

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ โดยทั่วไป

สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ในประเทศไทย ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ความชราหรือขบวนการความแก่ (Aging process) เป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้าง ทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอีกด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (รัชนิพร ภูกร, 2533, หน้า 25-36)

สาเหตุการตายที่พบในผู้สูงอายุ คือ เมื่อคนชราเริ่มแก่ก็จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อย อาจมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทางด้านชีวเคมีและพฤติกรรมความล้มเหลวทางชีวเคมีเป็นพื้นฐานที่พบได้มากที่สุดและผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ทางร่างกาย ได้แก่

1.1 ระบบทางเดินหายใจ

ประสิทธิภาพของระบบทางเดินหายใจลดลง ซึ่งสามารถตรวจพบได้ 5 อย่าง
คือ

1.1.1 ความจุปอดทั้งหมด (Total lung capacity) ลดลง หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่ปอดสามารถจุได้เต็มที่ลดลง (ตามปกติมีค่าประมาณ 5,000 – 6,000 มล.)

1.1.2 ปริมาตรของอากาศที่ยังเหลืออยู่ในปอดหลังจากหายใจออกเต็มที่ (Residual volume) เพิ่มขึ้น (ตามปกติมีค่าประมาณ 1,000 – 1,500 มล.)

1.1.3 ตรวจจุปอด (Vital capacity) ลดลง ซึ่งหมายถึง ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกได้มากที่สุดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ลดลง (ปกติประมาณ 4,000-5,000 มล.)

1.1.4 ความยืดหยุ่นของปอดลดลง

1.1.5 ผนังถุงลมหนาขึ้น และผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น

1.2 ระบบโครงกระดูก

ระบบโครงกระดูกที่เปลี่ยนแปลงไปคือ ท่าทาง (Posture) ข้อต่อแข็ง (Stiffened joints) กระดูกพรุน (Porous bone) เป็นผลทำให้ลดการเคลื่อนไหว ลดประสิทธิภาพและลดความสามารถของอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่มีดังนี้

1.2.1 ความสูงลดลง จากการศึกษาพบว่าคนผิวขาวและผิวดำทั้งสองเพศจะมีส่วนสูงลดลง 1.2 ซม. ทุก 20 ปี ภายหลังจากเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว ในคนชรพบว่าความสูงลดลงไปเรื่อย ๆ ตามอายุที่มากขึ้น

1.2.2 ท่าทางไม่ดี (Poor posture) โดยเฉพาะกระดูกสะโพกโค้งและเข้าโค้งหลังโค้ง และคอบนไปข้างหน้า มีการเปลี่ยนแปลงในกระดูก โดยเฉพาะข้อต่อ น้ำในข้อต่อจะลดลง จะทำให้ข้อต่อแข็ง หมอนรองกระดูกบางลง โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง มีการฝ่อของหมอนรองกระดูกและเอ็น ทำให้เกิดหลังโค้ง (Kyphoscoliosis)

1.2.3 มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกอ่อน กระดูกซี่โครง และภายในเอ็น และข้อต่อซึ่งเชื่อมกับทรวงอกกับกระดูกหน้าอกและกระดูกสันหลัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การหายใจเลวลง

1.2.4 มีการเปลี่ยนแปลงในข้อต่อระหว่างกระดูกขมับ กับกระดูกขากรรไกรล่าง และฟันหลุดร่วง ซึ่งทำให้การพูดและการกินลำบากขึ้น

1.2.5 กระดูกพรุน กระดูกบางลงและยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

1.3 ระบบประสาท

ระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ภายในสมองมีการเปลี่ยนแปลงคือ

1.3.1 มีการฝ่อของไกริ (Gyri) และซัลซึ (Sulci) ทำให้มีลอนของสมองน้อยลงในซีรีบรัมตามปกติ ถ้ามีนุษย์ชราจะมีคลื่นสมอง (Convolution) มาก ก็แสดงว่าซีรีบรัมมีพื้นที่ผิวมาก ซึ่งหมายถึงว่ามีเซลล์ประสาทสมองมากด้วย ในคนสูงอายุมีลอนของสมองน้อยลง ซึ่งแสดงว่าเซลล์สมองน้อยลงด้วย

1.3.2 โพรงในสมองจะแคบลง (Ventricle) ทำให้มีน้ำไขสันหลังไหลเวียนภายในโพรงในสมองน้อยลง ซึ่งหน้าที่ของน้ำไขสันหลังก็คือ ป้องกันการสะท้อนให้แก่สมอง และไขสันหลัง นำอาหารไปเลี้ยงสมองและไขสันหลัง และรักษาความดันภายในสมองให้คงที่ด้วย เมื่อน้ำไขสันหลังมีปริมาณน้อยลง หน้าที่ต่าง ๆ ดังกล่าวก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย

1.3.3 มีการสูญเสียของเซลล์ประสาท โดยที่มีสารสีน้ำตาลมาจับที่เซลล์ประสาท

1.3.4 มีการเพิ่มของสารคล้ายเม็ดแป้งเล็ก ๆ (Corpora amylacea) ภายในเนื้อสมอง

การเปลี่ยนแปลงภายในระบบประสาท มีการเพิ่มขึ้นของความเสื่อมระบบประสาทสัมผัสในเมดูลลา (Medulla) เซลล์เพอร์กินเจของซีรีเบลลัมลดลง (Purkinje cells of cerebellum) การทรงตัวไม่มั่นคงและสูญเสียการรับรู้ภายในกาย การเคลื่อนไหวเกี่ยวกับโพรงน้ำ (Vestibular) และกลไกการเห็น (Visual mechanisms) ลักษณะดังกล่าวมักจะพบในผู้สูงอายุ การก้าวเดิน ขาตั้งลง เสียงต่ำลง เดินขากาง และใช้ระยะเวลานาน ในการพุงก้าวเดินมากกว่าการหมุนตัว เพราะว่ามีเพิ่มท่าทางที่ไม่มั่นคง ซึ่งมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

1.4 ระบบกล้ามเนื้อ

ระบบกล้ามเนื้อเสื่อมลงในวัยสูงอายุ กล้ามเนื้อฝ่อลีบลง มีความตึงตัวน้อยลงไปและกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแอ ซึ่งเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น เส้นใยกล้ามเนื้อบางลง ปลายประสาทมาเลี้ยงน้อยลง และการสังเคราะห์อะซิติลโคลิน (Acetylcholine) น้อยลง เส้นใยกล้ามเนื้อเสื่อมลง มีการเพิ่มของไขมันในกล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง

ผลการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อจะกระทบต่อหน้าที่ส่วนอื่นๆของร่างกาย เช่น ประสิทธิภาพของการหายใจลดลง ประสิทธิภาพในการจับถ่ายลดลง และปฏิกิริยาสะท้อนที่จะตอบสนองในภาวะฉุกเฉินลดลงเนื่องจากกล้ามเนื้อฝ่อลีบมีพลังงานและอาหารสะสมอยู่น้อย

1.5 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์

อวัยวะสืบพันธุ์หญิงจะเปลี่ยนแปลง เมื่อเข้าสู่วัยหมดระดู (Menopause) ซึ่งไม่มีระดูอีกต่อไป และหมดความสามารถในการให้กำเนิดบุตรเมื่ออายุประมาณ 45-50 ปี

ภายหลังหมดกระดูก พบบ่อยมากที่ออร์โมนสตรีรอยด์ไม่เพียงพอ ทำให้เยื่อข้องอคลายตัวบางส่วน และผู้หญิงหลายคนอาจมีอาการคันในช่องคลอด อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยสตรีรอยด์ จะช่วยลดอาการในวัยหมดกระดูกได้ การหมดกระดูกไม่ทำให้ผู้หญิงหมดความรู้สึกทางเพศ ผู้หญิงหลายคนยังมีกิจกรรมทางเพศเป็นปกติจนถึงอายุประมาณ 70-80 ปี

สำหรับผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึกทางเพศ นักวิจัยหลายคนพบว่า ผู้ชายจำนวนมากมีอาการกามตายด้านเนื่องจากการขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่ใช้สาเหตุทางร่างกาย ซึ่งทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวช้าในวัยสูงอายุ สมรรถภาพทางเพศจะดำเนินปกติไปได้หลายปีเท่าที่แต่ละคนจะมีกิจกรรมทางเพศ เคยพบว่าผู้ชายอายุ 60-70 ปี สามารถให้กำเนิดบุตรได้และยังพบอสุจิได้ในชายอายุ 90 ปี

พฤติกรรมทางเพศของมนุษย์ และสถิติทางเพศ โดยเฉพาะชายสูงอายุสามารถดำเนินไปได้อีกหลายปี โดยวัฒนธรรมประเพณีได้กำหนดให้ชายสูงอายุมีความสนใจทางเพศน้อยลง และมักจะคิดว่าชายสูงอายุไม่สนใจในกิจกรรมทางเพศ ถ้าหากชายสูงอายุหรือหญิงสูงอายุมีความสนใจทางเพศก็จะถูกกล่าวหาว่า “เป็นคนบ้าตื้นหา” ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ยังสนุกสนานกับชีวิตการแต่งงานและประสบการณ์ทางเพศ บางคนจะแสดงความรู้สึกของตนเองเพื่อยืนยันสิทธิของตนเองที่จะปลดปล่อยป้องกันตนเองจากความกระวนกระวายใจในความรู้สึกทางเพศ

1.6 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- 1.6.1 เพิ่มเนื้อเยื่อผังผืด
- 1.6.2 เพิ่มสารสีน้ำตาล (Lipofuscin) ในเซลล์กล้ามเนื้อ
- 1.6.1 การเพิ่มสารอะมีลอยด์ (Amyloid)
- 1.6.2 หลอดเลือดแดงขยายยาวบิดคดเคี้ยว และมีแคลเซียมมาเกาะ
- 1.6.3 ผนังเยื่อของหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น

มีการเสื่อมของอัตราการไหลของเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output)

(ขณะพัก Cardiac output ของผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยประมาณ 5 ลิตร/นาที เมื่อภาวะของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น ออกกำลังกาย Cardiac output อาจเพิ่มขึ้นเป็น 20 ลิตร/นาที สำหรับนักกีฬาที่ฝึกฝนเป็นอย่างดี Cardiac output อาจมีค่าสูงถึง 40 ลิตรต่อนาที ในขณะที่ออกกำลังเต็มที่) หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในขณะที่ออกกำลังเพิ่มขึ้นได้ความต้านทานในหลอดเลือดปลายเพิ่มขึ้นเป็นผลให้แรงดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ

การทำหน้าที่ของทางเดินปัสสาวะ เกี่ยวกับอัตราการกรองในไตของคนอายุ 80 ปี จะลดลงประมาณ ร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับคนอายุ 20 ปี มีอาการปัสสาวะเกิน (Polyuria) เป็นเรื่องปกติ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในไต (Glomeruli) มีลักษณะไตคล้ายแก้วและช่องว่างมีไฟบรัสเชื่อว่าผลจากการฝ่อลีบของท่อที่นำน้ำปัสสาวะออกจากไตสู่กรวยไต (Collecting tubules)

1.8 ระบบทางเดินอาหาร

จะพบว่าทางเดินอาหารในผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงดังนี้

- 1.8.1 มีการเสื่อมลงในการบีบตัวของกระเพาะอาหาร
- 1.8.2 ปริมาตรของกระเพาะอาหารลดลง
- 1.8.3 มีแนวโน้มกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง (Achlorohydrria)
- 1.8.4 การบีบตัวของลำไส้ลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการท้องผูกซึ่งเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ
- 1.8.5 มีการฝ่อลีบของเยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการดูดซึมได้น้อย

1.9 ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

ผมหงอกและผิวหนังมีรอยย่น เป็นลักษณะที่พบในผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังดังนี้

- 1.9.1 ผิวหนังปรากฏรอยย่น (Wrinkles) เนื่องจากมีเลือดออกมาหล่อเลี้ยงผิวหนังน้อยลง และมีการเปลี่ยนแปลงของคอลลาเจน และอีลาสติกไฟเบอร์ ทำให้ผิวหนังขาดการยึดหยุ่น ผิวหนังมีสีจาง (Discoloration) หรือค่างขาวเนื่องจากการฝ่อลีบของเซลล์ผลิตเม็ดสีในผิวหนังทำให้เซลล์ผลิตเม็ดสีไม่ทำงาน มีจุดสีด่างบนผิวหนังเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ผิวหนังเป็นตุ่มแข็ง (Seborrheic keratosis) เกิดขึ้น มีร่องลึก (Fissures) รอบ ๆ ปาก เกิดจากการฝ่อลีบของผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (Epidermis)
- 1.9.2 เล็บ มีการฝ่อลีบของเนื้อเยื่อเล็บ ซึ่งเป็นเหตุให้เล็บเปราะมากขึ้น และเซลล์
- 1.9.3 ผม สีของผมจางลงเป็นสีเทาหรือสีขาว เชื่อว่าจากการที่เอนไซม์ทำงานลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่มีผมน้อยลงที่เรียกว่า “ศีรษะล้าน”

1.9.4 ลึนและเหงือก ลึนและเหงือกฟ้อลึบและการกลายเป็นสีแดง เหงือก ร่นรอบฟัน เป็นเหตุให้เกิดปัญหาในการกินและการดำรงไว้ของฟัน (เกิดฟันโยกคลอน)

1.9.5 เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อชั้นนี้มีการทำงานสองอย่าง คือ ช่วยควบคุมอุณหภูมิของร่างกายและป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บ เมื่อเนื้อเยื่อชั้นนี้ฟ้อลึบเป็นการ ยากที่บุคคลจะควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไว้ได้

1.9.6 ค่อมเหงื่อและค่อมน้ำมัน มีการฟ้อลึบลดขนาดและจำนวนลงของ ค่อมเหงื่อและค่อมน้ำมัน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการขับเหงื่อ และทำให้ผิวหนังแห้งอย่างมาก

1.10 การรับรู้ความรู้สึก

การรับรู้ความรู้สึกเป็นกลไก โดยที่อวัยวะของได้รับข่าวสารจาก สิ่งแวดล้อม การรับรู้ความรู้สึกนี้จะช่วยให้เราแยกได้ ถึงความแตกต่างระหว่างความพอใจ ความไม่พอใจ และประสบการณ์ที่เป็นอันตราย

1.10.1 การได้ยิน (Hearing) การได้ยินเลวลงในผู้สูงอายุ การได้ยิน จะสูญเสียไป 2 ประการคือ การนำ (Conduction) และประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensory ineural) การได้ยินเสียไปเนื่องจากการนำคลื่นเสียงไปถึงอวัยวะรูปหอยโข่งในหูชั้นในยากขึ้น การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกในการได้ยินต้องใช้การพูดเสียงดังจึงจะทำให้ได้ยินการใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aides) จะช่วยแก้ไขความพิการนี้ได้ การสูญเสียประสาทรับรู้ความรู้สึกในการได้ยินเป็นลักษณะ ของความเสื่อมซึ่งเป็นกระบวนการของความมีอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการทำลายของปลาย ประสาทในอวัยวะรูปหอยโข่ง เป็นผลทำให้หูมีการตอบสนองต่อเสียงในลักษณะอาการที่ไม่คงที่ มี การตอบสนองต่อคลื่นเสียงความถี่สูงน้อยลงแต่ตอบสนองต่อคลื่นเสียงความถี่ต่ำดีกว่า เป็นผลทำให้แยกเสียงไม่ได้ ในกรณีที่กำลังดูโทรทัศน์หรืออยู่ในห้องปรับอากาศ ในการสนทนาของผู้สูงอายุ จะไม่ได้ยินชัดเจนว่าพูดอะไรบ้าง การใช้เครื่องช่วยฟังอาจจะช่วยแยกได้ว่าเป็นเสียงอะไร ภาวะ อื่น ๆ ของการได้ยินได้แก่ อาการดังอื้อ (Tinnitus) มีระดับเสียงสูงสั้นในหู หูวัยชรา (Presbycusis) เสียงอ่อนๆ หรือเสียงปานกลางไม่สามารถจะได้ยินแต่ได้ยินเสียงดัง ๆ ลักษณะของหูวัยชราจะเริ่ม ตอบสนองต่อคลื่นเสียงความถี่สูงลดลงทีละน้อยซึ่งจะเริ่มอายุประมาณ 40 ปี ภาวะนี้จะทวีความ รุนแรงขึ้นในผู้สูงอายุแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการได้ยินเป็นผลจากการลดขนาด ของช่องหูส่วนนอกเนื่องจากกระดูกอ่อนของผนังช่องหูเสื่อมลง เยื่อแก้วหูเสื่อมลงหนาและแข็งขึ้น เป็นผลต่อการสั่นสะเทือนของกระดูกหู เกิดอาการกระดูกหูแข็ง(Osteosclerosis)โดยที่กระดูก โกลน จะอยู่ชิดกับหน้าต่างรูปไข่ (Oval window) เป็นเหตุให้มีการสูญเสียกลไกการนำมาสั่นสะเทือน อาการกระดูกหูแข็ง อาจจะช่วยได้โดยการผ่าตัดที่เรียกว่า Plantinectomy ซึ่งเป็นศัลยกรรมที่ตัดฐาน

ของกระดูกโกลน (Stapes) ออก แล้วใส่ชิ้นส่วนของหลอดเลือดดำจากหลังมือแทน มีการเสื่อมของหูชั้นใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะของคอร์ติ (Organ of Corti) เป็นผลทำให้เกิดการสูญเสียในการได้ยินสูง

1.10.2 การเห็น (Vision) การเห็นลดลงโดยเฉพาะสายตางะมองเห็นไม่ชัดเจน เมื่ออายุประมาณ 65 ปี ประมาณ 3 ใน 5 ของคนอายุ 75 ปี มีการเห็นเปลี่ยนไปแก้ตัวมีความยืดหยุ่นน้อยลงทำให้มีการปรับสายตาไม่ดี ความสามารถของแก้วตาในการโฟกัสภาพเปลี่ยนไป ตามปกติในการมองเห็นในระยะใกล้กล้ามเนื้อซีเลียรี (Ciliary muscle) ที่บังคับลูกตาให้หดตัวและดึงตัวลดลงไป ในคนปกติสามารถมองเห็นในระยะใกล้ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถของแก้วตาในการปรับโฟกัสภาพใกล้ลดลง เป็นเรื่องปกติที่วัยกลางคนและวัยสูงอายุจะใช้แว่นสายตาช่วยในการอ่านหนังสือโดยใช้แว่นสองเลนส์ ลานสายตางะแคบลงมีวงแหวนสีขาวรอบตา (Arcus senilis) ซึ่งเป็นแผ่นสีขาวอยู่ระหว่างกระจกตาและตาขาว เกิดขึ้นเนื่องจากมีการลดลงของระบบประสาทส่วนปลายที่เกี่ยวกับการเห็น แสงสามารถผ่านวงแหวนสีขาวรอบตาได้ บางคนอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับลานสายตา (Visual field) แคบลง สีของม่านตาเปลี่ยนไปที่ละน้อย โดยมีสีจางลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแกรนูลที่ผลิตสี (Pigment granules) ภายในลูกตาอาจมีน้ำในลูกตา (Aqueous humor) เพิ่มขึ้นทำให้กลายเป็นต้อหิน (Glaucoma) เนื้อเยื่อรอบ ๆ รูม่านตาอาจมีการบวมทำให้รูม่านตาแคบลง ทำให้ไม่สามารถปรับขยายได้ (Dilate) เป็นสาเหตุให้แสงที่จะเข้าสู่รูม่านตาลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมองไม่ค่อยเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่มีแสงสลัว เนื้อเยื่อของเลนส์ไม่โปร่งใสและปกคลุมด้วยสีเหลือง การเห็นสีเสื่อมลง โดยเฉพาะสีน้ำเงินและสีม่วงต้อหินจะเป็นอาการที่เกิดจากความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นทำให้ลูกตาแข็งมีความเกี่ยวข้องในคนสูงอายุต้อหิน สามารถควบคุมได้ด้วยยาลดความดันภายในลูกตา การเกิดต้อกระจกหรือเลนส์ขุ่นเป็นเหตุให้การเห็นสีเสื่อมลง ต้อกระจกรักษาได้โดยเอาเลนส์ออกและใช้แว่นตาช่วยอย่างไรก็ตามเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้พัฒนาการเปลี่ยนเลนส์ โดยใช้พลาสติกชั้นเล็ก ๆ แทนเลนส์ธรรมชาติ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาให้มองเห็นชัดเจน แทนการสวมแว่นตาขนาดของเลนส์เพิ่มขึ้นทีละน้อยในผู้สูงอายุพบว่าในคนอายุ 80 ปี ขนาดของเลนส์ใหญ่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับคนอายุ 20 ปี เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าขนาดของรูม่านตาแคบลงและเป็นปัญหาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นของเลนส์ทำให้แสงเข้าสู่เรตินาได้น้อย และมีการปรับความเข้มของแสงได้น้อย

1.10.3 การปรับรสและการได้กลิ่น ปลายประสาทรับรสอยู่ที่ปุ่มรับรสซึ่งอยู่ที่ปลายลิ้น ข้างลิ้นและโคนลิ้น สารต้องละลายในน้ำหรือน้ำลาย จึงจะรับรสได้ การรับรสมิจุดประสงค์อยู่ 4 ประการ คือ

- (1) เตรียมข้าวสารที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

- (2) ป้องกันสารอันตราย
- (3) ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเลือกอาหาร
- (4) ใช้ในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางจิตวิทยา

เกี่ยวข้องกับอาหารและความพึงพอใจในรสชาติเป็นตัวกระตุ้นเป็นปัจจัยการให้รางวัล ในผู้สูงอายุ ลึนมีปลายประสาทรับรสประมาณร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาวหมายความว่าความสามารถของผู้สูงอายุในการแยกและรับรู้รสชาติมาตรฐาน 4 รส คือ รสหวาน รสเค็ม รสเปรี้ยว และรสขม เสื่อมลง ประมาณ 2 ใน 3 ของความรู้สึกรับรส ขึ้นอยู่กับความสามารถในการได้กลิ่น สมองจะได้รับข้อมูลเข้าไปจากประสาทรับกลิ่นหรือนาสิกประสาท ซึ่งอยู่ในเยื่อภายในจมูก ขบวนการได้กลิ่นเกิดจากไฮของกลิ่นลอยมากับอากาศมาสู่ประสาทรับกลิ่น ซึ่งอยู่ในเยื่อภายในจมูก ความไม่สามารถได้กลิ่น (Anosmia) ทำให้ได้รับรสอาหารได้น้อย ภาวะเช่นนี้เกิดจากการอุดตันของทางเดินหายใจ (เช่น มีเนื้องอกในโพรงจมูก มีอาการอักเสบของโพรงอากาศอย่างเฉียบพลันเยื่อภายในจมูกวม การบาดเจ็บในจมูก มีเนื้องอกในจมูก) และภาวะของการเสื่อมของประสาทรับกลิ่นและเยื่อภายในจมูก

1.10.4 การเสียการเคลื่อนไหว (Kinesthesia) ความสามารถในการรับรู้การเปลี่ยนแปลงท่าทางของร่างกายลดลงในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการไม่ทำหน้าที่ของประสาทกล้ามเนื้อ มีการเสื่อมความตึงตัวและความแข็งแรงของเซลล์กล้ามเนื้อ ความผิดปกติของกลไกในร่างกาย (เกี่ยวกับเวสติบูลในหูชั้นในซึ่งเกี่ยวข้องกับการทรงตัว) ผู้สูงอายุบางคนมีอาการตากระตุกอย่างควบคุมไม่ได้ การเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างควบคุมไม่ได้นี้มีความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือการทรงตัว ผู้สูงอายุจะชดเชยอาการที่เปลี่ยนไป ด้วยการเปลี่ยนแปลงท่าทางในการเดินของเขา

1.10.5 การรับความรู้สึก (Sensation) การรับความรู้สึก เช่น ความอบอุ่น ความเย็น การสัมผัสเบา ๆ แรงกดแรงบีบ การสัมผัสเย็นและความเจ็บปวด จะมีปลายประสาทที่เป็นอวัยวะรับความรู้สึก (Receptor ต่าง ๆ เหล่านี้อยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนของร่างกายที่ไวต่อการสัมผัสมากที่สุดคือ ริมฝีปากและปลายนิ้วมือ ส่วนด้านหลังจะไวต่อการสัมผัสน้อย การสัมผัสเย็นคือการกระตุ้นด้วยการสัมผัสเร็ว ๆ หลายครั้ง ความรู้สึกเรื่องอุณหภูมิรวมทั้งร้อน อบอุ่น เย็นหรือหนาว ช่วยให้ผู้คนรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

ในคนสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความไวของการสัมผัสและความสัมผัสของผิวหนังจะมีความยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงไป ต้องใช้แรงเป็นจำนวนมากจึงจะไปกระตุ้นปลายประสาทที่อยู่ใต้ผิวหนังได้ ความไวในการรับการสัมผัสลดลง เนื่องจากมีความ

เสื่อมของประสาทรับความรู้สึกจากกล้ามเนื้อสมอง จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ได้

ความรู้สึกเจ็บปวดเป็นการเตือนให้บุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอก ปลายประสาทรับความรู้สึกส่วนใหญ่จะพบได้ในชั้นผิวหนังมากที่สุด และยังพบในเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพันของอวัยวะภายใน เยื่อแก้วหู และกระบอกตา สมองและอวัยวะภายในบางอย่าง เช่น ภูมุน้ำดีจะไม่มีปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดนี้อยู่ ความรู้สึกเจ็บปวดที่รุนแรงจะส่งไปตามเส้นกลางลำตัวของร่างกาย และจะลงไปตามแขนขา ความรุนแรงของความเจ็บปวดจะแตกต่างกันไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความไวของการเจ็บปวดของช่องท้องมีประมาณ 20 เท่าของความเจ็บปวดที่ปลายนิ้วมือ แต่ความเจ็บปวดที่กระบอกตาจะเป็น 30 เท่าของช่องท้องความรู้สึกเจ็บปวดเกิดขึ้นได้เนื่องจากการนำกระแสประสาทจากบริเวณที่บาดเจ็บไปยังไขสันหลังและสมองตามทฤษฎีจะมีกลุ่มของเซลล์ประสาทอยู่ด้านหลังเมื่อเซลล์ประสาททำงานกระแสความรู้สึกเจ็บปวดจะถูกสกัดกั้นอยู่ที่ไขสันหลังแล้วจะไปถึงสมอง เพราะฉะนั้นกระบวนการใด ๆ ก็ตาม ซึ่งเป็นการเพิ่มการทำงานของกระแสไฟฟ้าในกลุ่มเซลล์นี้ จะช่วยลดความเจ็บปวดลงโดยการเพิ่มการยับยั้งความเจ็บปวดของเซลล์นี้ ทฤษฎีนี้ช่วยบอกด้วยการเพิ่มระดับการทำงานในปลายประสาทส่วนใหญ่จะช่วยลดความรู้สึกเจ็บปวดได้ เช่น การใช้กระเป๋าน้ำร้อน กระเป๋าน้ำแข็ง การนวด การประคบ และการใช้น้ำวน จะช่วยลดความเจ็บปวดลงได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (สุจิตรา ผลประไพ, ปรภายรัตน์ เจริญเจริญ และกุลพร สุขุมลคระกุล, การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ, หน้า9)

เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดค้นทางอารมณ์ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของกลุ่มสมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

2.1 อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

2.2 นิสัย เปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์เป็นภาระต่อผู้อื่นซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย

2.3 ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก เศร้าสลด หวาดระแวง คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว ว้าเหว่ ในรายชื่อผู้สูงอายุผู้สูงอายุนั้นจะมีการปรับและพัฒนา โครงสร้างขององค์ประกอบทางจิตใจระดับต่างๆ ไปในทางที่ดีงามได้มากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่า จึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีความสุขมากขึ้นด้วย การพัฒนาโครงสร้างองค์ประกอบทางจิตใจของผู้สูงอายุจะมีลักษณะดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณะของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจต่อเหตุที่ผู้สูงอายุจะปรับและรับเข้าเป็นการแสดงออกของตนเอง

ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนา โครงสร้างขององค์ประกอบทางจิตใจระดับต่างๆ ไปในทางที่ดีงามได้มากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่า เราจึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย การพัฒนาโครงสร้างองค์ประกอบทางจิตใจของผู้สูงอายุจะมีลักษณะดังนี้ (เกษม ต้นติผลาชีวะและกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2529, หน้า11)

จิตมูลฐาน (Id) เป็นโครงสร้างของจิตใจที่เป็นแรงผลักดันของความต้องการขั้นมูลฐานของจิตใจ จะมีลักษณะไม่สมเหตุสมผล และขาดความมีสติ ลักษณะของจิตมูลฐานนี้เป็นโครงสร้างของจิตใจที่แฝงอยู่กับชีวิตโดยไม่มีกำหนดเวลา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จะคงอยู่ด้วยตัวของมันเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับอายุ อายุเป็นการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนของชีวิต แต่ประสบการณ์และการเรียนรู้ ทำให้คนรู้จักการควบคุมความมีสติได้ดี ปกติการแสดงออกของความอยากของจิตมูลฐานมักจะถูกควบคุมด้วยสติ ซึ่งความมีอายุทำให้มีสติยังคิดและสามารถใช้กลไกทางจิตใจได้ดีขึ้น

จิตเหตุผล (Ego) เป็นตัวกลางระหว่างจิตมูลฐานกับโลกภายนอก การแสดงออกของจิตจะผ่านความมีสติ โครงสร้างของจิตใจระดับนี้จะพัฒนาไปตามอายุ โดยเกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง เหตุผล การเรียนรู้สิ่งแวดล้อมทางสังคม และความตั้งใจ การพัฒนาจิตของเหตุผลเป็นกลไกของจิตใจอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ในการที่จะปรับสิ่งที่ดีขึ้นกับชีวิตให้สมดุลกับการที่ต้องสูญเสียสถานภาพ ตำแหน่งการเป็นบุคคลสำคัญ ปัญหาสุขภาพหรือแม้แต่ความตาย จิตขั้นของการรับรู้ต่อสภาวะของตนเองจะมีสูงขึ้น มีเหตุมีผลในการยอมรับ มองโลกในแง่ดี มีการแสดงออกด้วยความมีสติ ว่าควรทำอะไรอย่างไร

จิตคุณธรรม (Superego) ลักษณะของจิตคุณธรรมในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มองได้ยาก จิตคุณธรรมจะถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก โดยการเลียนแบบลักษณะของพ่อแม่ ผู้คนแวดล้อมและโครงสร้างของสังคม จากการเรียนรู้นี้จะเลือกส่วนดีงามที่ตนพอใจหรือชอบมาเป็นค่านิยมของ

ตนเอง การแสดงออกของค่านิยมที่ได้จาก พ่อ แม่ นี้จะเห็นได้ชัดว่าเหมือนกับ พ่อ-แม่่มาก เมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งวัยเด็กจะไม่ชัดเจน การพัฒนาจิตเหตุผลทำให้เกิดการเรียนรู้ความต้องการ และข้อเท็จจริงของสังคม ซึ่งเป็นส่วนสร้างเสริมให้จิตคุณธรรมมีความแกร่งขึ้น

ผู้สูงอายุจะมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นฐานของการแสดงออกของคน แต่ลักษณะการแสดงออก จะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพการศึกษาประสบการณ์สภาพสังคมในวัยเด็กและผู้ใหญ่ของคน ๆ นั้นที่มีผลต่อโครงสร้างทางจิตใจด้วยว่าจะมีลักษณะออกไปในทิศทางใด

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่นผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง จากสภาพปัจจุบัน ในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม ส่วนในสังคมเมือง ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังเนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่

3.3 การเสื่อมความเคารพ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลง และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือ ในฐานะที่มีประสบการณ์ เป็นการเสื่อมความเคารพแทน

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วจึงก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิต ความวิตกกังวล ตลอดจนความตื่นเต้นได้ ซึ่งจะมีมากขึ้นและหาทางออกด้วยวิธีต่าง ๆ กัน บางรายแยกตัวเองไปสู่ที่สงบไกลจากความคุ้นเคยมาก่อน การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และปคตินิสัยดั้งเดิมของแต่ละคน ในสังคมกสิกรรมพบว่าผู้สูงอายุจะยังเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สำคัญอยู่แต่ในสังคมอุตสาหกรรม ความลดถอยทางสถานะหรือสังคมมีสูงมาก เพราะสังคมนี้มุ่งผลผลิตเป็นเครื่องวัดสมรรถภาพ การบริการทางสังคมจึงจำเป็นมากในสังคมอุตสาหกรรม

สุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุ สภาพทางจิตใจเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายอย่างใกล้ชิดเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์และจิตใจย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

1. ด้านจิตใจ ได้แก่

1.1 พัฒนาการทางจิตใจของผู้สูงอายุโดยทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้ (พัชริตันศิริ, 1533, หน้า83-89)

1.1.1 บุคลิกภาพ ของบุคคลมีพื้นฐานมาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต โดยมี พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ บุคลิกภาพที่ดี จะต้องมีพื้นฐานที่ดีจากพัฒนาการต่างๆ ดังกล่าว สาเหตุที่ทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงในแกนกลางของรูปแบบบุคลิกภาพ คือ อัตมโนทัศน์ (self-concept) อัตมโนทัศน์เปลี่ยนไปมากเท่าใดและไปในทิศทางใด ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและ ปริมาณของรูปแบบบุคลิกภาพมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนอัตมโนทัศน์อาจเกิดเนื่องจากความรู้ ต่างๆในเรื่องของควมมีอายุมากขึ้น การยอมรับจากสังคม การมองเห็นว่าสังคมมองผู้สูงอายุอย่างไร และการมองว่าในฐานะผู้สูงอายุนั้นจะได้รับอะไรจากสังคมบ้าง

เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและ จิตใจจากการมีอายุสูงขึ้นด้วยตัวเองก็จะเริ่มคิดว่าตนเองแก่แล้ว ซึ่งผลทำให้ความคิดและพฤติกรรมแสดงออกมาเป็นประชากรสูงอายุ มีการพัฒนารูปแบบบุคลิกภาพไปในทางที่สังคมคาดหวัง ไว้ว่าผู้สูงอายุควรจะเป็นอย่างนั้น นอกจากนี้สิ่งที่เขาได้รับจากสังคมในฐานะประชากรสูงอายุ ยังมี ผลทำให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นเปลี่ยนไป หากสิ่งที่เขาได้รับไม่เป็นที่พอใจ บุคลิกภาพของเขาก็ จะเปลี่ยนไปในทางที่ไม่น่าพอใจเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ในผู้สูงอายุมีมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละ บุคคล ในรายที่เปลี่ยนแปลงไปมากหรือผิดไปจากรูปเดิมอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ ในนิสัยดั้งเดิมของคนจนเกิดการล้มเหลวใน โครงสร้างบุคลิกภาพ ยิ่งอายุมากขึ้นและมีแรงกดดัน เพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้บุคลิกภาพเสียไปจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ ในรายที่เป็นอย่างอ่อนๆ อาจมีความ ผิดปกติทางความจำ มีความเข้าใจอย่างผิดๆเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคล หูแว่ว เห็นภาพหลอน ไม่สนใจตนเอง อารมณ์ไม่แน่นอน ซึมเศร้า ความประพฤดิเรื่องเพศผิดไปจากเดิม ในรายที่อาการ มากขึ้น เช่น ในรายที่มีโรคทางจิตจะพบมากในอายุหลัง 65 ปีขึ้นไป กลุ่มนี้มีอาการผิดปกติทาง อารมณ์รุนแรงมากจนอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตนเองได้ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพใน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ได้เกิดจากความเสื่อมของสมอง แต่มักเกิดจากความรู้สึกว่าไม่ได้รับความ มั่นคงปลอดภัยจากสังคมเพิ่มมากขึ้นทุกที โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติว่ามีการปรับตัวไม่ดีมาก่อน ผู้สูงอายุหลายรายที่มีการปรับตัวไม่ดี มีพฤติกรรมที่ตกอยู่ภายใต้ความเครียดเมื่ออายุยังน้อย เมื่ออายุ มากขึ้นมีปัญหากดดันเพิ่มมากขึ้น เช่น การตายจากไปของคู่สมรส หรือการออกจากงาน ก็มักจะเกิด ความล้มเหลวในบุคลิกภาพจากที่เคยอ่อนแอมาแล้วในอดีต

1.1.2 การเรียนรู้และความจำ มีความสัมพันธ์กันมาก โดยการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ได้รับมาจากข่าวสาร ข้อมูลหรือเกิดจากทักษะ กระบวนการเรียนรู้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งตลอดวงจรชีวิต การเรียนรู้ของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อ่อนวัยกว่า พบว่าการเรียนรู้จะเริ่มพร้อมลงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี จะเริ่มเรียนรู้การทำงานได้ยากขึ้น ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความแตกต่างในพฤติกรรมทางสติปัญญา ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกันออกไป รวมทั้งระดับการศึกษา และวัฒนธรรมต่าง ๆ ด้วย แต่เหตุผลที่ทำให้การเรียนรู้บกพร่องไปในวัยสูงอายุนี้ยังไม่อาจอธิบายได้แน่ชัด ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลมากเมื่ออยู่ในสภาวะถูกทดสอบอย่างรวดเร็ว ๆ ด้วยความกลัวจะทำให้มีการตอบสนองน้อยลงและแยกตัวเองออกจากสภาวะทดสอบ ซึ่งอาจแก้ไขได้และจะช่วยให้การเรียนรู้ในวัยสูงอายุดีขึ้น โดยการลดอัตราความเร็วในการนำเสนอปัญหา ลดความคาดหวังว่าจะได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว และพัฒนาทวิวิธีในการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุให้ดีขึ้น การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้ แม้ในวัยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าจะเรียนรู้อย่างไรได้ดี จึงเป็นไปได้ที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับให้เข้ากับงานใหม่ หรือชีวิตความเป็นอยู่ใหม่ให้ดีขึ้น ส่วนความจำประกอบด้วย sensory memory ซึ่งรับข่าวสารจากระบบประสาทสัมผัสแล้วคิดอยู่ในเวลาจำกัด (1/4 ถึง 2 วินาที) ข้อมูลจะถูกส่งสัญญาณเข้าไปในส่วน of ระบบความจำ หรือถูกทำลายไป ได้มีการทดลองในผู้สูงอายุ ทั้งด้านความจำระยะสั้น และระยะยาว พบว่าผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้น หรือตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า แม้ความจำเรื่องเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วก็ยังบกพร่องลงไปกว่าผู้อ่อนวัย แต่การเรียกกลับและตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ การที่มีความจำลดลงเพียงเล็กน้อยเป็นลักษณะปกติของผู้สูงอายุโดยทั่วไป แต่ถ้ามีความจำเสื่อมลงมากหรือยากลำบากในการเรียกคืนความจำมักมีผลกระทบมาจากการมีพยาธิสภาพในสมอง ซึ่งไม่ใช่ลักษณะของผู้สูงอายุปกติทั่วไป

1.1.3 ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มนุษย์สามารถมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้ทุกวัยในหลายๆทาง การศึกษาวิจัยใหม่ๆพบว่าผู้สูงอายุมักมีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ได้แม้ว่าจะไม่ได้รับการศึกษาก็ตาม โดยจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตช่วยแก้ไข ปรับปรุงและค้นหาทางใหม่ที่จะทำให้สถานการณ์นั้นดำเนินต่อไปได้ และนำเอาประสบการณ์ต่างๆมาเรียบเรียงรวมเข้าด้วยกันในระดับที่สูงกว่าซับซ้อนมากกว่า และสร้างขึ้นใหม่จริงๆตามความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งมักตรงกับสภาพความเป็นจริงที่คนส่วนใหญ่ต้องการ

ผู้สูงอายุมักมีความมั่นคงทางความคิดจนดูเหมือนจะเป็นความคิดที่กล้าแข็งคือมัน และระมัดระวังรอบคอบต่อการตัดสินใจรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เคยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆในอดีต แต่ถ้าไม่

สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุก็ดูเหมือนจะเลือกเอาสิ่งที่มีความเสี่ยงสูง หรือสิ่งใหม่ๆ เหมือนกับ ผู้อ่อนวัยกว่าเหมือนกัน

1.1.4 สถิติปัญญา โดยทั่วไปสถิติปัญญาประกอบขึ้นด้วยความสามารถหลาย ด้าน เช่น ความสามารถทางการพูด (Verbal ability) ความสามารถทางคำนวณ (Numerical ability) ความสามารถทางการรับรู้ (Perceptive ability) และความสามารถในการจำ (Ability to remember) เป็นต้น ความสามารถต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกันทั้งสิ้น

สถิติปัญญาสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานวัด (Standardized test) ผลการวัดนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดสรรงานให้ตรงกับความสามารถ หรือระดับ สถิติปัญญาของแต่ละคนได้

1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ หรือมีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ เหมาะสมกับวัย และเป็นผู้ที่ไม่มีอาการบ่งแสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ ควรมีลักษณะแสดงออกดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527, หน้า 14-15)

1.2.1 มองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกเหยียดหยามตนเอง หรือเห็นว่าตนเองด้อยไร้ค่า นำรังเกียจ

1.2.2 รู้จักตนเองมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง เชื่อว่าตนเองพึ่งพาตนเองได้ ตัดสินใจแล้วก็สามารถที่จะรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนเองได้ ไม่โทษผู้อื่น หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

1.2.3 มีความเชื่อมั่นในสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความรู้สึกที่ดีต่อคนอื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น

1.2.4 ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นและจุดอ่อน ยอมรับผิดถ้ากระทำผิด และใช้ความผิดที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์เรียนรู้ เพื่อไม่ให้เกิดการผิดพลาดในครั้งต่อไป

1.2.5 สามารถร้องขอความอยาก ความต้องการทั้งหลายจนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร หรือยับยั้งความต้องการนั้นๆ ถ้าหากขัดกับมาตรฐานของสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม

1.2.6 สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม ในขอบเขตที่สังคมยอมรับ ขณะเดียวกันก็พิจารณาถึงความต้องการของบุคคลอื่นด้วย

1.2.7 สามารถสร้างความสัมพันธ์อบอุ่นใกล้ชิดกับคนอื่น ๆ ได้ทั้งสองเพศ และรักษาสัมพันธนั้น ๆ ไว้ได้อย่างยั่งยืน มีความพอใจในเพศของตน และหากมีชีวิตคู่ก็มีความพอใจในชีวิตคู่และพอใจในเพศสัมพันธ์

1.2.8 มีสำนึกผิดชอบชั่วดี มีคุณธรรม จริยธรรมในการที่จะยับยั้ง หรือ

ห้ามใจตนเองไม่ให้กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร

1.2.9 ขอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับของกลุ่มสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ สามารถปรับตัวให้เป็นที่ไปตามคาดหวังของสังคม

1.2.10 ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาคนอื่น หรือมีความคิดที่จะทำประโยชน์จากคนอื่นที่อ่อนแอกว่าด้วยกลวิธี หรือใช้เล่ห์เหลี่ยมเปรียบเทียบกับผู้อื่น

1.2.11 สามารถรับรู้ความเป็นจริงของชีวิต อยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ และไม่ปฏิเสธความจริง

1.2.12 สามารถอยู่ตามลำพังตนเองได้ และอยู่เป็นกลุ่มร่วมกับผู้อื่นได้ พึ่งตนเองได้และถ้าจำเป็นจะต้องพึ่งผู้อื่นก็สามารถทำได้โดยไม่เกิดความรู้สึกต่ำต้อย

1.2.13 ขอมรับว่าภาวะความเครียด และการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีบุคลิกภาพที่ยืดหยุ่นและปรับตัวได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

1.2.14 มีอารมณ์ขัน สามารถหัวเราะในความบกพร่องของตนเองได้ แสดงอารมณ์ออกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์

1.2.15 มีอารมณ์หนักแน่นมีบุคลิกภาพที่มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งกระทบ สามารถเผชิญกับภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นคง

1.3 อาการแสดงออกของปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการที่ตนเองรู้สึกได้เอง หรืออาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตได้ดังนี้ (มุกดา สุขสมาน, 2537, หน้า 190)

1.3.1 อาการทางกาย มีอาการของการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความกังวล ทำให้ระบบหัวใจผิดปกติ มีอาการใจสั่น ใจเต้น ระบบหายใจปรากฏอาการของการหอบ ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ความกังวล ทำให้กินอาหารไม่ได้หรือกินอาหารมากเกินไปนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ท้องเดิน ประจำเดือนขาด ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลมชัก เกร็ง ปวดตามข้อ ปวดหลัง เป็นต้น

1.3.2 อาการทางใจ ได้แก่ อาการที่แสดงออกทางด้านความรู้ ความคิด อารมณ์ ความจำ สมาธิ เช่น

(1) ในเรื่องความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกไม่สบายใจ น้อยใจ รู้สึกไม่รักใคร่หลงตัวเอง

(2) ความคิด ได้แก่ หมกมุ่น ฟุ้งซ่าน สับสน คิดมาก คิดในเรื่องไม่มีเหตุผล ผันกลางวัน หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีความคิดแปลก ๆ

(3) อารมณ์ กังวล ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเกินไป อารมณ์อ่อนไหว อารมณ์เครียดรุนแรงเกินไป อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่พูด อารมณ์ไม่เหมาะสม ความจำและสมาธิเสื่อมไป จำอะไรไม่ได้ ลืมบ่อย เป็นต้น

1.3.3 อารมณ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางความประพฤติที่ต่างไปจากปกติหรือในลักษณะที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว ทำลายของ ทำลายผู้อื่น ซึมเฉย แยกตัว คิดเหว้า คิดยาเสพติด ประพฤติผิดทางเพศ เป็นคนเจ้าระเบียบจนเกินไป ย้ำคิดย้ำทำ แต่งกายไม่เหมาะสมกับเพศ หรือวิยชอบต่อต้านผู้อื่น ลักษณะ โหม่ พุดผด เป็นต้น

1.3.4 การเจ็บป่วยทางจิต แบ่งเป็นชนิดใหญ่ๆ ได้ 2 ชนิด

(1) โรคประสาท (Neurosis) คือ โรคที่มีความกังวลเป็นลักษณะสำคัญ มีประชากรที่เป็นโรคนี้นี้มีจำนวนมาก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้นี้มักจะได้รับความทุกข์จากการสูญเสีย การปรับตัวจากสภาพปกติ มีบุคลิกที่เปลี่ยนแปลง แต่ไม่เกิดภาพลวงหรือภาพหลอน การเป็นโรคประสาทนี้มีสาเหตุใหญ่หรือรากฐานมาจากความวิตกกังวล ความกลัว ความอาย และมีอารมณ์อ่อนไหวมากเกินไป เวลาที่มีอารมณ์เสีย หัวใจจะเต้นแรงไม่เป็นจังหวะ ระบบการย่อยอาหารถูกรบกวนปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญของโรคนี้นี้ คือ ภาวะขัดแย้งทางอารมณ์ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม ในปัจจุบัน ประสพการณ์ในอดีต และสุขภาพที่เสื่อมโทรม

(2) โรคจิต (Psychosis) มีอาการ คือ ระบบประสาทถูกรบกวนจนกระทั่งไม่สามารถจะทำตัวให้ปกติในชีวิตประจำวันได้ มีการเกิดภาพลวง ไม่สามารถจะรับความรู้สึกที่เป็นจริงได้ มีความรู้สึกรุนแรงมีพฤติกรรมที่ต้องการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น ต้องมีผู้ดูแล

1.4 อาการทางจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (รัชนีกร ภูกร, 2533, หน้า92-97)

1.4.1 อาการหลงลืม (Forgetfulness) คนปกติทุกคนต้องมีการหลงลืมบ้าง แต่ในผู้สูงอายุบางคน การหลงลืมเป็นมากกว่าในคนปกติ ผู้สูงอายุหลงลืมมากกว่าคนหนุ่มสาว แต่ถ้าไม่มากจนเกินไปก็ถือว่าเป็นของธรรมดา ในผู้สูงอายุที่ฉลาดอาจจะปกปิดอาการหลงลืมได้เก่ง แต่ถ้าได้ทำการทดสอบต่างๆ ก็อาจจะพบอาการนี้ได้การทดสอบง่ายๆที่ใช้ได้แก่ การถามถึง

- (1) อายุ
- (2) เวลา
- (3) บอกที่อยู่ให้ผู้สูงอายุจำไว้แล้วถามซ้ำเมื่อจบการทดสอบ
- (4) ปี พ.ศ. ปัจจุบัน
- (5) ชื่อโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่ที่นั่งอยู่ขณะนั้น
- (6) ถามถึงบุคคลในสถานที่นั้น เช่น แพทย์ พยาบาล
- (7) วันเกิด

(8) ชื่อนายกรัฐมนตรีในปัจจุบัน

(9) นับถอยหลัง 20-1

ในผู้สูงอายุปกติ อาจตอบไม่ได้ 1-2 ข้อเท่านั้น แต่ในพวกที่มีพยาธิสภาพจะพบว่าคะแนนที่ตอบได้ต่ำมาก

อาการหลงลืมอาจจะพบได้ในโรคจิตในวัยชรา (Senile dementia) ผู้ป่วยเศร้าโรคทางกายบางโรคที่ทำให้เกิดอาการง มีการอุดตันของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดในสมองแตก แต่ไม่ใช่ที่สำคัญ จึงไม่มีอาการทางกายอย่างอื่นปรากฏชัดเจน ในผู้ป่วยที่มีประวัติการกระทบกระแทกที่ศีรษะอาจจะเกิดมีเลือดออกมาขังได้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) อาจจะทำให้เกิดอาการได้

การหลงลืมชั่วคราวอาจจะเกิดภายหลังศีรษะได้รับความกระเทือนแม้จะไม่มีเลือดออกมาก็ได้ หลังเป็นลมชัก หลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง

นอกจากนี้การหลงลืม อาจพบได้ในพวกที่มีการทำงานของต่อมธัยรอยด์ต่ำ (Hypothyroidism) ภายหลังการดื่มสุราแล้วยังมาไม่สร้างดี ผู้ป่วยกำลังง่วงเนื่องจากใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสงบประสาท ยานอนหลับ ยารักษาโรคลมชัก เป็นต้น

1.4.2 อาการง (Confusion)

(1) อาการงชนิดเฉียบพลัน (Acute confusion) ผู้ป่วยมีอาการงขึ้นมาโดยกระทันหัน มักจะเป็นอาการที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เกิดมีโรคทางกายอย่างเฉียบพลัน เช่น โรคติดเชื้อต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ ปอดอักเสบ การอักเสบของทางเดินปัสสาวะ หัวใจวาย ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีหลอดเลือดอุดตัน หรือแตกในสมอง น้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic ketosis) ยูริเมีย (Uremia) การแปรปรวนของแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด โรคเลือดจาง ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยลง

นอกจากนี้มียาบางชนิดทำให้เกิดอาการได้ เช่น benzhexol orphenadrine L-dopa ยา antidepressants ยานอนหลับ

(2) อาการงชนิดเรื้อรัง (Chronic confussion) พบใน ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรังต่าง ๆ เช่น การทำงานของไตล้มเหลว (Renal failure) หัวใจวาย (Heart failure) การทำงานของตับล้มเหลว (Hepatic failure) ระยะสุดท้ายของมะเร็ง โรคทางกายที่เกี่ยวข้องกับสมอง การทำงานของต่อมธัยรอยด์น้อยลง

(3) โรคจิตในวัยชรา (Senile dementia) พวกนี้อาการค่อยเป็นค่อยไป มีการเสื่อมของความจำอย่างมาก โดยเฉพาะความจำในเรื่องใหม่ ๆ ใกล้เคียงปัจจุบัน นอกจากความจำเสื่อมอาจจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะวุ่นวาย ชอบเที่ยวไปในที่ต่าง ๆ โดยไร้

จุดหมาย มีพฤติกรรมแปลก ๆ ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยประพฤติก่อนลักษณะอารมณ์ไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่สนใจการทำความสะอาดร่างกายในบางรายเป็นมากถึงขนาดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการขับถ่ายได้ ยิ่งทำให้สกปรกยิ่งขึ้น ในระยะสุดท้ายอาจจะมีโรคแทรกทางกาย และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยพวกนี้พบว่ามีพยาธิสภาพของเนื้อสมอง เนื่องมาจากความชรา

(4) การเสื่อมเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด

(Arteriosclerotic dementia) พวกนี้แตกต่างจากพวกโรคจิตในวัยชราโดยที่มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในสมอง คือ ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นมีการอุดตันของหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ เนื้อสมองจึงตายไปเป็นหย่อม ๆ หลายแห่ง อาการที่เกิดขึ้นคล้ายโรคจิตในวัยชรา แต่อายุของผู้ป่วยอาจจะพบต่ำกว่าในวัยชราได้ พวกนี้มักจะมีโรคทางกายอย่างอื่นนำมาก่อน เช่น เป็นโรคความดันเลือดสูงพวกนี้อาจจะได้รับอันตรายจากหลอดเลือดแดงแตกในสมอง หรือหลอดเลือดที่หัวใจเกิดการอุดตัน ทำให้หัวใจหยุดทำงานได้ง่าย

(5) สภาพเหมือนอาการงงชนิดเรื้อรัง พบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการเศร้า

1.4.3 อาการเศร้าและซึมเฉย (Depression and Apathy) อาการเศร้าพบได้

บ่อยมากในผู้ป่วยสูงอายุ อาการเศร้าอาจจะไม่รุนแรงหรืออาจจะรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตก็ได้ อาการเศร้าอาจจะพบได้ในสภาพที่มีการตายของญาติหรือคู่ครองมีการเจ็บป่วยทางกาย หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

อาการที่พบ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเศร้าหมองนอนไม่หลับ มักตื่นกลางดึก เบื่ออาหาร การกระทำและการพูดจาซ้ำกว่าปกติ ในบางรายอาจจะมีอาการกระวนกระวาย ในบางรายที่ความรู้สึกตัวเองไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกตนเองเป็นคนไม่ดีไม่มีคุณค่า หรือเป็นคนเปล่าประโยชน์อาจจะพบอาการหลงผิดว่าเป็นโรคทางกายที่ไม่ได้เป็น เช่น คิดว่าถ้าใส่ถูกอุดตันหรืออวัยวะหนึ่งกำลังเสื่อมสลาย บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่าคนหนุ่มสาวและผู้ชายสูงกว่าหญิง โดยเฉพาะถ้ามีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย หรือถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังโดยไม่มีคนดูแล อาการเศร้าอาจเกิดร่วมกับโรคอื่นเช่น โรคจิตในวัยชรา ในระยะเริ่มแรกอาจจะมีอาการนี้ได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการป่วยทางกาย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หากญาติไม่ยอมรับที่จะช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาจจะทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงเพราะไม่ยอมกิน หรือร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต

อาการซึมเฉยในผู้ป่วยสูงอายุ พบมากในพวกโรคจิตในวัยชราที่มีการเสื่อมของหน้าที่ต่าง ๆ ของสมอง ความคิดความอ่าน อาการนี้พบได้ในผู้ป่วยฝ่ายกายเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ

1.4.4 อาการกระวนกระวายและวิตกกังวล (Agitation and Anxiety) อาการวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้ในคนปกติ เมื่อมีความกดดันทางจิตใจเกิดขึ้น แต่ถ้าอาการวิตกกังวลเป็นมากจนอยู่นิ่งไม่ได้ กระวนกระวายมากก็ถือว่าผิดปกติ พบได้ทั้งในโรคทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยมีอาการเพ้อ, สับสน, มีการเสื่อมของหน้าที่ต่าง ๆ ของสมองและจิตใจและในโรคทางกายก็อาจจะมีอาการนี้ได้ เช่น ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ โรคหัวใจ ผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีอาการหนักใกล้ตาย ผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ

1.4.5 อาการประสาทหลอนและหลงผิด (Hallucinations and Delusions) Delusions) อาการประสาทหลอนมีได้หลายอย่าง เช่น อาจจะมีประสาทหลอนทางหูได้ยินเป็นเสียงต่าง ๆ พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับสารหรือยาที่ทำให้เกิดพิษ เช่น สุรา ซึ่งประสาทหลอนถ้าได้สุรามาก หรือตอนที่หยุดดื่มสุราทันทีหลังดื่มมาเป็นเวลานาน โรคลมชักบางชนิดอาจมีประสาทหลอนได้นอกจากนี้ อาการประสาทหลอนและหลงผิด พบได้มากในโรคทางจิตเวช หรือ อาจพบได้เมื่อมีญาติสนิทเสียชีวิตลง และผู้ป่วยมีอาการเศร้ามาก

1.4.6 อาการระแวง (Paranoid symptoms) ผู้ป่วยมีอาการระแวง เช่น หลงผิดไปว่ามีผู้ปองร้ายและมีประสาทหลอนเป็นเสียงคนจะทำร้ายหรือเห็นภาพหลอน พบได้ในโรคจิตระแวงในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเหล่านี้มักชอบแยกตัวเองบางคนก็มีความพิการทางร่างกายร่วมด้วย เช่น หูหนวก หรือโรคทางกายบางโรค เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำหน้าที่ลดลง ก็อาจทำให้เกิดโรคทางจิตชนิดระแวงได้

1.4.7 อาการปล่อยปละละเลยตัวเอง (Self - neglect) ผู้สูงอายุบางคนปล่อยปละละเลยในการดูแลตนเองอย่างมาก การแต่งกายที่อยู่สกปรกรกรุงรัง อาหารก็ไม่ได้ไม่เพียงพอ ไม่ยอมรับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือญาติเท่าที่ควร สาเหตุ อาจจะทำให้เกิดความผิดปกติของบุคลิกภาพมาเป็นเวลานานแล้วเมื่ออายุมากขึ้นก็ยิ่งปล่อยตัวมากขึ้นหรือผู้ป่วยทางกายเรื้อรังก็มีอาการนี้ได้

1.4.8 ความประพฤติกผิดปกติ (Abnormal behaviour) ผู้สูงอายุบางคนมีความผิดปกติ โดยชอบเดินท่องเที่ยวไปโดยไม่มีจุดหมาย บางคนชอบตะโกน หรือส่งเสียงรบกวนชาวบ้าน บางคนมีความประพฤติก้าวร้าว , อาจจะมีพบได้ในพวกติดสุราเรื้อรัง ซึ่งมีอาการอื่น ๆ เช่น การปล่อยปละละเลยตนเองสกปรกรวมไปด้วย

ความประพฤติกผิดปกติเกี่ยวกับทางเพศ พบได้ในผู้สูงอายุบางคน อาการอาจไม่รุนแรงเป็นเพียงชอบพูดจาตีปคนต่าง ๆ หรืออาจรุนแรงถึงขนาดข่มขืนเด็กหญิงพวกนี้บางทีก็ไม่ได้มีอาการทางเพศแต่อาจจะพบได้ในคนที่เริ่มมีอาการไร้สมรรถภาพทางเพศ แต่ไม่ยอมรับสภาพของตนและพยายามทำในสิ่งตรงกันข้าม คือ แสดงว่าตนเองยังสามารถอยู่

ความประพฤติก่ผิดปกติอีกแบบหนึ่ง ที่พบได้ในผู้สูงอายุก็คือ ะอะอะ (Mania) มักจะเป็นลักษณะผู้ป่วยที่หงุดหงิดมาก ไม่มีความสุข เครียดอาละวาด มากกว่าจะเป็นแบบอารมณ์ครั้นเครงเกินปกติ

2. ด้านสังคมไทย จัดอยู่ในสังคมที่กำลังมุ่งสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ (New Industrialized Country) หรือ NIC ในช่วงระยะ 20 ปีนี้ สังคมไทยมีการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีการใช้เทคโนโลยี เครื่องทุ่นแรงในการผลิต ทำให้บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป โดยมองค่าผู้สูงอายุต่ำลงเพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ เพียงเป็นผู้เฝ้าบ้าน ความยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง ถ้าคนในสังคมไทยมองผู้สูงอายุว่าเป็นเพียงผู้หมดความสามารถปฎิกริยาจากผู้สูงอายุก็จะเป็นอย่างนั้น คือเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม แต่ถ้าสังคมมีมโนทัศน์ต่อผู้สูงอายุว่าเป็นผู้มีประสบการณ์สูง มีสติปัญญา มีบารมี ยังสามารถทำประโยชน์ในสังคมได้ และช่วยส่งเสริมบทบาทที่ผู้สูงอายุทำได้ ก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพยายามพัฒนาตนเองร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไป เท่าที่ศักยภาพคนจะทำได้

2.1 การพัฒนาความเป็นเมืองของสังคมไทย การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวแบบขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัวแบบเดิมเปลี่ยนแปลงไป และพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 5 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525 จากแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 2525 – 2544, หน้า 8) ต่อสู้ชีวิตด้วยตนเองซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่มีรายได้เก็บออมไว้ก็จะเกิดความทุกข์มากยิ่งขึ้น เพราะจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ถึง 5 สังคมไทย ยังไม่มีพระราชบัญญัติประกันสังคมเพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการและการเงินแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการเท่านั้น จะมีหลักประกันจากเงินบำนาญหลังเกษียณอายุ

2.2 การแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทยนั้น ผู้สูงอายุมีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมของบุตรหลาน ทำให้เกิดปัญหาระหว่างวัยขึ้นผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจและท้อแท้ใจ (จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ดันศิริ, 2533, หน้า 11 –12)

บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมไทย

จำนวนประชากรสูงอายุมิแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่โครงสร้างสังคมไทยในปัจจุบันดูเหมือนจะไม่สามารถรองรับข้อเท็จจริงที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถาบันครอบครัวไทยที่มีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ - แม่ - ลูก) มากขึ้นทั้งในสังคมเมืองและสังคมชนบทแต่สังคม

ชนบทจะเปลี่ยนแปลงช้ากว่าคือ ยังมีความเป็นครอบครัวขยาย (ครอบครัวที่ประกอบด้วยคนรุ่น ปู่ - ย่า - ตา - ยาย - พ่อ - แม่ - ลูก) อยู่มาก อย่างไรก็ตามปัจจุบันสังคมชนบทที่มีปัญหาการอพยพของประชากรมาสู่เมืองมากขึ้นอันเป็นผลขยายตัวของเมืองและการดิ้นรนต่อสู้กับปัญหาด้านเศรษฐกิจของชาวชนบท ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพังขาดการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังถูกลดบทบาทและความสำคัญลงด้วยไม่ว่าจะเป็นในระดับครอบครัว ชุมชน หรือประเทศชาติ

ความหวังของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม ในสังคมไทยวัยชราหรือผู้สูงอายุมีใจเป็นวัยที่โคดเคี้ยวสิ้นหวังในชีวิตเพราะสังคมไทยมีวัฒนธรรมให้ความเคารพนับถือ ปู่ ย่า ตา ยาย ว่าเป็นเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว และมีภาระผูกพันในการให้ความดูแลบิดา มารดา หรือญาติผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นค่านิยมในความกตัญญูรู้คุณ แต่ในปัจจุบันสังคมเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปย่อมมีผลกระทบต่อวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทย สังคมจึงควรตระหนักถึงภาระความรับผิดชอบต่อกลุ่มผู้สูงอายุไม่ควรละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างเดิวนายไร้ความหมาย

ความหวังและความต้องการของผู้สูงอายุจากสังคม ในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

- ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุเมื่อถูกปล่อยให้ อยู่โคดเคี้ยวหรือแยกอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ และทางจิตใจรวมทั้งทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวควบคู่กัน กับการช่วยเหลือจากภายนอก
- ความต้องการด้านการประกันรายได้ผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยชราได้เล็ก ประกอบอาชีพ หรือเกษียณอายุแล้ว ควรได้รับการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคม การได้รับสวัสดิการบำเหน็จบำนาญเป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มั่นคงปลอดภัย ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม
- ความต้องการที่จะเป็นอิสระจากตนเอง สังคมควรเปิดโอกาสให้แก่ผู้สูงอายุได้มีส่วนในการปรับปรุงชีวิต ให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประการในสังคม
- ความต้องการที่จะเป็นอิสระแก่ตนเองพึ่งคนอื่นให้น้อยลง ครอบครัว และสังคมควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามใจสมัคร บุตรหลานไม่ควร

เป็นเจ้าของกิจการบงการชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุได้รู้จักการพึ่งตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

- ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของกลุ่มและของสังคม ต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มชนและของชุมชน และสังคม สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเน้นให้ความรู้ทั่วไปเพื่อง่าย และสะดวกต่อการจดจำ ควรเน้นเรื่อง 8 ข้อ ดังต่อไปนี้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2534 , หน้า 35 – 36)

1. อาหาร บุตรหลานและผู้ใกล้ชิดควรเอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ คือ อาหารที่ย่อยง่ายมีโปรตีนปานกลาง ไขมันน้อย
2. อากาศ มีการระบายอากาศที่ดีภายในบ้าน ควรให้มีโอกาสได้รับอากาศบริสุทธิ์ตามธรรมชาติเพื่อสุขภาพ
3. ออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การฝึกกายบริหาร ฯลฯ
4. อารมณ์ ควรหาโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ฯลฯ
5. อุจจาระ ผู้ที่มีสุขภาพอนามัยดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ระบบประสาท และระบบสรีระวิทยาต่าง ๆ จะทำหน้าที่ตามปกติ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่แปรปรวน
6. อิงศาสนา ที่ฟังที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ศาสนา จะทำให้จิตใจสะอาด สว่าง สงบ รู้จักปล่อยวาง
7. อาสาสมัครผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากยังมีความสามารถในด้านต่างๆเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจและการงานเป็นอย่างดี จึงควรใช้เวลาในช่วงสุดท้ายชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและสังคม เช่น ทำกิจกรรมของวัด งานสาธารณกุศล เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ
8. อนามัย มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ โดยนำไปพบแพทย์เพื่อการตรวจร่างกายหากพบว่า มีความผิดปกติใด ๆ ต้องรีบนำไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างเร่งด่วน

สังคมไทยกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สังคมจะมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ มีหลายประการกล่าวคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ , 2529 , หน้า 102 – 103)

1. รักษาวัฒนธรรมและค่านิยมที่ดั้งเดิมของชาติได้ คือ กตัญญู ความรัก การดูแลที่พึงมีต่อพ่อแม่ และผู้ใหญ่ หน้าที่ที่ดีที่สุดและสำคัญที่สุดของบุตรคือ การดูแลรักษาผู้เป็นบิดามารดา

2. ควรพิจารณาให้ความช่วยเหลือดูแลที่ส่งเสริมการช่วยเหลือตัวเอง และความเป็นอิสระให้มากที่สุด ด้วยการให้ความจำใจ ความสะดวกสบายเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจก็เป็นการเพียงพอ ซึ่งตรงกับความต้องการแท้จริงของผู้มีอายุ

3. ผู้สูงอายุควรได้รับการกระตุ้นให้เข้ากิจกรรมทางสังคมบ้าง เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้สึกระฉับกระเฉง ตัวอย่างเช่น การเป็นอาสาสมัคร การสอน การไปวัด การร่วมกิจกรรมดนตรี หรือนันทนาการต่างๆ เป็นต้น

4. งานอดิเรกเป็นสิ่งที่มีความหมายยิ่งสำหรับผู้สูงอายุซึ่งจะมีเวลาว่างมากขึ้น ผู้สูงอายุควรจะได้ใช้เวลาว่างในการทำงานที่เป็นประโยชน์ เช่น การเขียนหนังสือ การทำสวน การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

5. รัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรจะได้มีการจัดบริการชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น บ้านพักคนชรา คลินิกผู้สูงอายุ สถานพักฟื้นคนชรา บริการโภชนาการผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. บริการทางสุขภาพผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพร่างกาย ซึ่งเป็นความสุขของชีวิต (ภาคผนวก)

7. ส่งเสริมและสนับสนุนการเตรียมแผนสำหรับชีวิตทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และการเงิน (ภาคผนวก)

8. ส่งเสริมและพัฒนาความมีสุขภาพที่ดีโดยต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมิใช่เป็นบุคคลที่ไร้ค่า แต่เป็นบุคคลที่สำคัญกว่าเอกสารและตำราใด ๆ เพราะผู้สูงอายุเป็นแหล่งวิทยาการบุคคลที่สามารถให้การศึกษา แก่ชนรุ่นหลังทั้งด้านชีวิต ประวัติศาสตร์ และความรู้ที่พึงเรียนจากเขาเหล่านั้น การสร้างชีวิตที่ดีเท่ากับเป็นการสร้างทรัพยากรของประเทศที่ให้คุณค่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกริกศักดิ์ บุญญาอนุพงศ์, สุรีย์ บุญญาอนุพงศ์ และ สมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ได้ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบทส่วนใหญ่ที่มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติถึงดีมาก และจากการประเมินตามสภาพที่เห็นก็พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน และเคลื่อนไหวในเกณฑ์ที่ดี โดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันท์พลอย สิบสุขเศรษฐ์ (2540) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพมีภาวะสุขภาพดี ส่วนการศึกษาของ Creecy, Berg & Wright (1985) พบว่าการเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยเกิดความว้าเหว่ และแยกตัวออกจากสังคม คล้ายคลึงกับงานวิจัยของสุพรรณิ นันท์ชัย (2534) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman & Syme (1979) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ พบว่าเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสที่จะปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง มีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หรือทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกในการต่อสู้และอาจนำไปสู่อุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย ส่วนการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลโครงการนำร่องการจัดศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น สุพรรณบุรี เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร จำนวน 987 คน ถึงการร่วมงานของชุมชนใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุร่วมงานชุมชนบ่อยมาก หรือบ่อย คิดเป็นร้อยละ 67.4 นอกจากนี้แล้วอาไฟ ชนะกอก , ยูยงค์ เขียวพานนท์ และวันทนีย์ ชวพงศ์ (2535) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ตนเอง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของสังขาร และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว พร้อมทั้งมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีการประกอบกิจกรรมทางศาสนา นอกจากนี้จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น สุพรรณบุรี เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร จำนวน 987 คน พบว่างานที่ผู้สูงอายุทำส่วนมาก คือ ฝึบ้าน (ร้อยละ 90.6) แตกต่างกับการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุกพงศ์ และสุรีย์ บุญญานุกพงศ์ (2534) เกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานซึ่งผลการศึกษา ในแง่ของภูมิหลังในการศึกษาการทำงาน และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้เพราะสภาพสังคมในอดีตไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเหมือนเช่นปัจจุบัน ส่วนศักยภาพในการทำงานนั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศักยภาพหรือมีความสามารถในตนเองที่จะทำงานต่างๆ ได้ทั้งในลักษณะของการทำงานเพื่อหารายได้และการทำงานให้กับสังคม ลักษณะงานที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความถนัดก็คือ งานเกี่ยวกับการค้าขายและงานช่างฝีมือประเภทต่าง ๆ และยังพบว่าผู้สูงอายุมีความพร้อมในการที่จะทำงานหรือมีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อสังคมอีกด้วย สนับสนุนการศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล และจรรยา เสียงเสนาะ (2534) ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและค้นหาผู้นำในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 194 คน พบว่าการได้รับการยกย่องจากผู้อื่น การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้

ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี สนับสนุนการศึกษาของ Cronenwett (1984) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลมองโลกในแง่ดีส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดีและสุขภาพจิตที่ดีเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพ โดยจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จำนวน 122 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ลำเนาวี เรืองยศ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ