

การดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง

ปิยาภรณ์ ทองศิริ*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 18 และในปี 2565 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68 และปัญหาที่มักพบในผู้สูงอายุคือปัญหาความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะในกลุ่มที่ติดบ้านและติดเตียงจึงได้ทบทวนบทความและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงตามหลัก 4 ส. คือ สังเกต ดูแลใจอย่างองค์รวม ใส่ใจเข้าใจปัญหา , เสริมสร้าง ดูแลใจ และส่งต่อ เชื่อมโยง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเข้าใจ รับฟัง และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสังคมจิตใจที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชนก็ยังเป็นพลังสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดการดูแลจากครอบครัวหรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดได้อีกด้วยดังนั้นการดูแลสุขภาพสังคมและจิตใจในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญนอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้วทางผู้สูงอายุไม่มีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านเปลี่ยนมาเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม และผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีสุขภาพทางใจที่ดีขึ้นส่งผลต่อสุขภาพทางกายด้วยเช่นกัน

* นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอย่างชัดเจน โดยเฉพาะสัดส่วนของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่ประชากรแรกเกิดลดลง จากการรายงานในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,340 ล้านคน ซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.00) ของประชากรทั้งหมด องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุทั่วโลกอาจมีมากถึง 1,000 ล้านคนซึ่งร้อยละ 19 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว

ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีในการนิยามผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยกำหนดนิยาม ผู้สูงอายุไว้ว่า พรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิโดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68 ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง กำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพและโรคเรื้อรัง ความถดถอยทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การกลืนปัสสาวะ ความทรงจำ การทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ และที่สำคัญคือความถดถอยทางด้านจิตใจ อาทิ ความเครียดที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต (Life change) การอาศัยโดยลำพังจะมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ใจ และมีภาวะอ่อนแรงแมกที่สุด

การเสริมพลังชุมชนเป็นการทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพัฒนาชุมชนจึงเป็นการดึงศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้เพื่อพัฒนาตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในชุมชน โดยผ่านการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาาร่วมกัน จึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่

ติดบ้าน ติดเตียงได้จากการส่งเสริมชุมชนให้เกิดความรู้ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนและส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดความรัก ความเข้าใจกัน ผ่านกิจกรรมต่างๆในชุมชน เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียงได้

วัตถุประสงค์

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและคนในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต
2. เสริมสร้างพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นสภาวะของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีความเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วยเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งวัยของผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคนจะสามารถปรับตัวรับมือกับทวิัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะ ซึ่งเกณฑ์การตัดสินความชรา (cut – off point) อยู่ที่ 60 ปี ที่ใช้กำหนดผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นคนชรา หรือผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่อิงกลุ่มประเทศโลกที่สามสำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันให้ใช้ อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการ เรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก(World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของ ผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545 - 2654) ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ภาวิน ทองไชย, 2556 : 14)

โสภณพรณ รัตน์ (2555 : 8) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55 - 70 ปี วัยสูงอายุบุคคลที่มีอายุ 65 - 75 ปี และ วัยสูงอายุยิ่ง บุคคลที่มีอายุ 71 - 80 ปี

ส่วนมิลเลอร์ (1995 : 15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-78 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยบั้นปลายของชีวิตโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ลดลง

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตดังนี้

1. ทางด้านสังคม พบว่าเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูญเสียดังนี้

- การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาทหรือตำแหน่ง และมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคมอยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

- การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก

- การสูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากรายได้ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการดำรงชีวิต

2. ทางด้านอารมณ์และจิตใจ

- ด้านบุคลิกภาพ โดยปกติผู้สูงอายุจะมีบุคลิกภาพไม่ต่างจากเดิม บางรายถ้ามีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวผู้สูงอายุและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

- ด้านการเรียนรู้ พบว่าการเรียนรู้จะลดลงมากโดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้จะลดลงแต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ โดยสิ่งที่คุณสูงอายุเรียนรู้ได้ดีและเร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่ไปเร่งรัด

- ด้านความจำ มักพบว่าผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง การกระตุ้นความจำจึงต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน หรือการจดบันทึกช่วยจำ

- ด้านสติปัญญา โดยปกติความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีเป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา สภาพสุขภาพ ประสบการณ์การเรียนรู้และการแก้ปัญหาในอดีต โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน คุณลักษณะการเสื่อมทางปัญญาที่พบในผู้สูงอายุได้แก่

- ความสามารถในการใช้เหตุผล
- ความสามารถในการคำนวณบวกลบตัวเลข
- ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรม
- ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ แต่จะดีขึ้นถ้ามีการใช้ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาเข้ามาช่วย อย่างไรก็ตามก็ยังใช้เวลาในการคิดนานกว่าวัยหนุ่มสาว

- ความสามารถในการคิดตัดสินใจ พบว่าจะช้าลงบางครั้งต้องให้บุคคลอื่นช่วยในการตัดสินใจ

- ด้านการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ โดยปกติเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย เช่นสมองทำงานลดลง ความจำสั้นลง

- ด้านเจตคติ ความสนใจและคุณค่า ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

- ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าอยู่ในวัยเพียงเพราะความเสื่อม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาจากองค์ประกอบด้านความสามารถและความต้องการของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Bartel Activities of Daily Living : ADL) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่ยังควบคุมโรคได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น สังคม ชุมชนได้ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป)

2. กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11)

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bond) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี

โรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นกลุ่มที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4)

การสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

1. สังเกตอาการต่างๆ จากการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ การกินผิดปกติ อาจจะกินมากขึ้นกว่าเดิม ยิ่งไม่สบายใจยิ่งกินมาก หรือบางคนก็ตรงข้ามคือกินน้อยลง เบื่ออาหาร ชูบผอมลงทั้งๆที่ไม่มีปัญหาทางร่างกาย บางคนมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

2. การนอน อาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ เช่น มีอาการง่วง เหนงา ซึม เชื่อง อยากนอนตลอดเวลา หรือบางคนก็ตรงข้ามคือ นอนไม่หลับ ตกใจตื่น ตอนตึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก บางคนอาจมีอาการฝันร้ายติดต่อกันบ่อยๆ

3. อารมณ์ผิดปกติ หงุดหงิดบ่อยขึ้น เศร้าซึม เคร่งเครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิม จนสังเกตเห็นได้และสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้าง

4. พฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่พูดไม่จา บางคนก็หันไปพึ่งยาเสพติด เหล้า บุหรี่ เป็นต้น บางคนอาจเคยพูดน้อยก็กลายเป็นคนพูดมากหรือแสดงความสนใจในเรื่องเพศอย่างผิดปกติ เป็นต้น

5. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น

ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

1. อารมณ์แปรปรวน คือ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รวดเร็ว อาจมีหลากหลายอารมณ์ ใน 1 วัน โดยอาจรู้สึกเศร้า รู้สึกมีความสุข หรืออาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ โดยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้อาจเกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ หรือเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ความเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ความเครียด การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต หรือแม้แต่โรคจิตเวชบางชนิด

2. ภาวะเครียด วิตกกังวล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ยาก ความสามารถและประสิทธิภาพลดลง มักแสดงออกเป็นความกลัวขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ เหงา ว้าวุ่น ท้อแท้ ความวิตกกังวลอาจแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ปวดตึงกล้ามเนื้อมือเท้าเย็น ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ เป็นต้น แสดงออกด้านพฤติกรรม เช่น จู้จี้ ขี้บ่น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยครั้งแยกตัวจากสังคม เก็บตัว กัดเล็บ กัดฟัน สูบบุหรี่ หรือ ดื่มเหล้าหนัก

3. โรคซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งเมื่อเกิดขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หดหู่ เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว มองโลกในแง่ร้าย ชอบอยู่เฉยๆ ตามลำพัง รู้สึกชีวิตสิ้นหวัง มองว่าตนไม่มีคุณค่า บางรายมีอาการตรงกันข้าม หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง น้อยใจง่าย ทะเลาะกับลูกหลานบ่อยครั้ง อาการทางจิตใจส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป ปกติ อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร ชอบพูดเรื่องเศร้าๆ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

การดูแลทางด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

1. กลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านจิตใจ การดูแลหลักต้องผลักดันให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจ ทั้งนี้ภายในชมรมต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางกาย พัฒนาความคิด พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่

ร่วมกับผู้อื่นและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กิจกรรมในชุมชนควรเป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยเฉพาะในกลุ่มติดสังคมสามารถเปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของชุมชนได้ เช่น กิจกรรมการช่วยเหลือเด็กเล็ก

ด้วยการพัฒนาเด็กเล็ก โดยการใช้ประสบการณ์เดิม การละเล่นสมัยก่อน มาสอนเด็กสร้างกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากความรู้ ความสามารถของตน , กิจกรรมช่วยเหลือวัยรุ่นด้วยวิธีง่ายๆ โดยให้ผู้สูงอายุผูกสัมพันธ์กับวัยรุ่น พูดคุย ได้ถาม และเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แสดงออกโดยผู้สูงอายุเป็นสื่อ

กลางกับคนต่างวัย , กิจกรรมการเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือชุมชน เช่น การฝึกทักษะการฟังให้ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นที่ปรึกษากับคนต่างวัย ฝึกทักษะการถ่ายทอดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆในชุมชนได้อย่างน่าสนใจ เป็นต้น

2. กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องนั้นๆ ก่อน จากนั้นค่อยถามสารทุกข์สุกดิบ การเยี่ยมบ้านจึงต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุรายนั้นๆ และต้องเตรียมคำถามที่สามารถสร้างความมีคุณค่าและกระตุ้นให้เกิดความภาคภูมิใจในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

3. กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มนี้ นอกจากต้องรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุแล้วต้องเตรียมเรื่องที่จะพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อไปถึงบ้านผู้สูงอายุถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้ก็ให้

จัดที่นั่งให้กับผู้สูงอายุเพราะจะทำให้การพูดคุยจะสื่อสารเป็นไปได้ดีขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าเรื่องมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายพูดเสียเอง ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยประสบความสำเร็จ

ภาคภูมิใจในอดีต เพื่อเป็นประเด็นการตั้งคำถามและให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องให้ฟัง

การดูแลด้านสังคมจิตใจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลด้านสังคมจิตใจ ด้วยหลัก 4ส. เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทั้งนี้การดูแลด้านสังคม จิตใจ (4ส.) จะเป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่สูงกว่าการให้กำลังใจโดยทั่วไป ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สังเกต ดูแลใจอย่างองค์รวม สังเกตด้วยความใส่ใจ ถึงสิ่งแวดล้อม ร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มองให้เห็นสิ่งที่เป็นอันตราย ความเสี่ยง ควรเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้

1.1. ด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลูกหลานไม่สนใจเอาใจใส่ ฐานะยากจน หนี้สิน ไม่มีรายได้ สิ่งกระตุ้นแสง สี เสียง ที่มากเกินไป เป็นต้น

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น การพูดคุยหาแนวทางการดูแลร่วมกับคนในครอบครัว เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น

1.2. ด้านร่างกาย อาทิ ความสะอาด ความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความพิการทางกาย แผลกดทับ เป็นต้น การเจ็บป่วยทางกายที่หาสาเหตุไม่พบ

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น แนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายให้กับญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการทำความสะอาด และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ คอยหมั่นสอบถามอาการของผู้สูงอายุ สังเกตและประเมินสภาพจิตใจ

1.3. ด้านอารมณ์ เศร้า ลักษณะอารมณ์ เศร้า หดหู่ ท้อแท้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นในระยะสั้นๆ และเป็นครั้งคราว

ภาวะเศร้าเรื้อรัง ที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง เป็นระยะเวลานานเกินกว่าสองสัปดาห์ จนไม่อยากทำอะไร หรืออาจมีความรู้สึกอยากตายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลาแทบทุกวัน เครียด ลักษณะ ไม่สนุก หงุดหงิดง่าย ไม่อยากพูดกับใคร หลับยาก ไม่หลับ ปวดหัวศีรษะ ปวดท้ายทอย วิดกกังวลหรือไม่สบายใจ อาการนอนไม่หลับ แขนงหน้าอก หายใจไม่ออก หายใจเร็ว ไม่มีแรงกระสับกระส่าย ท้องอืด

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่ให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว รับฟังปัญหาและเสริมสร้างการดูแลช่วยเหลือ ชักชวนทำกิจกรรม ชวนเข้าสังคมร่วมกับผู้อื่น ใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต ชักชวนฝึกผ่อนคลายความเครียด สอนฝึกคิดบวก ชักชวนลูกหลานให้เข้ามาดูแลให้กำลังใจ

1.4. ด้านพฤติกรรม

- การกิน กินมากกว่าเดิม กินน้อยกว่าเดิม ชูบผอมลงทั้งที่ไม่มีปัญหาทางกาย

- การนอน นอนไม่หลับ นอนหลับ มากเกินไป อยากนอนตลอดเวลา หรือฝันร้ายติดต่อกัน

- นอนไม่หลับ อาการ หลับยาก นอนหัวค่ำ ตื่นแล้วหลับต่อยาก ตื่นทำงานตอนดึกและตื่นมาไม่สดชื่น สาเหตุจากนอนกลางวัน มากเกินไป ไม่ค่อยออกกำลังกาย มีความวิตกกังวล มีปัญหาร่างกาย เช่น ปวดหลัง เป็นโรคเบาหวาน

- ก้าวร้าว อาการ โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว อาจแสดงออกเช่น ตะโกน ด่าทอ กรีดร้อง หรือหยิก ทุบตีผู้อื่น ทำลายข้าวของ

- พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากร่าเริง ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึมไม่พูดจา หรือจากพูดน้อยกลายเป็นคนพูดมาก และการแสดงออกพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่เข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ เวลาที่เหมาะสม คือ 3-4 ทุ่ม และตื่นตี 4-5 ตื่นน้า่น้อยลงหลังอาหารเย็น เพื่อลดการปัสสาวะตอนกลางคืน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลังเวลาบ่าย 2 โมง ฝึกสมาธิก่อนนอน ทำใจผ่อนคลาย สวดมนต์ ส่งต่อผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิต สื่อสาร ด้วยคำพูดที่สั้นๆ เป็นขั้นเป็นตอน น้ำเสียงสุภาพ ไม่ได้เถียง หากมีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ อย่าตกใจ หรือตอบสนองต่อปัญหาเกินเหตุ คอยชักนำผู้สูงอายุอย่างใจเย็นและส่งเสริมสุขภาพแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. ใส่ใจ เข้าใจปัญหา ใช้ทักษะการถาม การฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ หรือการใช้แบบคัดกรอง ทางสุขภาพจิต เพื่อให้รับทราบถึงปัญหาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ

- ให้ความเป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้ม ทักทายด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน อ่อนน้อม
- ยอมรับและให้เกียรติ ไม่ตัดสินจากรูปลักษณ์ภายนอก ยอมรับความคิดเห็น
- รักษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ รักษาความลับ ห้ามเล่าหรือเผยแพร่รูปภาพต่อสาธารณะ
- ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ รับฟังอย่างใส่ใจ ทำความเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ และให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้ตามความจำเป็น

2.2. การใส่ใจเพื่อเข้าใจปัญหา ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ทักษะต่างๆ มาผสมผสานกัน ได้แก่ ทักษะการรับฟังอย่างใส่ใจ ทักษะการสังเกต ทักษะการถามเปิด การถามปิดและทักษะการสรุปความโดยแสดงความใส่ใจอย่างจริงจังและมุ่งเข้าใจปัญหาหรือคำนึงถึงข้อควรระวังดังต่อไปนี้

- มีความอดทนในการรับฟัง ไม่ใจลอย ไม่พูดแทรก ปล่อยให้ผู้สูงอายุคิด

- รับฟังอย่างใส่ใจ เปิดใจรับฟัง สบตาผู้สูงอายุ ไม่ด่วนสรุป แสดงออกว่ายังตั้งใจรับฟังอยู่ สังเกตท่าทางและคำพูดของผู้สูงอายุ

- ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา ใช้การถามโดยใช้คำถามปลายเปิด ถ้าในกรณีที่ต้องการคำตอบเฉพาะเจาะจงให้ใช้คำถามปลายปิด และทำการทบทวนสรุปเรื่องที่ฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3. เสริมสร้าง ดูแลใจ

ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการใช้ทักษะ การฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบาย การพูดคุยให้กำลังใจ การสื่อสารเพื่อสร้าง คุณค่าของผู้สูงอายุขั้นตอนการส่งเสริมคุณภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- สร้างสัมพันธภาพ ผ่านการพูดคุยกัน
- รับฟังและให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความใส่ใจ ใช้คำถามปลายเปิด สังเกตสีหน้า ท่าทาง ประเมินปัญหา อารมณ์ ความต้องการ

- ค้นหาศักยภาพและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าความภาคภูมิใจในอดีต ถ้ามถึงสิ่งที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน และถามความเห็นในเรื่องที่ผู้สูงอายุถนัด

- พูดคุยเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจ

- เสริมสร้างดูแลจิตใจตามสภาพปัญหาและความต้องการ หากิจกรรมที่ผู้สูงอายุถนัดและชื่นชอบ หรือเทคนิคที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ นั่งสมาธิ ฝึกคิดบวก เป็นต้น

4. ส่งต่อ เชื่อมโยง

ประสานหน่วยงานหรือแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหา และอาการที่พบจากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ปี 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีถึง 1.3 ล้านคน ขณะเดียวกันพบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 56 ที่รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยมีตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทั้งนี้ร้อยละ 36.8 เป็นเพศชาย และร้อยละ 42.3 เป็นเพศหญิง (สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559,2559) ซึ่งการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ก้าวร้าว สูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ร่วมมือในการรักษามีภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม อยู่บ้านไม่กล้าออกไปไหนส่งผลให้เกิดการติดบ้าน และติดเตียงเกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ

บางรายมีการทำร้ายตนเอง ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจถึงกลไกทางจิต และแนวทางการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุและญาติไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีพลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างจากการเจ็บป่วย อาการแทรกซ้อน หรือภาวะทุพพลภาพได้ ซึ่งอาจดำเนินการผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมแรงใจให้กันและกันผ่านการพูดคุย การรับฟังอย่างใส่ใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ตามหลักการดูแลด้านสังคมจิตใจ 4 ส. ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเองได้มากขึ้น และเปลี่ยนจากผู้สูงอายุที่ติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมได้ หรือผู้สูงอายุที่ติดเตียงทำให้เกิดการคิดในเชิงบวกมากขึ้น ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ ทำให้จิตใจเบิกบาน สดใส เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ควรอบรมในชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนมีความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และติดเตียง เป็นการดึงพลังชุมชนมาช่วยสร้างเสริมสังคมจิตใจที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และเตรียมพร้อมสำหรับบุคคลในชุมชนที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุด้วย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในงานดูแลผู้สูงอายุสามารถนำหลัก 4 ส. การดูแลด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในงานของตนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. ดมิสา เพชรทอง ,ดราวดี รังวงศ์ ,นุไรดา แสสาเหตุ ,อาริสา พันธุสะ ,สมเกียรติยศ วรเดช ,บุญญพัฒน์ไชยมณี .การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.(2019).6(1).1-11
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ .คู่มือการดำเนินงาน อาสาสมัครพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
3. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ).2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. แหล่งข้อมูล:
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1562921912-236_0.pdf

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต .2561[สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614750485-411_0.pdf
5. นพ.ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง .สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม .2020 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
<https://www.nakornthon.com/article/detail/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ-เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม>
6. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต . ชุดความรู้การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสังคมจิตใจ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียงสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ .2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
[https://mhc8.dmh.go.th/Files/MentalhealthFile/_ \(15-11-62-5\).pdf](https://mhc8.dmh.go.th/Files/MentalhealthFile/_ (15-11-62-5).pdf)