KKU Journal for Public Health Research
Vol.6 No.2 April-June, 2013

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – มิถุนายน 2556

บทความปริทัศน์

การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ

นริสา วงศ์พนารักษ์[1)]

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 17 เมษายน 2556
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 15 กันยายน 2556

(1) กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (โทรศัพท์: 086-363 8415, e-mail: narisa.msu@gmail.com)

บทนำ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในยุคที่ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะ ทั้งสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงในมิติเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกมิติ สุขภาวะทางจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่ก่อปัญหาต่างๆ ได้ตามศักยภาพของตน ทั้งนี้เพื่อการเป็นสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณค่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สุขภาวะสมบูรณ์ ทั้งการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเองตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เตรียมครอบครัว ชุมชน และสังคม สำหรับการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงรุกที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่แตกต่างของแต่ละบุคคล

สภาพการณ์ทางประชากรของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และใน พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าเป็นร้อยละ25 ซึ่งตามองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดไว้ว่า สังคมใดมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าสังคมนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ซึ่งในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ การมีอายุยืนยาวขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านในทางที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดปัญหาสุขภาพและเกิดปัญหาหลายประการ รวมทั้งอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.55 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 36.16 ในปี พ.ศ.2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552) ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพและภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์และคณะ, 2552) ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุต้องตระหนัก ให้ความสำคัญและหาวิธีการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอย กล่าวคือ ด้านร่างกาย พบว่า อวัยวะในร่างกายทุกส่วนมีการทำหน้าที่เสื่อมถอยลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2552) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังมีอารมณ์เปลี่ยนแปลง มีภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม พบว่า การทำหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมลดลง และด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความหวัง เป้าหมายในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล 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) ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมเป็นการดูแลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะและใช้เวลาในบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข เอื้อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาวซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความพร้อมต่อการจัดระบบบริการสุขภาพในสังคมผู้สูงอายุในอีกสองทศวรรษหน้า

สุขภาพหรือสุขภาวะ ในที่นี้หมายถึง ภาวะทางสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (Ebersole et al., 2005) ดังนั้น สุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งพาตนเองได้ (WHO, 2006) ประเทศไทยมีการบริการสุขภาพ (Health service) ที่ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ลักษณะ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ เยาวเรศว์ แจ้งกิจ, 2551) การสร้างเสริมสุขภาพมีความจำเป็นต่อทุกวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่อวัยวะทุกส่วนของร่างกายมีความเสื่อมอย่างชัดเจน การทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องคำนึงถึงทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญาไปพร้อมกัน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2555) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชน ให้มีความสามารถในการควบคุมและดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ (WHO, 2013) และเป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เน้นสุขภาวะที่มีทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลและการจัดการสุขภาพในทิศทางใหม่ที่มีประสิทธิผลดีกว่า ประหยัดกว่าการซ่อมสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2556) และในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทย สิ่งสำคัญคือ การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์นี้และมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒพลัง (Active aging) กล่าวคือเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีความคล่องแคล่วว่องไว สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลและพึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ชุมชน และสังคม (เล็ก สมบัติ และคณะ, 2554) ซึ่ง Paúl et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญใช้กรอบแนวคิดพฤฒพลังขององค์การอนามัยโลก (2002) พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิต เป็นสภาพของจิตใจที่เกิดจากความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (Goldberg, 1972) ดังนั้น จึงเป็นสุขภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคลที่ดำรงอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องการการปรับตัวตลอดเวลา (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2552) สุขภาพจิต นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จัดทำการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี 2551 2552 และ 2553 โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 31.44 32.89 และ 33.17 ตามลำดับ แม้ว่าคะแนนสุขภาพจิตในรอบ 3 ปีจะดีขึ้น แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

พัฒนาการทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนทฤษฎีพัฒนาการของอิริคสัน (Erikson, 1968) ผู้สูงอายุอยู่ในขั้นตอนที่ 8 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ถ้าพบว่าตนเองทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพึงพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง ถ้าได้มีการเตรียมตัวไว้ตั้งแต่วัยกลางคน ก็จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยผู้สูงอายุได้ วัยผู้สูงอายุจึงควรเป็นวัยของการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและปรับตัวในช่วงบั้นปลายชีวิตได้อย่างภาคภูมิ ดังนั้น ถ้าชีวิตตั้งแต่ต้นดำเนินมาได้อย่างดี ไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัว การงาน ฐานะ พบกับความสำเร็จ ผู้สูงอายุก็จะพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ (Integrity) แต่ในทางตรงกันข้าม ในชีวิตที่ผ่านมาพบแต่ความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากมาย จะทำให้ เกิดความรู้สึกเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง (Despair) นั่นคือมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต

รายงานผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมพบทั้งผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตและผู้สูงอายุไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต และมีแนวทางในการดูแลแตกต่างกัน การศึกษาของ Kamble et al. (2012) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตถึงร้อยละ 41.3 วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตคือมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพคือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพลภาพหรือพิการ เกิดภาวะพึ่งพา นำไปสู่ความต้องการการดูแลระยะยาว ดังนั้น การช่วยเหลือหากสำรวจพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ควรให้ความสำคัญและให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยให้ได้รับการคัดกรอง การช่วยเหลือ การรักษา ค้นหาสาเหตุ ปัญหา และหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือขยายผลมากขึ้น

ในขณะที่การศึกษาของ นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ (2556) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65.5 ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของชื่นจิตต์ ย่านทรัพย์ และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 27 มีสุขภาพจิตดีมากกว่าคนทั่วไป และการศึกษาของมนสิชา ชุมแก้ว และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 51.12 การศึกษาของมนทกาญจน์ ทองจินดา (2552) พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตดี ร้อยละ 83.5 และการศึกษาของชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 48 มีความสุขในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีความสุขในระดับสูง ร้อยละ 27.8 และระดับน้อย ร้อยละ 24.2 ตามลำดับ ซึ่ง Latiffah et al. (2005) ก็พบว่า ความชุกในการเกิดปัญหาทางอารมณ์ในผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 18 ดังนั้น การช่วยเหลือหากสำรวจพบผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ และรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตนั้นจะได้ผลดีอาจต้องคำนึงถึงความสอดคล้องของความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุด้วย

การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตได้เป็นอย่างดี นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ และมีความสุขในการดำเนินชีวิตในที่สุด ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ กิจกรรมหรือโปรแกรมหลากหลายได้ถูกสร้างขึ้นสำหรับผู้สูงอายุนำมาใช้สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตได้ผลดี อาทิ เช่น กิจกรรมเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่คุ้นเคยและสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและชุมชน โปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง (มนสิชา ชุมแก้ว และคณะ, 2552; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554; เกสร มุ้ยจีน และคณะ, 2555) เพื่อเป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ควรจัดให้มีกิจกรรมหรือบริการที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลรักษาป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การดูแลด้านโภชนาการ การส่งเสริมด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านจิตใจ ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านสังคม ได้แก่ การสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน และการสนับสนุนบริการด้านชุมชนและสังคม และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการทำกิจกรรมสันทนาการและงานอดิเรก กิจกรรมหรือบริการเหล่านี้เป็นเชิงรุกลงสู่ชุมชน โดยเน้นการสนับสนุนจากสังคมและชุมชนให้มากขึ้น (ชื่นจิตต์ ย่านทรัพย์ และคณะ, 2552) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ, 2555) และมีการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพไปสู่การดูแลตัวเองต่อที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับรักษาซ้ำ (อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2552) พิริยา สุทธิเลิศ (2551) ได้เสนอ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไว้ 7 วิธี ดังนี้ 1) การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ลดความว้าเหว่ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการ ลดภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลัง ลดความซึมเศร้า 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกสมาธิ ช่วยให้จิตใจสงบ 6) การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และ 7) การสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 7 วิธีนี้เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกช่วงวัยที่มีสุขภาพและการรับรู้ดีหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งทำได้ทั้งในสถานที่พักคนชราหรือชุมชน โดยมีผู้ดำเนินการคือพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการมีสัมพันธภาพร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมนันทนาการ ยังมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2556) และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีสามารถดำรงตนอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุขนั้นควรยึดหลัก 5 ประการตามปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุตามลำดับความสามารถร่วมทำนายความสุข ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้สภาวะแวดล้อมทางสังคม ตามลำดับ (ชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ, 2552; สุธรรม นันทมงคลชัย, 2553)

จากสภาพการณ์ทางประชากร และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก และควรกระทำอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่างๆสามารถส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ก้าวสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ดั้งนั้นทุกภาคส่วนจำเป็นต้องหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศและของโลกต่อไป

เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การจัดกิจกรรมหรือการบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ปัจจัยที่ควร

คำนึงคือ การจัดกิจกรรมและบริการที่เน้นเชิงรุก สร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ วิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของแต่ละบุคคล เน้นความสำเร็จที่สุขภาวะทางจิต ความสุข และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤฒพลังหรือมีศักยภาพที่มีสุขภาวะสมบูรณ์ในทุกมิติอย่างยั่งยืนตลอดช่วงบั้นปลายของชีวิต

บทบาทของผู้ดูแล ครอบครัว และพยาบาลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยความร่วมมือกันทุกภาคส่วนทั้งพยาบาล ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้สิทธิและมีเป้าหมายในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความเฉพาะแต่ละบุคคล แต่ละคนต่างมีคุณค่า มีเป้าหมายในชีวิต มีความเข้มแข็ง มีข้อจำกัด มีสิทธิและความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อย ช้าหรือเร็วแตกต่างกัน เป็นเพราะได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อด้านจิตวิญญาณแตกต่างกัน

บทบาทของผู้ดูแลและครอบครัวต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เป็นบทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเพื่อให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว จึงควรดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุด้วยความรัก ไม่ทอดทิ้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา รู้สึกมีคุณค่าเสมอ และควรหาเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่กับปัจจุบัน เข้าใจความเป็นไปต่าง ๆ ภายใต้สภาวะที่เป็นจริงได้ และสามารถปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้

บทบาทของพยาบาลต่อการต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ พยาบาลควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำ การสอนให้ความรู้ และการให้การปรึกษา แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลและครอบครัว ในมิติต่างๆ โดยสรุปได้ดังนี้

มิติทางกาย: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ควรรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ออกกำลังกายที่เหมาะกับสภาพร่างกายและวัยอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยในการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการพักผ่อนหย่อนใจและยังช่วยให้เซลล์สมองทำงานดีขึ้น และแนะนำผู้สูงอายุตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง

มิติทางจิต: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลรักษาสุขภาพจิตให้สามารถยอมรับและจัดการการเปลี่ยนแปลงได้ ควรให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักและรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง และหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมทำให้อารมณ์มั่นคงมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม

มิติทางสังคม: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงบทบาทการมีคุณค่า และสัมพันธภาพในสังคม ควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวเพื่อเป็นการลดความเครียดความกังวลที่จะเกิดตามมาและให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิต ผู้สูงอายุควรทำกิจวัตรประจำวันของตนเองให้สม่ำเสมอ ในสิ่งที่สามารถทำเองได้เพื่อมีความภาคภูมิใจ และเห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า ที่สำคัญคือ ควรให้มีกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ

มิติทางจิตวิญญาณ: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงความเชื่อ ความศรัทธา มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีกำลังใจ มีเป้าหมายในชีวิตและมีความหวัง ควรสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิ การทำกิจกรรมสันทนาการและสนับสนุนงานอดิเรกของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม ค่านิยม และความต้องการเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุ

บทสรุป

การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในยุคของการเป็นสังคมผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง เพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของสุขภาวะ ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกๆ มิติ สุขภาวะทางจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงรอบด้านที่เกิดขึ้นตามศักยภาพของตน ทั้งนี้เพื่อทำให้เป็นสังคมผู้สูงวัยที่มีคุณค่า ไม่เป็นสังคมชราภาพที่เป็นภาระของสังคม ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เสริมสร้างสังคมไทยให้มีความเข้มแข็งต่อไป ข้อควรคำนึงในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุ ควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเองตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เตรียมครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกที่สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงรุกที่ตรงความต้องการ เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและบริบทที่แตกต่าง และการคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

เกสร มุ้ยจีน และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, **26**(1), 19-34.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2555). **การเสริมสร้างทักษะแกนนำสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ; ทีคิวพี.

ชื่นจิตร ย่านทรัพย์ และคณะ. (2552). สุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, **29**(1), 15-31.

ชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ. (2552). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, **39**(1), 34-47.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. (2552). **สมาธิบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ. (2556). ภาวะสุขภาพจิต ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 6**(1), 141-150.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ. (2555). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, **42**(1), 55-65.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และเยาวเรศว์ แจ้งกิจ. (2551). **ระบบบริการสุขภาพ: เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพกับการพัฒนา หน่วยที่ 1-8** (พิมพ์ครั้งที่4). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พิริยา สุทธิเลิศ. (2551). **การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนทกาญจน์ ทองจินดา. (2552). **ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

มนสิชา ชุมแก้ว และคณะ. (2552). สุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในอำเภอละแม จังหวัดชุมพร. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, **29**(1), 1-13.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). **รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง: การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, **25**(2), 1-11.

เล็ก สมบัติ และคณะ. (2554).**ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย** . กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ. (2552). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. **วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, **27**(1), 27-32.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. (2555). **สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย**. ค้นเมื่อ 9 สิงหาคม 2555, จาก http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/nop5/N5-WHOLE.HTM

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ). **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550: แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2553). ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. **วารสารสภาการพยาบาล**, **25**(3), 5-10.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (บรรณาธิการ). (2555).**รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553**. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2573**. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). **พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550**. ค้นเมื่อ 4 เมษายน 2556, จาก http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=130

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร: การสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553**. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2556, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-10.html

สุธรรม นันทมงคลชัย. (2553). ผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์สุขภาพและการพัฒนาความสุข. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**, **40**(1), 101-111.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช** (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. **วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27**(2), 65-76.

Ebersole, P. et al. (2005). **Gerontological nursing and health aging** (2nd ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Erikson, E. H. (1968). **Identity: Youth and Crisis.** NewYork: Norton.

Goldberg, D. P. (1972). **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press.

Kamble, S. V. et al. (2012). Mental health status of elderly persons in rural area of India. **Indian Journal of Basic & Applied Medical Research, 1**(4), 309-312.

Latiffah, A. L. et al. (2005). Psychological well-being of the elderly people in Peninsular Malaysia. **International Medical Journal, 4**(2), 38-43.

Paúl, C. et al. (2012). Active aging: an empirical approach to the WHO model. **Current Gerontology and Geriatrics Research,** 1-10.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice.** (5th ed.). New Jersey: Pearson Education.

WHO. (2002). **Active aging: A policy framework**. Geneva: World Health organization.

WHO. (2006). **A Strategy for active, healthy aging and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015**. Cairo: World Health organization.

WHO. (2013). **Health promotion**. Retrieved April 4, 2013, from http://www.who.int/topics/health_promotion/en/