

ภาวะพุทธิปัญญาการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุ

COGNITIVE STATUS, COGNITIVE THINKING AND MEMORY OF THE ELDERLY

Received : October 28, 2018

Revised : November 26, 2018

Accepted : December 30, 2018

พันทิวา กฤษณาตรี

Pantiwa Krtsadachatri

บทคัดย่อ

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา และมีการคาดการณ์ว่าไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย มีปริมาณการณ์ที่ดีเจนมากขึ้นกว่าสังคม และหน่วยงาน ตลอดจนนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมการสำหรับสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบมากขึ้น โดยเฉพาะระบุบริการต่าง ๆ ในชุมชนซึ่งต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านการแพทย์ สังคม และการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และได้เสนอภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ กระบวนการการซราภาพของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ แต่ในทางการแพทย์พบว่าการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ จะช่วยลดผลกระทบจากการซราภาพหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม 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 ได้ตระหนักรถึง สถานการณ์การมีอายุสูงขึ้นของประชากร และกำลังเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในการ วางแผนนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่จะเหมาะสมกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสังคม ผู้สูงอายุนั้น และส่งผลให้ภาคส่วนราชการต่าง ๆ ได้ตระหนัก และให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม เพื่อรับกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เริ่มจากมีการกำหนดแนวทาง การพัฒนาไว้อย่างเป็นรูปธรรมในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู มุ่งเน้นในเรื่องการจัดสวัสดิการสังเคราะห์ในรูปของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การ

รักษาพยาบาลและการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 กำหนดแนวทางในการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง บริการสังคมต่างๆ อย่างทั่วถึงทั้งการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การเสริมสร้างสุขภาพ และ การเรียนรู้ตลอดชีวิตได้หลากหลายวิธีอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการส่งเสริมการออมเพื่อสร้างหลักประกันที่ มั่นคงในการดำรงชีวิตยามชราภาพ ด้วยการพัฒนาระบบการออมในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น สำหรับ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทาง เศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพและคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและเป็นพลังในการ พัฒนาสังคม โดยกำหนดแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมการสร้างรายได้ และการมีงานทำในผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ มาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ ตลอดจนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องการ จัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ความจำ (memory) เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากช่วยบ่งบอกถึง ประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง รวมทั้งเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ ดังนั้นการ เข้าใจเรื่องความจำสามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ผลกระทบต่อสมอง เริ่มแรกของผู้สูงอายุที่มีการรู้สึกบกพร่องจะพบการสูญเสียความจำ (loss of memory) ร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมและพบความจำบกพร่องมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสีย ความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มี อายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุก อายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยทางด้านสังคมจากการศึกษาพบว่า ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัวไม่ ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม (Havighurst, 1971: 27) ส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมอง เสื่อมตามมา

แนวคิดผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือ 65 ปี (สรุชัย อยุสสาก, 2550: 13) ลักษณะผู้สูงอายุคือเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยวัยนี้จะมี การเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลกระทบต่อ อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหา ทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มาก

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้รายละเอียดเพิ่มเติมว่าในช่วงอายุของผู้สูงอายุนั้น มีความ แตกต่างกันตามสภาพร่างกายและจิตใจ จึงแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ ดังนี้

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

1) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี มีสุขภาพกาย และจิตสังคมค่อนข้างดี

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม
 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยประจักษ์ชัดเจน

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมีได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อดีดีอย่างไร ไม่เหมาะสมนักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- 2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

การแบ่งวัยผู้สูงอายุควรแบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในลักษณะเสื่อมถอยการเจริญเติบโตของร่างกาย และความต้านทานโรคน้อยลงความสามารถด้านการปรับตัวและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีความสามารถที่แตกต่างกันออกไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะและปัจจัยที่ทำให้เกิดความชา รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะปัญหาส่วนตัว ทางด้านร่างกายความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนบทบาทและลักษณะนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้อธิบายในสังคมนั้นเอง จึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม (สิภาพรรณ รัตนัย, 2555 :8) ดังนี้

| | | |
|------------------------|----------------|----------|
| วัยริมต้นของการสูงอายุ | บุคคลที่มีอายุ | 51-65 ปี |
| วัยเกี้ยวน | บุคคลที่มีอายุ | 55-70 ปี |
| วัยสูงอายุ | บุคคลที่มีอายุ | 65-75 ปี |
| วัยสูงอายุยิ่ง | บุคคลที่มีอายุ | 71-80 ปี |

การรับรู้เรื่องความสูงอายุหรือการเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงได้จำแนกความหมายของผู้สูงอายุได้เป็น 5 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ อายุตามปีปฏิทินหรืออายุตามวัย

1) **อายุตามปีปฏิทิน** หรืออายุตามวัยเป็นตัวชี้วัดอายุของบุคคล ซึ่งแสดงระยะเวลาจำนวนปีที่บุคคลนั้นมีชีวิตมาบ้างตั้งแต่เกิด เนื่องจากอายุตามปีปฏิทินแสดงเป็นตัวเลขที่เฉพาะเจาะจงสามารถนำมาแสดงเปรียบเทียบระหว่างบุคคลได้ชัดเจน ทำให้ถูกใช้เป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุและการสูงอายุของบุคคลที่แพร่หลาย และเป็นที่ยอมรับมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุอื่น ๆ

2) **อายุทางชีวิตพยาบาล** บางครั้งเรียกว่า อายุเชิงฟังก์ชัน (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 หมายถึงอายุที่วัดประเมินหรือปั่งขึ้นจากการณ์ส่วนบุคคลของบุคคลนั้น ๆ หรืออัตวิสัยในระดับชุมชนซึ่ง หมายถึง การสูงอายุของบุคคล ซึ่งตัดสินโดยการรับรู้ค่านิยมและบรรทัดฐานของชุมชน หรือสังคมนั้น ๆ ที่บุคคลอาศัยอยู่

5) ภาระณ์สูงอายุในมิติอื่น ๆ เป็นการพิจารณาจากมุมมองอื่น ๆ ที่แต่ละคนแต่ละสังคมให้ความสนใจ เช่นการเสนอให้ใช้เกณฑ์จำนวนปีที่คาดว่าบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า (Remaining life expectancy) เป็นเกณฑ์กำหนดอายุเริ่มต้นของความสูงอายุแทนที่การใช้จำนวนปีปฏิทินที่บุคคลมีอยู่มาแล้วซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันการใช้มุมมองเชิงนโยบายด้านสิทธิและสวัสดิการอาจพิจารณาจากระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) ระดับความยากลำบาก (Hardship) และความต้องการความช่วยเหลือหรือความคุ้มครองทางสังคมของบุคคลนั้น ๆ ร่วมกับการพิจารณาการสูงอายุตามปีปฏิทินหรือตามสภาพร่างกายหรือลักษณะภายนอก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556: 96-97)

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะชนิดที่เป็นโรคสมองขาดเลือดซึ่งสูงถึงร้อยละ 80-85 จึงอาจทำให้ความชุกของการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองขาดเลือดนั้น พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ทั้งด้วยสาเหตุจากลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน วิธีการประเมินที่มีความหลากหลายขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการวิเคราะห์ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในประเทศไทย โดยเฉพาะภายหลังการเกิดโรคสมองขาดเลือดและผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วยังมีอยู่จำกัด

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

ความเสี่ยงในการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจะเพิ่มขึ้นได้อย่างน้อย 5-8 เท่าในผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคสมองขาดเลือด (Merino, 2002 : 2261-2262) ซึ่งความรุนแรงที่พบอาจมีได้ตั้งแต่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยไปจนถึงภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยอาจต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นนอกจากนั้นยังส่งผลให้ผู้ป่วยอาจต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิการ หรือเสียชีวิตได้เพิ่มมากขึ้น (Delavaran et al., 2016 : 108) การที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล สังคม รวมถึงระบบสุขภาพด้วย

(Kalaria et al., 2016 : 915-925) การรับรู้ถึงความชุกที่เกิดจากการใช้แบบประเมินที่มีความไว เหมาะสม และสะดวก จะช่วยให้สามารถประเมินการเกิดปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทราบถึงลักษณะ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจจะนำไปสู่การให้กิจกรรมการดูแลรักษาเพื่อช่วยลดความรุนแรงของการ เกิดภาวะพุธิปัญญาบกพร่อง หรืออาจนำไปสู่การพื้นฟูภาวะพุธิปัญญาตามมา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของสมองด้าน การรู้คิดและสติปัญญา โดยโรคอัลไซเมอร์มีการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น การตรวจประเมินที่ ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเพื่อวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะสมองเสื่อมที่สำคัญ ประกอบด้วย การประเมินอาการทางคลินิก (Clinical signs and symptoms) การประเมินทางจิต ประสาท (Neuropsychiatric test) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Debette S, Seshadri S, Beiser A, et al., 2011 : 461-8)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความเสื่อมของภาวะพุธิปัญญา ได้แก่ปัจจัยทางด้าน พันธุกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะผิดปกติของหลอดเลือดสมองและหัวใจ เช่นภาวะน้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เปาหวานและภาวะดื้อต่ออินสูลิน 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 และประมาณ ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อ ประชากรสูงอายุมีร้อยละ 20 หลังจากนั้นประมาณปี พ.ศ. 2578 จะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มูลนิธิสถาบันสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2556)

ความจำ (memory) เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากช่วย บ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง รวมทั้งเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนั้นการเข้าใจเรื่องความจำสามารถช่วยให้เข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ผลกระทบต่อ สมองเริ่มแรกของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะพบการสูญเสียความจำ (loss of memory) ร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมและพบความจำบกพร่องมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัย ด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมอง โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและปริมาณของเนื้อ สมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือแยกตัว ไม่ค่อยเข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกผลัดบทบาททางสังคม (Havighurst, 1971) ส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของสมองเพิ่มขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (frontotemporal) ประกอบกับผู้สูงอายุใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมอง เสื่อมตามมา

ลักษณะพฤติกรรมที่เกิดจากความบกพร่องด้านความจำร่วมกับพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง ผู้สูงอายุมักมีลักษณะพฤติกรรมนิ่งคำพูดไม่ได้ พูดจา混混 คลุ่มเคลือ และขาดการใส่ใจในการสนใจ ไม่ปัญหาด้านการจัดการทางการเงิน และไม่สามารถทำกิจกรรมที่มีความสับซับซ้อน หรือมีหลายขั้นตอนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพุติกรรมหลงลืม จนเริ่มรบกวนต่อการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งพุติกรรมดังกล่าวของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีระยะเวลาในการดำเนินเข้าสู่การรู้คิดบกพร่องสั้นยาวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภูมิหลังร่วมด้วย ถ้าสามารถในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีการเฝ้าระวังในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและถูกวิธีจะช่วยลดหรือลดโอกาสการเข้าสู่การรู้คิดบกพร่องได้ด้วย ในทางตรงกันข้าม หากขาดการเฝ้าระวังในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีแล้ว ย่อมมีโอกาสพัฒนาเข้าสู่การเป็นการรู้คิดบกพร่องได้อย่างรวดเร็ว

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการของภาวะถดถอยของสมองที่มีความบกพร่องของความคิดและการรับรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความบกพร่องของความจำระยะสั้นร่วมกับความบกพร่องของการทำงานของสมองต่าง ๆ เช่น ขาดสมาธิและความสนใจ ความบกพร่องด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การใช้ภาษาบกพร่องและความบกพร่องด้านจัดการสิ่งต่าง ๆ เช่น การนับทอนเงิน เป็นต้นโดยอาการเหล่านี้ไม่ได้มีสาเหตุจากภาวะเพ้อหรือโรคทางจิตเวช อย่างเช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น และอาการเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อการตารางชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2558) อาการและอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้แก่อาการด้านทางการรับรู้คิด (cognitive symptoms) เช่น จำเรื่องราวที่สูบสนานไม่ได้ จำจาริสที่กระทำในระยะสั้นไม่ได้ มักถามซ้ำไปซ้ำมา หรือไม่สามารถวางแผนและจัดการสิ่งที่ได้รับมอบหมายได้ อาการด้านร่างกาย มักมีความผิดปกติการพูด หรือการออกเสียงเช่น พูดไม่ชัด สื่อสารไม่เป็นประโยชน์ เป็นต้น และมีความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัส เช่น การได้ยินบกพร่อง การมองเห็นไม่ดี ตาพร่ามัว การได้รับกลิ่นผิดปกติ เป็นต้น และอาจจะมีอาการชาหรือแน่นขาอ่อนแรง หรือ อาการมือสั่น เป็นต้น ส่วนอาการด้าน อารมณ์มักพบอาการว่าผู้สูงอายุขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไร้อารมณ์ นอนหรือพักผ่อน น้อย อ่อนเพลียหรืออาจจะมีอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หดหดง่ายซึ่งการเกิดภาวะสมองเสื่อมมักเกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ และการดำเนินโรค เป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่ทราบสาเหตุอย่างแน่ชัด ผู้สูงอายุมักถูกน้ำส่างเรงพยายามหรือมาพบแพทย์ด้วยอาการที่ผิดปกติ 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 แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Activity of Daily Living Index) และแบบทดสอบ

สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination – Thai) การศึกษาวิจัยในระยะหลังได้พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และพบว่า การบำบัดด้วยการรับรู้ตามความเป็นจริง (reality orientation therapy; ROT) และการบำบัดด้วยการกระตุนการรู้คิด (cognitive stimulation therapy; CST) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการรู้คิด (cognitive ability) ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจ ประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การบำบัดด้วยวิธีการเหล่านี้เป็นการฟื้นฟูสภาพและป้องกัน สมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความมี การประยุกต์หลักการของการบำบัดเหล่านี้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับครอบครัวชุมชน องค์กรต่าง ๆ และสถานบริการสุขภาพ และความมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูภาวะสมองเสื่อมที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ต่างกัน รวมถึงโปรแกรมสำหรับป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง(รัชนี นามจันทร์, 2553: 137)

การรู้คิดบกพร่อง (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นความบกพร่องของบุคคลที่ เกิดขึ้นระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม (Petersen et al., 2001: 1133- 1142) ที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลกทั้งชายและหญิง ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การดูแลอย่าง ถูกต้องยังช่วยลดหรือชลอความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่าง ถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง ความเสี่ยงที่สำคัญของครอบครัวจะช่วย ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งการดูแลด้วยความรักและความเข้าใจของ ผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและช่วยลดภาวะทุพพลภาพ

การปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง

ทางการแพทย์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะช่วยให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว โดยช่วย ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ สรุง ทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ความเนื่อยมั่นอยลัง แรงกล้ามเนื้อมากขึ้น มีความอดทนมากขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและ ช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันเลือดสูง โรคข้อ เสื่อมต่าง ๆ เป็นต้น

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการ ช่วย “ความชรา” เนื่องจากความชรา ไม่ได้ตัดสินด้วยอายุอย่างเดียว แต่ต้องมีองค์ประกอบอีก 3 อย่างคือ

1. รูปร่าง ลักษณะ
2. จิตใจ
3. สมรรถภาพทางกาย

วิธีการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยากรอกรำลึกการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นประโยชน์ของการอกรำลึกการแล้ว การซักชวนให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกลุ่มกับผู้สูงอายุอื่น ๆ หรือการที่ลูกหลานอกรำลึกการร่วมกับผู้สูงอายุก็เป็นการสร้างแรงจูงใจในการอกรำลึกการให้กับผู้สูงอายุได้ หรือแม้แต่การซักชวนให้ผู้สูงอายุเล่นกีฬาที่สนุก ออกแบบ

ในเชิงจิตวิทยาสภาวะที่ไม่ต้องทำงาน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กล้ายเป็นคนที่ต้องอาศัยผู้อื่นมากขึ้น โดยปกติกลไกการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่ไม่ต้องทำงานและมีรายได้ลดลงของผู้สูงอายุในสังคมไทยก็คือ การประหัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ โดยจะคำนึงถึงประโยชน์ของ การจับจ่ายใช้สอยมากขึ้น ลดความฟุ่มเฟือยที่ไม่จำเป็นลง นอกจากนี้ ในวัยสูงอายุสามารถควบคุมจิตใจได้ดี ดีกว่าช่วงอายุน้อย ทำให้นิยามของการทำงานในวัยนี้ออกมาในรูปของการทำงานเพื่อก่อประโยชน์ต่อ ส่วนรวมมากกว่าตนเอง อย่างไรก็ตาม ภาวะเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้สูงอายุในแต่ละรายใน การแข็งแกร่งกับปัญหา ปรัชญาในการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของ ตนเอง (เพรตัน พฤกษาติคุณการ, 2542: 32)

ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบด้านจิตใจระดับต่าง ๆ กันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจทางที่ดีมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่า จึงพบว่าเมื่อคนมีอายุ มากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะ เป็นรากฐานของการแสดงออกของบุคคล แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ บุคลิกภาพเดิม การศึกษา ประสบการณ์ สภาพสังคมในวัยเด็ก อย่างไรก็มีอิทธิพลบ่อย ๆ ว่าผู้สูงอายุจะมีความเครียดเนื่องจากโรคทางกายแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การสูญเสียอาชีพการงาน ภัยการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก และความเหงาโดยเดียวเนื่องจากการขาดคนดูแล

วิธีการที่คนรอบข้างโดยเฉพาะบุตรหลานจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาวะดังกล่าวได้ ดี คือการให้เกียรติผู้สูงอายุอย่างสมำเสมอ เพื่อคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนของผู้สูงอายุ การ ปรึกษาหารือผู้สูงอายุเมื่อต้องการดำเนินกิจกรรมใด ๆ ในบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตนของ และสร้างความรับรู้เกี่ยวกับตนของตามสภาพที่เป็นจริง การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กับ เพื่อนฝูงเพื่อให้ยังมีสังคม ลดความเครียด ไม่สบายใจ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกที่ชอบ ทั้งที่ อาจได้ค่าตอบแทนหรือไม่ได้เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและปรับความสมดุลให้กับชีวิต ส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้กับประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก คิดแก้ปัญหา ฝึกทักษะทางสังคม มองโลกกว้างขึ้น และฝึกการคิดเชิงบวก เพื่อมองโลกในแง่ดี เข้าใจ ตนของมากขึ้น เท็นอกเห็นใจผู้อื่นและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

การสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุ ลูกหลาน ญาติพี่น้องและผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีส่วน สำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเพื่อให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว ด้วยการเอาใจ ใส่ผู้สูงอายุด้วยความรัก การเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุบ่อย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ว้าเหว ช่วยกันสร้าง บรรยากาศในการที่จะทำให้เกิดอารมณ์ขันในผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียด สร้างสุข และการทำกิจกรรม ร่วมกันโดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเพื่อบริหารจิต ฝึกสติ และสมาธิ ท้ายที่สุดจะทำให้ ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบัน เข้าใจความเป็นไปต่าง ๆ ภายใต้สภาวะที่เป็นจริงได้

ความสุขของผู้สูงอายุ

คำว่า “ความสุข” ในความหมายของผู้สูงอายุย่อมแตกต่างจากความสุขในความหมายของบุคคลวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เป็นเพราะความต้องการของคนแต่ละวัยมีจุดสนใจหรือมุ่งเน้นแตกต่างกัน การได้รับการตอบสนองความต้องการนั่นมาซึ่งความสุข ความต้องการของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน เช่น ลูกหนานหรือญาติให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตราพ ถ้าหากผู้สูงอายุไม่มีรายได้อื่นใด แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงของสังคมก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บ้านประจำ สาธารณูปโภคที่สูงอายุหรือการประกันผู้สูงอายุเพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชรา

2) ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น อาจจะอยู่ในบ้านของตัวเองหรืออยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

3) ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุมักจะมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่าคนหนุ่มสาว จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวและลูกหลานจะต้องให้การเอาใจใส่ซึ่งในหลายประเทศมีการบริการด้านนี้อย่างจริงจัง โดยรัฐบาลให้บริการทางด้านประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่นอเมริกาและทวยโรปเป็นต้น

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

5) ความต้องการความรักความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมาก เพราะเป็นวัยที่เรียกว่าไม่ใกล้ผู้ ความตายอยู่ใกล้เข้ามาทุกที จึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีบุคคลหรือองค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลืออนุเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในด้านอื่นๆแล้วก็ตาม ผู้สูงอายุก็ยังต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความยกย่องนับถือจากลูกหลาน เป็นวัยที่อยากรักและอยากรัก返 เช่น อยากรักลูกหลานหรือญาติพี่น้องนึกถึงตนและเอาใจใส่ตนบ้าง เช่นมาพูดคุยทำอาหารให้รับประทาน

ความสุขในทางจิตวิทยาไว้ว่า ความสุขเป็นความรู้สึกร่วมทางอารมณ์ ที่แต่ละบุคคลตัดสินว่า มีความสุขมากหรือน้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และทัศนะ คติที่มีต่อการดำเนินชีวิต หลักการ วิธีคิด ประสบการณ์ชีวิตอาจมีทั้งที่ก่อให้เกิดความสุข และความทุกข์ และระดับของความสุข กับความทุกข์ขึ้นอยู่กับเราจะจะจำประสบการณ์ชีวิตนั้นได้มากหรือน้อย

ความต้องการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเมื่อได้รับการตอบสนองครบในทุกด้านชีวิตก็จะมีความสุข แต่อย่างไรก็ตาม เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของมนุษย์โดยเฉพาะในวัยชราที่มีความประณานาให้ตนพ้นจากความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจนั้น ในความเป็นจริงยิ่งอายุมากขึ้นความทุกข์ต่างๆก็เพิ่มขึ้นด้วย เพราะความทรุดโทรมของร่างกาย การป่วยภัยโดยไม่ป่วยใจยอมเป็นเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ไม่ว่าบุคคลใดทุกคนล้วนปรารถนาและหวังให้ความสุขด้วยกันทั้งนั้น สังคมสมัยใหม่เต็มไปด้วยวัฒนธรรมปรัชญาอนิยมมักให้ความสำคัญของการและหวังให้ความสุขทางเนื้อหัวใจหรือการได้บำรุง

บำบัดประสาทสัมผัสต่างๆ คนสมัยใหม่จึงพยายามดื่นرنแสวงหาเงินทองเพื่อนำมาซื้อหาความสุข สะดวกสบาย แต่เรากลับพบว่ายิ่งแสวงหา ไข่ค่าวามมากเท่าไร ก็ดูเหมือนว่าจะไม่ได้รับ เขาต้องดื่นرن แสวงหาโดยไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อเป็นเช่นนี้ มีคำถามต่อมาอีกคือ อะไรเป็นความสุขที่แท้จริงของชีวิต เพราะความทุกข์หลักหลายรูปแบบกำลังใหม่กระหน่ำเข้ามาในชีวิตมนุษย์อยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน สิ่งที่มนุษย์ แสวงหาครอบครองและปริโภค เพราะคิดว่า เป็นความสุขกลับไม่ใช่ความสุข มนุษย์จึงแสวงหาความสุข อย่างไม่เข้าใจว่า อะไรคือความสุขที่แท้จริงและมีความทุกข์อย่างไม่จบสิ้น

บทสรุป

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา และมีการคาดการณ์ว่าไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย มีปรากฏการณ์ที่ชัดเจนมากขึ้นว่าสังคม และหน่วยงาน ตลอดจนนโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเตรียมการสำหรับสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบมากขึ้น โดยเฉพาะระบบรับการต่าง ๆ ในชุมชนซึ่งต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านการแพทย์ สังคม และการดำรงชีวิต ได้มีศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และได้เสนอภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลง 3 ประการใหญ่ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ กระบวนการการซราภาพของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบในร่างกาย 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ แต่ในทางการแพทย์พบว่าการส่งเสริมสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจจะช่วยชะลอกระบวนการซราภาพหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจได้ ดังนั้น การดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจึงควรเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ในทางเสื่อมลง การดูแลจึงเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพทั่วไป การจัดสภาพแวดล้อมให้มั่นคงปลอดภัย การให้ผู้สูงอายุได้รู้จักตนเองและสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง การแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม การดูแลให้ผู้สูงอายุพักผ่อน ออกกำลังกาย มีนันหน้า การ

เอกสารอ้างอิง

พัชรี เอี่ยวสะอาด. (2550). ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชา การบริหารงานท้องถิ่น. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณกร.(2542). จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่ : นันทพันธ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2556). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

รัชนี นามจันทร์. (2553). การพัฒนาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสาร มหาวิชาการ. ปีที่ 14 ฉบับที่ 27 กรกฎาคม – ธันวาคม.

สุรชัย อุยส์สาโก. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่นอำเภอ ท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา พัฒนาศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สถาพรรณ รัตนัย. (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.