

ภาวะพุทธิปัญญาการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุ
COGNITIVE STATUS, COGNITIVE THINKING
AND MEMORY OF THE ELDERLY

Received : October 28, 2018
Revised : November 26, 2018
Accepted : December 30, 2018

พันทิวา กฤษณาชาตรี
Pantiwa Kritsadachatri

บทคัดย่อ

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา และมีการคาดการณ์ว่าไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ มีปรากฏการณ์ที่ชัดเจนมากขึ้นว่าสังคมและหน่วยงาน ตลอดจนนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมการสำหรับสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบมากขึ้น โดยเฉพาะระบบบริการต่าง ๆ ในชุมชนซึ่งต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านการแพทย์ สังคม และการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และได้เสนอภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ กระบวนการการชราภาพของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ แต่ในทางการแพทย์พบว่าการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจจะช่วยชะลอกระบวนการชราภาพหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาคาใจทางจิตและพฤติกรรม การดูแลให้ผู้สูงอายุพักผ่อน ออกกำลังกาย มีนันทนาการ

คำสำคัญ: ภาวะพุทธิปัญญา, การรู้คิด, ความจำ

Abstract

Thai society stepped into the aging society since 2007 and is expected to be no more than 20 years old. The elderly will be a large population of the country. There is a more obvious phenomenon that society and agencies As well as the government policy to focus on the preparation for the elderly society more fully In particular, identify services in the community that need to take care of the elderly in both medical Society and life Has studied and explained the condition of changing the elderly age that is affected by physical, mental, emotional and social changes And presented the problems of the elderly with the result of three major changes: 1) physical changes, including the aging process of all organs in the body 2) economic, social and cultural changes and 3) Emotional and psychological changes. However, even if unable to stop the deterioration of the organs in the body, but in the medical profession, it is found that The promotion of physical and mental health will help slow down the aging process or prevent psychological problems. Therefore, health care for the elderly should be prepared for the elderly to adapt to changes that are occurring. up Because elderly people with dementia have physical, mental and emotional changes in the way of deterioration Care is therefore a general health care. Providing a safe and secure environment Letting the elderly know about themselves and the surrounding things Solving mental and behavioral disorders Caring for the elderly to relax, exercise and have recreation

Keyword: Cognitive condition, cognition, memory

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้รัฐบาล ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การมีอายุสูงขึ้นของประชากร และกำลังเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในการวางแผนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่จะเหมาะสมกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุนั้น และส่งผลให้ภาคส่วนราชการต่าง ๆ ได้ตระหนัก และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เริ่มจากการกำหนดแนวทาง การพัฒนาไว้อย่างเป็นรูปธรรมในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา โดยในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8 ให้ความสำคัญกับการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู มุ่งเน้นในเรื่องการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ในรูปของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การ

รักษาพยาบาลและการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ ในช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 10 กำหนดแนวทางในการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสังคมต่าง ๆ อย่างทั่วถึงทั้งการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การเสริมสร้างสุขภาพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้หลากหลายวิธีอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการส่งเสริมการออมเพื่อสร้างหลักประกันที่มั่นคงในการดำรงชีวิตยามชราภาพ ด้วยการพัฒนากระบวนการออมในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับในช่วงแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพและคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและเป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยกำหนดแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมการสร้างรายได้ และการมีงานทำในผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ความจำ (memory) เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง รวมทั้งเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนั้นการเข้าใจเรื่องความจำสามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ผลกระทบต่อสมองเริ่มแรกของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะพบการสูญเสียความจำ (loss of memory) ร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมและพบความจำบกพร่องมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยทางด้านสังคมจากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัวไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม (Havighurst, 1971: 27) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา

แนวคิดผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือ 65 ปี (สุรชัย อยู่สาโก, 2550: 13) ลักษณะผู้สูงอายุคือเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มาก

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่าในช่วงอายุของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันตามสภาพร่างกายและจิตใจ จึงแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ ดังนี้

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (พัชรี เขียวสะอาด, 2550 :9) คือ

- 1) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกาย และจิตสังคมค่อนข้างดี

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ มีความพิการ

การแบ่งวัยผู้สูงอายุควรแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลงความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชรา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนบทบาทและลักษณะนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้อยู่ในสังคมนั่นเอง จึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม (โสภณพรรณ รัตนัย, 2555 :8) ดังนี้

วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี

วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55-70 ปี

วัยสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 65-75 ปี

วัยสูงอายุยิ่ง บุคคลที่มีอายุ 71-80 ปี

การรับรู้เรื่องความสูงอายุหรือการเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงได้จำแนกความหมายของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย

1) อายุตามปีปฏิทิน หรืออายุตามวัยเป็นตัวชี้วัดอายุของบุคคล ซึ่งแสดงระยะเวลาจำนวนปีที่บุคคลนั้นมีชีวิตมานับตั้งแต่เกิด เนื่องจากอายุตามปีปฏิทินแสดงเป็นตัวเลขที่เฉพาะเจาะจงสามารถนำมาแสดงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน ทำให้ถูกใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุและการสูงอายุของบุคคลที่แพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุอื่น ๆ

2) อายุทางชีววิทยา บางครั้งเรียกว่าอายุเชิงฟังก์ชัน (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) ของบุคคลนั้นซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นของช่วงชีวิตคน ในแต่ละช่วงวัยเป็นกระบวนการจัดการทางสังคมที่บ่งบอกถึงจุดเปลี่ยนของการดำรงชีวิตว่าเป็นการก้าวเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิตที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตปกติมีนัยความหมายแห่งการพักผ่อนหรือการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ชอบ เช่นการเปลี่ยนแปลงสถานะความสัมพันธ์ในครอบครัวจากความเป็นพ่อเป็นแม่ก้าวเข้าสู่สถานะใหม่เป็นปู่ย่าตายาย

4) **อายุทางอัตวิสัย** ในที่นี้อาจเป็นได้ทั้งอัตวิสัยในระดับบุคคลซึ่ง หมายถึงอายุที่วัดประเมินหรือบ่งชี้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ๆ หรืออัตวิสัยในระดับชุมชนซึ่ง หมายถึงการสูงอายุของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยการรับรู้ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชน หรือสังคมนั้น ๆ ที่บุคคลอาศัยอยู่

5) **ภาวะการณ์สูงอายุในมิติอื่น ๆ** เป็นการพิจารณาจากมุมมองอื่น ๆ ที่แต่ละคนแต่ละสังคมให้ความสนใจ เช่นการเสนอให้ใช้เกณฑ์จำนวนปีที่คาดว่าจะบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (Remaining life expectancy) เป็นเกณฑ์กำหนดอายุเริ่มต้นของความสูงอายุแทนที่ใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีอยู่มาแล้วซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันการใช่มุมมองเชิงนโยบายด้านสิทธิและสวัสดิการอาจพิจารณาจากระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) ระดับความยากลำบาก (Hardship) และความต้องการความช่วยเหลือหรือความคุ้มครองทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ร่วมกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทินหรือตามสภาพร่างกายหรือลักษณะภายนอก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556: 96-97)

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะชนิดที่เป็นโรคสมองขาดเลือดซึ่งสูงถึงร้อยละ 80-85 จึงอาจทำให้ความชุกของการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นตามมา แต่เมื่อพิจารณาถึงรายงานความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองขาดเลือดนั้น พบว่ายังมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทั้งด้วยสาเหตุจากลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน วิธีการประเมินที่มีความหลากหลายขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการวิเคราะห์ นอกจากนี้แล้วข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในประเทศไทย โดยเฉพาะภายหลังการเกิดโรคสมองขาดเลือดและผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วยังมีอยู่จำกัด

ปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุคือความจำไม่ดีหรือมีความเสื่อมของภาวะพุทธิปัญญา (Cognitive function) ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่า ภาวะความจำไม่ดีหรือความผิดปกติทางพุทธิปัญญาเป็นลักษณะปกติสำหรับบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จากทัศนคติดังกล่าวทำให้เกิดความล่าช้าในการมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะความผิดปกติทางพุทธิปัญญาที่เกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น ภาวะความบกพร่องทางพุทธิปัญญาระดับต้น (Mild cognitive impairment: MCI) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ หรือหลอดเลือด และภาวะซึมเศร้า

ความเสี่ยงในการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจะเพิ่มขึ้นได้น้อย 5-8 เท่าในผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองขาดเลือด (Merino, 2002 : 2261-2262) ซึ่งความรุนแรงที่พบอาจมีได้ตั้งแต่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยไปจนถึงภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยอาจต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ป่วยอาจต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงพิการ หรือเสียชีวิตได้เพิ่มมากขึ้น (Delavaran et al., 2016 : 108) การที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล สังคม รวมถึงระบบสุขภาพด้วย

(Kalaria et al., 2016 : 915-925) การรับรู้ถึงความชุกที่เกิดจากการใช้แบบประเมินที่มีความไวเหมาะสม และสะดวก จะช่วยให้สามารถประเมินการเกิดปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทราบถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่การให้กิจกรรมการดูแลรักษาเพื่อชะลอความรุนแรงของการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง หรืออาจนำไปสู่การฟื้นฟูภาวะพุทธิปัญญาตามมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยโรคอัลไซเมอร์มีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น การตรวจประเมินที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเพื่อวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญประกอบด้วย การประเมินอาการทางคลินิก (Clinical signs and symptoms) การประเมินทางจิตประสาท (Neuropsychiatric test) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Debette S, Seshadri S, Beiser A, et al., 2011 : 461-8)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความเสื่อมของภาวะพุทธิปัญญา ได้แก่ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะผิดปกติของหลอดเลือดสมองและหัวใจ เช่นภาวะน้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะดื้อต่ออินซูลิน ภาวะไขมันในเลือดสูง (Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O'Kearney R, et al., 2007 : 367-78)

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง

เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และประมาณปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุมีร้อยละ 20 หลังจากนั้นประมาณปี พ.ศ. 2578 จะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มูลนิธิสถาบันสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2556)

ความจำ (memory) เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง รวมทั้งเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนั้นการเข้าใจเรื่องความจำสามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ผลกระทบต่อสมองเริ่มแรกของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะพบการสูญเสียความจำ (loss of memory) ร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมและพบความจำบกพร่องมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัวไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม (Havighurst, 1971) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา

ลักษณะพฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่องด้านความจำร่วมกับพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง ผู้สูงอายุมักมีลักษณะพฤติกรรมนี้คำพูดไม่ได้ พูดจาวกวน คลุมเคลือ และขาดการใส่ใจในการสนทนา มีปัญหาด้านการจัดการทางการเงิน และไม่สามารถทำกิจกรรมที่มีความสลับซับซ้อนหรือมีหลายขั้นตอนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลงลืม จนเริ่มรบกวนต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีระยะเวลาในการดำเนินเข้าสู่การรู้คิดบกพร่องสั้นยาวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภูมิหลังร่วมด้วย ถ้าสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและถูกวิธีจะช่วยชะลอหรือลดโอกาสการเข้าสู่การรู้คิดบกพร่องได้ช้า ในทางตรงกันข้าม หากขาดการเฝ้าระวังในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีแล้ว ย่อมมีโอกาสพัฒนาเข้าสู่การเป็นการรู้คิดบกพร่องได้อย่างรวดเร็ว

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการของภาวะถดถอยของสมองที่มีความบกพร่องของความคิดและการรับรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องของความจำระยะสั้นร่วมกับความบกพร่องของการทำงานของสมองต่าง ๆ เช่น ขาดสมาธิและความสนใจ ความบกพร่องด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การใช้ภาษาบกพร่องและความบกพร่องด้านการจัดการสิ่งต่าง ๆ เช่น การนับทอนเงิน เป็นต้น โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุจากภาวะพ้อหรือโรคทางจิตเวช อย่างเช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น และอาการเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) อาการและอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แก่อาการด้านการรับรู้ (cognitive symptoms) เช่น จำเรื่องราวที่สนทนาไม่ได้ จดจำสิ่งที่กระทำในระยะสั้นไม่ได้ มักถามซ้ำไปซ้ำมา หรือไม่สามารถวางแผนและจัดการสิ่งที่ได้รับมอบหมายได้ อาการด้านร่างกาย มักมีความผิดปกติการพูด หรือการออกเสียงเช่น พูดไม่ชัด สื่อสารไม่เป็นประโยค เป็นต้น และมีความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยินบกพร่อง การมองเห็นไม่ดี ตาพร่ามัว การได้รับกลิ่นผิดปกติ เป็นต้น และอาจจะมีอาการชาหรือแขนขาอ่อนแรง หรือ อาการมือสั่น เป็นต้น ส่วนอาการด้านอารมณ์มักพบอาการว่าผู้สูงอายุขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไร้อารมณ์ นอนหรือพักผ่อน น้อย อ่อนเพลียหรืออาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้าอารมณ์หงุดหงิดง่ายซึ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุและการดำเนินโรค เป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด ผู้สูงอายุมักถูกนำส่งโรงพยาบาลหรือมาพบแพทย์ด้วยอาการที่ผิดปกติ อย่างเช่น อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิดง่าย ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง รับประทานอาหารได้น้อย นอนหลับไม่นอน ซึ่งมักเป็นอาการที่รุนแรงและต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้านการรู้คิดและสติปัญญา โดยมีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น และมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ และอารมณ์ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความบกพร่องทางด้านการรับรู้ ทักษะการใช้ภาษา ทักษะการคิด และการตัดสินใจ แต่ไม่มีการสูญเสียระดับความรู้สึกตัว อาการของภาวะสมองเสื่อมจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นระยะ ๆ จากระยะเริ่มแรกที่มีอาการเล็กน้อย เป็นระยะกลางที่มีอาการระดับปานกลาง และต่อมาเป็นระยะสุดท้ายซึ่งมีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมาก ในผู้สูงอายุไทย สามารถประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Index) และแบบทดสอบ

สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination – Thai) การศึกษาวิจัยในระยะหลังได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและพบว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation therapy; CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการรู้คิด (cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกันสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ควรมีการประยุกต์หลักการของการบำบัดเหล่านี้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวชุมชน องค์การต่าง ๆ และสถานบริการสุขภาพ และควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่างกัน รวมถึงโปรแกรมสำหรับป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง(รัชนิ นามจันทร์, 2553: 137)

การรู้คิดบกพร่อง (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นความบกพร่องของบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม (Petersen et al., 2001: 1133-1142) ที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลกทั้งชายและหญิง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการดูแลอย่างถูกต้องยังช่วยลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างมากและเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของครอบครัวจะช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งการดูแลด้วยความรักและความเข้าใจของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและชะลอภาวะทุพพลภาพ

การปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง

ทางการแพทย์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ สูง ทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ความเหนื่อยมีน้อยลง แรงกล้ามเนื้อมากขึ้น มีความอดทนมากขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันเลือดสูง โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ เป็นต้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ “ความชรา” เนื่องจากความชรา ไม่ได้ตัดสินด้วยอายุอย่างเดียว แต่ต้องมีองค์ประกอบอีก 3 อย่างคือ

1. รูปร่าง ลักษณะ
2. จิตใจ
3. สมรรถภาพทางกาย

วิธีการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกายนอกจากการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายแล้ว การชักชวนให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกลุ่มกับผู้สูงอายุอื่น ๆ หรือการที่ลูกหลานออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุก็เป็นการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุได้ หรือแม้แต่การชักชวนให้ผู้สูงอายุเล่นกีฬาที่ถนัด ออกกำลังกายที่สนุก ไม่น่าเบื่อ

ในเชิงจิตวิทยาสภาวะที่ไม่ต้องทำงาน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กลายเป็นคนที่ต้องอาศัยผู้อื่นมากขึ้น โดยปกติกลไกการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่ไม่ต้องทำงานและมีรายได้ลดลงของผู้สูงอายุในสังคมไทยก็คือ การประหยัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ โดยจะคำนึงถึงประโยชน์ของการใช้จ่ายให้สอยมากขึ้น ลดความฟุ้งเฟ้อที่ไม่จำเป็นลง นอกจากนี้ ในวัยสูงอายุสามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าขณะอายุน้อย ทำให้นิยามของการทำงานในวัยนี้ออกมาในรูปของการทำงานเพื่อก่อประโยชน์ต่อส่วนรวมมากกว่าตนเอง อย่างไรก็ตาม สภาวะเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้สูงอายุในแต่ละรายในการเผชิญกับปัญหา ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของตนเอง (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542: 32)

ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบด้านจิตใจระดับต่าง ๆ กันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถคุมจิตใจได้ดีกว่า จึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็ นรากฐานของการแสดงออกของบุคคล แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษา ประสบการณ์ สภาพสังคมในวัยเด็ก อย่างไรก็ตามก็ตีพิมพ์บ่อย ๆ ว่าผู้สูงอายุจะมีความเครียดเนื่องจากโรคทางกายแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การสูญเสียอาชีพการงาน มีการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก และความเหงาโดดเดี่ยวเนื่องจากการขาดคนดูแล

วิธีการที่คนรอบข้างโดยเฉพาะบุตรหลานจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาวะดังกล่าวได้ดี คือการให้เกียรติผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การปรึกษาหารือกับผู้สูงอายุเมื่อต้องการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ในบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และสร้างความรับรู้เกี่ยวกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเพื่อให้ยังมีสังคม ลดความเครียด ไม่สบายใจ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกที่ชอบ ทั้งที่อาจได้ค่าตอบแทนหรือไม่ได้เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและปรับความสมดุลให้กับชีวิต ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้กับประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกคิดแก้ปัญหา ฝึกทักษะทางสังคม มองโลกกว้างขึ้น และฝึกการคิดเชิงบวก เพื่อมองโลกในแง่ดี เข้าใจตนเองมากขึ้น เห็นอกเห็นใจผู้อื่นและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

การสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุ ลูกหลาน ญาติพี่น้องและผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเพื่อให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว ด้วยการเอาใจใส่ผู้สูงอายุด้วยความรัก การเอื้อเฟื้อผู้สูงอายุบ่อย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ว้าเหว่ ช่วยกันสร้างบรรยากาศในการที่จะทำให้เกิดอารมณ์ขันในผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียด สร้างสุข และการทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเพื่อบริหารจิต ผิ กสติ และสมาธิ ทำยที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบัน เข้าใจความเป็นไปต่าง ๆ ภายใต้อา สภาวะที่เป็นจริงได้

ความสุขของผู้สูงอายุ

คำว่า “ความสุข” ในความหมายของผู้สูงอายุย่อมแตกต่างจากความสุขในความหมายของบุคคลวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เป็นเพราะความต้องการของคนแต่ละวัยมีจุดสนใจหรือมุ่งเน้นแตกต่างกัน การได้รับการตอบสนองความต้องการนำมาซึ่งความสุข ความต้องการของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่สภาพ ถ้าหากผู้สูงอายุไม่มีรายได้อื่นใด แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงของสังคมก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุหรือการประกันผู้สูงอายุเพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชรา

2) ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น อาจจะอยู่ในบ้านของตัวเองหรืออยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

3) ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุมักจะมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่าคนหนุ่มสาวจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวและลูกหลานจะต้องให้การเอาใจใส่ซึ่งในหลายประเทศก็มีการบริการด้านนี้อย่างจริงจัง โดยรัฐบาลให้บริการทางด้านประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่นอเมริกาและทางยุโรป เป็นต้น

4) ความต้องการทางด้านการงาน การมีงานทำมีความหมายแก่ผู้สูงอายุมาก เป็นที่มาของรายได้และเป็นการใช้เวลาให้หมดไป ใช้แรงงานให้เกิดประโยชน์ เป็นการป้องกันความเบื่อหน่าย มีเพื่อนที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้คนอื่นยอมรับหรือเคารพนับถือ เพราะผู้สูงอายุบางคนทำงานไม่ใช่หวังเงิน แต่ทำเพื่อฆ่าเวลา เพื่อความภาคภูมิใจมากกว่า

5) ความต้องการความรักความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมาก เพราะเป็นวัยที่เรียกว่าไม้ใกล้ฝั่ง ความตายอยู่ใกล้เข้ามาทุกที จึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีบุคคลหรือองค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลืออนุเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในด้านอื่นๆแล้วก็ตาม ผู้สูงอายุก็ยังต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความยกย่องนับถือจากลูกหลาน เป็นวัยที่อยากจะมีความรักและอยากจะถูกรัก เช่น อยากให้ลูกหลานหรือญาติพี่น้องนึกถึงตนและเอาใจใส่ตนบ้าง เช่นมาพูดคุยทำอาหารให้รับประทาน

ความสุขในทางจิตวิทยาถือว่า ความสุขเป็นความรู้สึกร่วมทางอารมณ์ ที่แต่ละบุคคลตัดสินว่ามีความสุขมากหรือน้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และทัศนคติที่มีต่อการดำเนินชีวิต หลักการ วิธีคิด ประสบการณ์ชีวิตอาจมีทั้งที่ก่อให้เกิดความสุข และความทุกข์ และระดับของความสุข กับความทุกข์ขึ้นอยู่กับเราจะจดจำประสบการณ์ชีวิตนั้นได้มากหรือน้อย

ความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเมื่อได้รับการตอบสนองครบในทุกด้านชีวิตก็จะมีความสุข แต่อย่างไรก็ตาม เป้าหมายในการดำรงชีวิตของมนุษย์โดยเฉพาะในวัยชราที่มีความปรารถนาให้ตนพ้นจากความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจนั้น ในความเป็นจริงยิ่งอายุมากขึ้นความทุกข์ต่างๆก็เพิ่มขึ้นด้วยเพราะความทรุดโทรมของร่างกาย การป่วยกายโดยไม่ป่วยใจย่อมเป็นเป้าหมายในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ไม่ว่ายุคสมัยใดทุกคนล้วนปรารถนาแสวงหาความสุขด้วยกันทั้งนั้น สังคมสมัยใหม่เต็มไปด้วยวัฒนธรรมบริโภคนิยมมักให้ความสำคัญของการแสวงหาความสุขทางเนื้อหนังหรือการได้บำรุ่ง

บำเรอประสาทสัมผัสต่างๆ คนสมัยใหม่จึงพยายามดิ้นรนแสวงหาเงินทองเพื่อนำมาซื้อหาความสุข สะดวกสบาย แต่เรากลับพบว่ายิ่งแสวงหา ไขว่คว้ามากเท่าไร ก็ดูเหมือนว่าจะไม่ได้รับ เขาต้องดิ้นรนแสวงหาโดยไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อเป็นเช่นนี้ มีคำถามต่อมาอีกคือ อะไรเป็นความสุขที่แท้จริงของชีวิต เพราะความสุขทั้งหลายหลายรูปแบบกำลังโหมกระหน่ำเข้ามาในชีวิตมนุษย์อยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน สิ่งที่มีมนุษย์แสวงหาครอบครองและบริโภคเพราะคิดว่า เป็นความสุขกลับไม่ใช่ความสุข มนุษย์จึงแสวงหาความสุขอย่างไม่เข้าใจว่า อะไรคือความสุขที่แท้จริงและมีความสุขอย่างไม่จบสิ้น

บทสรุป

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา และมีการคาดการณ์ว่าไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ มีปรากฏการณ์ที่ชัดเจนมากขึ้นว่าสังคมและหน่วยงาน ตลอดจนนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมการสำหรับสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบมากขึ้น โดยเฉพาะระบบบริการต่าง ๆ ในชุมชนซึ่งต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านการแพทย์ สังคม และการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และได้เสนอภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ กระบวนการการชราภาพของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ แต่ในทางการแพทย์พบว่าการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจจะช่วยชะลอกระบวนการชราภาพหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การดูแลให้ผู้สูงอายุพักผ่อน ออกกำลังกาย มีนันทนาการ

เอกสารอ้างอิง

- พัชรี เขียวสะอาด. (2550). ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี. *ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต*. สาขาวิชาการบริหารงานท้องถิ่น. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพรัตน์ พุกษาคติคุณากร.(2542). *จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน*. เชียงใหม่ : นันทพันธ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2556). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- รัชนี นามจันทร์. (2553). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสาร มจร. วิชาการ*. ปีที่ 14 ฉบับที่ 27 กรกฎาคม – ธันวาคม.
- สุรัชย์ อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่นอำเภอกาบัง จังหวัดกาญจนบุรี. *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- โสภภาพรณ รัตน์ย. (2555). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: แสงดาว.
- Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O'Kearney R, et al. (2007). *Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies*. Am J Epidemiol.
- Delavaran, H. Jonsson, A. C., Lovkvist, H., Iwarsson, S., Elmstahl, S., Norrving, B., & Lindgren, A.. (2016). *Cognitive function in stroke survivors: A 10-year follow-up study*. Acta neurologica Scandinavica.
- Debette S, Seshadri S. Beiser A, et al..(2011). *Midlife vascular risk factor exposure accelerates structural brain aging and cognitive decline*. Neurology.
- Havighurst, R. J. (1971). *Developmental tasks and education*. 3 rd Ed. New York: Longman.
- Kalaria, R. N., Akinyemi, R. & Ihara, M., Stroke injury. (2016). *cognitive impairment and vascular dementia*. Biochimica et biophysica acta.
- Merino, J. G. (2002). *Dementia after stroke: high incidence and intriguing associations*. Stroke.
- Petersen, R. C., Stevens, J. C. Ganguli, M., Tangalos, E. G. Cummings, J. L., & DeKosky, S.T.(2001). *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review)*. Neurology.