



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้จากการศึกษาหนังสือเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะได้เสนอตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ และ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การกำหนดความหมาย คำว่า "ความสูงอายุ" "ความชราภาพ" และ "ผู้สูงอายุ"

คำว่า ความสูงอายุ หรือ ความชราภาพ(aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องโดยที่ อายุ หรือวัย มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของบุคคล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจ และสังคม คำจำกัดความนี้ เป็นผลสืบเนื่องมาจากการจัดแบ่งช่วงอายุต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของบุคคลนั้น ตามจำนวนปีปฏิทิน ซึ่งเรียกว่า ขั้นตอนของวงจรชีวิต เป็นการกำหนดตามลักษณะกิจกรรมหลักของแบบแผนการดำเนินชีวิตในแต่ละช่วงอายุ Vern Bangston กล่าวว่า การกำหนดวัยต่างของบุคคลนั้น เป็นเรื่องการจัดระเบียบทางสังคม เพราะวงจรชีวิต ขั้นตอนต่าง ๆ นั้นถูกกำหนดโดยสังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้ เพื่อสร้างแบบแผนแห่งความมั่นคง และป้องกันการสับสนให้บุคคลในแต่ละขั้นตอนของวงจรชีวิต บุคคลจะมีบทบาททางสังคมในลักษณะต่างๆ มีแบบแผนของความรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามแต่ละขั้นตอนซึ่งย่อมส่งผลให้สามารถกำหนดสถานภาพ และความสัมพันธ์ต่อผู้อื่นได้⁽¹⁵⁾

ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ(the elderly)

คำกล่าวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น คนแก่ คนชรา ผู้สูงอายุ ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของเวลา และเกณฑ์ของแต่ละสังคมเป็นผู้กำหนดด้วยทั้งสิ้น

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ได้ให้ความหมายคำว่า ชราภาพ หมายถึง ความแก่ด้วยอายุ ความชำรุดทรุดโทรม คำว่า "แก่" หมายถึง มีอายุมาก เช่น แก่ไปทุกวัน ไม่ว่างอยู่ในวัยชรา เช่น คนแก่ หญิงแก่⁽¹⁶⁾

บรรจฺ สุริพานิช (2532) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กำหนดที่องค์ระหว่างประเทศได้ตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง⁽¹⁷⁾

นิศา ทูโต (2525) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ และมีเกณฑ์ในการพิจารณา 3 ด้านคือ ความเสื่อมถอยของสังขารของร่างกาย พิจารณาตามแนวคำสอนในพุทธศาสนา และหน้าที่กิจกรรมทางสังคม⁽¹⁸⁾

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2530) ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุไว้ 2 ประเด็น คือ ความเป็นผู้สูงอายุในสายตาของชาวบ้าน และความเป็นผู้สูงอายุที่ถูกกำหนดมาจากภายนอก คำว่า คนแก่ หรือ ผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น เพราะชาวบ้านในชนบทมองความแก่ว่า อาจเริ่มจากอายุ 55 ปีก็เริ่มแก่แล้ว โดยเฉพาะถ้าเป็นหญิงและสุขภาพไม่ดี สังขารร่วงโรยเร็ว ในขณะที่มาตรฐานอายุ 60 ปี ที่ใช้นั้น เป็นความคิดใหม่ที่ชาวบ้านรับมาจากมาตรฐานการเกษียณอายุ ที่เรียนรู้จากทางราชการ โดยผ่านทางกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อมวลชน การมองความเป็นผู้สูงอายุในสายตาชาวบ้าน น่าจะเป็นประเด็นที่จะต้องนำมาพิจารณาในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุในแต่ละสังคมด้วย⁽¹⁹⁾

สำหรับประเทศไทย ได้มีการใช้คำว่า ผู้สูงอายุ ขึ้นเป็นครั้งแรกแทนคำว่าผู้ชรา โดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 จนเป็นที่ยอมรับ และใช้แพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งตรงกับที่กำหนดไว้โดยที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1987 และเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทย โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีลักษณะดังนี้⁽²⁰⁾

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงองศา
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรค ควรได้รับการช่วยเหลือ

อย่างไรก็ดี ยังมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จึงมีผู้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มๆ ดังนี้

สมาคมผู้สูงอายุแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา(National Institution on Aging) แบ่งช่วงอายุของวัยสูงอายุเป็น วัยสูงอายุตอนต้น(the young elderly) คืออายุระหว่าง 60-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย(the old elderly) คืออายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป⁽²¹⁾

Schrier RW (1990) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อย คือ ผู้สูงอายุระดับต้น(young old) มีอายุระหว่าง60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง(frail elderly, old old หรือ aged) อายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย(oldest old) อายุตั้งแต่ 85 ปี ขึ้นไป⁽²²⁾

Hill (1985) แบ่งวัยผู้สูงอายุออกเป็น 4 ช่วง คือ วัยสูงอายุระยะที่ 1 คือวัยกลางคน ใช้เกณฑ์ช่วงอายุระหว่าง 50-65 ปี วัยผู้สูงอายุระยะที่ 2(old age) คือ อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุระยะที่ 3 (old old) คือ อายุ 75-84 ปี และวัยสูงอายุระยะสุดท้าย คือ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป⁽²³⁾

ซึ่งในแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุต่างก็มีโรค /ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแล การรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปอีกด้วย

การจัดว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุหรือไม่นั้น นอกจากเกณฑ์อายุตามปฏิทินที่ได้กล่าวแล้วนั้น ยังมีแนวคิดการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้อีกหลายแนวคิด เช่น รุงโรจน์ พุ่มริ้ว (2527) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 2 ประเด็นด้วยกัน คือ⁽²⁴⁾

1. การกำหนดโดยกาลเวลา หรือ การตัดสินใจโดยอายุ เช่น ไทยถือเกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ

2. เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หรือตามสภาพที่พบเห็น โดยพิจารณาจากความเสื่อมโทรมของสังขาร และสภาพอื่นๆ ในแต่ละคน เพราะแต่ละคนมีอายุที่เท่ากัน แต่อาจมีสภาพร่างกาย จิตใจที่แตกต่างกัน และผู้ที่มีอายุต่างกันอาจมีสภาพใกล้เคียงกันได้ เช่น ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี บางคนสุขภาพดี แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่บางคนอายุไม่ถึง 60 ปี กลับมีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรม มีปัญหาสุขภาพต่างๆ แต่ไม่อาจปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ พวกหลังนี้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุมากกว่า

เกษม และกุลยา ดันติพลาชีวะ ได้เสนอแนวคิดในการพิจารณาความมีอายุตามระยะเวลาที่แตกต่างกัน ดังนี้⁽²⁵⁾

1. พิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สภาพต่างๆทางด้านร่างกาย จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผมหงอก สายตายาว กำลังของกล้ามเนื้อจะลดลง อย่างไรก็ตาม การพิจารณาโดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอาจไม่บังชี้ ความเป็นผู้สูงอายุได้ชัดเจน เพราะบางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวดเร็วมาก เช่น สายตายาว ผมหงอกตั้งแต่อายุเพียง 36 ปี

2. พิจารณาความมีอายุทางด้านจิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุ จะมีลักษณะที่เป็นคนใจน้อยง่าย ไม่ยอมรับรู้ มีความมั่นคงทางความคิด และมีความคิดจึงมักจะตื้อรัน ระมัดระวัง ไม่ยอมรับสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น ใจเย็น อดทน รอบคอบในการตัดสินใจ มองโลกในแง่ดี แต่จะมีอารมณ์ไม่มั่นคง รู้จู้ ขี้บ่น และถือตัวก็ได้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา

3. พิจารณาความมีอายุในด้านสังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพทางด้านสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะของผู้ที่มีประสบการณ์ แต่ขึ้นอยู่กับว่ามีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย ถึงแม้ว่าจะผ่านโลกมามาก มีสังคมที่กว้างขวาง รู้จักคนมาก แต่บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางด้านหน้าที่ทางการงานลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุ และความสามารถ

Birren and Cunningham (1985) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะดังนี้ คือ⁽²⁶⁾

1. ความสูงอายทางด้านร่างกาย(Biological age หรือ Senescence) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลมาจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน

2. ความสูงอายทางด้านจิตใจ(Physiological age หรือ Elderly) เป็นความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำ การเรียนรู้ สถิติปัญญา ทักษะ ความรู้สึก การสนใจ และ อารมณ์

3. ความสูงอายทางด้านสังคม(Social age หรือ Geronting) เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานะ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น

จากการที่มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้มากมาย อาจสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนด ว่าผู้ใดจะเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดว่า บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสามารถต่างๆ สมรรถภาพด้านร่างกาย การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความชราภาพได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวาง วิทยาการว่าด้วยความชราของมนุษย์ ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา จึงเกิดมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้มีผู้แบ่งทฤษฎีการสูงอายุไว้เป็น 3 กลุ่มคือ⁽²⁷⁾

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา(Biological Theory)
2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา(Psychological Theory)
3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา(Sociological Theory)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา

ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถเพิ่มตัวเอง และองค์ประกอบอื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้ แบ่งเป็นทฤษฎีย่อยๆได้ดังนี้

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยความสามารถที่เกิดจากการเผาผลาญ(Free Radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์ การเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะทำให้พวกเรดิคัลอิสระ(free radical) ซึ่งสามารถทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายได้ สารที่ยับยั้ง free radical ได้คือ วิตามินซี ในอาเซียน

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน(Collagen cross-linkage Theory) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารจำพวก fibrous protien จะเพิ่มขึ้นและจับตัวมากขึ้น ทำให้ collagen fibre หดตัวสั้นเข้าในวัยชรา

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน(Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง และสร้างภูมิคุ้มกันที่ทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง และ ความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย(Somatic mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงการแบ่งตัวผิดปกติ(mutation) จากการได้รับรังสีที่ละเล็กละน้อยเป็นประจำ ทำให้คนแก่เร็วขึ้น ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA และถูกส่งไปยัง RNA และเอมไซม์ที่ทำการสังเคราะห์ใหม่ เอมไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งในเซลล์ มีผลทำให้การเผาผลาญเสื่อม หรือสูญเสียสมรรถภาพและลดจำนวน RNA ลง เป็นผลให้เซลล์ตายมากขึ้น

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม(Genetic Theory) เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดตามพันธุกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะภายในร่างกาย เมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอกเร็ว ตีระชะล้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมถอย(Wear and Tear Theory) เปรียบสิ่งมีชีวิตเหมือนเครื่องกล เมื่อใช้งานมากก็ย่อมมีการเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คือ อวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงาน จะเสื่อมสภาพไปก่อน ในขณะที่อวัยวะส่วนอื่นๆทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น เพราะฉะนั้น จึงไม่มีการยืนยันแน่นอนในทฤษฎีนี้

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด และการปรับตัว(Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตาย บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎีทางจิตวิทยานี้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามามีอธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ นั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปโดยพบว่า สติปัญญาจะเสื่อมถอยลงไป หรือ อาจ

จะไม่เปลี่ยนแปลงไปเลยก็ได้⁽²⁸⁾ ความจำและการเรียนรู้ ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่าคนอ่อนวัย แต่ต้องอาศัยเวลานานกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ คือ ความเครียด ผลจากประสาท และ สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลง ทำให้เสียความจำ ส่วนแรงจูงใจ พบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรง กระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นๆ มีนักทฤษฎีที่เสนอแนวคิดทางจิตวิทยาที่อธิบายการสูง อายุไว้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ(Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของบุคคลนั้น ถ้าพัฒนามาด้วยความมั่นคงอบอุ่น ถ้อยที ถ้อยอาศัย เห็นใจผู้อื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าชีวิตที่ผ่านมาไม่สามารถทำงานร่วมกับใครได้ จิตใจ คับแคบ ไม่รู้จักช่วยเหลือเห็นใจผู้อื่น ผู้สูงอายุผู้นั้นก็ประสบปัญหาในบั้นปลายของชีวิต⁽²⁵⁾

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา(Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ปรารถนา ปรารถนา ก็เนื่องจากสนใจและมีฝึนค้นคว้าอยู่เสมอ และมีความพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง แนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงปลายของชีวิต เพื่อพยายามที่จะอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป แนวคิดนี้เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้ผลกระทบต่อสถานะภาพ ของผู้สูงอายุให้เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วตามไปด้วย ประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม(Active Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลอายุเพิ่มขึ้นสภาพทาง สังคมจะลดลง บทบาทก็ลดลง แต่ความต้องการทางสังคม และ จิตวิทยาของผู้สูงอายุจะยัง เหมือนในวัยกลางคน โดยจะปฏิเสธการมีชีวิตแบบคนสูงอายุเท่าที่จะทำได้ ทฤษฎีนี้จึงแนะนำ ถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้ และให้เหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ เช่น ควร มีงานอดิเรก หรือเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม หรือชมรม เพราะทฤษฎีนี้ยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่สามารถ ดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง มองตนเองในทางบวก⁽²⁹⁾

3.2 ทฤษฎีแยกตนเอง(Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากยอมรับว่า ตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจาก สังคม เพื่อลดความเครียด และพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาท ของตน ให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง ในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และ ค่อยๆยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด⁽²⁸⁾

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง(Continuity Theory) แนวคิดนี้มีผลมาจากการศึกษาเพื่อหาข้อ ยุติของทฤษฎีกิจกรรม และทฤษฎีแยกตนเอง⁽²⁸⁾ ซึ่งพบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีการเข้า

ร่วมกิจกรรมขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และ แบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน โดยทฤษฎีได้เสนอแนะว่า แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จ และความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ⁽²⁹⁾

3.4 ทฤษฎีบทบาท(Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะปรับบทบาทและสภาพต่างๆหลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคม และความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ ยอมรับบทบาทของสังคม และ ความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น⁽³⁰⁾

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึง ความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะอธิบายความชรา โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยา จะมองความสูงอายุ โดยพิจารณาจากความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ เป็นต้น และทฤษฎีทางสังคมวิทยา พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด แต่จากแนวคิดทั้ง 3 ทฤษฎีที่กล่าวมา สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อทำความเข้าใจผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีความรู้ และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงต่างๆ โดยอาศัยพื้นฐานทางทฤษฎีการสูงอายุ เพื่อร่วมกันอธิบายความเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ดังจะพอสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนทางด้านร่างกาย

การทำงานของอวัยวะ ต่างๆในร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในทุกๆ ระบบของร่างกาย พอรวบรวมได้ดังนี้^(17,24,31-33)

ระบบประสาทรับความรู้สึก เมื่อมีอายุ 60 ปี ประสิทธิภาพการมองเห็นจะเสื่อมลง 4% การได้ยินลดลง 5% เมื่ออายุ 80 ปี การมองเห็นจะเสื่อมลงถึง 15% การได้ยินจะลดลง 25% การรับรส นั้น เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง จะทำให้มีความสามารถในการรับรสลดลง โดยจะลดลง 30% เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป การได้กลิ่นจะลดลง ประสาทรับความรู้สึกผิวหนังก็จะลดลง

ระบบกล้ามเนื้อ จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง มีกำลังอ่อนแอลง เมื่ออายุ 60 ปี อวัยวะทุกส่วน จะทำงานช้าลง 2% และจะลดลงอีก 3% เมื่ออายุ 80 ปี

ระบบกระดูก กระดูกจะกร่อนเมื่ออายุประมาณ 45 ปี ทำให้มีอาการปวด หลังจะโค้งงอ มีกระดูกเปราะบาง และแตกง่าย เนื่องจากมีปริมาณแคลเซียมลดลง มีข้อติดแข็งได้ง่าย

ระบบการย่อยอาหาร ผู้สูงอายุจะมีฟันโยกคลอนหลุดง่ายทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ดี อาจมีอาการท้องอืด การดูดซึมสารอาหารได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้ง่าย

ระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไป การทำงานของปอดจะลดลง มีความยืดหยุ่นลดลง 40-50% จึงทำให้มีการหายใจเร็ว เหนื่อยง่าย และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนจะลดลง

ระบบขับถ่าย ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการท้องผูก ท้องเดินง่าย

ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ไตจะเสื่อมลง 40-60% การกรองของเสียจากร่างกายลดลง แต่จะขับน้ำออกมากขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดที่กระเพาะปัสสาวะอาจยืดหย่อน ทำให้ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย และถ่ายปัสสาวะไม่หมด และมีการติดเชื้อได้ง่าย

ระบบสืบพันธุ์ ชาย เมื่ออายุ 50 ปี จะผลิตอสุจิลดลง และ เมื่ออายุ 60 ปี ฮอริโมนเพศเทสโทสเตอโรนจะลดลงไม่มากนัก ส่วนเพศหญิงเมื่ออายุได้ 48-50 ปี ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือน ฮอริโมนเพศเอสโตรเจน และโปรเจสเทอโรนจะลดลงอย่างรวดเร็ว

ระบบการไหลเวียนโลหิต ผนังเส้นเลือดจะแข็ง และขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากมีไขมันเกาะตามผนังเส้นเลือด เมื่ออายุ 75 ปี หัวใจและลิ้นหัวใจจะมีความยืดหยุ่นลดลง เมื่ออายุ 90 ปี จะมีแรงสูบฉีดลดลง 50% ปฏิกริยาการต่อต้านภูมิคุ้มกันต่างๆก็ลดลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายและรุนแรง

ระดับสติปัญญา ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำเหตุการณ์ปัจจุบัน(recent memory) ส่วนความจำในอดีต(remote memory) จะยังดีอยู่ โดยความเสื่อมของระดับสติปัญญาจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

จากความเปลี่ยนแปลงต่างๆ นำมาซึ่งความเจ็บป่วย การศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2531) พบว่า ในช่วงอายุ 70-74 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 60.8 ส่วนปัญหาด้านการเงิน คิดเป็นร้อยละ 4.51 ปัญหาครอบครัวและญาติพี่น้อง ร้อยละ 20.51 และปัญหาความวิตกกังวล ร้อยละ 20.08⁽¹⁷⁾ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2536) พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบถึงร้อยละ 40 และร้อยละ 34 มีปัญหาสุขภาพทางด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 13 มีปัญหาสุขภาพจิตใจ และร้อยละ 11 ไม่มีปัญหาอะไร จากปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงอันนำมาซึ่งการเกิดโรค และความผิดปกติปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ โครงสร้างและเนื้อเยื่อ รองลงมาเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุในชนบทมีโรคมกกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง⁽³⁴⁾ นอกจากนี้

ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี จะยังเป็นบุคคลที่ยังมีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี สามารถดูแลตนเองและทำงานได้ เมื่ออายุ 70-74 ปี จะพบว่า ร่างกายอ่อนแอลงร้อยละ 84.5 จนเมื่ออายุ 80 ปี ขึ้นไป จะมีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายเสื่อม และถือว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ และต้องให้คนช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^(17,18) ซึ่งใกล้เคียงกับ Coleman (1994) ที่กล่าวว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ⁽³⁵⁾ และ Haug (1994) รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ต้องการการดูแลร่างกายระยะยาว⁽³⁶⁾

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ของผู้สูงอายุจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียต่างๆ ดังนี้

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรัดพราก และก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้

การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวในวัยสูงอายุ บุตรมักจะมีครอบครัว แยกย้ายกันไปอยู่ที่ยื่น สภาพสังคมปัจจุบัน มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงจากสภาพครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทในการดูแลและเป็นพี่ปรึกษาของบุตรหลานของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดความเหงารำเหว

การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถ และคุณค่าของตนเองลดลง และยังถ้าขาดผู้ดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้เพิ่มขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากความเสื่อมของร่างกาย และความแปรปรวนทางด้านจิตใจแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว และ ถ้าสภาพสังคมเน้นความสำคัญ และความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุก็น่าจะรู้สึกว่า ตนเองไร้คุณค่า เป็นภาระแก่สังคม ในปัจจุบัน สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยว โดยเฉพาะในสังคมเมือง ทั้งนี้เพราะ ประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เงินจึงเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตที่สำคัญ สังคมชนบทเริ่มกลายเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีการแข่งขันสูง การพึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ยึดถือความมีอิสระส่วนบุคคลสูง เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่ และผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความเคารพ ขาดการยอมรับ

และดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียอำนาจ และคิดว่าตนเองเป็นภาระของบุตรหลานที่ต้องให้การดูแล การปลดเกษียณ และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม เป็นการลดบทบาทการเกี่ยวข้องกับสังคม ทำให้กิจกรรมต่างๆทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน อาจเกิดความเครียดขึ้นได้⁽²⁵⁾

จะเห็นได้ว่า ปัญหาที่สำคัญ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และวัฒนธรรม รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจ และสุขภาพ นับว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกัน ความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจ และสุขภาพ ก็อาจมีผลให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุถูกกระทบกระเทือน⁽³⁵⁾ ซึ่งจากสภาพการณ์เช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว และเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกัน แม้ว่า สภาพสังคมและรูปแบบครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลในครอบครัวก็มิได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุ แต่กลับให้การช่วยเหลือ ดังรายงานของนภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เกือบร้อยละ 90 ต้องการการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และพบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตร จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น คือ ผู้ที่มีอายุ 60-64 ปี, 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป ต้องการการดูแลส่งเสียจากบุตรร้อยละ 87, 89 และ 92 ตามลำดับ⁽³⁴⁾

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพ และกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การจำแนกภาวะบกพร่อง ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพิการโดยองค์การอนามัยโลก

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอดีตมักให้ความสำคัญ ความสนใจไปที่ตัวโรค โดยเฉพาะสาเหตุ(etiology) พยาธิสภาพ(pathology) และกลวิธาน(pathophysiology) ขณะเดียวกันผลของโรคหรือผลของการรักษาที่ได้รับความสนใจมากที่สุดคือ ความตาย(mortality) แต่ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ผู้ป่วยมักเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาดำเนินโรคนาน และมักจะไม่นำไปสู่ความตายโดยตรงดังเช่นโรคติดต่อ นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ยังช่วยให้ผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ มีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น การใช้แต่เพียงความตาย หรืออุบัติการณ์ของโรคมาเป็นดัชนีของความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หรือของผลการรักษาจึงเกิดความไม่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก จึงได้จัดทำการจำแนก(classification) ชนิดใหม่ใน พ.ศ. 2523 โดยเน้นที่ตัวบุคคลมากกว่าโรค ดังนี้ คือ⁽³⁷⁾

International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps : ICHIDH เป็นการจำแนกโรคใหม่เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ประเมิน ติดตามผลอันเนื่องมาจากโรค และความผิด

ปกติทางสุขภาพ เพื่อเสริมจุดบกพร่องของ ICD (International Classification of Disease) นิยามของภาวะทั้งสามมีดังนี้

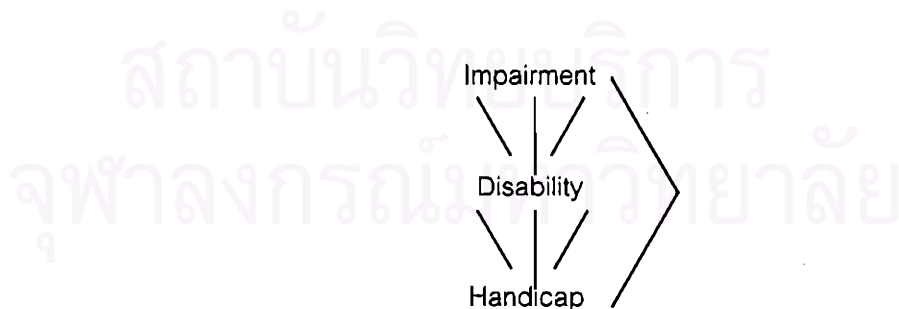
ภายในขอบข่ายของเรื่องสุขภาพ(In the context of health experience)

ภาวะบกพร่อง หมายถึง การสูญเสีย หรือ ความผิดปกติของจิต สรีระ หรือกายวิภาค หรือการทำงานของส่วนต่างๆของร่างกาย (An IMPAIRMENT is any loss of abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function)

ภาวะทุพพลภาพ หมายถึง ความจำกัด หรือ สูญเสียของความสามารถในการประกอบกิจต่างๆที่ควรจะทำได้เป็นปกติ โดยเป็นผลมาจากภาวะบกพร่อง (A DISABILITY is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for human being)

ภาวะพิการ หมายถึง การสูญเสียโอกาสของแต่ละบุคคลอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องหรือทุพพลภาพที่จำกัดหรือขวางกั้นไม่ไห้บุคคลนั้นสามารถดำรงบทบาทที่พึงจะมีเป็นปกติของบุคคลนั้น (ขึ้นกับอายุ เพศ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม) (A HANDICAP is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex and social and culture factors) for that individual)

เมื่อพิจารณาผลของโรคตามการจำแนกใหม่ขององค์การอนามัยโลก จะเห็นความสัมพันธ์ของโรค และพยาธิสภาพ กับภาวะทั้งสามได้อย่างชัดเจน และสามารถเติมช่องว่างระหว่างโรค และความตายได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น(ตามแผนภูมิ 2.1) โดยภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะที่วัดง่ายที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจหาพยาธิสภาพของโรค, ภาวะบกพร่อง และภาวะพิการ ซึ่งมีความหลากหลาย และยุ่งยากในการตรวจหา



แผนภูมิ 2.1 Consequence of disease

การวัดภาวะทุพพลภาพ

การวัดภาวะทุพพลภาพ คือ การวัดสมรรถภาพที่ต่ำกว่าปกติ(ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก) มีความลำบากในการกำหนดว่าเท่าใดจึงจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้น วิธีการวัดที่นิยมใช้ ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโดยทั่วไป คือ การวัดว่าสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ โดยกิจกรรมที่เลือกใช้ จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป และบุคคลที่สุขภาพปกติโดยทั่วไปสามารถกระทำได้ กิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้ในการวัดภาวะทุพพลภาพ(functional disability) จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน(Activity of daily living) โดยแบ่งออกเป็น "กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน"(Basal activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องสุขา/อาบน้ำ เป็นต้น อีกระดับหนึ่ง คือ "กิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิต" (Instrumental activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด หรือความสามารถในการประกอบอาหาร⁽³⁸⁾ ซึ่งการวัดภาวะทุพพลภาพโดยใช้กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน นอกจากจะมีประโยชน์ในการวัดภาวะทุพพลภาพแล้ว ยังมีประโยชน์ในการวัดภาวะพึ่งพาของผู้ทุพพลภาพ, แสดงถึงความต้องการที่อาจมีอยู่, ความจำเป็นของการช่วยเหลือ และเพื่อการพิจารณาชนิดหรือแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ภาวะทุพพลภาพ, วัย และสิ่งแวดล้อม⁽³⁸⁾

เป็นที่รู้กันโดยทั่วไปว่า หลังจากอายุ 20-25 ปี แล้วสมรรถภาพต่างๆของร่างกายโดยเฉลี่ย จะลดลงเป็นลำดับ สำหรับสมรรถภาพในการประกอบกิจต่างๆ(functional ability) จะลดถอยลงจนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี ก็จะมีเหลืออยู่ราวร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว และมักไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตเป็นอิสระได้ และจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งถ้าหากมีโรคเกิดขึ้น ก็อาจทำให้สมรรถภาพถดถอยเร็วกว่าปกติ และเข้าสู่ภาวะพึ่งพาเร็วขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาต่างๆ พบว่า ความชุก และ ความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน^(11,39-41)

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับอายุ และโรคที่เป็นอยู่แล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับสภาพสิ่งแวดล้อม ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุบางคนไม่อาจลุกขึ้นยืนจากการนั่งเก้าอี้เตี้ย ซึ่งมีเบาะนิ่มและไม่มีที่เท้าแขน แต่สามารถดันตัวเองขึ้นยืนได้ถ้าหากเก้าอี้ที่นั่ง มีความสูงพอเหมาะ เบาะนั่งไม่นิ่มจนเกินไป และมีที่เท้าแขนให้จับยึด อีกตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ บันไดทางลาด หรือห้องสุขาที่จัดทำสำหรับคนทุพพลภาพ หรือผู้สูงอายุในสถานที่ต่างๆ จะต้องมีการออกแบบที่เหมาะสมสำหรับใช้โดยบุคคลเหล่านี้ สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความลำบากสำหรับผู้ทุพพลภาพได้มากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุหรือบุคคลทุพพลภาพในกรุงเทพมหานคร อาจไม่มีโอกาสเข้ารับการรักษาตามสมควรจากโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากมีปัญหาการเดินทาง(ขึ้นรถประจำทางไม่ได้) หรือเดินข้ามถนนที่พลุกพล่าน หรือใช้สะพานลอยข้ามถนนไม่ได้ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ในประเทศตะวันตกจึงให้ความสำคัญอย่างมากต่อสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะภายในหรือภายนอก

อาคาร เพื่อที่จะลดภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และให้โอกาสแก่ผู้ทุพพลภาพ หรือผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างอิสระมากขึ้น

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึง ความสามารถในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาศักดิ์อื่นในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน

ความหมายของกิจวัตรประจำวัน(Activity of daily living)

มีผู้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันไว้หลากหลาย ในแต่ละความหมายนั้น มีประเด็นคล้ายคลึงกัน คือ เป็นกิจกรรมที่กระทำด้วยตนเอง ดังนี้

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ได้กระทำเป็นประจำแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า ถึงเข้านอน⁽⁴²⁾

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำ เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า ถึงเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง การนั่ง การยืน การเดิน และการทำสูชอนามัยส่วนบุคคล⁽⁴³⁾

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เป็นต้น⁽⁴⁴⁾

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตามความจำเป็น และความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวัน ได้ด้วยตนเอง และมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปด้วยดี

กิจกรรมของกิจวัตรประจำวัน

ทัศนีย์ รัชยา (2536) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เป็นความสามารถเฉพาะตน เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ครอบคลุมกิจกรรม ดังต่อไปนี้⁽⁴⁵⁾

การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ที่สูญเสียความสามารถในการใช้มือหยิบจับสิ่งของใช้ โดยขาดการทำงานร่วมกันระหว่างการใช้สายตา และการใช้มือ จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง จึงไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ การดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น แก้วน้ำ ช้อน ส้อม มีด ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

การแต่งตัว ความสามารถในการแต่งตัว ขึ้นอยู่กับ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการทรงตัวของผู้สูงอายุ กิจกรรมเกี่ยวกับการแต่งตัว ประกอบด้วย การหวีผม การโกนหนวด การสวมเสื้อผ้า และการสวมใส่เครื่องประดับ

การเดินทางและการเดิน ผู้สูงอายุสามารถเดินได้ดี ถ้ามีการทรงตัวที่สมดุล แต่โดยทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแนวโน้มที่จะล้มได้ง่าย เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความไวของ reflex ลดลง สายตาเสื่อมลง มีภาวะสมองเสื่อม และการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ยาลดความดัน ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัวได้

การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว มักจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำ โดยเดินเข้าห้องน้ำ และปฏิบัติกิจวัตรในส่วนนี้ได้ด้วยตนเอง

การขับถ่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ การช่วยเหลือเพื่อให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก คือ การให้ออกกำลังกาย หรือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีกากมาก การได้รับน้ำดื่มที่เพียงพอ การช่วยเหลือเกื้อหนุนทางจิตใจ และอารมณ์ เพื่อพักผ่อนคลายความเครียด และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดมืดชื้น และปลอดภัย ในเพศชายมักมีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ประกอบกับมักมีต่อมลูกหมากโต จึงกีดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละน้อย และ ต้องถ่ายบ่อย ในเพศหญิง การควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนกำลัง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เวลาไอหรือจาม ปัสสาวะจึงเล็ดออกมาด้วยเหตุดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงมักบ่นว่า ต้องปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะออกโดยไม่รู้ตัว และถ่ายปัสสาวะลำบาก

จะเห็นได้ว่า ข้อจำกัดหรือความบกพร่องต่างๆทั้งทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค หรือความพิการ หรือ ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมทั้ง ความพร่องทางสติปัญญา(cognitive impairment) สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้น

ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นกับสภาวะสุขภาพ และโรค หรือความพิการต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว Granger CV,et al (1979) ได้แบ่งระดับการพึ่งพาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ระดับการพึ่งพามาก(severe dependence) และระดับการพึ่งพาโดยสมบูรณ์(total dependence)⁽⁴⁶⁾ ส่วน The Royal College of Physicians of London and The British Geriatrics Society แบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับการพึ่งพาน้อย (mildly severe dependence) ระดับการพึ่งพามากปานกลาง(moderate severe dependence) ระดับการพึ่งพามาก(severe dependence) และ ระดับการพึ่งพาสมบูรณ์(total dependence)⁽⁴⁷⁾ สอดคล้องกับการแบ่งระดับการพึ่งพาตนเองในผู้สูงอายุของ Byrnes & Power (1989) ชำงใน

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับเช่นกัน คือ 1) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้สมบูรณ์ โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย หรือใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือ 2) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้เป็นส่วนมาก โดยต้องการอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือ จึงจะสามารถทำกิจกรรมได้ และต้องมีผู้ดูแลในการป้องกันความปลอดภัย 3) กลุ่มที่พึ่งตนเองได้เป็นส่วนน้อยโดยสามารถทำกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 50 แต่ยังคงอาศัยผู้ดูแลบ้างเล็กน้อย ถึงปานกลาง และ 4) กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ โดยสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าร้อยละ 50 และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนมากหรือเกือบทั้งหมด⁽⁴⁸⁾ นอกจากนี้ ทศนีย์ ระย้า (2536) ได้แบ่งระดับการพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชั้นพื้นฐานไว้ 3 ระดับ คือ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 2) กลุ่มที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด⁽⁴⁵⁾

อาจสามารถกล่าวได้ว่า กิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จะเป็นเครื่องชี้วัดของภาวะสุขภาพ ความผาสุกในชีวิต และโครงสร้างที่สมบูรณ์ของร่างกาย การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้วัดสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และบ่งบอกถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน(Basal activity of daily living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำเนินชีวิต(Instrumental activity of daily living ; IADL)⁽³⁹⁾ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมที่ถูกเลือกมาใช้อาจแตกต่างกัน ตามลักษณะของผู้ที่ได้รับการประเมิน และสภาพสังคม วัฒนธรรม แบบประเมินที่สร้างขึ้นครั้งแรก โดย Katz ในปี ค.ศ. 1957 ใช้วัดผลการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ซึ่งอธิบายถึงระดับของการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนไหวก้าวไปตามที่ต่างๆในบริเวณบ้าน และการรับประทานอาหาร ซึ่ง Katz ได้กล่าวว่า ความสามารถเหล่านี้เป็นหน้าที่พื้นฐานทางด้านชีววิทยา(Primary biological function) อย่างไรก็ตามก็ได้มีผู้สร้างแบบประเมินเพื่อวัดระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลายชนิด และส่วนใหญ่จะให้กับผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา แนวคิดเกี่ยวกับการวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันได้ขยายออกไป โดยได้เพิ่มกิจกรรมที่สัมพันธ์กับปัญหาของการดำเนินชีวิตในชุมชน เช่น การไปซื้อของ การประกอบอาหาร การบริหารการเงิน ซึ่งจากการเพิ่มกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้มีคำที่เรียกใช้เครื่องมือวัดกิจกรรมเหล่านี้ว่า Instrumental activity of daily living (IADL)⁽⁴⁹⁾

Lawton and Brody cited in Leidy (1994) ได้สร้างแบบประเมิน The Physical Self-maintenance Scale เพื่อประเมินความสามารถด้านต่างๆของผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งที่อาศัยอยู่ที่บ้าน และในสถานรักษาพยาบาล ซึ่งมีแนวคิดคล้ายกับ Katz คือวัดความสามารถในการประกอบกิจกรรม 6 กิจกรรม แต่เพิ่มบางกิจกรรม ได้แก่ การจ่ายตลาด การเดินทาง⁽⁵⁰⁾

ส่วนกิจกรรมในแบบประเมินวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนอื่นๆ ก็พบว่ามีความแตกต่างกันไป เช่น Kenney Index of ADL จะไม่ได้วัดในเรื่องการใช้สุขา การควบคุมการขับถ่าย แต่เพิ่มการเคลื่อนย้ายออกจากเตียง และการเดินทาง Pfeffer ได้ปรับปรุงแนวคิดที่ได้จาก Lawton and Brody เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับหน้าที่ทางด้านสังคม(social function) เข้าไปแบบประเมินนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่าง ดังนี้คือ การบริหารจัดการด้านการเงิน การกรอกแบบฟอร์มต่างๆ การซื้อสิ่งของจำเป็น การทำกิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะ การประกอบอาหาร การเตรียมอาหาร การติดตามข่าวสารต่างๆ การให้ความสนใจ เข้าใจและพูดคุยเกี่ยวกับเนื้อหาสำคัญ การจำการนัดหมายที่สำคัญ และการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ⁽⁴⁹⁾

ส่วน Barthel and Hamoney ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงขึ้น ชื่อว่า Barthel Index ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น⁽⁴⁹⁾ นอกจากนี้ ยังมีแบบประเมินอื่นอีกหลายแบบ ได้แก่ Kenny ADL Scale, Lambeth Screening Questionnaire, Northwick Park ADL Scale, PULSES Profile, Rankin Scale เป็นต้น⁽⁴⁷⁾

จะเห็นได้ว่า เกือบทั้งหมดของแบบประเมินที่ใช้วัดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาเหล่านี้ ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับคนในวัฒนธรรมตะวันตก การเลือกกิจกรรมและการให้น้ำหนัก หรือคะแนนของแต่ละกิจกรรม เพื่อประกอบกันเป็นแบบประเมินจึงเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องพิจารณาก่อนที่จะนำเอาแบบประเมินเหล่านี้มาใช้ในประเทศไทย ซึ่งมีวัฒนธรรมแตกต่างกันออกไป และควรที่จะมีการศึกษาถึงคุณค่า(validity) และความน่าเชื่อถือ(reliability) ของแบบประเมินเสียก่อน หรือ อาจพิจารณาสังเคราะห์แบบประเมินที่เหมาะสมขึ้นใหม่โดยเฉพาะ แบบประเมินที่ใช้วัดภาวะทุพพลภาพจากกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งแม้แต่ในประเทศทางตะวันตกเองก็ยังไม่มีการประเมินที่ยอมรับกันทั่วไปได้⁽⁴⁷⁾

ระบอบวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้สร้างแบบประเมินสำหรับวัดภาวะทุพพลภาพ หรือภาวะพึ่งพา ของผู้สูงอายุไทยขึ้น โดยใช้ชื่อว่า แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติพื้นฐาน(Modified Barthel ADL Index) แบบวัดส่วนนี้ได้ผ่านการทดสอบคุณค่า(validity)

และความน่าเชื่อถือ(reliability) แล้วในผู้สูงอายุไทย พบว่า มีความเหมาะสมเพียงพอ และสามารถนำมาใช้กับประชากรสูงอายุไทย โดยแบบประเมินนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 10 อย่างเช่นเดียวกับของเดิม(Barthel ADL Index) ส่วนแบบประเมินโดยใช้วัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติในการดำรงชีวิตได้ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับสังคม และวัฒนธรรมของไทย และพบว่ามีคุณค่าที่จะใช้ได้กับผู้สูงอายุไทย มีชื่อว่า ดัชนีจุฬา เอ ดี แอล(Chula ADL Index : CAI) ประกอบด้วยกิจกรรม 5 อย่าง ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน/การซักผ้า การทอนเงินและแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว⁽³⁸⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

นิตา ชูโต (2525) ศึกษาเรื่องคนชราไทย พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ซึ่งพบว่า มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 50.4 และต้องได้รับการรักษาอย่างจริงจังร้อยละ 16.4 และมีสัดส่วนประชากรหญิงมากกว่าชาย เป็นหญิงหม้ายหรือหย่าร้างมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา หรือ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร มีฐานะยากจน ลักษณะครอบครัวอยู่รวมกับคู่สมรสหรือครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยบุตรหลาน มีร้อยละ 5.0 ที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง ผู้สูงอายุร้อยละ 40.0 ยังทำงานหารายได้⁽¹⁸⁾

บรรลุ ศิริพานิช (2525) ได้รายงานการศึกษาความชุกของโรค หรือ ความผิดปกติบางประการที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ได้แก่ การสูญเสียแขนขา ตาบอด หูหนวก การได้ยินไม่ปกติ อัมพาต โรคจิต โรคประสาท ปัญญาอ่อน ดิถยาเสพติด ต้มสุรา และความผิดปกติอื่นๆที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถประกอบอาชีพใดๆได้ พบว่า ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุ มีโรคหรือความผิดปกติบางประการที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ในขณะที่พบน้อยกว่าร้อยละ 1 ในคนอายุน้อยกว่า 6 ปี สาเหตุหรือความผิดปกติสำคัญที่สำรวจพบในการศึกษานี้ ได้แก่ สูญเสียแขนขา ตาบอด หูหนวก การได้ยินไม่ปกติ อัมพาต ปัญญาอ่อน⁽³⁹⁾

สมมณา ชมพู่ทวีป และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ถามถึงความสามารถในการปฏิบัติตัวต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะบ่งชี้ถึงสภาวะความเสื่อมพิกการของอวัยวะต่างๆตามวัย พบว่า ร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุต้องใช้ฟันปลอม มีอาการปวดข้อเข้าเกิดจากความเสื่อมของข้อถึงร้อยละ 42 ปัญหาเรื่องการมองเห็นไม่ชัดร้อยละ 26 ด้านการติดต่อร้อยละ 25 ที่มีความไม่เข้าใจในความหมายของคำพูด หรือการกระทำของผู้อื่น และอีกร้อยละ 25 มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้าและกังวลใจ ผู้สูงอายุร้อยละ 23 ที่มีอาการสับสน หลงวัน เวลา สถานที่ และบุคคล ร้อยละ 18

ที่มีปัญหาหลักันปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 4 ของผู้สูงอายุรู้สึกว่ายากลำบาก และร้อยละ 14 ที่รู้สึกมีปัญหานูฟงไม่ได้ยิน⁽⁵¹⁾

นริศรา สีสามนิตย์ (2534) ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ โดยในส่วนของความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันนั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ร้อยละ 94.8 ลักษณะงานที่ทำได้แก่ งานบ้าน รับจ้างทำนา ถอนหมอมหัวใหญ่ ทำความสะอาดบ้าน ดายหญ้า และตัดใบตอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ โรคตับ โรคข้ออักเสบ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ช่วยตนเองได้น้อย ต้องให้บุตรหลาน ภรรยา หรือสามี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแล⁽⁵²⁾

จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2534) ศึกษาผู้สูงอายุในชมรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี จำนวน 303 คน โดยพิจารณาความสามารถในการทำกิจกรรม 8 อย่างได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ และการใช้จ่ายเงิน พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 7 ใน 8 กิจกรรม คือ ร้อยละ 81.5 มีเพียงกิจกรรมเดียว คือเรื่องการเดินทางที่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ร้อยละ 18.5 และพบว่า กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ⁽⁵³⁾

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2536) ได้รายงานผลการสำรวจผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ จนไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ในรอบปีที่ผ่านมา รวมเป็นร้อยละ 37.6 และร้อยละ 45 รู้สึกไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ร้อยละ 44 มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทั้งสองประการสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ต้องการ⁽³⁴⁾

ทัศนีย์ ระย้า (2536) ศึกษาระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.5 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระดับช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด รองลงมาคือ ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางกิจกรรม และมีส่วนน้อย(ร้อยละ 0.6) ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยกิจกรรมที่ต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือที่พบมากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้องหรือบ้าน รองลงมาคือ การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่พบได้แก่ ปัญหาด้านฟัน รองลงมาได้แก่ ปัญหาด้านตา โรคประจำตัวที่พบได้แก่ โรคปวดข้อ ปวดหลัง อาการปวดศีรษะ ภาวะอาหารอักเสบ และโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ รายได้⁽⁴⁵⁾

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2536) ศึกษาความชุก และผลกระทบจากการกลั้นปัสสาวะผิดปกติในผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 16.2 มีปัญหาหลักันปัสสาวะผิดปกติ โดยที่มี

ถึงร้อยละ 7.8 ที่มีความผิดปกติอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน และร้อยละ 54.4 ของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในการกลืนปัสสาวะ ถูกจัดอยู่ในชั้นรุนแรง ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุหญิง(ร้อยละ 78) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ ร้อยละ 64 รายงานว่า ความผิดปกติดังกล่าว มีผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ร้อยละ 91.2 ไม่เคยไปปรึกษาแพทย์ในปัญหาดังกล่าว โดยในจำนวนนี้เข้าใจว่าเป็นความผิดปกติจากความชรา และร้อยละ 49.1 ของผู้ดูแลไม่ทราบมาก่อนว่าผู้สูงอายุที่ตนให้การดูแลอยู่มีปัญหากการกลืนปัสสาวะ⁽⁵⁴⁾

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) ศึกษาความชุก และปัจจัยของภาวะทุพพลภาพ และสาเหตุของภาวะทุพพลภาพรุนแรง ในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแออัดคลองเตยทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 11.7 มีภาวะทุพพลภาพ โดยที่ร้อยละ 1.6 มีคะแนน Barthel ADL index ต่ำกว่า 12 ซึ่งจัดเป็นผู้มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงมาก หรือรุนแรงปานกลาง พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 82 โดยที่ร้อยละ 45 มีสาเหตุสำคัญมาจาก โรคเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี ความพอใจในชีวิตค่อนข้างต่ำ ความพอใจในความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวค่อนข้างต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ เพศหญิง เป็นหม้าย และไม่ได้ทำงานใดๆ มีปัญหาการเงิน ชนิดของภาวะทุพพลภาพที่มีความสำคัญและพบบ่อย ได้แก่ การเคลื่อนที่ การเอื้อมและยึด การหยิบจับ การกลืนปัสสาวะ และการมองเห็น⁽¹¹⁾

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง โดยในเขตเทศบาลตอบว่ามีสุขภาพดี และสุขภาพไม่ดีมากกว่ามีมากกว่านอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ มีผู้สูงอายุร้อยละ 2.5 ที่เดินไม่ได้ ร้อยละ 8.4 ต้องมีคนช่วยพาไป และร้อยละ 4.8 ไปไหนไม่ได้เลย ผู้สูงอายุกว่าครึ่งสามารถมองเห็น และได้ยินชัดเจนดี สัดส่วนของผู้สูงอายุชายมีความสามารถในการเดิน ทั้งภายในและภายนอกบ้าน การมองเห็น การฟัง และการเคี้ยวอาหารสูงกว่าสัดส่วนของเพศหญิง ไม่ว่าจะพิจารณาตามภาค หรือเขตการปกครองก็ตาม⁽⁵⁵⁾

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2538) ได้ทำการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป) ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่า ยังมีสุขภาพแข็งแรง และปานกลาง โดยเฉพาะในกรุงเทพฯจะมีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น และเมื่อเทียบกับสุขภาพกับคนวัยเดียวกัน ประมาณร้อยละ 40 เห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงกว่า โดยเฉพาะในภาคกลาง ผลการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันในรอบ 6 เดือนก่อนการสำรวจ พบมีอัตราเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยเพศหญิงสูงกว่าชาย ในเขตเมืองสูงกว่าในชนบท รองลงมาคือ โรคหัวใจ ในชนบทสูงกว่าในเมือง และเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และอัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ อัตราการบาดเจ็บสูงสุดในภาคกลาง⁽⁵⁶⁾

ัญญลักษณ์ หอบรรลือกิจ (2538) ศึกษาหาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความรุนแรงของความพิการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ พบว่า ภาวะทุพพลภาพในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวร้อยละ 29 และภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือไปจากกิจวัตรส่วนตัวร้อยละ 69 ภาวะความพิการที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวถึงร้อยละ 99 ส่วนภาวะความพิการที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรอื่น ๆ มีร้อยละ 18 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศ การรับรู้สุขภาพ ความเป็นโรค ความพิการ⁽⁵⁷⁾

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2538) ศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุมากกว่า ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า มีจำนวนอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้สูงกว่า มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า ในอัตราสูงกว่า พำนักอยู่ในสถานสงเคราะห์มานานกว่า⁽⁵⁸⁾

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2539) รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทุกกิจกรรม ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างชัดเจน กิจกรรมที่มีปัญหาการทำด้วยตนเองในสัดส่วนสูงสุด คือ การเดินไปมาในบ้าน ระดับการมีปัญหาทุกกิจกรรมเพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาการเดินไปมาในบ้าน สูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างชัดเจน ประมาณร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุมีปัญหากินอาหาร การใส่เสื้อผ้าหรืออาบน้ำด้วยตนเองไม่ได้ ร้อยละ 38 มีปัญหาไม่สามารถนั่งยองๆ ได้ ร้อยละ 9 มีปัญหากลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 3 มีปัญหากลั้นอุจจาระ ร้อยละ 12 มีปัญหาถ่ายอุจจาระไม่ออกหรือไม่ได้ ส่วนโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดหลัง/ปวดเข่า รองลงมา คือ ไช้ข้ออักเสบ โรคความดันโลหิตสูง และโรคกระเพาะอาหาร ระดับการเป็นโรคแต่ละโรคแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ⁽⁵⁹⁾

คมสัน แก้วระยะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับดี ระดับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล⁽⁶⁰⁾

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในต่างประเทศ

Nair (1989) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในประเทศฟิจิ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และสาธารณรัฐเกาหลี โดยพิจารณาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกิจกรรม 10 อย่าง ได้แก่ การรับ

ประทานอาหาร การเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตนเอง การสวมใส่เสื้อผ้า การแต่งตัว(ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน และโกนหนวด) การเดินทาง และการใช้จ่ายเงินด้วยตนเอง พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากสามารถทำกิจกรรมทั้ง 10 อย่างได้ด้วยตนเองโดยปราศจากการช่วยเหลือจากผู้อื่น⁽⁴⁴⁾

Stone SP, et al (1993) ศึกษาภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุจำนวน 212 คน ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 เดือน ในแผนกอายุรกรรม ขณะแรกรับและก่อนกลับบ้าน ผลการศึกษาพบว่า แกร็บมีร้อยละ 39 ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 36 มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย ร้อยละ 15 มีภาวะทุพพลภาพปานกลาง ร้อยละ 4 มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรง และร้อยละ 6 มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงมาก ประมาณร้อยละ 80 สามารถเดิน, เคลื่อนย้ายตนเอง, กลับปัสสาวะ และล้างหน้าแปรงฟันได้ แต่ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ไม่สามารถแต่งตัวหรือใช้ห้องน้ำเพื่อปัสสาวะอุจจาระได้โดยลำพัง และมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถอาบน้ำ หรือขึ้นบันไดได้ด้วยตนเอง⁽⁶¹⁾

Campbell AJ, et al (1994) ศึกษาความชุกของภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ(อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพในการทำกิจกรรมเหล่านี้ได้แก่ การรับประทานอาหารร้อยละ 3 การออกไปนอกบ้านไกลๆร้อยละ 24.4 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ ข้ออักเสบ โรคเส้นเลือดในสมองตีบ หรือแตก และโรคสมองเสื่อม(dementia)⁽⁶²⁾

Sonn U, et al (1995) ศึกษาการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับภาวะพร่องทางกาย และความจำกัดในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเมื่ออายุ 70 ปี และติดตามไปศึกษาที่อายุ 76 ปี พบว่า กิจกรรมที่ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ ความเร็วในการเดิน(maximum walking speed) การยึดจับ การขึ้นบันได การยึดของของหัวเข่า จากการทำ multivariate พบว่า ความเร็วในการเดินทั้งในชายและหญิง ภาวะพร่องในการมองเห็นของชาย มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน($p < .01$, $p < .05$ ตามลำดับ) และระดับความสามารถของการทำกิจกรรม คือ ความสามารถในการเดิน และ การยึดของของข้อเข่า เมื่ออายุ 70 สามารถทำนายการเกิดภาวะทุพพลภาพภายในอีก 6 ปี ได้⁽⁶³⁾

Sonn U, et al (1996) ศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปี และติดตามวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอีกเมื่ออายุ 73 และ 76 ปี ผลการศึกษาพบว่า เมื่ออายุ 70 ปี มีผู้สูงอายุร้อยละ 13 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basal activity of daily living) และร้อยละ 4 ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรเชิงปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิต(Instrumental activity of daily living) โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มแรก นอกจากนี้ อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวถึง 76 ปี เท่ากับร้อยละ 30 (ร้อยละ 8 ระหว่างอายุ 70-73 ปี, ร้อยละ 26 ระหว่างอายุ 73-76 ปี) และ ส่วนใหญ่มักต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการทำกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติเพื่อ

การดำเนินชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ คือ เพศ โดยเพศชายมักต้องพึ่งพาในกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ การทำอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัวมากกว่าเพศหญิง⁽⁴¹⁾

Williamson D, et al (1996) ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุที่มีการทำหน้าที่ลดลง เพื่อจัดเข้าเป็นกลุ่ม old age พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกลุ่ม old age มีความลำบากในการปฏิบัติ คือ การแต่งตัว(ร้อยละ 31) การเดินรอบบ้าน(ร้อยละ 25) การเดิน 1/2 ไมล์(ร้อยละ 25) การตัดเล็บนิ้วเท้า(ร้อยละ 16) การลุกจากที่นอนหรือเก้าอี้ หรือรถ(ร้อยละ 14) การขึ้นลงบันได(ร้อยละ 13) โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคข้ออักเสบ โรคหัวใจ และการสูญเสียการได้ยิน สำหรับปัจจัยเพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และการรับรู้(cognitive) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้สูงอายุที่ถูกจัดเข้ากลุ่ม old age และผู้สูงอายุที่ไม่จัดเข้ากลุ่ม⁽⁶⁴⁾

Langlois A, et al (1996) ศึกษาระดับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ น้อย ปานกลาง และมาก พบว่า ร้อยละ 21 มีภาวะทุพพลภาพมากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐาน และ ร้อยละ 40 มีภาวะทุพพลภาพระดับน้อย หรือปานกลาง ซึ่งขึ้นกับความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดำเนินชีวิต และการทำหน้าที่ทางกาย(physical function activities) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพก กระดูกขา แดงหัก ก็มีความสัมพันธ์อย่างมากกับระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพเช่นกัน⁽⁶⁵⁾

Allain TJ, et al (1997) ศึกษาความทุกข์ของภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 278 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนน้อย(น้อยกว่าร้อยละ 4) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(Basal activity of daily living) ด้วยความลำบาก แต่ผู้สูงอายุร้อยละ 30 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเชิงปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิต(Instrumental activity of daily living) ด้วยความลำบาก โดยผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการมองเห็นและการเคลื่อนที่(ร้อยละ 67) ซึ่งไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ และเหมาะสมเนื่องจากมีปัญหาเรื่องการเงิน โดยผู้สูงอายุร้อยละ 60 ยังต้องทำงานเพื่อหาเงิน นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ยังเสื่อมลงตามอายุด้วย⁽⁶⁶⁾

Laukkanen P, et al (1997) ศึกษาภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 75 ปี(younger age group) และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปี(older age group) โดยติดตามศึกษาไป 5 ปี ใช้การสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า จำนวนโรคที่พบและสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งชายและหญิงมีอาการเฉลี่ย 1-2 อาการที่ทำให้พวกเขารู้สึกยุ่งยากหรือลำบากมาก โดยที่จำนวนอาการก็เพิ่มขึ้นในระหว่างการติดตามศึกษา สัดส่วนของความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเพิ่มขึ้นในทั้ง 2 กลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายที่เป็นหญิงร้อยละ 14.9-49.9 ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทางกาย(physical ADL)อย่างน้อย 1 กิจกรรม กิจกรรมทางกายภาพที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด คือ การตัดเล็บนิ้วเท้า การขึ้นบันได การเดิน/

เคลื่อนย้าย การล้างหน้าทำความสะอาดฟัน โคนหนวด และในกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด ได้แก่ การไปซื้อของ การบริหารการเงิน การทำความสะอาด การขึ้นรถสาธารณะ⁽⁶⁷⁾

Ferrucci L, et al (1997) ศึกษาการเกิดภาวะทุพพลภาพโดยติดตามไปข้างหน้าในผู้สูงอายุ(อายุ 70ปี ขึ้นไป) ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพมาก่อน พบว่า ร้อยละ 72.1 เกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรงมาก(catastrophic disability) ร้อยละ 48.6 เกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น(progressive disability) ร้อยละ 14.7 ที่ยังคงไม่มีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 22.3 ที่มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อย โรคที่พบมากในกลุ่มที่มี catastrophic disability คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ส่วนโรคเบาหวาน และอาการขาดน้ำ พบมากในกลุ่ม progressive disability ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาเท่าที่ควร ส่วนปัจจัยด้านเพศ และอายุ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการเกิดภาวะทุพพลภาพ⁽⁶⁸⁾

Leon F, et al (1997) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านเชื้อชาติในการเกิดภาวะทุพพลภาพ พบว่า ผู้สูงอายุผิวดำมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุผิวขาว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า 75 ปี (odd at age 65 yrs. = 3.33 และ 1.58 ใน 2 พื้นที่) และผู้สูงอายุผิวดำยังมีอัตราการตายสูงกว่า และยังพบว่า ปัจจัยความแตกต่างด้านเชื้อชาติที่มีผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพนั้นจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เมื่อฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และภาวะสุขภาพไม่ดี⁽⁶⁹⁾

Bowling A, et al (1997) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการทำหน้าที่ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต ความพึงพอใจในชีวิต การใช้บริการทางการแพทย์ และการให้การสนับสนุนของรัฐบาล ในผู้สูงอายุที่อายุ 65-84 ปี ใน 2 เมือง และอายุมากกว่า 85 ปี ใน 1 เมือง พบว่า ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่แย่ อาการ/โรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและข้อต่อ และ ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสังคมสงเคราะห์ และการใช้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ กลุ่มที่อายุน้อย(65-84 ปี)จะมีคะแนนการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก(85 ปี ขึ้นไป)⁽⁷⁰⁾

Hebert R, et al (1997) ศึกษา อุบัติการณ์การลดลงของการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ 75 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในบ้าน และติดตามไปข้างหน้า 3 ปี พบว่า อุบัติการณ์การลดลงของการทำหน้าที่เท่ากับ ร้อยละ 11.9 อายุมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการลดลงของการทำหน้าที่ แต่ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ อุบัติการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพอยู่แล้วในปีแรกของการศึกษาเท่ากับ ร้อยละ 7.5 และ ร้อยละ 17.9 ในปีต่อมา โดยที่อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะทุพพลภาพนี้⁽⁷¹⁾