

Functional Ability of Elderly Thai People in Activities of Daily Living and Ambulation

Thongsopit V, MD.

Riewpaiboon W, MD.

Kuptniratsaikul V, MD.

Tosayanonda O, MD.

Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

Thongsopit V, Riewpaiboon W, Kuptniratsaikul V, Tosayanonda O. Functional ability of elderly Thai people activities of daily living and ambulation. J Thai Rehabil 1995;4(3):11-17

Abstract

The survey of elderly Thai people whose age was 60 and over, was carried out at Yaicha, Sampran District, Nakhonprathom on August 1993 in order to identify functional ability of elderly Thai people regarding daily activities and ambulation.

Ninety-seven people (21.85% of total population) whose mean age was 70.13 years (SD = 7.92 years) were interviewed and assessed using the Barthel Index. The elderly were totally independent (60.8%), slightly dependent (20.6%), moderately dependent (12.4%), severely dependent (3.1%) and totally dependent (3.1%).

The most frequent impairments of functional abilities were found to be incontinence of bladder (30.9%), inability to walk 50 yards along a level surface (18.6%), difficulty ascending and descending stairs (17.5%). Also, the factors that statistically correlated with functional impairments were aging, number of children, present responsibilities, right and left hemiparesis and osteoarthritis of knee.

บทคัดย่อ

การสำรวจผู้สูงอายุไทยซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ตำบลยายชา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2536 โดยการสัมภาษณ์และใช้ดัชนีบาร์เทล เพื่อทราบสมรรถภาพของผู้สูงอายุไทยในด้านกิจวัตรประจำวันและการเดิน สามารถรวบรวมข้อมูลได้ 97 ราย คิดเป็น 21.85% ของประชากรทั้งหมด อายุเฉลี่ย 70.13 (SD = 7.92 ปี) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยจัดเป็นผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 60.8% ผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย 20.6% ผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 12.4% ผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก 3.1% และผู้ที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 3.1% การสำรวจพบว่าความสามารถที่สูญเสียไปมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสามารถในการกลั้นการขับถ่ายปัสสาวะ การเดินในแนวราบ และการเดินขึ้นลงบันได โดยพบถึง 30.9%, 18.6% และ 17.5% ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการสูญเสียความสามารถ คือ อายุที่มากขึ้น การมีบุตรจำนวนมาก ภาระหน้าที่ปัจจุบัน การมีอัมพฤกษ์ครึ่งซีก และภาวะข้อเข่าเสื่อม

จากสถิติของการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2533 พบว่า ประชากรซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 3,974,900 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.29 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2523 ประชา-

กรกลุ่มอายุเดียวกันมีจำนวน 2,445,280 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.46 ยิ่งกว่านั้นจากการประมาณการประชากร ในปี พ.ศ. 2543 คาดว่า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 5,005,000 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 ของประชากรทั้งหมด ดังนั้นการทราบปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุรวมทั้งปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ จึงมีความสำคัญยิ่ง(1,2) น่าที่จะมีการศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุไทยในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน และการเดินโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง(3-10)

Granger และคณะ(11) ได้ทำการศึกษาศมรรถภาพในผู้ป่วย 27,669 ราย โดยใช้ FIM (Functional Assessment Measure) พบว่า ในด้านของระบบประสาทสั่งการ (motor system) นั้น การเดินขึ้นลงบันได การเคลื่อนย้ายไปห้องน้ำ และการเดิน เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในขณะที่การรับประทานอาหารและการล้างหน้า นวดมแปร่งฟัน พบเป็นปัญหาน้อยที่สุด

Pinholt และคณะ(12) ได้ศึกษาศมรรถภาพในด้านกิจวัตรประจำวันและการเดินในประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป ในปี 1987 พบมีการสูญเสียความสามารถด้านการเดิน ร้อยละ 39, การตอบสนองต่อสังคม ร้อยละ 32 และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ ร้อยละ 29 นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์มักมุ่งความสนใจในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความสามารถอย่างมาก ซึ่งต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล และใช้ค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก แต่มักมองข้ามปัญหาในรายที่มีการสูญเสียความสามารถน้อยและปานกลาง ซึ่งยังสามารถให้การดูแลด้วยค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า และยังสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นได้

ปัจจุบันยังไม่มีรายงานการศึกษาวิเคราะห์อย่างชัดเจนในเรื่องของปัจจัยทั่วไป และปัจจัยพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีผลต่อสมรรถภาพในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการเดินของผู้สูงอายุในประเทศไทย การทราบสถานการณ์ดังกล่าวจะนำไปสู่การวางแผนการจัดบริการรองรับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม(2,13) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจัดบริการดังกล่าวด้วย จึงเห็นสมควรทำการศึกษานี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

..เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการ

ทางการแพทย์ในผู้สูงอายุไทย โดยมีแนวทางดังนี้

1. เพื่อศึกษาศมรรถภาพของผู้สูงอายุไทย ในด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ และการเดิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียความสามารถที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย

การเลือกพื้นที่และประชากรเป้าหมาย

ทำการสำรวจผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ตำบลยายชา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2536 โดยการสุ่มตัวอย่าง 2 หมู่บ้าน จาก 6 หมู่บ้านในตำบลยายชา (หมู่ 4 และหมู่ 6) สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถึง 91.3% ในหมู่ 4 และ 87.3% ในหมู่ 6 รวมเป็นประชากรสูงอายุ 97 ราย หรือคิดเป็น 21.85% ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในตำบลยายชา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ในเรื่องของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพ และประเมินสมรรถภาพโดยการสอบถามหรือให้ผู้สูงอายุแสดงกิจกรรมนั้น ทำการสำรวจและประเมินผลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว ด้วยการให้คะแนนตามความสามารถในกิจกรรมนั้น ๆ โดยใช้เกณฑ์ดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) แล้วรวมคะแนนทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ, อายุ, ภูมิลำเนา, อาชีพเดิม, ภาระหน้าที่ปัจจุบัน เป็นต้น ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ ร้อยละ (%)
2. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น ประวัติโรคประจำตัว, การดื่มเหล้า, การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร, การดื่มน้ำ เป็นต้น ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ ร้อยละ (%)

3. การใช้ดัชนีบาร์เทิลในการให้คะแนนสมรรถภาพของผู้สูงอายุไทยในด้านต่าง ๆ ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ มัชฌิมเลขคณิต (X) :

4. ความถี่ของการสูญเสียความสามารถในผู้สูงอายุไทย ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ ร้อยละ (%) :

5. จากการรวมคะแนนของดัชนีบาร์เทิล นำมาใช้จัดกลุ่มผู้สูงอายุไทยตามความสามารถในการพึ่งพาตนเอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ คือ ร้อยละ (%) :

6. การทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในประชากรที่มีอายุและเพศต่างกัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์คือ one way ANOVA ร่วมกับ LSD :

7. การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่พบบ่อย 3 อันดับแรก โดยใช้สถิติวิเคราะห์คือ Pearson's coefficient of correlation, chi-square และร้อยละ (%) :

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ก. ข้อมูลประชากร (demographic data)

- 1. เพศ พบเพศชาย 47.4% หญิง 52.6%
- 2. อายุ ผู้สูงอายุทุกรายมีอายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 70.13 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.92 ปี เพศชายมีอายุระหว่าง 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 70.22 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.22 ปี เพศหญิงมีอายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 70.06 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.18 ปี แบ่งประชากรที่สำรวจได้ตามกลุ่มอายุและเพศ ดังตารางที่ 1

ข. ข้อมูลทั่วไป (general data)

- 1. ภูมิลำเนา : นครปฐม 94.8% ต่างจังหวัด 5.2%
- 2. อาชีพเดิม : ทำนา 29.9% ทำสวน 39.2% ทำนาและทำสวน 6.2% ค้าขาย 5.2% รับราชการ 5.2% ทำงานบ้าน 2.1% รับจ้างทั่วไป 11.3% บวชเป็นพระ 1.0%
- 3. ภาระหน้าที่ปัจจุบัน : ทำสวน 24.7% ค้าขาย 3.1% เลี้ยงหลาน 6.2% ทำงานบ้าน 26.8% รับจ้างทั่วไป

5.2% ทำงานบ้านและเลี้ยงหลาน 1.0% บวช 1.0% ไม่ได้ทำงาน 32.0%

นอกจากนี้ได้ศึกษาถึง : สถานภาพสมรส จำนวนบุตร บุคคลในบ้าน การศึกษาสูงสุด มือข้างที่ถนัด

ค. ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ (basic health data)

- 1. ประวัติโรคประจำตัว :
 - สุขภาพแข็งแรงดี 45.4% ความดันโลหิตสูง 18.6% ข้อเข่าเสื่อม 15.5% ต้อกระจก 8.2% ท้องอืดท้องเฟ้อ 5.2% เบาหวาน 5.2% แผลในกระเพาะอาหาร 3.1% อัมพฤกษ์ครึ่งซีกซ้าย 3.1% อัมพฤกษ์ครึ่งซีกขวา 3.1% หอบหืด 3.1% ปวดหลังและกระดูกสันหลังคด 2.1% พาร์กินสัน 1.0% วัณโรคปอด 1.0% ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ 1.0% กระดูกต้นขาหัก 1.0% เนื้องอกในสมอง 1.0%
- 2. การเดินภายในบ้าน (household ambulation)
 - เดินได้ดี 88.1% เดินใช้ไม้เท้า 5.2% เดินใช้ walker 1.0% เดินโดยมีคนช่วย 1 คน 1.0% เดินโดยมีคนช่วย 2 คน 1.0% นั่งติด 1.0% ผู้อื่นอุ้ม 2.1%
- 3. การเดินนอกบ้าน (community ambulation)
 - เดินได้ดี 84.5% เดินใช้ไม้เท้า 6.2% เดินโดยมีคนช่วย 1 คน 3.1% เดินโดยมีคนช่วย 2 คน 1.0% มีคนช่วยเข็นรถเข็น 1.0% ผู้อื่นอุ้ม 4.2%

ตารางที่ 1. จำนวนประชากรที่สำรวจได้ แบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ

	อายุ (ปี)				
	60-64	65-69	70-74	75-84	รวม
ชาย (คน)	13	11	9	13	46
หญิง (คน)	13	14	10	14	51
รวม (คน)	26	25	19	27	97
รวม (%)	26.8	25.8	19.6	27.8	100.0

พบว่า เพศชายและหญิง มีอัตราส่วนประมาณ 1:1 ในทุกกลุ่มอายุ และจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มมีจำนวนใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2. จำนวนประชากรแบ่งตาม Barthel Index Score และกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	Barthel Index Score					รวม
	พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 0-20 คะแนน	พึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก 21-61 คะแนน	พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 62-90 คะแนน	พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย 91-99 คะแนน	ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 100 คะแนน	
60-64	-	-	1	2	23	26
65-69	-	-	-	11	14	25
70-74	-	-	4	2	13	19
75	3	3	7	5	8	27
จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	3	3	12	20	59	97
จำนวนผู้สูงอายุ (%)	3.1	3.1	12.4	20.6	60.8	100.00

พบว่า ผู้สูงอายุที่จัดเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด และต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก มีอย่างละ 3 คน ซึ่งทุกคนมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มซึ่งไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีจำนวนถึง 60.8% และเห็นได้ว่า ผู้ที่อายุน้อยจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุมาก

ตารางที่ 3. แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรม ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุ

Activities	กลุ่ม 1 60-64 ปี	กลุ่ม 2 65-69 ปี	กลุ่ม 3 70-74 ปี	กลุ่ม 4 75 ปี และ มากกว่า	ทุกอายุ	ANOVA	
						F-ratio	F-prob
FEED (10)	10 ± 0.00	10 ± 0.00	10 ± 0.00	8.33 ± 3.40	9.54 ± 1.92	5.5928	.0014
Wc-B (15)	15 ± 0.00	15 ± 0.00	15 ± 0.00	13.15 ± 4.19	14.48 ± 2.34	4.5286	.0052
PST (5)	5 ± 0.00	5 ± 0.00	5 ± 0.00	3.70 ± 2.23	4.64 ± 1.30	7.8299	.0001
FTOF (10)	10 ± 0.00	10 ± 0.00	10 ± 0.00	8.15 ± 3.71	9.48 ± 2.10	5.7956	.0011
BTS (5)	5 ± 0.00	5 ± 0.00	5 ± 0.00	3.89 ± 2.12	4.69 ± 1.21	6.5918	.0006
WLS (15)	14.81 ± 0.98	15 ± 1.87	14.21 ± 1.87	11.30 ± 4.51	13.76 ± 2.98	11.7964	.0000
ADS (10)	9.81 ± 0.18	10 ± 0.00	9.21 ± 1.87	6.48 ± 4.12	8.81 ± 2.77	12.3735	.0000
DUD (10)	10 ± 0.00	10 ± 0.00	10 ± 0.00	8.15 ± 3.71	9.48 ± 2.10	5.7956	.0011
COBD (10)	10 ± 0.00	10 ± 0.00	9.74 ± 1.15	8.70 ± 2.97	9.59 ± 1.72	3.6947	.0146
COBD (10)	9.62 ± 1.36	7.80 ± 2.53	8.68 ± 2.26	7.41 ± 3.21	8.35 ± 2.57	4.1629	.0082
SOS (100)	99.23 ± 2.32	97.80 ± 2.53	97.37 ± 4.21	9.81 ± 29.10	3.09 ± 17.46	9.0969	.0000

คะแนนรวม ของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุ ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นในกลุ่ม 4 ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ได้ศึกษาถึง:จำนวนมื้ออาหาร ลักษณะอาหาร ปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณซา-กาแฟ รวมทั้งระยะเวลาที่ดื่ม ปริมาณสุรา ปริมาณบุหรี่ที่สูบ (ระยะเวลาที่สูบ-เล็กสูบ) ความบ่อยของการไปเที่ยว ประวัติการรักษาโรคประจำตัว และระยะเวลาที่เป็นโรค

๓. ข้อมูลสมรรถภาพในด้านกิจวัตรประจำวันและกายเดิน

1. ผู้สูงอายุไทยจัดเป็นผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 60.8% ผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย 20.6% ผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง 12.4% ผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก 3.1% และผู้ที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด 3.1%

2. ผู้สูงอายุไทย 97 คน ได้คะแนนดัชนีบาร์เทิลอยู่ในช่วง 5-100 คะแนน เฉลี่ย 93.09 คะแนน โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.46 คะแนน

จากการวิเคราะห์พบว่า ความสามารถในการรับประทานอาหาร (FEED) การเคลื่อนย้ายระหว่างเตียงและรถเข็น (Wc-B) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน (PST) การนั่งและทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระ บัสสาวะ (GTOF) การอาบน้ำ (BTS) การเดินในแนวราบอย่างน้อย 50 หลา (WLS) การเดินขึ้นลงบันได (ADS) การแต่งตัว (DUD) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (COBW) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (COBD) และผลรวมของคะแนนทั้งหมด (SOS) ของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มอายุ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มอายุ 60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี ล้วนแตกต่างจากผู้สูงอายุในกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป

เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในกลุ่มอายุเดียวกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง แต่เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในเพศเดียวกันแต่ต่างกลุ่มอายุ พบว่าทั้งชายและหญิงมีการสูญเสียความสามารถอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ยกเว้นการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ในหญิงจะพบปัญหาอย่างมีนัยสำคัญเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่เพศชายมีแนวโน้มของการสูญเสียความสามารถเมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป

3. ความสามารถที่พบว่า สูญเสียบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ ความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ การเดินในแนวราบอย่างน้อย 50 หลา และการเดินขึ้นลงบันได โดยพบถึงร้อยละ 30.9, 18.6, และ 17.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4. แสดงความถี่ของการสูญเสียความสามารถทั้ง 10 กิจกรรมของดัชนีบาร์เทิล

activities	frequency of impairment (คน)	Percent (%)
FEED	6	6.2
WC-B	5	5.2
PST	7	7.2
GTOF	6	6.2
BTS	6	6.2
WLS	18	18.6
ADS	17	17.5
DUD	6	6.2
COBW	6	6.2
COBD	30	30.9

พบว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ (COBD) 30.9% การเดินในแนวราบอย่างน้อย 50 หลา (WLS) 18.6% และการเดินขึ้นลงบันได (ADS) 17.5% ตามลำดับ นอกนั้นสูญเสียน้อยกว่า 10%

4. ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (COBD) การเดินขึ้นลงบันได (ADS) และการเดินในแนวราบ (WLS) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยใช้การวิเคราะห์ด้วย Pearson's coefficient of correlation คือ อายุที่สูงขึ้น

5. ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้แก่ การมีบุตรจำนวนมาก ภาวะข้อเข่าเสื่อม และภาวะอัมพฤกษ์ครึ่งซีก ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการเดินขึ้นลงบันได และการเดินในแนวราบเป็นปัจจัยอย่างเดียวกัน ได้แก่ การไม่ได้ทำงาน ภาวะ

อัมพฤกษ์ครึ่งซีก ในขณะที่การทำสวนและการทำงานบ้าน กลับเป็นปัจจัยส่งเสริมความสามารถในการเดินขึ้นลงบันได และการเดินแนวราบ

บทอภิปรายผล

เกณฑ์ที่ใช้วัดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน (activities of daily living) และการเดิน (ambulation) นั้น มีเกณฑ์ที่นิยมใช้กันหลายอย่าง^(3,7,14) โดยมีการให้คะแนนตามระดับความสามารถ ในการพึ่งพาตนเองในกิจกรรมนั้น ๆ แล้วรวมคะแนน ทั้งหมด ในการสำรวจครั้งนี้ได้ใช้ดัชนีบาร์เทิล (Barthel Index) ซึ่งมีข้อดี คือ ใช้ได้ง่าย รวดเร็ว สามารถวัดการดูแลตนเองและการเดินได้อย่างดี แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถประเมินกรณีที่มีความบกพร่องของความสามารถเพียงเล็กน้อยได้ ในขณะที่ Katz ADL scale เป็นการประเมินคร่าว ๆ ในเรื่องของการดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน โดยไม่ได้มีการวัดในด้านการเดินเลย และเมื่อพิจารณาถึง FIM (Functional Independence Measure) มีข้อดีคือ มีการวัดในด้านการสื่อสาร (communication) และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social cognition) รวมทั้งมีการให้คะแนนอย่างละเอียดถึง 7 ระดับ แต่การประเมินโดยใช้ FIM จะยุ่งยาก เสียเวลา และเหมาะสมกับงานที่มีการประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อตั้งวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผลหลังการรักษามากกว่าการประเมินสมรรถภาพเพียงครั้งเดียว

ทั้ง 2 หมู่บ้านที่ทำการสำรวจนี้ ทางราชการจัดให้อยู่ในหมู่บ้านที่มีความเจริญปานกลาง ผู้สูงอายุมักอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทำสวนหรือทำงานบ้าน ซึ่งทำเป็นประจำทุกวัน และพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 1 ใน 3 ไม่ได้ทำงานเลย ผู้สูงอายุในชนบทไม่นิยมการออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่ง แต่การทำงานจะบ่งถึงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จากการวิเคราะห์พบว่าการทำงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจะช่วยคงความสามารถในการเดินในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่หยุดทำงานจะมีความสามารถในการเดินลดลง

เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุไทยที่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างดีมีสูงถึง 81.4% (ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 60.8% รวมกับผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นเพียงเล็กน้อย 20.6%) ทั้งนี้อาจเนื่อง จากวิถีชีวิตที่ต้องใช้แรงในการทำงานตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จนเมื่อวัยมากขึ้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังทำกิจกรรมเท่าที่ สามารถทำได้ และในยามว่างมักเดินไปซื้อของจากร้านชำ ในหมู่บ้าน ไปวัด หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านในละแวกนั้น

จากการวิเคราะห์ดัชนีบาร์เทิล ตามกลุ่มอายุ พบว่า การดูแลตนเอง การเดิน และความสามารถในการควบคุม การถ่ายอุจจาระ จะพบปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุมาก คือ มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ในขณะที่การ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะจะพบว่ามีการสูญเสียความ สามารถเร็วกว่า โดยพบในหญิงวัยตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

การสำรวจครั้งนี้ มีผู้สูงอายุ ชายอายุ 76 ปี ซึ่ง มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถเดินแนวราบ ในระยะ 50 หลา ได้ด้วยตนเอง แต่สามารถค่อย ๆ เกาะ เดินขึ้นลงบันไดบ้างซึ่งมี 2 ชั้นได้ ทำให้ผลการวิเคราะห์ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินขึ้นลงบันได น้อย กว่า ที่มีปัญหาในการเดินในแนวราบ

ในด้านการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุไทยมักมี บุตรหลานดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย มักมารับการรักษาที่สถานอนามัยชายา ถ้ามีอาการ ป่วยหนักจะพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสามพราน โรงพยาบาลจังหวัดนครปฐม หรือบางรายที่มีฐานะดีจะ พาไป โรงพยาบาลเอกชนเพื่อได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีระดับการศึกษาที่ไม่สูงนัก ทำให้ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา ผู้ป่วย รวมทั้งการที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทาง การแพทย์ ในแง่ของความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง

บทสรุปการวิจัย

รายงานนี้เป็นการศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

ไทยในชนบทในด้านกิจวัตรประจำวันและการเดิน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างดี การสูญเสียความสามารถในกิจกรรมต่าง ๆ จะพบเมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไป ยกเว้นการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในเพศหญิงซึ่งมักพบการสูญเสียความสามารถเร็วกว่า คือตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป ความสามารถที่พบว่าสูญเสียบ่อย คือความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดินในแนวราบ และการเดินขึ้นลงบันได ซึ่งแพทย์ทุกคนควรให้ความสนใจปัญหาเหล่านี้เพื่อปรับปรุงการให้บริการการตรวจรักษาผู้สูงอายุต่อไป

แนวทางการวิจัย

1. ศึกษารายละเอียดของการสูญเสียความสามารถที่พบบ่อย ในด้านสาเหตุ อากักร การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา รวมทั้งการติดตามผล
2. ศึกษาสมรรถภาพพรของผู้สูงอายุไทยที่ดำเนินชีวิตในเมือง เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุไทยที่ดำเนินชีวิตในชนบท

เอกสารอ้างอิง

1. Ouslander JG, Morishita L, Blaustein J, Orzeck S, Dunn S, Sayre J. Clinical, functional and psychosocial characteristics of and incontinent nursing home population. J Gerontology 1987;42(6):631-7.
2. Pannill FC, William TF, Davis R. Evaluation and treatment of urinary incontinence in long term care. J Am Geriatr Soc 1988;36(10):902-10.
3. Applegate WB. Instruments for the functional assess-

- ment of older patients. N Engl J Med 1990;322(17):1207-14.
4. Kirby RL. Impairment disability and handicap. In : Delisa JA, Gans Bm, 2nd ed. Rehabilitation medicine principle and practice. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1993:40-9.
5. Grynbaum BB, Sury R. Evaluation. In: Goodgold J; ed. Rehabilitation medicine. St. Louis: The CV. Mosby Co., 1988:3-25.
6. Rubenstein LZ. Exposing the iceberg of unrecognized disability. The benefits of functional assessment of the elderly. Arch Intern Med 1987;147:419-20.
7. Health JM. Comprehensive functional assessment of the elderly. Primary Care June 1989;16,2:305-27.
8. Health and Public Policy Committee, American college of Physicians. Comprehensive functional assessment for elderly patients. Ann Intern Med 1988;7:70-2.
9. Katz S, Stroud MW. Functional Assessment in Geriatrics. A review of progress and directions. J Am Geriatr Soc 1989;37(3):267-71.
10. Granger CV. Health accounting-Functional assessment of the long-term patient. In : Kottke FJ, Lehmann JF, eds. Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia : W.B. Saunders, 1990:270-84.
11. Granger CV, Hamilton BB, Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD. Performance profiles of the Functional Independence Measure. Am J Phys Med Rehabil. 1993; 72,2:84-9.
12. Pinholt EM. Functional assessment of the elderly. A comparison of standard instruments. Arch Intern Med 1987;147:484-8.
13. Campion EW. An interdisciplinary geriatric consultation service : A controlled trial. J Am Geriatr Soc 1983;13(12): 792-6.
14. Data Management Service. Guide for the use of the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation. The Buffalo General Hospital/State University of New York at Buffalo, 1987.