้า 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ 6) การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริงและ 7) การสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 7 วิธีนี้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกช่วงวัยที่มีสุขภาพและการรับรู้ดีหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งทำได้ทั้งในสถานที่พักคนชราหรือชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มุ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม (อรวมน ศรียุกตศุทธ, 2546) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ควรเน้น ได้แก่ การลดความเครียด การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนที่เน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการการเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดกลุ่มอาการซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่น ๆ นั่นคือการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การสูญเสียคู่สมรส ญาติพี่น้อง การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย การสูญเสียบทบาทในสังคมในครอบครัว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและดุลยภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Miller, 2007) และพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่ต้องเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 33.33 (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 (จันจิรา กิจแก้ว รวีวรรณ เผ่ากัณหา รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2554) แนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงพบมากขึ้นเรื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น โอกาสที่จะมีการเจ็บป่วยทางกายมีมากขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในภาพรวม

ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Miller, 2007)

ภาวะซึมเศร้า หรือ depression มาจากภาษาละตินว่า deprivere ซึ่งหมายความว่า กดต่ำ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีจิตใจ หม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังมองโลกในแง่ร้าย เป็นภาวะแทรกซ้อนของความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยอาจคิดว่าไม่มีใครช่วยได้ มีพฤติกรรมเฉยชา หรือพฤติกรรมแปลกๆ การรับรู้มีความแปรปรวน ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้ทุกวัย และความรู้สึกเศร้าที่เกิดขึ้นนานกว่าปกติ จะส่งผลให้การดำรงกิจวัตรประจำวันเสียไป

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1. การสูญเสียต่างๆ วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอย การสูญเสียที่สำคัญ ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจมากที่สุดและอาจเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้จากการไม่สามารถปรับตัวได้ และจะพบว่าคู่สมรสที่เหลืออยู่จะมีอาการเจ็บป่วยทางกาย มีการแยกตัวออกจากสังคมและบางรายอาจเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง และเสียชีวิตตามไปภายในเวลาไม่นานนัก นอกจากนี้การสูญเสียด้านอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การเกษียณอายุ การเสื่อมถอยสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ รวมทั้งอาจได้แรงเสริมทางบวกน้อย ขาดเครือข่ายที่จะสนับสนุนความสามารถในการปรับตัว จึงทำให้เกิดการรับรู้ต่อตนเองทางลบได้ เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา และหากผู้สูงอายุยังใช้กลไกการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นจนถึงอาจฆ่าตัวตายได้

2. การเจ็บป่วยทางกายและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดสารอาหารหรือไวตามินบางตัว เช่น ขาดไวตามินซี ไวตามินบี 12 ไนอาซิน หรือธาตุเหล็ก ภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเลคโตรไลท์ เช่น น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ภาวะโปตัสเซียมต่ำ โรคของต่อมเอ็นโดรไครน์ เช่น ต่อมไทรอยด์โต ภาวะ hypoparathyroidism เป็นต้น

นอกจากนั้น การเจ็บป่วยทางกายอันเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหารไม่สมดุล การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการตามมาหรือมีอาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมที่อาจมีผลต่อการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมอง ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้และความสามารถในการเผชิญปัญหา ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายความวิตกกังวล ยาต้านโรคจิต สารเสพติด ยาลดความดันโลหิต ยารักษาพาร์กินสัน ยากลุ่มสเตียร์รอยด์ ยารักษาวัณโรค เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ได้แก่ ความเข้มข้นของ neurotransmitter บางตัว ได้แก่ dopamine, norepinephrin ลดลง แต่มีการเพิ่มขึ้นของ Mono amine oxidase (MAO)

5. การขาดแรงจูงใจและขาดแรงเสริมในทางบวก ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้ารอบตัว หรือตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อมหรือคนอื่นได้ ผู้สูงอายุจึงถอยห่างจากสังคมมากขึ้นเมื่อมีอาการซึมเศร้า

6. การขาดการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดที่พึ่ง ไม่มีญาติพี่น้อง ลูกหลานทอดทิ้ง ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ รวมทั้ง

7. บุคลิกภาพดั้งเดิมของผู้สูงอายุ ที่เป็นแบบพึ่งพา วิตกกังวลง่าย หวั่นไหว พิถีพิถัน เมื่อมีเหตุการณ์วิกฤติเกิดขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในวัยสูงอายุแล้วไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นได้ จึงส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้สูงอายุลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

โดยสรุปสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถอธิบายได้ 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ แนวคิดทางจิตสังคม ซึ่งเป็นเรื่องของความคิด การรับรู้และการเรียนรู้ การปรับตัว บุคลิกภาพ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดทางชีวภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของความสมดุลของสารเคมีในร่างกายที่สำคัญคือสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) การเจ็บป่วยทางกาย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม สภาพครอบครัว และพันธุกรรม ซึ่งใช้เป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่น่าจะเป็นสาเหตุนำในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าในแต่ละรายได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุม

อาการและอาการแสดง (Miller, 2007)

ผู้ป่วยมักบ่นว่ามีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย มีอาการหลงลืม ไม่มีสมาธิ แยกตัวหรือถดถอยจากสังคมมีอาการเบื่ออาหารมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน เช่น นอนไม่หลับ หลับยาก ตื่นตอนดึก มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง อาจมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน มีความรู้สึกไม่มีใครช่วยเหลือ หมดอาลัย มีอารมณ์เศร้าอยู่ตลอดเวลา ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีความยินดียินร้ายต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจเป็นเวลานานหลังจากที่มีเหตุการณ์สูญเสียเกิดขึ้น

ระดับของภาวะซึมเศร้า

การแบ่งความรุนแรงของอาการซึมเศร้า สามารถแบ่งตาม American Psychiatric Association ดังนี้

1. อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะที่อารมณ์ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส ซึ่งบางครั้งก็มีเหตุผล บางครั้งก็ไม่มี อาจเกิดจากคนเรารู้สึกขาดคนเห็นใจ ขาดคนเหลียวแล เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว

2. อาการซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) เป็นความรู้สึกรุนแรงมากขึ้น มักเกิดจากมีเหตุการณ์สูญเสียหรือคับขัน บุคคลจะรู้สึกปวดร้าวใจ ไม่สบายใจ อ่อนเพลีย การพูดเชื่องช้า เคลื่อนไหวช้า มีความวิตกกังวล มีอาการย้ำคิดย้ำทำ อาจมีการผิดปกติของการนอนหลับ มีผลต่อหน้าที่การงานประจำวัน เนื่องจากความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่อยากเข้าสังคม

Neurotic depression เป็นอารมณ์เศร้าที่จัดในกลุ่มนี้ เกิดจากการที่บุคคลมีการสูญเสียแล้วมีอารมณ์เศร้าอยู่นาน ไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายได้ มีผลกระทบต่อการปฏิบัติภารกิจประจำวัน

3. อาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เป็นความเศร้าที่ลึกซึ้งและเป็นอยู่นาน มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เห็นชัดเจน สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยมาก วิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ พวกที่เป็น Psychotic depression จะอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งนอกจากจะปฏิบัติหน้าที่บกพร่องแล้วมักถอยไปจากโลกแห่งความเป็นจริง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน รู้สึกด้อยค่าอย่างมาก บางรายรุนแรงมาก อาจไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่สนใจตัวเอง ดูแลตัวเองไม่ได้ จะพบน้ำหนักลด

นอกจากนี้ ในกรณีที่เป็นภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง มักจะพบว่ามีบุคลิกภาพแบบซึมเศร้า มีแบบแผนชีวิตที่เป็นแบบมองโลกในแง่ร้าย มีความเศร้าเสียใจได้ง่าย ขาดความมีสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีบุคลิกภาพชอบเก็บตัว (Keltner, et al., 1995)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้ด้วยการซักประวัติ การสังเกตอาการ การจำแนกอาการตามกลุ่มอาการหรือการใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า

1. การจำแนกลักษณะของอาการซึมเศร้า (major depression) ตาม DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างน้อย 5 อย่าง หรือมากกว่าที่เป็นทุกวัน หรือเกือบทุกวัน ในตลอดเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้ (Butler & Lewis, 1995)

1) มีอารมณ์เศร้าทุกวัน
2) สูญเสียความสนใจ หรือความพอใจในกิจกรรมที่เคยกระทำ
3) น้ำหนักลด หรือเพิ่มขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง เปลี่ยนแปลงอย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมใน 1 เดือน
4) นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป
5) มีการเคลื่อนไหวรวดเร็ว ลุกลี้ลุกลน อยู่ไม่เป็นสุข หรือเชื่องช้า
6) อ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง
7) รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือตำหนิตนเอง รู้สึกผิดมากเกินไป
8) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง
9) มีความคิดวนเวียนเรื่องความตาย คิดฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ทั้งนี้ต้องพิจารณาถึงการจำแนกจากกลุ่มอาการซึมเศร้าที่เกิดจากปัญหาทางสังคม ปัญหาการทำงาน การติดยาหรือใช้สารเสพติด หรือผู้ที่อยู่ในช่วงของการเศร้าโศกจากการสูญเสียคนสำคัญในชีวิต ซึ่งอาการ จะเกิดนานกว่า 2 เดือน

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (The Zung Self -Rating Depression Scale : SDS) (1981 อ้างอิงถึง McDowell & Newell (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย Thanee (2004) เป็นแบบวัดที่ใช้กันค่อนข้างมาก เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เกี่ยวกับอารมณ์ ความคิด ความผาสุก ความหวัง อาการเจ็บป่วยทางกาย แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่มีอาการหรือเกิดขึ้นน้อยมาก 2 มีเป็นบางครั้ง 3 มีบ่อยครั้ง และ4 มีหรือเกิดขึ้นค่อนข้างมากเกือบตลอดเวลา สำหรับข้อความเชิง

ลบ และค่าคะแนนเป็นตรงข้ามสำหรับข้อความเชิงบวก คะแนนเต็ม 80 ถ้าค่าคะแนนมากกว่า 50 ขึ้นไป แสดงว่ามีอาการซึมเศร้า ควรไปรับการรักษา

2.2 แบบวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck Depresion Inventory : BDI) (Beck, et al, 1961) เป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับอาการแสดง เจตคติ การรับรู้และพฤติกรรมของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ ตามระดับความรุนแรงคือ 3, 2, 1, 0 การแปลผล เป็นดังนี้

0-9 คะแนน ไม่มีความซึมเศร้า

10-18 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild-moderate depression)

19-29 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate-severe depression)

30-63 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

2.3 แบบวัด Geriatic Depression Scale : GDS (Yesavage, Brink & Rose,1983) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้ได้กับผู้สูงอายุในชุมชน มีทั้งแบบสั้น 15 ข้อ และแบบยาว มี 30 ข้อรายการ ซึ่งสามารถที่คัดกรองแยกจากผู้สูงอายุที่อาการสมองเสื่อมได้ดี ยกเว้นรายที่มีอาการเล็กน้อย แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามแบบสั้นๆ สามารถตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ถ้าผู้สูงอายุได้คะแนนสูง แสดงว่ามีข้อบ่งชี้ของภาวะซึมเศร้ามาก เป็นต้น ตัวอย่างแบบวัดแบบสั้น 15 ข้อ มีดังนี้

1. ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตใช่หรือไม่
2. ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมหรือทำสิ่งที่สนใจเลยใช่หรือไม่
3. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านว่างเปล่าใช่หรือไม่
4. ท่านมีความรู้สึกเบื่อค่อนข้างบ่อยใช่หรือไม่
5. ท่านมีความรู้สึกดีตลอดเวลาใช่หรือไม่
6. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับตัวท่านใช่หรือไม่
7. ท่านรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่ใช่หรือไม่
8. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือท่านได้เลยใช่หรือไม่
9. ท่านต้องการที่จะอยู่ที่บ้านมากกว่าที่จะออกไปนอกบ้านหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ใช่หรือไม่
10. ท่านรู้สึกว่าท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำมากกว่าอย่างอื่นใช่หรือไม่
11. ท่านคิดว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่น่าสนใจใช่หรือไม่
12. ท่านรู้สึกว่าโลกนี้ไม่มีอะไรที่สวยงามเลยใช่หรือไม่
13. ท่านรู้สึกว่าท่านมีพลังอยู่ตลอดเวลาใช่หรือไม่
14. ท่านรู้สึกว่าท่านมีแต่ความสิ้นหวังใช่หรือไม่
15. ท่านคิดว่าคนอื่นส่วนใหญ่ล้วนดีกว่าท่านใช่หรือไม่

นอกจากนี้ อาจใช้คำถามง่ายๆ ในการประเมินอาการและความรู้สึกของผู้สูงอายุเบื้องต้นว่ามีแนวโน้มจะมีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เช่น

1. คุณรู้สึกต่อตัวเองอย่างไรบ้าง
2. คุณมองชีวิตในวันข้างหน้าอย่างไร

3. คุณนอนหลับยากหรือไม่
4. คุณรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระหรือไม่
5. คุณรู้สึกว่าพลังในตัวคุณลดลง
6. คุณรู้สึกว่าสมาธิเปลี่ยนแปลงหรือไม่
7. ความรู้สึกอยากอาหารของคุณเป็นอย่างไร
8. คุณมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหรือไม่อย่างไร
9. คุณรู้สึกเศร้าใจบ่อย ๆหรือไม่
10. คุณมีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือไม่

2.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย Thai Geriatic Depression Scale : TGDS โดยคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative view) การเคลื่อนไหว ด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolation) เป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น มีความเที่ยงตรงสูง และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์กำหนดคะแนนตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ดังนี้

0-12	คะแนน	หมายถึง	เป็นคนปรกติ ไม่มีความเศร้า
13-18	คะแนน	หมายถึง	เป็นผู้มีความเศร้าเล็กน้อย
19-24	คะแนน	หมายถึง	เป็นผู้มีความเศร้าปานกลาง
25-30	คะแนน	หมายถึง	เป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง

2.5 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2 Questionnairs: 2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9 Questionnairs: 9Q) และแบบประเมินแนวโน้ม/ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2551)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ ใช้สำหรับคัดกรองโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันที่ทำการคัดกรอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “มี” กับ “ไม่มี”

การแปลผล และดำเนินการต่อไป

- ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือ ทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า แล้วให้ประเมินด้วย<u>แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม</u> เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้สำหรับประเมินโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในรายที่ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q มีผลเป็นบวก ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย มีเป็นบางวัน เป็นบ่อย เป็นทุกวัน มีความหมายดังนี้

ไม่มีเลย	หมายถึง ไม่มีอาการเลย
มีเป็นบางวัน	หมายถึง มีอาการประมาณ 1-7 วัน
เป็นบ่อย	หมายถึง มีอาการมากกว่า 7 วัน

เป็นทุกวัน หมายถึง มีอาการทุกวัน

การแปลผล

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

แบบประเมินแนวโน้ม / ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ใช้สำหรับประเมินแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ในรายที่ผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q มีผลเป็นบวก โดยมีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ มี/ไม่มี และ ได้/ไม่ได้ การแปลผลมีดังนี้

คะแนนรวม	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
0	ปกติ
1-8	น้อย
9-16	ปานกลาง
≥17	รุนแรง

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจดังนี้ (Miller, 2007; รวีวรรณ เผ่ากัณหา และคณะ, 2553; Melillo and Houde., 2011)

ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด ผู้สูงอายุจะบ่นเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ในระบบย่อยอาหาร เช่น ท้องอืด ท้องผูก กลืนลำบาก จุกแน่น เป็นต้น มีอาการนอนหลับผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก ตื่นบ่อย หรือตื่นเร็วตั้งแต่เช้ามืด มีอาการอ่อนแรง เพลีย หมดกำลัง มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย เช่น รู้สึกไม่สบายตามร่างกาย รู้สึกหายใจลำบาก มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า ความต้องการทางเพศลดลง

ผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าซึม เสียใจ กังวล มีความรู้สึกไร้อารมณ์ ชาหรือว่างเปล่า ความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสนใจ ความยินดี ความกระตือรือร้นลดลง ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจตัวเอง มีความรู้สึกผิด สิ้นหวัง ตำหนิตัวเองคิดว่าตัวเองไม่มีค่า มีความวิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สบายใจ กระบวนการคิดช้า สูญเสียการจำ ความตั้งใจและสมาธิลดลง ไม่สามารถตัดสินใจได้ มีความคิดวกวนเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือความล้มเหลว ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันมากหรือน้อยขึ้นกับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หากไม่ได้รับการประเมินหรือการรักษาอาจทำให้อาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งมีการฆ่าตัวตายได้ จึงควรได้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตที่ครอบคลุมถึงภาวะซึมเศร้าด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ความบกพร่องในการทำหน้าที่การคิดรู้ของสมอง ในด้านการคิด การจำ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการทำหน้าที่ต่างๆของบุคคลในสังคม การงาน และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านความจำ จะพบว่าความจำปัจจุบันลดลงอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีการหลงลืมตั้งแต่ค่อยๆเป็นค่อยๆไป จนหลงลืมรุนแรง หรือจำคนที่เคยรู้จักคุ้นเคยไม่ได้เลย การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมองทำให้เกิดความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ช้าลง การส่งสัญญาณประสาทช้าลงอันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ส่งผลให้สมรรถภาพสมอง (congnitive functions) ลดลง จนเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถประเมินเพื่อการวินิจฉัยเบื้องต้น หรือการคัดกรองเบื้องต้น ได้โดยใช้แบบวัดสมรรถภาพสมอง (Mimi-Mental State Examination) ฉบับภาษาไทย 2002

จากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอัตราที่สูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 2-10 เพิ่มขึ้นตามอายุ (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)) จากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปี และ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 2.35 และ 3.82 ตามลำดับ ถ้าอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป พบถึงร้อยละ 25 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) อัตราชุกของภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการศึกษาของรวีรรณ เผ่ากัณหา สุพดี กิตติวร-เวช และสมจิตต์ ลุประสงค์ (2557) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 18.2 และ การศึกษาของณัชชา ตระการจันทร์ รวีวรรณ เผ่ากัณหา และ นิตยา จันทบุตร (2558) พบอัตราชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี เท่ากับร้อยละ 22 แสดงให้เห็นว่าภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้พบว่าภาวะสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิกในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 229,000 คนและอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และเพิ่มสูงกว่า 1 ล้านคน ในปี 2593 (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันศิริกาญจน์, 2550)

การจำแนกชนิดของภาวะสมองเสื่อม

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (Miller, 2007)

1. Primary dementia เป็นกลุ่มที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เนื่องจากการเสื่อมสลายโดยตรงของเซลล์ประสาท โรคที่ทำให้เกิดสมองเสื่อม กลุ่มนี้ได้แก่

1.1 Dementia of Alzheimer type หรือ Alzheimer's diseases : AD ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด

1) Presenile dementia ซึ่งมีอาการก่อนอายุ 60 ปี กลุ่มนี้จะมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของเซลล์ประสาทที่มี neurofibrillary tangle

2) Senile dementia เป็นกลุ่มที่เกิดหลังอายุ 60 ปีหรือมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง

1.2 Dementia ที่เกิดจากโรคต่าง ๆ ได้แก่ Pick's disease, Huntington's disease, Parkinson's disease, Down's syndrome และ Wilson's disease

2. Secondary dementia เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากความผิดปกติในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาท มีผลทำให้เกิดอาการสมองเสื่อมตามมา ความผิดปกติหรือโรคต่าง ๆ เหล่านั้น ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการแข็งตัวของหลอดเลือด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีการตายของสมองเป็นจุดๆ แบบหลายจุด (Multi-infarct dementia: MID หรือ Vascular dementia) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรอยโรคในสมอง ได้แก่ มีเนื้อตายขนาดใหญ่ที่ cerebral cortex หรืออาจมีรอยโรคเล็กๆ ในช่องของ subcortical area ในสมอง ที่ basal ganglia, thalamus และ brain stem หรืออาจเป็นการขาดเลือดไปเลี้ยงของ white matter ของสมอง

2.2 ภาวะสมองขาดออกซิเจนชั่วคราว

2.3 โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น Neurosyphilis

- Creudzfeldt-Jakob's disease (CJD)
- AIDS ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น

2.4 สมองได้รับบาดเจ็บ (Head trauma)

2.5 การได้รับสารพิษต่าง ๆ เช่น ตะกั่ว ปรอท แมงกานิส อะลูมิเนียม หรือกลุ่มอาการพิษสุราเรื้อรัง

2.6 Metabolic and Nutritional dementia เช่น การขาดวิตามินบี 12 โฟลิค แอซิด

2.7 ความผิดปกติของต่อมเอ็นโดรคราย เช่น Hypothyroidsmและ Hyperthyroidism

ผู้ป่วยที่มีสมองเสื่อมกลุ่มนี้มักจะมีอาการดีขึ้น ถ้าได้รับการแก้ไขที่สาเหตุ ยกเว้นพวก MID อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อมจากกลุ่มนี้สามารถป้องกันได้

อัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อม พบ Alzheimer's disease ประมาณร้อยละ 50 พบ MID ประมาณร้อยละ 15 และแบบผสมประมาณร้อยละ 25 ส่วนสาเหตุอื่นๆ พบได้ประมาณร้อยละ 10 (Miller, 2007)

สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

การอธิบายสาเหตุการเกิด Alzheimer's disease จนกระทั่งถึงช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 ยังไม่มีทฤษฎีใดมาอธิบายได้ชัดเจน แต่สาระความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้น ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยพอจะสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของสมอง

จากการศึกษาของนายแพทย์อัลไซเมอร์ (Alois Alzheimer) พบว่ามี neuritic plaque และ neurofibrillary tangle ที่เนื้อเยื่อสมองบริเวณ neocortex และยังพบว่ามี beta-amyloid protein ที่ก้อน plaque และเส้นเลือด และพบว่ามีการเสื่อมของเซลล์ประสาทใน neocortex และ hippocampus ซึ่งเป็นลักษณะที่บอกความแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการสมองเสื่อม ปัจจุบันสามารถตรวจโครงสร้างและรอยโรคในสมองได้จากการสแกน (Scan) เช่น CT. (Computed Tomography) การใช้เทคนิค MRI (Magnetic resonance imaging) การตรวจแบบ SPECT (Single photon emission tomography) และการตรวจแบบ PET (Positron emission tomography) ที่สามารถตรวจอัตราการเผาผลาญของ glucose และ oxygen ในสมองได้

2. การลดลงของ acetyle choline transferase ในสมองส่วน hippocampus และ cerebral cortex ซึ่งมีผลจากการสะสมของ plaque และ tangles ทำให้ความจำเสื่อม รวมทั้งการทำหน้าที่ด้านการคิด การรับรู้เสียไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น มีอาการทางจิตเวช มีภาวะซึมเศร้า จากสมมุติฐานนี้ทำให้เกิดการผลิตยาเพื่อบำบัดรักษา เพื่อป้องกันการลดลงของ acetyle choline เช่น ยา Tacrine (Cognex) และ Donepezil (Aricept)

3. มีการเปลี่ยนแปลงของโปรตีนที่เรียกว่า Beta Amyloid ซึ่งพบใน cell ของร่างกายปกติ ที่ผลิตจาก amyloid precusor protein แต่ยังไม่ทราบกลไกชัดเจน อาจเป็นได้จากการผ่าเหล่าของยีนในผู้ป่วยสมองเสื่อม AD จะมีการสะสม beta amyloid ใน neuritic plaque และผนังของเส้นเลือดในสมอง ซึ่งทำให้เกิดการทำลายของเซลล์ประสาท ทำให้เกิดการอักเสบของสมอง การให้ยารักษาการอักเสบของสมองจึงเป็นแนวทางทั้งการป้องกันและการรักษา

4. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า พันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าเด็กที่มีพ่อแม่เป็น AD จะมีโอกาสเป็นถึงร้อยละ 25-50 โดยพบว่ามีการผิดปกติของ chromosome คู่ที่ 1, 14 และ 21 ในระยะเริ่มแรกที่เป็นสมองเสื่อมและพบว่ามี apolipo protein E (apo E) บน chromosome คู่ที่ 19

5. การสะสมของสารหรือสารพิษบางอย่าง เช่น อะลูมิเนียม แคลเซียม แอลกอฮอล์ บาร์บิทูเรท คาร์บอนมอนน็อกไซด์ สารตะกั่ว เป็นต้น พบว่ามีการวิจัยเกี่ยวกับอลูมิเนียมมากขึ้น แต่ยังไม่ได้คำตอบชัดเจนว่าเป็นสาเหตุให้เกิดอาการสมองเสื่อมได้อย่างไร และมีการนำฟลูออไรด์ใส่ในน้ำดื่มเพื่อลดการดูดซึมของอะลูมิเนียม กลุ่มที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่นโรค Creutzfeldt-Jacob Disease ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการสมองเสื่อมเลวลงอย่างรวดเร็ว และจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี อาการเริ่มแรกจะพบว่ามีความผิดปกติทางอารมณ์ ขี้ลืม ความคิดสับสน มึนหรือเวียนศีรษะ เดินเซ พูดไม่ชัด ในช่วงระยะสุดท้ายจะพูดไม่ได้

6. การฝ่อของเซลล์ประสาทบริเวณ frontal lobe หรือ Fronto temporal dementia (FTD) พบในต้นทศวรรษที่ 1990 โดยพบว่ามีการฝ่อของเซลล์ประสาทบริเวณ frontal lobe มากกว่าการสะสมของ plaque และ tangles (Kumer and Gottlieb, 1993 ; อ้างใน Miller, 2007) อาการสำคัญที่พบได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การเฉยชา อารมณ์เปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ รวมทั้งการพูด การใช้ภาษา และการคิดเชิงนามธรรมเปลี่ยนไป

อาการของภาวะสมองเสื่อม

อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1. สูญเสียความจำ ทั้งความจำระยะสั้น (short term) และความจำระยะยาว (long term memory)

2. สูญเสียความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล (abstract thinking) เช่น ไม่สามารถบอกความหมายของความเหมือนกัน และความแตกต่างกันของสิ่งของสองสิ่งได้ ไม่สามารถบอกความหมายของสุภาษิตได้ เป็นต้น

3. สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ ผู้สูงอายุไม่สามารถวางแผนการที่เหมาะสมเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและการงาน ตลอดจนเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้อง

4. บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง พบว่าผู้สูงอายุจะมีของบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บางครั้งอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีความถดถอยในการปรับตัวทางสังคม บุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งรบกวนต่อการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

5. มีความผิดปกติของการทำงานของ higher cortical function หรือ executive function เช่น ความผิดปกติในการพูด (aphasia) ความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหว (apraxia) ความผิดปกติในการรับรู้และบ่งชี้หรือจำแนกชนิดของการรับรู้ (agnosia) เป็นต้น

6. ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ความสามารถในการทำงานเสียไป และการรู้จักตนเองจะเสียไป จนกระทั่งผู้สูงอายุไม่ทราบว่าตนไม่สบาย บางรายไม่สนใจตนเอง ละเลยการดูแลตนเอง และการดูแลสุขวิทยาประจำวัน ไม่สนใจหรือทำตามกฎกติกาของสังคม

การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

เนื่องจากภาวะสมองเสื่อม มักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สามารถจำแนกระดับและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม อาจแบ่ง เป็น 3-5 ระดับ แต่โดยทั่ว ๆ ไป แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับไม่รุนแรง (ระยะ 1-3 ปี) หรือระยะเริ่มแรกของอาการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเริ่มมีปัญหากับกิจกรรมด้านการงานและสังคมอย่างรวดเร็ว แต่ยังสามารถช่วยตัวเองได้ ยังสามารถดูแลรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลได้ด้วยตนเอง และยังสามารถตัดสินใจเองได้โดยทั่วไป ความจำใหม่ๆ ลดลง เรียนรู้สิ่งใหม่ไม่ได้ นึกคำไม่ออก นึกย้อนหลังไม่ได้

2. ระดับปานกลาง (ระยะ 2-10 ปี) เริ่มไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียว หรือบกพร่องในด้านความทรงจำและการตัดสินใจ ความจำปัจจุบันหายไป ความจำในอดีตเริ่มบกพร่องมี aphasia พูดไม่ชัด ทำกิจกรรมที่เคยทำไม่ได้ อาจนั่งเฉยๆ พึ่งพามากขึ้น อาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต และจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแล ในระยะนี้เริ่มมีอาการของ "กลุ่มอาการพระอาทิตย์ตกดิน" (sundown syndrome) คือ มีความคิดสับสนมากขึ้นในเวลาเย็น หรือเมื่อมีความมืดเข้ามาแทนที่ อาจมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนทางการมองเห็น

3. ระดับรุนแรง (ระยะ 3-12 ปี) อาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขอนามัยตัวเองได้ มีอาการสับสน ไม่รู้เรื่องราวต่างๆ นั่ง หรือ นอนตลอดเวลา หรือเป็นอัมพาต ไม่พูดหรือพูดไม่เป็นคำ ซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้เองและอาจมีความพิการในด้านการรับรู้ เป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ หรือความผิดปกติจากความพิการของระบบประสาทอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ จนกลายเป็นผู้ป่วยหนักเรื้อรัง ที่ต้องการดูแลรักษาตลอดเวลา มีภาวะพึ่งพามาก ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

การบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อม

การบำบัดรักษามี 3 ประการใหญ่คือ การรักษาแบบไม่ใช้ยา การรักษาแบบใช้ยา และการแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรม หรือ อาจแบ่งเป็นการรักษาที่สาเหตุ และการรักษาแบบประคับประคอง ดังนี้

1. การรักษาโดยขจัดสาเหตุ ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุแน่นอนต้องแก้ไขต้นเหตุโดยตรง เช่น

1.1 ผ่าตัดสมองเอาลิ่มเลือดออก

1.2 ผ่าตัดใส่ท่อทางเดินน้ำไขสันหลัง ในรายที่เป็นโรค normal pressure hydrocepharus

1.3 ให้ไทรอคซินในรายที่ขาดไทรอยด์

1.4 ให้วิตามินบีสิบสองในรายที่ขาดวิตามินบีสิบสอง

1.5 ให้ยาปฏิชีวนะเพนนิซิลิน รักษาโรคซิฟิลิสขึ้นสมอง

1.6 ให้ยาดี-เพนิซิลลามีน รักษาโรค Wilson

1.7 รักษาความดันโลหิตสูง

1.8 แก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน และให้ยาแอสไพริน แก่ผู้ป่วยที่มีเนื้อสมองตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตันหลายแห่ง

2. การรักษาตามอาการหรือการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีจุดมุ่งหมายดังนี้

2.1 พยายามทำให้หน้าที่ที่สูญเสียไปแล้ว (lost functions) ให้สามารถทำหน้าที่ได้ดีขึ้นมาใหม่ หรือใกล้เคียงกับของเดิม เช่น ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหรือการได้ยิน อาจใช้แว่นตา หรือเครื่องช่วยฟัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ดีขึ้น หรือฟังได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เป็นต้น

2.2 พยายามลดความจำเป็นของผู้ป่วยที่จะต้องใช้หน้าที่ที่สูญเสียไปแล้ว โดยพยายามจัดสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้เรียบง่ายที่สุด และจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย สงบเงียบ เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยต้องใช้ความสามารถที่เกินตัว ในกรณีที่จำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาล ก็ควรจะนำเอาสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาบางชิ้นมาด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความรู้สึกที่มั่นใจและปลอดภัย

2.3 พยายามให้ผู้ป่วยได้ใช้หน้าที่ส่วนที่เหลืออยู่ และยังไม่ได้สูญเสียไปนั้นให้ได้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในกรณีนี้แพทย์อาจให้ความช่วยเหลือดังนี้คือ

2.3.1 การใช้ยา

1) การใช้ยารักษาปัญหาทางสมองและความจำ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มสาร acetylcholine ในสมอง ดังนั้นยาที่ใช้จึงเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซน์ acetylcholinesterase เช่น Donepezil, Rivastigmine, Galantamine ผลข้างเคียงของยาอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย นอนไม่หลับบ้าง

2) การใช้ยารักษาเพื่อช่วยลดอาการต่างๆ ที่รบกวนผู้ป่วย เพราะบางรายอาจพบว่ามีอารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอนไม่หลับหรือมีอาการทางจิตอื่นๆ ร่วมด้วย ในกรณีนี้อาจพิจารณาเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับอาการดังกล่าว อย่างไรก็ตามการใช้ยาทางจิตเวชในผู้สูงอายุนั้น ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่ควรให้ยามีฤทธิ์อยู่นาน (long acting) ติดต่อกันหลาย ๆ สัปดาห์ ขนาดยาที่ให้ก็ไม่ควรให้เท่ากับที่ใช้ในผู้ใหญ่ ส่วนมากนิยมให้ในขนาด 1/2-1/3 ของขนาดยาดังกล่าว

2.3.2 การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆได้ และใช้กลไกทางจิตอย่างเหมาะสม ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าระบายความรู้สึกโกรธ กลัว เจ็บปวด น้อยใจ และอื่น ๆ

2.3.3 การจัดสิ่งแวดล้อมและสภาพสังคม (environmental and social organization) ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับแพทย์ในการวางแผนและดูแลรักษาเสียตั้งแต่ต้น โดยอาจแนะนำในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- ให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจและยอมรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทั้งในเรื่องธรรมชาติของโรคและความรุนแรงของโรค

- ให้เข้าใจและยอมรับถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ ทั้งของแพทย์และของบุคคลอื่น ว่ามีขอบเขตจำกัด

- แนะนำเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาและวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ยิ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถเรียนรู้ลักษณะของผู้ป่วยได้มากเพียงใด ก็จะยิ่งช่วยให้เขาเหล่านั้นสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นเพียงนั้น

ผลกระทบจากภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมนั้นมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองคือ เกิดการสูญเสียการรับรู้ตนเอง ทำให้อายุขัยสั้นลงและคุณภาพชีวิตลดลง (พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ นุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์ ปัญจภรณ์ ยะเกษม, 2556) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล ทั้งทางกาย จิตสังคม เศรษฐกิจ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหนึ่งคน ต้องการผู้ดูแลอย่างน้อยสองคน (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และสิรินทร ฉันศิริกาญจน์, 2550) ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดในบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากต้องลาออกจากงาน สูญเสียรายได้ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะเห็นได้ว่าสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่ลดลงตามอายุนั้นมีผลกระทบอย่างกว้างขวาง จึงมีความจำเป็นที่ต้องค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมอง เพื่อป้องกันการเกิดสภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันหรือเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การส่งเสริมสุขภาพ การขาดวิตามิน การขาดการออกกำลังกาย โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในหลอดเลือดสูง อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนฉับพลัน การสัมผัสสารพิษ ภาวะซึมเศร้า ระดับการศึกษาต่ำ เป็นต้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น วิธีการที่จะช่วยป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้นั้นคือ การส่งเสริมสุขภาพซึ่ง หมายถึงกิจกรรมต่างๆที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคลครอบครัว ชุมชนและสังคม เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี บุคคลมีความเป็นองค์รวมประกอบด้วยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial) อาศัยแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการมีภาวะสุขภาพที่ดี ตลอดจนความผาสุกของชีวิต (Pender et al., 1996, 2006) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จะให้เกิดภาวะของการมีสุขภาพดี ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและด้านสังคม

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสมองเสื่อมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม และใช้พยากรณ์ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การมีโรคทางสมองถ่ายทอดทางพันธุกรรม (พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, นุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์ และปัญจภรณ์ ยะเกษม, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปติกุลดัง (2556) ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลพิมพ์ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอายุ และอาชีพปัจจุบัน การมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญ

ประโยชน์ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์และการออกกำลังกาย ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว บทบาททางสังคม รายได้ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

รวีวรรณ เผ่ากัณหา, สุพดี กิตติวรเวช และสมจิตต์ ลุประสงค์ (2557) ได้ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับ 18.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 (r =0.28, p= 0.00) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพสมองโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.-24, p=0.01) และสถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

นิตยา จันทบุตร, รวีวรรณ เผ่ากัณหา และ ณัชชา ตระการจันทร์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (r=0.28, p=0.00) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบ ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r=0.33, p=0.00) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมองในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.25, p=0.01) ส่วนด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพสมอง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในประเด็นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม โดยผลการวิจัยนั้นจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเชิงรุกสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุและครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ให้ดำรงชีวิตได้อย่างยืนยาวและมีความผาสุก ตลอดจนป้องกันภาวะสมองเสื่อมในอนาคตต่อไป

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนในทุกๆ ด้าน ด้วยเหตุผลหลักที่ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถนำไปใช้ในกระบวนการพัฒนาได้ 2 ลักษณะ (Kahssay & Oakley, 1999) คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นวิถีทาง (participation as a means) คือ เป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือ เป็นการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชานมาใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (participation as an end) คือ เป็นกระบวนการให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสร้างให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

นอกจากนี้ Kahssay & Oakley (1999) สรุปการมีส่วนร่วมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมเป็นความร่วมมือ (Participation as collaboration) ลักษณะการมีส่วนร่วมในความหมายนี้เป็นการที่ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรม โดยความเต็มใจ ถูกชักชวน มีเป้าหมายหรือมีแรงจูงใจบางประการ โดยปกติกิจกรรมจะถูกกำหนดหรือได้รับการสนับสนุนจากคนภายนอกชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลหรือองค์กรภายนอก และส่วนมากกิจกรรมจะออกมาในรูปของโครงการ เป้าหมายที่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมก็เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จ ส่วนใหญ่จะเป็นการร่วมทำกิจกรรมเท่านั้น แต่ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนและการบริหารโครงการ

2) การมีส่วนร่วมโดยร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการ (Participation as specific targeting of project benefits) เป็นการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขกลุ่มบางกลุ่มที่ถูกกีดกันจากการได้รับผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มเกษตรรายย่อย กลุ่มคนไม่มีที่ทำกิน หรือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มเหล่านี้ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา

3) การมีส่วนร่วมเป็นการสร้างพลังอำนาจ (Participation as empowerment) เป็นการมีส่วนร่วมที่มีกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชน เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และมีแนวโน้มของการยอมรับเพิ่มมากขึ้นจากหลายสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของโครงการพัฒนาต่างๆได้ข้อสรุปว่า การพัฒนานั้นต้องถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจให้กับประชาชน ประชาชนมีอำนาจต่อรองในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรและควบคุมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ลักษณะของการมีส่วนร่วมตามกระบวนการพัฒนา ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 5 ขั้นตอน (Cohen & Uphoff, 1980 ; WHO/UNICEF, 1978) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและความต้องการ เป็นขั้นที่ประชาชนร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และกำหนดความต้องการของชุมชน รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันคิดและตัดสินใจวางแผนการแก้ปัญหา โดยกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา กำหนดกิจกรรมหรือโครงการ กำหนดทรัพยากรที่ต้องใช้ ทั้งด้านกำลังคน เงิน และวัสดุอุปกรณ์

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันดำเนินงานในโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ โดยร่วมเป็นผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประสานงาน ผู้บริหาร รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ประชาชนร่วมกันติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยการตรวจสอบความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน และพิจารณาผลงานที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

5. การมีส่วนร่วมในการรับและใช้ผลประโยชน์ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนได้รับและนำเอาผลจากการดำเนินงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน รวมทั้งร่วมบำรุงรักษาผลประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

1. สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พร้อมที่จะจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้หลากหลาย ครอบคลุม

3. สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ แล้วนำมาวางแผนแก้ปัญหานั้นๆ

4. สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยความร่วมมือของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. สามารถติดตามและประเมินผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

สรุปการมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเห็นถึงความสำคัญที่จะต้องร่วมมือกัน เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน วางแผนหาแนวทางแก้ไข ร่วมกำหนดแนวทางในการพัฒนาแนวทางการให้บริการ กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน เพื่อต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพที่ดีและเหมาะสม แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่เหมาะสมในการนำมาใช้พัฒนาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชนี สรรเสริญ และ คณะ (2548) ได้ศึกษารูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล ซึ่งประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 68 คน ผู้ป่วยเรื้อรัง 30 คน บุคลากรด้านสุขภาพ 70 คน นักวิชาการ/นักวิจัย 20 คน ตัวแทนองค์การส่วนท้องถิ่น/ชุมชน 20 คน กระบวนการวิจัยมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ จุดเด่น จุดด้อย และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 2) จัดเวทีระดมความคิดกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อหารูปแบบและแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 3) จัดเวทีสะท้อนคิดรูปแบบและแนวทางการดูแลญาติผู้ป่วยเรื้อรังโดยกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญ 4) จัดตั้งศูนย์ผู้ดูแลเพื่อเป็นศูนย์การประสานงานเครือข่ายญาติผู้ดูแล 5) จัดบริการให้การดูแล/ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในรูปแบบต่างๆ 6) สร้างเครือข่ายญาติผู้ดูแล สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก

การพัฒนารูปแบบการดูแลญาติผู้ดูแลคือ การสร้างพันธมิตรแบบหุ้นส่วนในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพและค้นหาศักยภาพของกลุ่ม 2) ระยะการริเริ่มจัดหากลุ่มหุ้นส่วน 3) ระยะการเป็นหุ้นส่วน สำหรับวิธีการที่ใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย 9 วิธี ได้แก่ 1) สร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC 2) การให้ข้อมูล และประสานการดูแล/การช่วยเหลือ 3) การให้ความรู้ และสอนทักษะปฏิบัติในการดูแลตนเองและผู้ป่วย 4) การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ และอารมณ์ 6) การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 7) การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย 8) การช่วยเหลือกันในกลุ่มเครือข่าย 9) การเสริมสร้างพลังอำนาจ

สุวิณี วิวัฒน์วานิช, กฤตยา อาชวนิจกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2546) ได้จัดโครงการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี : แนวทางการศึกษาร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ โดยการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลพื้นฐานการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 ทำการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–79 ปี จำนวน 951 คน ในเขตพื้นที่อำเภอท่ามะกา และสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตจังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 139 ชมรม ขั้นที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 แบบ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุหรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดกาญจนบุรี รวม 10 คน และการจัดสนทนากลุ่มผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 4

กลุ่ม รวมจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 43 คน ระยะที่ 2 เป็นระยะของการสร้างเครือข่ายประชาคมผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การทำประชาคมและสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ โดยเชิญตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุกาญจนบุรีและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้งสิ้น 178 คน (ผู้สูงอายุ 76 คน เจ้าหน้าที่ 102 คน) จากชมรมผู้สูงอายุ 70 ชมรม จากทั้งสิ้น 13 อำเภอ เข้ารับฟังการนำเสนอข้อค้นพบจากการสำรวจของผู้สูงอายุ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี พร้อมข้อมูลเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดกาญจนบุรี สร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยแบ่งกลุ่มย่อย และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครือข่าย ขั้นที่ 2 การจัดหาผู้ประสานงานการดำเนินการและการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนการดำเนินการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ขั้นที่ 3 การจัดเตรียมการและการสนับสนุน โดยทีมวิจัยหาข้อมูลชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานีเป็นสถานที่ศึกษาดูงาน ขั้นที่ 4 การศึกษาดูงาน โดยตัวแทนผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี 11 ชมรม จำนวน 20 คน ศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี ขั้นที่ 5 การติดตามการดำเนินงานภายหลังศึกษาดูงาน ทีมวิจัยติดตามการดำเนินการโดยประชุมติดตามผลโดยให้ชมรมผู้สูงอายุรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการหลังการศึกษาดูงาน

สมจิตต์ ลุประสงค์ และ สุรีย์ ธรรมิกบวร (2556) ได้ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้หญิงที่สามีดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่สามีดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 500 คน เป็นผู้สูงอายุ 27 คน (5.4%) ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ Multistage cluster sampling เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ของกรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2555 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงที่สามีดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 64.8 % มีอาการของโรคซึมเศร้า 30.2 % โดยแยกเป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) 29.6 % โรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) 0.4 % และโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) 0.2 %

รวีวรรณ เผ่ากัณหา และสาวิตรี สิงหาด (2556) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 220 คน ที่ได้มาด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ WHO แบบวัดความซึมเศร้าไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือการออกกำลังกาย และภาวะซึมเศร้า

วัทนี จันทร์โอกุล (2550) ได้ศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในสังคมยุคแห่งการเรียนรู้ พบว่าความต้องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลสุขภาพ ธรรมะในศาสนาที่นับถือ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

ภิรมย์ เจริญผล (2553) ได้ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย และอยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข ตามลำดับ และสภาพปัญหา 4 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุมีอาการของโรคต่างๆ

ที่พบในวัยของผู้สูงอายุ 2) ด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเรื่องความเจ็บป่วยและมีอาการซึมเศร้า 3) ด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันให้เป็นสุขและ 4) ด้านเศรษฐกิจและรายได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเพราะได้รับบริการต่างๆจากสถานสงเคราะห์ ส่วนผลการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิต พบว่า 1) ปัญหาด้านร่างกาย ผู้สูงอายุยอมรับสภาพความจริงของสังขาร มีความเชื่อในกฎแห่งกรรม จึงปลงตกและปล่อยวาง 2) ปัญหาด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติโดยใช้หลักธรรม การบำเพ็ญทาน การรักษาศีล และการเจริญภาวนา 3) ปัญหาด้านสังคมในการอยู่ร่วมกัน พบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติโดยใช้หลักธรรม การคบหากัลยาณมิตร มีเมตตากรุณาต่อกัน มีความอดทน อดกลั้น และระงับความโกรธ และ 4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ พบว่าผู้สูงอายุดำเนินชีวิตด้วยความไม่ประมาท ละเลิกอบายมุข และรู้จักประมาณตน

Walker Sechrist and Pender (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์และแบบแผนของวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุ เปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน จำนวน 452 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคน และวัยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและองค์ประกอบย่อยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการจัดการกับความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มวัยสูงอายุทำได้ดีกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยสูงอายุได้ร้อยละ 13.40

ส่วนเรื่องภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบทั้งผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตและผู้สูงอายุไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต และมีแนวทางในการดูแลแตกต่างกัน การศึกษาของ Kamble และคณะ (2012) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตถึงร้อยละ 41.3 จากการศึกษาของ วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตคือมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 นอกจากนี้ ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2553) พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ คือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะ ทุพลภาพหรือพิการ เกิดภาวะพึ่งพา นำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว ดังนั้นการช่วยเหลือหากสำรวจพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ควรให้ความสำคัญและให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยให้ได้รับการคัดกรอง การช่วยเหลือ การรักษา ค้นหาสาเหตุปัญหา และหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือขยายผลมากขึ้น

การศึกษาของ พิริยา สุทธิเลิศ (2551) ได้เสนอรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไว้ 7 วิธี ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มลดความว้าเหว่ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการลดภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลังลดความซึมเศร้า 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ 6) การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และ 7) การสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 7 วิธีนี้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกช่วงวัยที่มีสุขภาพและการรับรู้ดีหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งทำได้ทั้งในสถานที่พักคนชราหรือชุมชน

นอกจากนี้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการมีสัมพันธภาพร่วมกับกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมนันทนาการ ยังมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2556) และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดี สามารถดำรงตนอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุขนั้น ควรยึดหลัก 5 ประการ ตามปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุตามลำดับความสามารถร่วมทำนายความสุข ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม ตามลำดับ (ชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ, 2552; สุธรรม นันทมงคลชัย, 2553)

จิราพร เกศพิชญ์วัฒนา จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ที่แสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วยมิติต่างๆ 5 มิติ ได้แก่ 1) ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่นลูกหลาน การเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ 2) การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกสบายใจ มีความสุขในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวหรือลูกหลานตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ความสบายใจเกิดจากการมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประโยชน์แก่ลูกหลาน มิใช่พึ่งพาลูกหลานฝ่ายเดียว 3) ความสงบสุขและการยอมรับ (Calmness and Acceptance) เป็นการทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ ทำใจให้สงบ ไม่คิดมากหรืออารมณ์เสีย ไม่กลุ้มกับสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ 4) การเคารพนับถือ (Respect) คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกถึงการเคารพ ให้เกียรติ หรือให้คำแนะนำแก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟังหรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่น แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในชุมชนนั้นๆ และ 5) ความเบิกบาน (Enjoyment) ความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และสนุกสนานรื่นรมย์กับสิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไปวัดหรืออาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง หรือเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆน้อยๆที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ การออกกำลังกาย และภาวะซึมเศร้า ส่วนความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองในสังคมยุคแห่งการเรียนรู้ พบว่าความต้องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ การดูแลสุขภาพ ธรรมะในศาสนาที่นับถือ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ด้านปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบร้อยละ 41-72 ส่วนหนึ่งมีอาการของโรคซึมเศร้า มีความวิตกกังวลเพราะส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ คือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพลภาพหรือพิการ เกิดภาวะพึ่งพา นำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ มีหลายวิธี ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มลดความว้าเหว่ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการ ลด

ภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลัง ลดความซึมเศร้า 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ 6) การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และ 7) การสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการมีสัมพันธภาพร่วมกับกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมนันทนาการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข ควรยึดหลัก 5 ประการ ตามปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม ตลอดจนพบว่ามีข้อสรุปแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยที่แสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง การพึ่งพาอาศัยกันและกัน ความสงบสุขและการยอมรับ การเคารพนับถือ และความเบิกบาน ซึ่งจะเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป