บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง วิถีชีวิตผู้สูงอายุยืนยาวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การมีอายุยืนยาว และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอดังนี้

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้สูงอายุ เป็นทรัพยากรที่สำคัญอย่างยิ่งของสังคมและประเทศชาติ เป็นต้นทุนทางสังคมที่มีค่ามาก **ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในปี 2559 ทั่วโลก มีประชากร** ทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด **และมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีอายุสูงขึ้นเรื่อยๆ หลาย ประเทศได้เข้าสู่**สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ **เช่น ญี่ปุ่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.1 23.7 21.0 และ 20.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมดตามลำดับ**  ในขณะที่ ประเทศ ในประชาคมอาเซียน ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 คือ สิงคโปร์ประเทศไทย **และ**เวียดนาม **มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.7 16.5 และ 10.7 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ (**มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2560**)**

สำหรับประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในปี 2537 มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2545 2550 2554 และ 2557 คิดเป็นร้อยละ 9.4 10.7 12.2 และ 14.9 ของประชาการทั้งหมดตามลำดับ โดยในปี 2548 เป็นปีที่ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรก จากสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดจำนวน 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดประมาณว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ ”สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ ”สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมี สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของ ประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) และคาดว่าใน ปี 2583 สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์ ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) ได้ประมาณว่า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ หรือมีผู้มี 60 ปีขึ้นไป ถึง 20.5 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 32.1 ของประชากร ไทยทั้งหมด ในขณะที่ประเทศมีวัยแรงงานเพียง 35.2 ล้านคน และวัยเด็ก 8.2 ล้านคน การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรนี้ จะส่งผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) พบว่าในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 10,014,705 คน เป็นชายจำนวน 4,514,815 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 หญิงจำนวน 5,499,890 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในจำนวนนี้เมื่อแบ่งผู้สูงอายุตามวัย พบว่า เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 5,655,184 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ผู้สูงอายุวัยกลาง ซึ่งมีอายุ 70 – 79 ปี มีจำนวน 2,995,698 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,363,823 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม 90 ปีขึ้นไป มีจำนวนประมาณ 1 แสน 5 หมื่นคน หรือคิดเป็น 2.3 คนต่อประชากร 1,000 คน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณว่า จำนวนประชากรสูงอายุที่สุดกลุ่มนี้จะเพิ่มเป็น 2 แสน 8 หมื่นคน ในอีกสิบปีข้างหน้า คิดเป็นอัตรา ผู้สูงอายุที่สุด 4.2 คนต่อประชากร 1,000 คน และเท่ากับว่าระหว่างปี 2557 - 2567 ประชากรสูงอายุที่สุด กลุ่มนี้เพิ่มด้วย อัตราเร็วมากถึงร้อยละ 9 ต่อปี ขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 0.2 ต่อปี ในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ ในปี 2577 ประชากรอายุ 90 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 3 แสน 8 หมื่นคน ในช่วงระหว่างปี 2567 - 2577 ประชากรกลุ่มศตวรรษิกชน (อายุ 100 ปีขึ้นไป) จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 3 - 4 เท่า เมื่อเทียบ กับประเทศญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา พบว่าญี่ปุ่นมีศตวรรษิกสตรีมากกว่า ร้อยละ 80 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2557) ในขณะที่สหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้หญิงที่มีอายุยืนถึง 100 ปี คิดเป็น ร้อยละ 1 แต่ในผู้ชายมีร้อยละ 0.1 (Sebastiani & Perls , 2012)

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) อย่างเต็มตัว ประชากรวัยแรงงานที่เกื้อหนุน ดูแลผู้สูงอายุลดลงจากปี พ.ศ. 2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และจะ ลดลงเหลือแค่เพียง 2 คนใน ปี พ.ศ. 2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนขึ้น โดยที่กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก ในขณะที่ สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุวัยต้นในกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี และกลุ่มอายุ 65 - 69 ปี มีแนวโน้มลดลง กลุ่มผู้สูง อายุวัยกลาง ที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น และประชากรสูงอายุกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะมี สัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือผู้สูงอายุวัยปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรสูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2555)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2560) พบว่าแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับ ผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีประมาณ 4 แสนคน อีกทั้งพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการมีโรค เรื้อรัง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเปราะบาง

สำหรับข้อมูลอื่นๆ ของผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) พบว่าจังหวัด ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับคือ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ อุบลราชธานี และ นครศรีธรรมราช โดยมี จำนวน 423,934 292,217 274,331 273,687 และ 256,617 คน ตามลำดับ ในด้านสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.5 เป็นผู้ที่สมรส ในจำนวนนี้ ร้อยละ 61.0 เป็นผู้ ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน มีผู้สูงอายุที่เป็นม่าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 32.6 และเป็นโสดร้อยละ 3.9 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คน เดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ร้อยละ 7.7 ร้อยละ 8.6 ในปี 2545 2550 และ 2554 ตามลำดับ ปี 2557 มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ตามลำพังเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.7 โดยที่ผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 7.6 ผู้สูงอายุวัย กลาง ร้อยละ 10.0 และผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 10.6 อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือน ในด้านรายได้หลัก ของผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 91.3 ผู้สูงอายุมีรายได้หลักที่ได้รับจากบุตร ร้อยละ 36.7 รายได้จากการทำงานของ ผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 33.9 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 14.8 มีรายได้จากเงินบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 4.9 มีรายได้จากคู่สมรส ในด้านการทำงานพบว่า ร้อยละ 38.4 ของผู้สูงอายุมีการทำงาน โดยที่ร้อยละ 24.9 ของผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 10.3 ของผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 2.7 ของผู้สูงอายุวัยปลายมีความต้องการที่จะทำงาน

**ในด้านภาวะสุขภาพโดยรวม** ผู้สูงอายุไทยได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ร้อยละ 35.2 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 52.2 ในปี 2557 การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุประเมินตนเอง โดยรวมของตนเอง ร้อยละ 42.4 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 38.3 มีสุขภาพ ปานกลาง ร้อยละ 3.3 มีสุขภาพดีมาก และจากการประเมินระดับความสุขด้วยตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.9 มีระดับความสุขอยู่ในช่วง “มีความสุขมาก” รองลงมาคือ ร้อยละ 20.3 ผู้สูงอายุมีความสุขในระดับปานกลาง จังหวัดที่ผู้สูงอายุที่มีระดับ “มีความสุขมากที่สุด” คือกรุงเทพมหานคร รองลงมา คือ ภาคกลาง และภาคใต้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557)

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
	1. ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้ให้นิยามที่ชัดเจนว่า ผู้สูงอายุ (Older หรือ Elderly Person) เป็นผู้ที่มีอายุเท่าไร โดยที่สหประชาชาติได้กำหนดให้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นตัวชี้วัด ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของ ผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ ใช้เกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไปในการเรียกผู้สูงอายุ (WHO, 2015) สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) นอกจากนี้ นิยามของผู้สูงอายุ ได้ถูกกำหนดขึ้นจากหลายหน่วยงาน ดังเช่น

วัยสูงอายุ หรือ วัยชรา หมายถึง บุคคลมีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุอาจ แตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ในทางสถิติมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 - 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ, (2561)

ผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย และให้ได้รับสวัสดิการ จากทางราชการ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 53 บัญญัติไว้ว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การ ยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็น สาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือ ที่เหมาะสมจากรัฐ” (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2554) ผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงหมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ทั้งชายและหญิง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (WHO, 2015) และองค์การสหประชาชาติ (UN) (United Nations, 2013) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older Person หรือ Elderly Person ปัจจุบัน มักใช้คำว่า Older Person มากกว่า Elderly Person หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่อายุเกิด ทั้งนี้ในบางประเทศนิยามผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบาง ประเทศ นิยามตามอายุที่กำหนดให้เกษียณ อาจเป็นอายุ 50 ปี 60 ปี หรือ 65 ปี หรือบางประเทศแบ่งตาม ช่วงอายุและตามเพศ ผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 - 55 ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง 55 - 75 ปี

 ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้กำหนดให้ผู้สูงอายุ (Older Person, Ageing, Aging, Elderly, Elders, Geriatric) คือ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (U.S Census Bureau, 2015)

* 1. การแบ่งระดับสังคมสูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2013) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(มส.ผส.). (2560) ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.2.1 สังคมสูงอายุ (Aged Society หรือ Ageing Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากร อายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป

2.2.2 สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป

2.2.3 ระดับสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20

* 1. การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งได้ตามเกณฑ์ต่าง ๆ หลายลักษณะ ดังเช่น แบ่งตามช่วงอายุ แบ่งตาม สภาพสุขภาพ แบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ และแบ่งตามความ ต้องการการช่วยเหลือ

* + 1. การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (วรชัย ทองไทย, 2549)

1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) มีประมาณร้อยละ 59.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุระหว่าง 70 - 79 ปี) มีประมาณร้อยละ 31.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีประมาณร้อยละ 9.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

2.3.2 แบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม (กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ, 2555)

1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก หรือที่เรียกว่ากลุ่มติดสังคมหรือพึ่งตนเองได้ หมายถึง ผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงดี แม้มีโรคประจาตัวแต่ก็สามารถควบคุมได้ เดินไปเดินมา คล่อง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้า แต่งตัว และทำกิจกรรมในโอกาส ต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรืออาจเรียกได้ว่าสามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น สังคม และชุมชนได้

2) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง หรือที่เรียกว่ากลุ่มติดบ้านหรือพึ่งตนเอง ได้บ้าง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง อาจพิการทุพพลภาพบาง ส่วน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า แต่สามารถประกอบกิจวัตรประจาวันและทำกิจกรรม ในโอกาสต่างๆ ได้ด้วยตนเองในบางครั้ง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้า และแต่งตัว เป็นต้น โดยอาจจะ ต้องอาศัยความช่วยเหลือและดูแลจากบุคคลอื่นบ้าง

3) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือที่เรียกว่าติดเตียงหรือพึ่งตนเองไม่ได้หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย มีอาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว หรือพิการ ทุพพลภาพ เดินไปมาไม่ได้ และไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมในโอกาสต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหาร ขับถ่าย อาบน้า และแต่งตัว เป็นต้น ต้องอาศัยความช่วยเหลือ และดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง จากบุคคลอื่น

2.3.3 การแบ่งตามสภาพร่างกายและการประกอบอาชีพ แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545) คือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและยังประกอบอาชีพอยู่

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรง แต่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องกาพักผ่อน

หรือมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจช่วยทำงานบ้าน เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่บุตรหลาน

3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

2.3.4 การแบ่งตามลักษณะความต้องการความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (สานักงาน

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สานักนายกรัฐมนตรี, 2556) ได้แก่

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young Oldอายุ 60 - 69 ปี) มีรายได้เพียงพอต่อการพึ่งพาตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม

2) กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ (Independent Living for Elderly) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่มีบทบาทในการพัฒนาสังคมส่วนรวม

3) กลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ (Disabled Elderly) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ยากจน ขาดคนเลี้ยงดู หรือประสบปัญหาต่างๆ เช่น พิการ ทุพพลภาพ เป็นต้น ถือเป็นกลุ่มที่ต้องการได้รับการดูแลจากครอบครัวสังคม

2.3.5 การแบ่งช่วงวัยผู้สูงอายุตามเกณฑ์สภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ช่วงวัย (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (บรรณาธิการ), 2550) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุพฤฒิพลัง (Active Aging) เป็นชาวงอายุ 60 - 69 ปี เป็นวัยที่ผู้สูงอายุ ยังมีพลัง ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้เป็นอย่างดี บุคคลในวัยนี้สามารถนำประสบการณ์ชีวิต ความรู้ ภูมิปัญญามาสร้างสรรค์ สังคมได้มาก
2. ผู้สูงอายุช่วงของการพักผ่อน (Relaxation Aging) อยู่ในช่วง อายุ 70 - 79 ปี ผู้สูงอายุ วัยนี้ร่างกายเริ่มอ่อนแอ จากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ความคล่องตัวจะลดลง ความสามรถในการ มองเห็น การได้ยินลดลง มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น
3. ผู้สูงอายุช่วยการพึ่งพิง (Dependent Aging) อยู่ในวัย 80 ปีขึ้นไป ความเสื่อมของร่างกาย เห็นได้ชัดเจนขึ้น ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากคนอื่น มีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น

ในการดูแลผู้สูงอายุหรือสวัสดิการผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้มีการจัดตั้ง กองทุนผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นทุน ใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน ผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพความมั่นคงและ มีคุณภาพชีวิต ที่ดี รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2554 ได้มีมติจากคณะรัฐมนตรี อนุมัติให้ อัตราเบี้ยยังชีพ รายเดือนแบบขั้นบันได สำหรับผู้สูงอายุ ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอให้ดำเนินการในด้านงบประมาณ รายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นไป โดยผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ ดังนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

1) ผู้สูงอายุ 60 – 69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท/คน/เดือน

 2) ผู้สูงอายุ 70 – 79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท/คน/เดือน

 3) ผู้สูงอายุ 80 – 89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท/คน/เดือน

4) ผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท/คน/เดือน

1. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและปัญหาทางสุขภาพ

3.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ (อภิรัติ พู ลสวัสดิ์, 2560; บรรลุ ศิริพานิช, 2550) ดังนี้

 3.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change) บุคคลเมื่อเข้าสู่วัย 30 ปี จะเข้าสู่ ความชราภาพ และค่อยๆ เห็นชัดขึ้นตามอายุ ผู้สูงวัยจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม จาก การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทุกระบบ เช่น การมองเห็นลดลง ม่านตามีขนาดเล็กลง เลนส์ตาจะขุ่น น้ำตาจะ ลดน้อยลง การได้ยิน มีความเสื่อมสภาพของหูชั้นใน แก้วหูยืดหยุ่นน้อยลง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี เส้นเลือดใต้ผิวหนังเปราะ ไขมันใต้ ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวย่น การรับความ รู้สึกต่ออุณหภูมิการสั่นสะเทือน และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ มวลกระดูกลดลง กระดูกจะบางลง น้าไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม มีแคลเซียมเกาะมากขึ้น ความยาวของกระดูก สันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น มีการฝ่อ ของกล้ามเนื้อ สูญเสียความว่องไว และการ ทรงตัว ระบบหายใจและการไหลเวียนเลือด ผนังหลอดเลือดสูญเสีย ความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะ มากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดมากขึ้น กำลังการหดตัว และอัตราการ เต้นของหัวใจสูงสุดลดลง ปอดมีความยืด หยุ่นลดลง เยื่อบุถุงลมเสื่อม การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ระบบทาง เดินอาหาร ผู้สูงอายุมีตุ่มรับรสเสื่อมลง ทำให้รับรู้รสอาหารน้อยลง รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ การไหลเวียน เลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุ ทางเดินอาหารเสื่อม ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหาร เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ได้ง่าย หย่อนตัวและทำงานลดลง ระบบทางเดินปัสสาวะ การไหลเวียนเลือดใน ไตลดลง ขนาดของกระเพาะ ปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อของกระเพาะ ปัสสาวะอ่อนกำลังลง

3.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change)

เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในบ้าน ไม่นึก สนุกสนาน คิดระแวง สงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่นซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ผู้สูง อายุบางคน มีความภาคภูมิใจในอดีตที่ผ่านมา แต่บางคนรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง กลัวความเจ็บป่วย กลัวการสูญเสีย ทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความเครียดง่าย

3.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change)

 ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะการสูญเสียหลายด้าน เป็นวัยที่ต้องเกษียณจากการทำงาน ต้องออก จากงาน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปไม่ต้องไปทำงาน ขาดความคุ้นเคยและเกิด ความรู้สึกอึดอัดใจ สภาวะในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งมากขึ้น ขาดความเคารพนับถือขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกัน

3.1.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (Spiritual Change)

ในวัยสูงอายุ ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ มากมาย การเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลที่รักที่ใกล้ชิด เช่นคู่สมรส การสูญเสียหน้าที่การงาน การยอมรับในสังคม ผู้สูงอายุจึงต้องทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลง ในชีวิต เข้าใจธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างเข้าใจ

3.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดัน โลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพองหรือหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต โดยที่มากกว่า ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุวัยปลายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน คือมีดัชนีมวลกาย หรือ BMI >= 25 kg/m2 และจากการคำนวณอัตรา ความชุกของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 3.8 และ 6.7 ในปี 2559 และ 2580 (วิชัย เอกพลากร และคณะ. 2557) นอกจากนี้จากการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี ในปี พ.ศ.2554 มีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับปี 2550 ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยที่ประมาณครึ่งหนึ่ง ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2560; ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ, (2559) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข เผยผลสำรวจในปี 2557 ว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 9.7 ล้านคน เพิ่มปีละ 5 แสนคน ในจำนวนนี้สุขภาพไม่ดีร้อยละ 95 หรือจำนวน 9.2 ล้านคน โดยผู้สูงอายุร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่นออกกำลังกายทุกวัน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า ในขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 95 หรือ 9.2 ล้านคนป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยที่ ร้อยละ 41 เป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10 เป็น โรคเบาหวาน ร้อยละ 9 เป็นโรคเข่าเสื่อม และร้อยละ 1 โรคซึมเศร้า (กรมอนามัย, 2560)

สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ([ลิลลี่ ชัยสมพงษ์](https://www.bumrungrad.com/doctors/Lily-Chaisompong#tabs-2), 2558) กลุ่มแรกเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้ทั่วไปแม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต เมื่ออายุมากขึ้นยิ่งมีโอกาสเป็นมากขึ้น กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุจากความชราภาพ ได้แก่

1) อาการหลงลืมหรือคิดช้า สับสนสูญเสียความทรงจำ ภาวะสมองเสื่อม ที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเกิดจากการฝ่อของเนื้อสมอง และสาเหตุอื่น ๆ [เส้นเลือดสมองตีบ](https://www.bumrungrad.com/th/neurology-stroke-dementia-neurosurgery-treatment-center-bangkok-thailand/stroke) [โรคพาร์กินสัน](https://www.bumrungrad.com/th/neurology-stroke-dementia-neurosurgery-treatment-center-bangkok-thailand/parkinson-disease) โรคต่อมไทรอยด์ การขาดวิตามินบี 12 การให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระตุ้นสมองเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับครอบครัวและเพื่อนๆ อ่านหนังสือ เล่นเกม ออกกำลังกาย จะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้

2) อาการมึนงง เวียนศีรษะ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การหกล้มตามมาได้ อาการนี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ผลข้างเคียงจากยา เช่น ยาแก้ปวดบางชนิดยาคลายเครียด ยากันชัก [ภาวะน้ำในหูไม่เท่ากัน](https://www.bumrungrad.com/th/hearing-and-balance-clinic-bangkok-thailand/conditions/meniere) [ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ](https://www.bumrungrad.com/th/arrhythmia-treatment-center-bangkok-thailand/arrhythmia) โลหิตจาง ความวิตกกังวล เป็นต้น ผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการลุกจากท่านั่งหรือนอน ใช้อุปกรณ์การทรงตัวต่างๆ เช่น ไม้เท้า ราวจับ เป็นต้น

3) ปัญหาการทรงตัวและการหกล้มในผู้สูงอายุ อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น  [ข้อเสื่อม](https://www.bumrungrad.com/th/joint-replacement-surgery-center-bangkok-thailand/knee-osteoarthritis) กล้าม เนื้อลีบและอ่อนแรง โรคทางสมอง [ความดันโลหิต](https://www.bumrungrad.com/th/treatment-hypertension-clinic-bangkok-thailand)ลดลงเมื่อลุกขึ้นยืนจากท่านั่งหรือนอน [หัวใจเต้นผิดจังหวะ](https://www.bumrungrad.com/th/arrhythmia-treatment-center-bangkok-thailand/arrhythmia) ยาต่างๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิตหรือทำให้ง่วง สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายเป็นประจำ เน้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว การปรับสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น เพิ่มไฟสว่าง พื้นกันลื่น มีราวจับ หลีกเลี่ยงยาที่ทำให้ง่วงซึมหรือความดันโลหิตลดลง

4) อาการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุมักมี[ปัญหาคุณภาพการนอน](https://www.bumrungrad.com/th/sleep-disorders-lab-bangkok-thailand)ที่ลดน้อยลง อาจหลับยากขึ้น ตื่นบ่อย หลับไม่ลึก และตื่นมาไม่สดชื่น โดยมีสาเหตุจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับมักส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้สูงอายุ

การป้องกันและการดูแล พยายามนอนให้เป็นเวลา ไม่ควรนอนดึก เกิน 22 น. ตื่นเช้ามืดจะช่วยให้สดชื่น ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเวลาบ่าย 2 โมงเดิมทุกวันเพื่อให้เกิดความเคยชิน ดื่มน้ำให้น้อยลงหลังอาหารเย็น เพื่อลดการตื่นปัสสาวะตอนกลางคืน

5) ปัญหาการกลั้นการขับถ่ายไม่อยู่ ผู้สูงอายุอาจมี[ปัญหาในเรื่องของการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่](https://www.bumrungrad.com/th/urology-prostate-bladder-center-bangkok-thailand) ซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนหรืออ่อนล้า ความบกพร่องในการควบคุมการกลั้นการขับถ่ายที่เกิดจากสมองหรือเส้นประสาท ภาวะท้องผูก ต่อมลูกหมากโต [โรคเบาหวาน](https://www.bumrungrad.com/th/diabetes-care-center-treatment-bangkok-thailand)และอื่น ๆ การป้องกันและการดูแล ควรออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย ให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ฝึกการขมิบกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานวันละ 50 - 100 ครั้ง ฝึกการกลั้นปัสสาวะโดยปัสสาวะเป็นเวลาและค่อยๆ ยืดเวลาระหว่างการปัสสาวะ เพื่อฝึกกระเพาะปัสสาวะให้สามารถกลั้นได้มากขึ้น

6) ปัญหาภาวะทุโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น [ปัญหาสุขภาพฟัน](https://www.bumrungrad.com/th/dental-exam-surgery-implants-center-bangkok-thailand) ภาวะกลืนลำบาก ความอยากอาหารน้อยลง ภาวะซึมเศร้าหรือหลงลืมทำให้ไม่ดูแลโภชนาการตนเอง โรคเรื้อรังต่างๆ ที่ส่งผลต่อความอยากอาหาร เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อ ภาวะกระดูกพรุน กล้ามเนื้อลีบลง และแขนขาอ่อนแรง ผู้สูงอายุควร [ตรวจสุขภาพฟัน](https://www.bumrungrad.com/th/dental-exam-surgery-implants-center-bangkok-thailand)เป็นประจำ จัดเตรียมอาหารที่คำเล็ก ย่อยง่าย และมีความหลากหลาย จัดมื้ออาหารให้รับประทานร่วมกับผู้อื่น เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง ช่วยให้รับประทานได้มากขึ้น

7)  ปัญหาการได้ยิน ผู้สูงอายุมักมีอาการหูอื้อหรือหูตึง ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว ลูกหลานควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจ พูดคุยใกล้ๆ พูดช้าๆ ใช้เสียงที่ดังกว่าธรรมดาและมีการสบตา เลือกยืนหรือนั่งพูดคุยในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถเห็นปากผู้สนทนาได้อย่างชัดเจน เลือกสนทนาในสถานที่ที่ไม่มีเสียงรบกวน

8) ปัญหาการมองเห็น นอกเหนือจากวัยที่เพิ่มขึ้นแล้ว โรคต่างๆ เช่น [โรคเบาหวาน](https://www.bumrungrad.com/th/diabetes-care-center-treatment-bangkok-thailand) [ต้อหิน](https://www.bumrungrad.com/healthspot/March-2014/eye-disease-elderly#tor-hin) [ต้อกระจก](https://www.bumrungrad.com/healthspot/March-2014/eye-disease-elderly#tor-kra-jok) [จอประสาทตาเสื่อม](https://www.bumrungrad.com/healthspot/March-2014/eye-disease-elderly#_jor-ta)ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการมองเห็นที่ลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุควรได้รับ[การตรวจตา](https://www.bumrungrad.com/th/vision-eye-examination-surgery-center-bangkok-thailand)อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับวัยสูงอายุ จากความเสื่อมของร่างกายทุกระบบ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุหลายประการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ การดูแลร่างกายและการป้องกันปัญหาสุขภาพ จากการมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีอายุยืนยาว

1. การมีอายุยืนยาว
	1. การมีอายุยืนยาว

การมีอายุยืนยาว (Longevity, Long Life) คือช่วงที่มีชีวิตอยู่ของบุคคล บางครั้งใช้คำว่าอายุขัย หรือ อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ประชากร ในแต่ละประเทศ จะมีอายุขัยเฉลี่ยแตกต่างกัน เช่นในประเทศญี่ปุ่น อายุขัยเฉลี่ย 83.7 ปี สวิตเซอร์แลนด์ 83.4 ปี สิงคโปร์ 83.1 ปี ออสเตรเลีย 82.8 ปี สเปน 82.8 ปี ไอร์แลน 82.7 ปี ประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในลำดับที่ 31 อายุเฉลี่ย 79.3 ปี สำหรับประเทศไทยอยู่ใน ลำดับที่ 72 โดยมีอายุเฉลี่ย 75 ปี พบว่าผู้หญิงไทยอายุเฉลี่ย 78.8 ปี ในขณะที่ผู้ชายอายุเฉลี่ย 71.5 ปี (Wikipedia, 2015)

จากการรายงานในปี 2560 พบว่าประชากรของประเทศไทย มีอายุยืนยาวเป็นอันดับ 111 คืออายุขัย เฉลี่ย 74.7 ปี ผู้หญิงไทยอายุเฉลี่ย 78 ปี ในขณะที่ผู้ชายอายุเฉลี่ย 71 ปี (Wikipedia, 2017) ประชากร ปัจจุบันมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าสมัยก่อน และมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ดังนั้นคนไทยจึงมีอายุยืนยาวมากขึ้น และมีแนว โน้มที่จะมีประชากรที่อายุเกิน 100 ปี เพิ่มมากขึ้น ประเมินว่าอีกไม่เกิน 20 ปีประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ราว 14 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 20 ของประชากรทั้ง คาดว่าอีก 10 ปี ข้างหน้าประชากรไทยจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 80 ปี ประชากรกลุ่มอายุสูงที่สุด 90 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี 2557 มีจำนวนประมาณ 150,000 คน หรือคิดเป็น 2.3 คนต่อประชากร 1,000 คน ตามการคาดประมาณ ของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวนประชากรสูงอายุที่สุดกลุ่มนี้จะเพิ่มเป็น 280,000คน ในอีกสิบปีข้างหน้า คิดเป็นอัตราผู้สูงอายุที่สุด 4.2 คนต่อประชากร 1,000 คน ระหว่างปี 2557-2567 ประชากรสูงอายุกลุ่มนี้เพิ่มด้วยอัตราเร็วมากถึงร้อยละ 9 ต่อปี ในกลุ่มประชากรที่มีอายุสูงศตวรรษิกชน หรือผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไป จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 3-4 เท่า ประมาณว่ามีอัตราส่วนเพศ ชาย 53 คนต่อ เพศหญิง 100 คน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2557)

* 1. องค์ประกอบการมีอายุยืนยาว

การมีสุขภาพดี แข็งแรงอยู่เสมอในวัยสูงอายุ สุขภาพที่ดีนั้น ต้องประกอบด้วยปัจจัย หลายๆ อย่าง ปัจจัยหลัก 4 ประการ ที่ทำให้คนอายุยืนขึ้น คือ 1) เรื่องอาหารการกินในชีวิตประจำวัน คนญี่ปุ่นอายุยืน มักหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง โปรตีนจะเน้นพวกปลา รับประทานผัก ผลไม้มากขึ้น การกินอาหารอาจ น้อยกว่าหรือ 3 มื้อก็ได้ แต่ทุกมื้อควรอยู่ในความพอดี อาหารควรสด สะอาด ปลอดสารพิษ ไม่ผ่านกระบวน การทางเคมีหรือแปรรูปมาก อาหารที่อายุสั้นจะทำให้คนอายุยืน อาหารอายุสั้นหมายถึงอาหารสด ไม่ใส่สารกันบูด เก็บไว้นานไม่ได้ ประเภทที่เก็บไว้นานได้มักจะมีสารเคมีมาเกี่ยวข้อง 2) การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ของร่างกายช่วยให้กล้ามเนื้อ ข้อไม่ติดขัด ระบบไหลเวียนเลือดลมเดินสะดวกขึ้น การออกกำลังกายทำให้ได้ พบผู้คนได้พูดคุยสังสรรค์ จิตใจผ่องใส 3) การลดเครียดความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย และจิตใจ ความเครียดเป็นปัจจัยนำโรคมาให้ ตั้งแต่ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็ว กระทบไปถึงหัวใจ และอีก หลายระบบ จิตใจไม่เป็นสุข และ 4) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญยิ่ง เมื่อมีปัญหาสุขภาพควร ได้พบแพทย์ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานยาตามสั่ง ปฏิบัติตามข้อห้ามต่าง ๆ จะทำให้โรคภัย ไข้เจ็บทุเลาลง โรคที่หายได้ก็จะหาย โรคที่ไม่หายก็จะลดการทุกข์ทรมานให้ลดน้อยลง (สุวิทย์ เกียรติเสวี. 2557) นอกจากนี้ โรงพยาบาลมนารมย์ (2561) ได้กล่าวถึงการศึกษาของ Thomas Peris ซึ่งทำการศึกษาที่  Boston University, school of Medicine  และได้นำเสนอ 10 ลักษณะนิสัย ที่จะทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น  ดังนี้ 1) การทำงาน คนที่หยุดทำงานจะมีอัตราการเป็นโรคอ้วนและการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น  จึงมีการรณรงค์ให้ผู้ สูงอายุทำงานเป็นอาสาสมัครในที่ต่าง ๆ  2) การดูแลรักษาช่องปาก การใช้ไหมขัดฟันจะช่วยลดแบคทีเรียใน ช่องปาก ซึ่งแบคทีเรียในช่องปากที่มาก ทำให้ผนังหลอดเลือดหัวใจหนากว่าปกติ เป็นสาเหตุขอโรคหัวใจได้ 3) การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายเป็นประจำ ช่วยทำให้อารมณ์  จิตใจ แจ่มใส สดชื่น เกิดสมดุลของกาย และใจ เพิ่มความแข็งแกร่งของกล้ามเนื้อและกระดูก **4) การรับประทานอาหารประเภทธัญพืชเป็นอาหารเช้า** จะช่วยลดอัตราการเป็นเบาหวานได้ 5) การนอนหลับ พักผ่อน มีความสำคัญในการปรับสมดุลและซ่อมแซม ส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ผู้ที่มีอายูถึง 100 ปี กล่าวว่า การนอนหลับพักผ่อนเป็นเรื่องสำคัญอันดับต้น ๆ ของการมีอายุยืนยาว 6) การรับประทานอาหารที่มีหลากหลายสีตามธรรมชาติ เช่น ข้าวที่ไม่ขัดสี ธัญพืช มีประโยชน์มากกว่าการรับประทานอาหารเสริมหรือวิตามิน 7) เครียดให้น้อยลง ผู้สูงอายุต้องหาวิธีการในการ ดูแลและจัดการความเครียด 8) ควรมีวันหยุดอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ในวันหยุดนี้หมายความถึง การหยุดสูบ บุหรี่ หยุดดื่มแอลกอฮอล์ ลดปริมาณการรับประทานของหวานจัด แต่รับประทานผักผลไม้ และ ถั่ว แทน เพิ่มการออกกำลังกาย ให้ความใส่ใจต่อครอบครัวและชุมชน 9) สร้างลักษณะนิสัยที่ดี เลือกรับประทานอาหารที่ เป็นประโยชน์ มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เข้านอนและตื่นนอน เป็นเวลา การฝึกให้เป็นนิสัยจะช่วยทำให้ สามารถปฏิบัติตัวและดูแลตัวเองได้ไม่ยากนักเมื่ออายุมากขึ้น 10) การติดต่อปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ชุมชน กับคนในสังคมกลุ่มอื่น เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า ทำให้สมองได้ทำงานอยู่เสมอ และจากการศึกษา ผู้สูงอายุ 100 ปีชาวญี่ปุ่น พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัย 7 ประการคือ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ดี การรับประทานอาหารโปรตีน และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีสภาพการมองเห็นที่ปกติ นอนหลับให้ เพียงพอ ไม่มีประวัติหกล้มบาดเจ็บ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีอายุยืน ประกอบด้วย สมรรถนะภาพในการฟัง ค่าดัชนีมวลกาย การมีกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมอาสาสมัคร งานอดิเรก รวมถึงปัจจัยความเชื่อทางจิตวิญญาณ การมีจุดหมายในชีวิต ปัจจัยทางประเพณีและวัฒนธรรม (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2553)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2552) ได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กล่าวถึงวิธีการชะลอความเสื่อมในผู้สูงอายุ ผู้สูงวัยควรมีแนวปฏิบัติดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต 2) การส่งเสริมสุขภาพกาย ด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อครั้ง 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ 3) การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่ม ผลไม้ที่มีรสหวาน อาหารทอด อาหารทะเล หนังเป็ด หนังไก่ ลดการบริโภคอาหารแป้ง ข้าง น้ำตาล 4) หลีกเลี่ยงสิ่งบั่นทอนสุขภาพ เช่นบุหรี่ สารเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ 5) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมรวมทั้งควรจัดห้องนอนให้อยู่ชั้นล่าง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการขึ้นลง

บันได 6) ควรใช้อุปกรณ์เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมในวัยชรา เช่นไม้เท้า ฟันปลอม 7) ตรวจเช็คสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี 8) ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือการได้อยู่ร่วมกับลูกหลาน มีความรักใคร่ผูกพันกัน โดยบุคคลในครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในการดูแลเรื่องอาหารการกิน จัดที่อยู่ให้เหมาะสม เช่นจัดห้องนอนให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน ทำราวจับตามฝาผนัง ให้เกาะพยุงตัว โดยเฉพาะในห้องน้ำ จัดบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก นอกจากนี้ชุมชนหรือสังคมควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ด้วยการให้เกียรติและยกย่องผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การให้ความรู้ปัญหาสุขภาพ การมีสุขภาพดีและอายุยืน จัดบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในคู่มือได้นำเสนอเคล็ดลับการกิน-อยู่ เพื่อให้อายุยืนยาว ดังนี้ ส่งเสริมวิถีชีวิตวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทย พึ่งตนเองเป็นหลัก ใช้จ่ายอย่างประหยัด และวิถีชีวิตแบบสังคมชนบท การเกษตรธรรมชาติ ปลูกพืชผักกินเอง ปลอดภัยจากสารเคมี กินอย่างไทย ปรุงอาหารกินเองในบ้าน กินข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ไม่กินอาหารหวาน หรือ น้ำอัดลม ลดกินไขมันจากสัตว์ ลดอาหารเนื้อสัตว์ ยกเว้นปลา กินผักผลไม้ให้มาก ไม่กินขนมกรุบกรอบ อาหารสำเร็จรูป ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีวิธีคลายเครียด ทำสมาธิ ปรับเปลี่ยนอาหารการกินและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การมีอายุยืนยาวนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับหลายองค์ประกอบ ดังเช่น ภาวะเศรษฐกิจและสังคม อาหารการกิน อุณหภูมิของร่างกาย ยา – อาหารเสริม การออกกำลังกาย การลดความเครียด ปัจจัย แต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยทางสภาพแวดล้อมกายภาพ สภาพสังคมผู้สูงอายุ สุขภาพจิต การดำเนิน ชีวิตประจำวัน และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช. 2560; นพดล วิวัฒน์กมลวัฒน์. 2560; สุวิทย์ เกียรติเสวี, 2556) รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่า การมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ การไม่กำหนดเป้าหมาย ชีวิตที่เข้มงวดเกินไป และการมีสัมพันธภาพที่อบอุ่นภายในครอบครัว การมีอายุยืนยาวเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพ

* 1. วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
		1. ความหมายของวิถีชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2560) ให้ความหมายของ วิถีชีวิตว่าทางดำเนินชีวิต เช่น วิถีชีวิตชาวบ้าน

วิถีชีวิต หมายถึงแนวทางการดำเนินชีวิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่ง ตาย รวมถึงปัจจัยสี่ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต อันได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหารการกิน เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค นอกจากนี้วิถีชีวิต ยังหมายรวมถึงความรู้เรื่องสังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญา การประพฤติปฏิบัติการศึกษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (กรมส่งเสริมวัฒนธรรม, 2559) รูปแบบการดำเนินชีวิต (Life Style) หมายถึง วิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล พฤติกรรมในการเข้าสังคม ในการบริโภค ในการหาความบันเทิง การพักผ่อนหย่อนใจใช้เวลาว่าง และการแต่งตัว (รูปแบบการดำเนินชีวิต, 2561)

ในงานวิจัยนี้ ได้ศึกษาวิถีชีวิตผู้สูงอายุในด้านวิถีการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การทำงาน ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ

4.3.2 สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

 ในด้านสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุยืนยาว ในที่นี้พิจารณาจากการทำงาน ความเป็นอยู่ในบ้าน การขึ้นลงบันไดของผู้สูงอายุ แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ

 1 ) การทำงานของผู้สูงอายุ

 จากการสำรวจ ภาวะการทำงานของประชากรหรือการสำรวจแรงงาน ในปี 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงาน 4.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ของจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 11.35 ล้านคน เป็นเพศชาย 2.36 ล้านคน และเพศหญิง 1.70 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1.45 ล้านคน รองลงมาคือ ภาคเหนือและภาคกลางมีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 9.20 แสนคน และ 9.08 แสนคน ตามลำดับ ภาคใต้ 5.31 แสนคน และกรุงเทพมหานคร 2.50 แสนคน เมื่อศึกษาการทำงานของ ผู้สูงอายุ ในปี 2556 - 2560 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 3.45 ล้านคน ในปี 2556 เป็น 4.06 ล้านคน ในปี 2560 และเมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าทั้ง เพศชายและเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับภาพรวม โดยเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 2.00 ล้านคน ในปี 2556 เป็น 2.36 ล้านคน ในปี 2560 และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 1.45 ล้านคน ในปี 2556 เป็น 1.70 ล้านคน ในปี 2560 อาชีพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.5 เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือด้านเกษตรและประมง รองลงมา ร้อยละ 19.6 เป็นพนักงานบริการ

2) การขึ้น – ลง บันไดของผู้สูงอายุ

การขึ้น – ลงบันได ช่วย​ผู้​สูง​อายุ​รักษา​กำลัง​ขา​ให้​แข็งแรง​ได้ เป็นสิ่งที่ผู้ที่มีอายุมากสามารถกระทำได้ อย่างน้อยวันละเที่ยว ดีกว่าการออกกำลังอย่างหนักแบบอื่น บันไดใช้ฝึกร่างกายของผู้สูงอายุทั้งท่อนล่างท่อนบน การเป็นผู้สูงอายุนี้หากมีท่อนล่างของร่างกายแข็งแรงจะช่วยให้การทรงตัวดี เป็นออกกำลังกายป้องกันการลื่นตก หกล้ม นอกจากนั้นการเดินขึ้นลงบันไดของผู้สูงอายุ ทำให้ร่างกายเกิดความกระปรี้กระเปร่า (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2560; ไทยรัฐฉบับพิมพ์, 2559)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2559 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2560) พบว่าผู้สูงอายุที่มีห้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้าน จำแนกตามอายุ เป็นดังนี้ 60 - 69 ปี ร้อยละ 29 อายุ 70 - 79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18 ที่มีห้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้าน

3) แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลทาง ด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ปัญหาหนึ่งที่จะเกิดกับตัวผู้สูงอายุเอง คือ เรื่องของ’รายได้ของผู้สูงอายุ’ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุไทย มีรายได้มาจาก แหล่งต่างๆ ดังนี้ รายได้จากการทำงาน รายได้จากบำนาญ จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รายได้จากทรัพย์สินอื่น ๆ เช่น ดอกเบี้ย ค่าเช่า การใช้เงินออม และการเกื้อหนุนจากครอบครัว คู่สมรส บุตร ญาติ เป็นต้น ทั้งนี้ การเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรนับเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับเกื้อหนุนทางการเงิน จากบุตรมีสัดส่วนลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 54.1 ในปี 2537 ลดลงเหลือร้อยละ 40.1 ในปี 2554 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการพึ่งตนเอง เช่น การทำงาน เงินออม หรือจากดอกเบี้ย มีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีเงินออมเป็นแหล่งรายได้หลัก ยังมีน้อยมาก โดยปี 2537 มีเพียงร้อยละ 1.7 ส่วนปี 2554 มีเพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีเงินโอนจากภาครัฐเป็นแหล่งหลักของรายได้ในปี 2554 มีถึงร้อยละ 17.4 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีเบี้ยยังชีพเป็นแหล่งรายได้หลักมากถึงร้อยละ 11.4 ที่เหลือร้อยละ 6 คือผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากบำนาญ (คอลัมน์วงนอก, 2558)

การได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับ สวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้จัดให้อย่างเป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุ แบบขั้นบันได (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560) ดังนี้

อายุ 60 – 69 ปี ได้รับเดือนละ 600 บาท

อายุ 70 – 79 ปี ได้รับเดือนละ 700 บาท

อายุ 80 – 89 ปี ได้รับเดือนละ 800 บาท

อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเดือนละ 1,000 บาท

* 1. พฤติกรรมสุขภาพ

4.4.1 พฤติกรรมสุขภาพและการเกิดโรค

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความ เป็นอยู่และ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มมาก โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD), โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรังเป็น 4 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายประชากรทั่วโลก ถึงร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจ ร่างกาย พบว่า คนไทยอ้วนขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต โดยในปี 2551 ผู้ชายอ้วน ร้อยละ 28.3 และ ผู้หญิงอ้วนถึง ร้อยละ 40 มีภาวะ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือกว่า 10 ล้านคน การป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกิดจาก พฤติกรรมในวิถีชีวิตประจำวัน คือ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม บริโภคอาหารที่มี พลังงานสูง อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำอัดลมมากขึ้น การขาด การออกกำลังกาย คนไทย เพียงร้อยละ 25.7 ที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ มากกว่า 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ในปี 2554 พบว่า ในกลุ่มคนทำงานที่ใช้แรงกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เพียงพอ แต่ในกลุ่มคนทำงานออฟฟิศ กลุ่มเด็กและเยาวชนมี พฤติกรรมการขยับร่างกายน้อยลง จากการใช้หรือเล่น คอมพิวเตอร์ การดูโทรทัศน์ เป็นต้น ในด้านความเครียด พบว่าข้อมูลปี 2555 จาก Hotline 1323 กลุ่มวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี มีความ เครียดสูงสุดเป็น ร้อยละ 85 รอง ลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 35 และกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 3 (จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา (บรรณาธิการ), 2558)

4.4.2 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

 ผู้ที่มีภาวะอ้วน คือผู้ที่มีไขมันที่ไม่ดีต่อสุขภาพในอัตราส่วนที่สูงในร่างกาย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง จากรายงาน ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) พบว่า ไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคที่เป็น สาเหตุของความสูญเสียสามอันดับแรกในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจ ขาดเลือด ส่วนเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด และจากการวิจัยของ คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พบว่า ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับภาวะต้าน อินซูลิน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้ปีสุขภาวะลดลงจากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผล ต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจาก ภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) เป็น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss) เป็นอันดับ 2 ในผู้หญิง ไทย และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 3 ปี 2547 ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 22.5 ในชาย และ 34.4 ในหญิงมีภาวะอ้วน ขณะที่ร้อยละ 15.4 ในชาย และ 36.1 ในหญิง มีภาวะอ้วนลงพุง (ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, 2555) การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินและ โรคอ้วน จึงทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วย การที่ร่างกายมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 10 จะมีอายุสั้นกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติถึงร้อยละ 13 และถ้าน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 30 จะมีอายุสั้น ลงถึงร้อยละ 42 (ผลเสียจากโรคอ้วน, 2561)

โรคอ้วน มีสาเหตุเริ่มต้นจากการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม กินอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาล และไขมันสูง ร่วมกับการไม่ออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักมากเกินไป เรียกได้ว่าเกิดจากวิถีชีวิตแบบนั่ง ๆ นอน ๆ ดำเนินชีวิตอย่างสบาย มีเครื่องอำนวยความสะดวดมากมาย และขาดการออกกำลังกาย (Sedentary Lifestyle) คนที่อ้วนเกิดจากการรับอาหารที่มีพลังงานมากกว่าพลังงานที่ใช้ไป จะให้น้ำหนักเกินโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมัน และแป้งสูงซึ่งมักจะพบในอาหารจานด่วน ภาวะที่ร่างกายเผาผลาญพลังงานน้อย รวมทั้งความผิดปกติทางจิตใจ ทำให้รับประทานอาหารมาก เช่นบางคนเศร้า เครียด แล้วรับประทานอาหารเก่ง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ ทำให้เกิดโรคอ้วน (ภาวะโรคอ้วน (Obesity) และโรคมะเร็ง (Cancer), 2561; ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, 2555)

การป้องกันโรคอ้วน ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว อาหารที่ ปราศจากไขมันชนิดที่ไม่ดี นมไขมันต่ำ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ปีก และไข่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลสูง รวมถึงจำกัดปริมาณการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือหวานจัด และอาหารที่มีไขมันทรานส์หรือ ไขมันอิ่มตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังอาจช่วยลดความเสี่ยงของ โรคหัวใจและโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ได้ เพราะช่วยลดระดับคลอเลสเตอรอลชนิดที่ไม่ดี รักษาความดันโลหิต ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และช่วยลดน้ำหนักตัวได้ การจัดการกับความเครียด เพื่อผ่อนคลาย เป็นสิ่งสำคัญ ความเครียดที่เป็นตัวการทำให้ความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจปฏิบัติตัวได้ หลายวิธี เช่น เล่นกีฬา ฝึกโยคะ นั่งสมาธิ ทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบ เป็นต้น เลิกสูบบุหรี่ เพราะการสูบ บุหรี่เป็นหนึ่งในตัวการที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือภาวะหัวใจขาดเลือด นอกจากนั้นควรควบคุม น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรมีดัชนีมวลร่างกายอยู่ที่ระหว่าง 18.5 - 24.9 ซึ่งแสดงถึงรูปร่างที่ไม่อ้วนหรือผอม จนเกินไป

4.4.3 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)

 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) คือการประมาณปริมาณไขมันในร่างกายเบื้องต้นโดย ใช้ส่วนสูง และน้ำหนักตัว หากมีค่าดัชนีมวลกายสูงก็อาจคาดการณ์ได้ว่าผู้ที่ตรวจวัดมีระดับไขมันในร่างกายสูง และอาจมี ความเสี่ยงสูงที่จะป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน แต่ถ้าหากมีค่าดัชนี มวลกายต่ำเกินไป ก็อาจเสี่ยงต่อการสูญเสียมวลกระดูก หรือการทำงานของ ระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง รวมทั้งโรค โลหิตจางได้เช่นกัน ค่าดัชนีมวลกายนำมาใช้เป็นตัวบ่งชี้ปริมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งถือเป็นการคัดกรองเบื้องต้น การคัดกรองด้วยค่าดัชนีมวลกายโดยปกติจะใช้กับผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (ข้อควรรู้เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย, 2561)

วิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

การคำนวณค่าดัชนีมวลกายจะใช้วิธีเดียวกัน ทั้งชายและหญิง โดยจะนำส่วนสูง และน้ำหนักตัวมาคำนวณ ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วย (ความสูง (เมตร) ยกกำลัง 2) และเมื่อได้ค่าดัชนีมวลกายแล้วนำไป เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของค่าดัชนีมวลกายเพื่อคัดกรองว่าบุคคลนั้นอยู่ในคนกลุ่มใด ซึ่งค่ามาตรฐานของ ดัชนีมวลกายเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์โดยคร่าว ๆ เท่านั้น ในกรณีที่มีค่าดัชนีมวลกายสูง มีภาวะน้ำหนักเกินหรือเป็น โรคอ้วน ทำให้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการใช้ชีวิต เช่น ความวิตกกังวล ความมั่นใจลดลง ไม่กล้าแสดงออก เก็บตัว และมีปัญหาในการเข้าสังคมได้ การประเมิน**ค่าดัชนี มวลกาย ดังตาราง**

ตาราง แสดงค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ตามมาตรฐานสากล(ยุโรป)มาตรฐานอาเซียน(เอเชีย)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BMIมาตรฐานสากล(ยุโรป)** | **BMIมาตรฐานอาเซียน(เอเชีย)** | **การแปลผล** |
| < 18.5 | < 18.5 | น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน |
| 18.5-24.9 | 18.5-22.9 | ปกติ |
| 25-29.9 | 23-24.9 | อ้วนระดับ 1 |
| 30-34.9 | 25-29.9 | อ้วนระดับ 2 |
| 35-39.9 | มากกว่าหรือเท่ากับ 30 | อ้วนระดับ 3 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 40 | - | อ้วนระดับ 4 |

ที่มา: ค่าดัชนีมวลกาย BMI https://ss.mahidol.ac.th/

4.4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

 พฤติกรรมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนยาว เพราะพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทำให้บุคคล มีสุขภาพกายจิตและสังคมที่ดี ผู้สูงอายุที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง ทำให้ชะลอ ความ เสื่อมได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน (Pender, 2006) ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมการใส่ใจสุขภาพที่ ผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเข้าใจ รับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง ป้องกันและรักษาได้ ทันท่วงที การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแล และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วน ต่างๆของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกาลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตัวเอง
3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกายเพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และ มีคุณค่าทางโภชนาการ
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการ ได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ
5. ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
6. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ กับความเชื่อ แนวทางการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิต พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีหรือการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลต่อการมีอายุยืนยาว

4.5 คุณภาพชีวิต

 ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต เฉลิมพล แจ่มจันทร์ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และ จรัมพร โห้ลำยอง (2555) ได้รวบรวมความหมายของคุณภาพชีวิตในช่วงต่าง ๆ ไว้ดังนี้ ช่วง ทศวรรษ 1950 คุณภาพชีวิตเป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow’s Hierarchy of Needs Theory) (Maslow, 1954) แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ระดับ คือ 1) ความต้องการ ทางด้านร่างกาย (Physiological Needs) เช่น ความ ต้องการอาหาร น้ำดื่ม ที่พักอาศัย 2) ความต้องการความ ปลอดภัย (Safety Needs) เช่น ความ ต้องการความมั่นคง ความต้องการความคุ้มครองจากอันตราย 3) ความ ต้องการทางสังคม (Social Needs) เช่น ความต้องการ ความรัก ความใส่ใจ ความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการ ยอมรับ เป็นต้น 4) ความต้องการเกียรติยศ (Esteem Needs) เช่น ความสำเร็จในตำแหน่ง หน้าที่ การงาน ตำแหน่ง ความมีอำนาจ 5) ความต้องการการยอมรับ (Self-Actualization Needs) เช่น ความเจริญรุ่งเรือง ในหน้าที่การงาน ได้รับการยกย่อง การยอมรับ เป็นต้น จากความต้องการได้รับการสนองของบุคคล มิติของคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย อาหาร สุขภาพ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ที่ได้รับจากรัฐ (McCall, 1975 Campbell et al, 1976) การวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น จะต้องมีตัวชี้วัดต่าง ๆ ดังเช่นที่ แนวคิดของ แฮซ (Haas, 1999) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตควรครอบคลุม มติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และปัญญา

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1995) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตองค์ประกอบต่างๆ ที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคล อาหาร สุขภาพอนามัย การศึกษา สิ่งแวดล้อม รายได้ ที่อยู่อาศัย พื้นฐานคุณภาพชีวิตของประชากร ดูได้จาก 1) รายได้ครอบครัวที่พอเพียงแก่การเลี้ยงชีพ 2) การมีงานทำ 3) การศึกษาและอัตราการรู้หนังสือของประชาชน 4) โอกาสในการมีส่วนร่วมทางการเมือง 5) การมีเอกราชของประเทศโดยปราศจากการแทรกแซงจากรัฐบาลอื่น

องค์การอนามัยโลก (WHO) (The WHOQOL Group, 1995) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่ กับบริบท ทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบ ด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental)

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัญญา ปลดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์, สัญญา แก้วประพาฬ (2560) ศึกษาวิถีชีวิตผู้สูงอายุแบบเรื่องเล่า เก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิต จำนวน 6 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูล ตามการจำแนกชนิดของข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า วิถีชีวิตผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) ออกกำลังกาย สม่ำเสมอ 3) มีความรัก ความผูกพันกับครอบครัว 4) เสียสละเพื่อส่วนรวม และ 5) ทำจิตใจให้สงบ ใช้ธรรมะเป็นที่พึ่ง

เสาวภา พรศิริพงษ์, ธีรพงษ์ บุญรักษาและสุภาพร ฤดีจำเริญ (2556) ทำการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุไทยสูงวัยอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออายุยืนยาว ได้แก่ความรู้สึกที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่า การมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และการมี สัมพันธภาพที่อบอุ่นในครอบครัว

สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (1990) ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อที่จะทราบถึงสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของคนชรา ตลอดจนปัญหาความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยา และสุขภาพคนชรา เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างคนชราในเขตเมืองและชนบท สุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Cluster Random Sampling เป็นกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง 318 คน เขตชนบท 336 คน เก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า คนชราส่วนใหญ่เป็นหญิงและเป็นม่ายทั้งในเขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา กว่าร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่หยุดทำงานแล้วเพื่อพักผ่อน คนชราที่ยังทำงานอยู่ซึ่งมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 30 ที่ยังทำการเกษตร ด้านที่อยู่อาศัย พบว่าคนชราทั้งในเขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย อยู่ร่วมกับบุตรหลานอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพ เชื่อฟังและดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเป็นอย่างดี คนชราเข้าไปมีบทบาทสังคมกับชุมชนภายนอกน้อยมาก กิจกรรมที่คนชราเข้าไปมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ กิจกรรมทางศาสนา วิถีการดำเนินชีวิตของคนชราทั้งในเขตเมืองของชนบทค่อนข้างจะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีหน้าที่หลักในการช่วยดูแลบ้านหรือเด็กๆ ให้กับครอบครัวของบุตรหลาน เวลาที่เหลือใช้พักผ่อนโดยการอ่าน หนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือเขียนหนังสือ เป็นต้น กิจกรรมหลักที่คนชราร่วมทำด้วยกัน คือ การพบปะ พูดคุยกัน ส่วนเรื่องของสุขภาพจิต พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความพอใจในชีวิตปัจจุบันพอสมควร ความวิตกกังวลที่ มีอยู่ มีเรื่องหลักเพียงเรื่องเดียว คือ กลัวว่าบุตรหลานจะลำบาก

สมโภชน์ อเนกสุข, กชกร สังขชาติ (2548) ศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอายุเกิน 100 ปี จังหวัด ชลบุรี พบว่าผู้สูงวัยส่วนใหญ่มีระบบขับถ่ายดีทุกวัน ท้องไม่ผูก รับประทานอาหารพื้นบ้านหรืออาหารจากธรรมชาติ ดื่มน้ำธรรมดา ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่สามารถทำงาน เพื่อหารายได้ ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้น้อยและ ไม่ค่อยได้ออกไปนอกบ้าน

นภัสวรรณ ทรัพย์มาและไฉไล ศักดิวรพงศ์ (2557) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนดอนคา อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนดอนคา อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 20 คน รวมทั้งผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยแบบแผนการ ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในชุมชนดอนคาแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านสุขภาพ พบว่าการทำความ สะอาดร่างกาย การแต่งกายและการดูแลเครื่องแต่งกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ขับถ่ายได้ปกติ การบริโภคอาหารเน้นอาหาร ท้องถิ่นโดยเป็นผักกับน้ำพริก หรือแกงเลียง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายในการทำ กิจวัตรประจำวันได้ มีการออกกำลังกายจากการเดินไปมาหาสู่กัน การนอนมักมีปัญหานอนไม่หลับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว การใช้บริการสุขภาพขึ้นกับลักษณะ สุขภาพร่างกาย โดยการรักษาเริ่มจากการใช้ยาสมุนไพรจนถึงการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ในด้านสังคม พบว่าความพึงพอใจในชีวิตขึ้นกับปัญหาจากสุขภาพ ปัญหาสังคมและปัญหาการเงิน การจัดการความเครียดส่วนใหญ่เลือกปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน และเพื่อนบ้าน ด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากลูกหลาน ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานที่ พักผ่อนภายในบ้านมีแสงสว่างและอากาศถ่ายเทสะดวก ภายในชุมชนมีอากาศบริสุทธิ์ ระบบสาธารณูปโภคภายในชุมชนอยู่ในระดับที่ดีผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญและปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณี ในชุมชนที่สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อเรื่องภพหน้าที่มีการเวียนว่ายตายเกิด

พรทิพย์ สุขอดิศัย จันทร์ชลี มาพุทธ และ รุ่งฟ้า กิติญาณุสันต์ (2557) ศึกษาวิถีชีวิตและแนวทาง การมี สุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เก็บข้อมูลโดย การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออก จำนวน 384 คน สัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะเหมาะสมมากที่สุดในภาคตะวันออก จำนวน 11 คน และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้สูงอายุ นักการศึกษาสาธารณสุขงานสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน พบว่า 1) สุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย สุขภาวะ ด้านจิตวิญญาณ เป็น อันดับแรก รองลงมา ได้แก่ สุขภาวะด้านสังคม สุขภาวะ ด้านจิตใจ และสุขภาวะด้าน ร่างกาย 2) วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะในภาคตะวันออก ประกอบด้วย (1) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี คือ มีสถานบริการสุขภาพและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกวัย มีแหล่งอาหารในชุมชน ที่สะอาดปลอดภัย มีบ้านพักอาศัยที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลในชุมชนที่เหมาะสม มีการจัดการน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัย และการอยู่ในอากาศปราศจากมลพิษ (2) มีความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ ( 3) มีการออกกำลังกาย (4) โภชนาการ คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ปริมาณพอเหมาะ ผักและผลไม้เป็นประจำ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษ (5) มีการจัดการความเครียด คือการมองโลกในแง่ดี ทำงานอดิเรกและใช้หลักธรรมเป็นที่พึ่งทางใจ (6) มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและในสังคมที่ดี (7) มีจิตวิญญาณที่มีเป้าหมาย คือ การที่ได้ดูแลลูกหลาน การเห็นคุณค่าในตนเองและการมีธรรมะเป็น เครื่องยึด เหนี่ยวจิตใจ และ (8) ภูมิปัญญาและวิถีชีวิต คือ บริโภคสมุนไพร บริโภคอาหารพื้นบ้าน ปรุงอาหารด้วยตนเอง และอยู่ในธรรมชาติอากาศบริสุทธิ์

นพดล วิวัฒน์กมลวัฒน์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีอายุยืนยาวเพื่อการออกแบบ วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยนี้ คือค้นหาปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อมกายภาพ ที่สามารถส่งเสริมสุขภาวะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยด้วยการ สัมภาษณ์แบบมีเค้าโครงเชิงลึก และไม่มีโครงสร้าง จากนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ใช้บริการระยะสั้น ผู้ใช้บริการระยะยาว และผู้บริหารที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับ การจัดการการออกแบบที่พัก สถาน บริการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุจานวน 6 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้อายุยืนยาว ประกอบด้วย 5 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมกายภาพ 2) สภาพสังคม ผู้สูงอายุ 3) สุขภาพจิต 4) การดำเนินชีวิตประจาวัน 5) การให้บริการทางสุขภาพ

กรกมล บำรุงวัด (2544) ศึกษา สภาพและวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพอนามัย และศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ประชากรที่ใช้ในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง จำนวน 381 คน ผลการศึกษาสภาพและวิถีชีวิต ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพอนามัยพบว่าผู้สูงอายุมีภารกิจที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่คือ การทำงานบ้าน ถ้ามีเวลาว่างผู้สูงอายุนิยมที่จะดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย และกิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติได้คือการเดินเร็ว และการแกว่งแขน นอกจากนั้นยังมีการสวดมนต์เป็นประจำ และมีการดูแลสุขภาพร่างกายได้ดี รู้จักเลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ มีการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยมักจะรีบไปพบแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดี

ทักษิกา ชัชวรัตน์ และ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ (2560) ศึกษาลักษณะการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ และพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านต๋อม จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามลักษณะการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภาพรวมของการดำรงชีวิตประจำวันอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overbar{x}$ = 2.72 SD = 2.53) และ ($\overbar{x}$ = 2.68 SD = 2.33) ส่วนด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overbar{x}$ = 2.47 SD = 0.07) สำหรับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมผู้สูงอายุในการสร้างคุณค่าการดำรงชีวิตด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) การส่งเสริม ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ได้แก่มีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความเบิกบานและสดชื่น มีชีวิตชีวา มีความสงบสุขและการยอมรับ และเป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป 2) การส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 3) การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่การแสวงหาเพื่อนต่างวัย การทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองครอบครัวและสังคม การออกสังคม การร่วมงานของชุมชนชมรมผู้สูงอายุ

เอกชัย เพียรศรีวัชรา (2553) ได้สรุปผลการศึกษาในผู้สูงอายุยืนหนึ่งร้อยปี พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ดี การรับประทานอาหารโปรตีนและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีสภาพการมองเห็นที่ปกติ นอนหลับเพียงพอและตื่นเช้า ไม่มีประวัติหกล้มและบาดเจ็บ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกับสภาพการรับรู้ทางสมองและสภาวะทางจิตสังคมที่ดี สามารถทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า อายุยืนร้อยปี

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุยืนยาวในต่างประเทศ พบว่าจากการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของวัยกลางคนในเพศชาย ที่มีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว ในเพศชายอายุ 51 - 59 ปี จำนวน 821 คน ในประเทศนอรเวย์แถบตะวันออก เฉียงใต้ พบว่ามีผู้อายุยืนยาวถึงอายุ 85 ปี จำนวน 252 คน (ร้อยละ 30.7) เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 37.2 ผู้ที่สูบ บุหรี่ร้อยละ 22.8 สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และออกกำลังกายระดับมาก (High Level Fitness) มีอายุยืนยาวถึง 85 ปี ร้อยละ 48.8 ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่มีการออกกำลังกายน้อย (Low Level Fitness) มีอายุยืนยาว 85 ปี ร้อยละ 27.9 ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และควรออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางกาย และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้มีสุขภาพดี อายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ (Heir,Erikssen & Sandvi, 2013) นอกจากนี้พบว่า การศึกษาวิถีชีวิต องค์ประกอบทางสังคมและการมีชีวิตหลังอายุ 75 ปี (Lifestyle, Social Factors, and Survival after age 75) พบว่าผู้ที่ ไม่สูบบุหรี่ แต่ออกกำลังกายเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาว และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลง ในเพศหญิงทำให้มีผลต่ออายุยืนยาวได้อีก 5 ปี และในเพศชาย 6 ปี (Rizzuto, Orsini, Qiu, Wang, & Fratiglioni, 2012)

สำหรับการวิจัยอายุยืนยาวกับการรับประทานพบว่าอาหารที่จำกัดแคลอรี ส่งผลต่อการมีอายุยืนยาว ตามรูปแบบเมดิเตอเรเนียน (Mediterranean Style Diet) ซึ่งประกอบด้วยผัก ผลไม้ โปรตีนอย่างเพียงพอจากปลา น้ำมันมะกอก ธัญพืช อาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิด ภาวะโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease; AD) ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อโดยไม่มีไขมัน และเสริม สร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ป้องกันการติดเชื้อได้ (Shlisky.et al., 2017) อาหารที่ลดไขมัน แป้ง น้ำตาล และลดอาหารรสเค็ม ส่งผลให้อายุยืน จากการศึกษาประชาชนในเกาะ โอกินาวา (Okinawa) ของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ มีโปรตีน และไขมันคลอเลสเตอรอล ต่ำมาก ส่วนมากรับประทานผัก ผลไม้ แต่มีคุณค่าทางโภชนาการมาก เป็นอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิต สูง และการจำกัดอาหาร (Diet Restriction; DR) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจำกัดอาหารในระยะยาว ครึ่งหนึ่งของชีวิตในช่วงวัยผู้ใหญ่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้มีอายุยืนยาวที่สุดในโลก (Le Bourg, 2012) และจากการศึกษาเกี่ยวกับ อายุขัยของเพศหญิงอายุ 65 ปี ที่อาศัยอยู่ในเกาะโอกินาวา (Okinawa) มีอายุยืนยาวต่อไปอีก (Life Expectancy) 24.86 ปี เปรียบเทียบกับคนญี่ปุ่นทั่วไปพบมีอายุยืนยาวต่อไปอีก 23.42 ปี และเปรียบเทียบระหว่างเพศชายอายุ 65 ปี ที่อยู่ในเกาะโอกินาวา กับเพศชายญี่ปุ่นทั่วไป พบว่าผู้ที่ที่อยู่ในเกาะโอกินาวา อายุยืนยาวต่อไปอีก 19.16 ปี ส่วนเพศชายญี่ปุ่นทั่วไปอายุยืนยาวต่อไปอีก 18.33 ปี (Japanese Ministry of Health Abridged life tables, 2010) สำหรับการศึกษาในปี 2000 เกี่ยวกับอายุขัยของเพศหญิงอายุ 65 ปี ที่โอกินาวา มีอายุยืนยาวต่ออีกเฉลี่ย 24.1 ปี เปรียบเทียบกับอายุขัยของเพศชาย อายุ 65 ปี ใน ญี่ปุ่นทั่วไป มีอายุยืนยาวต่ออีกเฉลี่ย 18.5 ปี (Willcox, Todoriki, & Suzuki, 2009) แสดงให้เห็นว่าคนญี่ปุ่นที่อยู่ในแต่ละสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในเกาะโอกินาวา มีอายุยืนยาวกว่าคนทั่วไป

 ในด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่ง สำคัญ และจำเป็นต่อสุขภาพ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ส่งผลต่อการมีอายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort Study) ของหญิงอเมริกันที่ออกกำลังกายในระดับมาก (High Level) มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ และมะเร็งร้อยละ 40 - 50 เมื่อเปรียบเทียบกับการออกกำลังกาย ในระดับเล็กน้อย (Gregg, Cauley, Stone, et al , 2003) นอกจากการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว การควบคุมน้ำหนักของร่างกาย ซึ่งใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) เป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการเกินหรือขาด ในคนปกติมีค่า 18.5 - 22.9 จากการศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตผู้ที่อายุยืนยาวมาก (Lifestyle Factors of People with Exceptional Longevity) ศึกษาในชาวแอสเคนาซี (Ashkenazi Jewish) ที่มีอายุ 95-109 ปี อายุเฉลี่ย 97.3 ± 2.8 จำนวน 477 คน พบว่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยในเพศชาย 25.4 ± 2.8 กก./ตารางเมตร ส่วนเพศหญิงเฉลี่ย 25.0 ± 3.5 กก./ตารางเมตร มีพฤติกรรมการดื่มสุราบ้าง มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ รับประทานอาหารแคลอรีต่ำ (Swapnil, Rajpathak, Yingheng, et al., 2011) ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุดังกล่าวมีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ - อ้วนในระดับ 2 ซึ่งการมีน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์ หรืออ้วนในระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราตายในผู้สูงอายุ แต่ยังจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติม (Murphy, Reinders, Garcia, et al (2014)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืน (Bae, Kim, & Lee, 2017) พบว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 83.43 ปี ซึ่งอายุยืนกว่าเพศชายเฉลี่ย 1.59 ปี ปัจจัยที่มีผลต่อการมีอายุยืนได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย รายได้ สถานะเศรษฐกิจของ ครอบครัว ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การจัดการภาวะเครียด การมีบทบาททางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการมีอายุยืน (r = .61, p <.001) การนอนหลับมีความ สำคัญและจำเป็นต่อสุขภาพกายและจิต มีงานวิจัยที่พบว่าระยะเวลาการนอน และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ มีผลต่อการ ป้องกันโรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาว การนอนหลับวันละ 7 - 8 ชั่วโมง มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจในระดับเล็กน้อยเปรียบเทียบกับคนที่นอนวันละ 7 ชั่วโมง มีความเสี่ยงมากกว่า 1.11 เท่า หรือเสี่ยงร้อยละ 11 และพบว่าอัตราเสี่ยงลดลงร้อยละ 7 ต่อการนอนเพิ่มขึ้นใน 1 ชั่วโมง ในขณะที่ การนอนหลับคืนละ 6 - 7 ชั่วโมงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงหัวใจโคโรนารีมีหินปูนจับ ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และถึงแก่กรรมได้ และพบว่า การนอนคืนละ 3 - 5 ชั่วโมงทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 15 (Wang, Li, & Cui, 2016; Colten & Altevogt, 2006; King, Knutson, et al., 2008) ในส่วนของคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่มีอายุ 100 ปี (Sleep Quality of Centenarians) พบว่า ร้อยละ 57.4 มี คุณภาพการนอนหลับในระดับดี ร้อยละ 35.2 มีปัญหาในการนอนหลับในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.4 มีปัญหาระดับรุนแรง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ที่อายุยืน 100 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ดี (Tafaro, Cicconetti, Baratta, et al, 2007)

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีอายุยืนยาวเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยทั้งในด้านวิถีการดำเนินชีวิต การทำงาน ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ภาวะสุขภาพ การได้ยิน การมองเห็น ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อย เน้น ประเภท ผัก ผลไม้ เนื้อปลา เป็นอาหารที่จำกัดแคลอรีแต่มากด้วยสารอาหารที่เป็นประโยชน์ การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการความเครียด และการมีบทบาททางสังคม