

ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ

พรรณวดี พุฒวัฒน์¹ วท.บ. (พยาบาล), วท.ด. (โภชนศาสตร์)

บทคัดย่อ ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ ในเกือบทุกภูมิภาคของโลกรวมทั้งประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตที่ยืนยาวขึ้น สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของความชราและการเกิดโรค บทความนี้ได้กล่าวถึงทฤษฎีกระบวนการชราภาพและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุว่าเป็นสิ่งที่กำหนดโดยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม แต่ที่สำคัญและสามารถปรับเปลี่ยนได้คือการประพฤติปฏิบัติที่เป็นแบบแผนของชีวิต ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพ ได้ยกตัวอย่างภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ แบบแผนชีวิต ภาวะโภชนาการ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มุ่งหาแนวทางที่จะส่งเสริมความมีอายุยืนยาวและหาทางให้ช่วงเวลาที่มีชีวิตเพิ่มขึ้นนั้นอยู่อย่างมีคุณภาพ สุขภาพดีเป็นส่วนสำคัญของคุณภาพชีวิต เนื่องจากสุขภาพมีความหมายรวมถึง "สภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย จิต สังคม" สุขภาพดีของผู้สูงอายุจึงหมายถึงการมีร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทุรนทุราย วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมอย่างพอดี ในครอบครัวที่อบอุ่นและชุมชนที่เข้มแข็ง¹ การมีสุขภาพดีจึงเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ ระบบบริการทางสุขภาพที่เอื้ออำนวยให้ รวมทั้งตัวผู้สูงอายุเองว่ามีพันธุกรรมกำหนดมาอย่างไร และ

ที่สำคัญคือมีการประพฤติปฏิบัติในการดำรงชีวิตอย่างไรที่รวมเรียกว่าแบบแผนชีวิต

ความสำคัญของประชากรวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของประชากรวัยสูงอายุ ว่าจำเป็นต้องได้รับความสนใจ และพิจารณาหาแนวทางให้บริการทางสุขภาพที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ ทั่วทุกภูมิภาคในโลก โดยมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ผลจากอายุขัยและความเจริญทุกๆด้าน ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ค่อยๆเกิดขึ้นมาเป็นเวลา

¹ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นานในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกาเหนือ ยุโรป ญี่ปุ่น ซึ่งยังคงต้องปรับตัวรับกับสถานการณ์ แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปีค.ศ. 1980-2020 ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย เรียกว่าปรากฏการณ์ "สีเทา" (the "graying" world หรือ "graying" of the population) ประมาณว่าในปีค.ศ. 2000 จะมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก 600 ล้านคน โดย 2 ใน 3 จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา เพิ่มจากปีค.ศ. 1960 ที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาประมาณครึ่งหนึ่งและคาดว่าในช่วงปีค.ศ. 1980-2020 ประชากรของประเทศกำลังพัฒนาโดยรวมจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 95 แต่กลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 240²

ในประเทศไทยโครงสร้างประชากรก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรวัยอื่นๆ (ตารางที่ 1) และจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังพ.ศ. 2543 ประมาณว่าจะ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

| ปีพ.ศ. | จำนวน (ล้าน) | ร้อยละ |
|--------|--------------|--------|
| 2513 | 1.0 | 4.9 |
| 2523 | 2.4 | 5.4 |
| 2533 | 3.4 | 6.1 |
| 2543 | 4.8 | 7.6 |
| 2568 | 12.0 | 15.7 |

ที่มา: แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)³

มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดระหว่างพ.ศ. 2583-2593³ คือประมาณ 40-50 ปีข้างหน้า อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนก็ยืนยาวขึ้นโดยตลอด เพิ่มจาก 63 ปี ในพ.ศ. 2533 เป็น 67.6 ปี ในพ.ศ. 2537⁴ โดยผู้หญิงอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย⁵ และผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่ใช้บริการทางสุขภาพและทางสังคมมากที่สุด

แม้ว่าประชากรวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ก็มีจำนวนมากขึ้นแต่พบว่าสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุมีค่าน้อยลง จากเดิมซึ่งเคยสูงมากคือ 15.2 ต่อ 1 ในพ.ศ. 2503 เหลือประมาณ 11.5 ต่อ 1 ในปีพ.ศ. 2533 และคาดว่าจะลดลงอย่างรวดเร็วเหลือประมาณ 2-3.8 ต่อ 1 ประมาณปีพ.ศ. 2583³ ซึ่งหมายถึงการที่ประชากรวัยทำงานต้องนำรายได้ เวลา และความรับผิดชอบส่วนหนึ่งไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นในขณะที่มีการเติบโตของเมือง จากการเพิ่มขึ้นของประชากรและการย้ายถิ่น คนวัยทำงานเพิ่มขึ้นในเขตเมือง ส่งผลให้ชนบทคงเหลือเด็กและผู้สูงอายุ การขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาพรวมที่ดีขึ้น แต่มีการกระจายรายได้ที่เลวลง ครอบครัวมีค่านิยมที่จะมีครอบครัวขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ลักษณะหัวหน้าครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงคือมีหัวหน้าครัวเรือนเป็นโสด คู่สมรสตาย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีสัดส่วนสูงขึ้น การขยายโอกาสทางการศึกษาแรงงาน และสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงศึกษาในระดับสูงและทำงานนอกบ้านมากขึ้นสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการใช้ดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁴

จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมดังกล่าว ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหาที่มีโอกาสจะทวีความรุนแรงได้มากในอนาคตอันใกล้ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยในการวางแผนดำเนินการได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการทำ ความเข้าใจถึงสุขภาพใน 2 ลักษณะคือ การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของความชรา (Physiologic aging) และที่เป็นโรค (Pathologic aging) เพื่อพิจารณาวิธีการที่จะป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

ธรรมชาติของวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุหรือวัยชรา

ความชราเป็นธรรมชาติของการมีชีวิตที่ยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงทางชีว-จิต-สังคมที่มีลักษณะเฉพาะ สิ้นสุดของวัยสูงอายุคือความตาย แต่เป็นการยากที่จะบอกว่าคุณชราเริ่มต้นเมื่อใด เนื่องจากมีความแตกต่างกันมากระหว่างโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ บุคคล และกลุ่มประชากร ในบางสังคมถือความอาวุโสตามตำแหน่งหน้าที่ บทบาทในสังคม และวุฒิภาวะ แต่โดยทั่วไปใช้อายุเป็นเกณฑ์ซึ่งยังคงมีความแตกต่างกันว่าจะใช้อายุมากกว่า 60 ปี หรือ 65 ปี ประเทศที่พัฒนาแล้วมักใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี เนื่องจากคนมีอายุยืนยาวมากกว่า ในประเทศไทยผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การเกษียณจากงานราชการซึ่งตรงกับที่กำหนดไว้โดยที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญ

ทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ในปีค.ศ. 1987 อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังคงมีความแตกต่างกันทางด้านสรีรภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จึงแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อยคือผู้สูงอายุระยะต้น (young-old) อายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (frail elderly, old old, หรือ aged) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะท้าย (oldest old) อายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งแต่ละกลุ่มมีจำนวนประชากรและความต้องการบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน⁶

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยสูงอายุ⁷

การทำงานของเซลล์ และเนื้อเยื่อในร่างกายส่วนใหญ่สามารถชดเชยได้ ความชราแสดงออกเมื่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆเกิดขึ้นมากเพียงพอที่จะปรากฏให้เห็น เช่น ผมหงอก หลังโก่ง ผิวน้ำหนักเหี่ยวแห้ง หรือหลงลืม หรือสามารถทดสอบได้ด้วยวิธีการทางห้องปฏิบัติการ เช่น อัตราการเผาผลาญสารอาหารของเซลล์ในร่างกายค่อย ๆ ลดลงตลอดช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิด การตายของเซลล์ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะและเนื้อเยื่อ การทำหน้าที่ต่างๆบางอย่างยังคงทำได้จนถึงอายุ 80-90 ปีเช่น การรักษาความน้ำตาลในเลือด การรักษาสมดุลของกรดต่าง แต่บางอย่างทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่ากับเมื่ออายุน้อยกว่า เช่น การมองเห็น การได้ยิน การส่งกระแสประสาท การทำงานของหัวใจ ตัวอย่างคือปริมาณเลือดที่ถูกบีบตัวออกจากหัวใจ 1 นาทีต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย 1 ตารางเมตร ลดลงร้อยละ 30 อัตราการกรองของไต ปริมาณ

เลือดที่ไหลผ่านไต การทำงานของระบบหายใจ ความจุปอด ความจุการหายใจสูงสุดเหล่านี้ลดลง ร้อยละ 35-65 ในช่วงอายุ 30-80 ปี

การทำหน้าที่ของร่างกายบางอย่างแตกต่าง จากวัยผู้ใหญ่เฉพาะเมื่อมีภาวะเครียดหรือมีความ กดดัน เช่น ประสิทธิภาพของการรักษาสมดุล ภายในร่างกายลดลง ซึ่งเป็นผลเสียคือเกิดการ ทำลายอวัยวะบางอย่าง เช่น ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ ที่หลังในภาวะเครียดอาจทำลายเซลล์ประสาทใน สมองส่วนฮิปโปแคมปัสและฮัยโปธาลามัสมีผลต่อ ความจำและการปรับตัวต่างๆในร่างกาย และเมื่อมี ความผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว การฟื้นฟูสภาพก็เกิดได้ช้า

ทฤษฎีการชราภาพ⁶⁻⁷

ได้มีการอธิบายกระบวนการชราภาพไว้ หลายทฤษฎี แต่ยังไม่มียทฤษฎีใดเพียงทฤษฎี เดียวที่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมทั้งหมด เนื้อหา ของทฤษฎีแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ทฤษฎี การถูกกำหนด (Programmed change theories) คือการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงชีวิตได้ถูกกำหนดไว้ ล่วงหน้าในยีนส์ (genes) และทฤษฎีการถูกทำลาย (Random damage, Unprogrammed theories) คือส่วนของร่างกายค่อยๆถูกทำลายเป็นครั้งคราว จากสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีอธิบายไว้ในระดับต่างๆ ของร่างกายคือ

1. ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular theories) กล่าวว่าอายุขัยของสิ่งมีชีวิตเกิดจากปฏิสัมพันธ์ ระหว่างยีนส์กับสิ่งแวดล้อม สารพันธุกรรมในยีนส์ ถ่ายทอดทาง RNA กำหนดการสร้างโปรตีน ได้แก่

โปรตีนโครงสร้าง เช่น คอลลาเจน เคอราติน หรือ โปรตีนทำหน้าที่เช่น เอนไซม์ ตัวอย่างทฤษฎีใน กลุ่มนี้คือ

1.1 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory) ในช่วงการแบ่งตัวของเซลล์อาจมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA จำนวนการกลายพันธุ์ที่ เพิ่มขึ้นมีผลร้ายต่อยีนส์และโครโมโซม ทำให้จำนวน ยีนส์ที่ทำหน้าที่ปกติค่อยๆลดลงจนถึงจุดวิกฤต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error catastrophe) มีการสะสมของข้อผิดพลาดในขั้นตอน ของการสร้างโปรตีนในเซลล์ เช่น การส่งข่าวสาร การถ่ายทอด การแปลข่าวสาร อาจใช้กรดอะมิโน ไม่ถูกต้องในการสังเคราะห์โปรตีน เกิดความผิดพลาด ในการแปลรหัส (Codon) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงการจับตัวของโปรตีนกับ DNA คือมีการจับตัวกันแน่นขึ้น ระหว่าง DNA กับฮิสโตน (histone) จึงรบกวน การแปลรหัส มีผลต่อการสร้างโปรตีน

2. ทฤษฎีเซลล์ (Cellular theories) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ ของเซลล์เมื่อเวลาผ่านไป มีผลต่อการสร้างสาร ต่างๆจากเซลล์ เช่น พบว่ามีรงควัตถุ (lipofuscin, aging pigment) ในเซลล์

3. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The free radicals theory) ได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ ค.ศ. 1956 กล่าวว่าการเผาผลาญของเซลล์ตาม ปกติจะเกิดสารที่เป็นอนุมูลอิสระ คือมีออกซิเจนเดี่ยว มีคุณสมบัติที่สามารถจับกับสารประกอบใน บริเวณใกล้เคียง เช่น ไขมัน โปรตีน DNA เกิดปฏิกิริยา

ที่สำคัญคือ lipid peroxidation ทำให้มีการทำลายเยื่อหุ้มต่างๆ สะสมมากขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลาที่ผ่านไป กระบวนการนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาถูกโซที่ว่องไวขึ้นได้มากจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การได้รับรังสี สารเคมีอื่นๆ เช่น คาร์บอนเตตราคลอไรด์ หรือจากสิ่งแวดล้อมภายใน เช่น กระบวนการทำงานตามปกติของเซลล์ การที่เซลล์เม็ดเลือดขาวทำลายแบคทีเรียหรือสิ่งแปลกปลอมเชื่อว่าเป็นตัวสำคัญของกระบวนการชราและการเกิดโรค เช่น มะเร็ง หลอดเลือดอุดตัน สมองเสื่อม ปฏิกิริยาถูกยับยั้งโดยสารแอนติออกซิแดนท์ (antioxidant) ที่มีอยู่ในร่างกายหรือได้จากภายนอก เช่น อาหารที่มีวิตามินอี วิตามินซี เบต้าแคโรทีน และอื่นๆ

4. ทฤษฎีบุคคล (Organismic and systemic theories) กล่าวถึงกระบวนการชราว่าเป็นการเสื่อมสภาพการทำหน้าที่ของระบบที่เป็นตัวส่งสารสำคัญในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน การเปลี่ยนแปลงของระบบหนึ่งมีผลต่อร่างกายทั้งหมด เชื่อว่าการกำหนดในยีนส์อาจเกิดได้ตั้งแต่ปฏิสนธิและหลังจากนั้น สิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติตัวจึงสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการชราภาพได้

ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ กล่าวว่าแต่ละช่วงอายุตลอดชีวิตกำหนดโดยสัญญาณประสาทและฮอร์โมน ตั้งแต่แรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่หมดระดู สูงอายุ จนถึงตาย ประสาทสั่งงานในระบบประสาทวัยสูงอายุ เป็นนาฬิกาทางชีวภาพเพื่อการเจริญ พัฒนา และชรา

ระบบภูมิคุ้มกัน ต่อมไทมัส ต่อมน้ำเหลือง ลิมโฟซัยท์มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในช่วงวัยรุ่น วัยสูงอายุสามารถต่อสู้กับสิ่งแปลกปลอมได้น้อยลง เพิ่มการสร้างโมเลกุลที่ผิดปกติ เพิ่มการสร้างสารต้านตนเอง (autoantibody)

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ⁶⁻⁷

ในวัยชรามักเกิดเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น รุนแรงขึ้น หรือฟื้นสภาพได้ยากขึ้น การเสียชีวิตจากความชราเพียงอย่างเดียวพบได้น้อย ส่วนใหญ่จะเกิดจากมีความเจ็บป่วยด้วยซึ่ง ได้แก่ โรคที่สัมพันธ์กับอายุและโรคต่างๆไป ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1. อาการทางสมอง เป็นแบบเฉียบพลัน (Acute brain syndrome) เกิดจากภาวะกดดันทางจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่น ความตื่นเต้น วุ่นวาย สับสน หรือมีสาเหตุทางกาย เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ติดเชื้อ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ ขาดน้ำ หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาหรือทำให้กลับปกติดั้งเดิมได้ อาการทางสมองแบบเรื้อรัง (Chronic brain syndrome) คือ หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงสมองแข็งตัว สมองพิการจากเนื้อสมองตาย เป็นอาการที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่และเป็นปัญหาได้มาก

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศกำลังพัฒนามักเป็นสาเหตุการตายเพิ่มมากขึ้นและคาดว่าจะป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในอนาคตด้วยที่พบบ่อยๆคือโรคหลอดเลือดแดงอุดตัน (Atherosclerosis) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart

ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ

disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebro-vascular accident) ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีอัตราเพิ่มขึ้นตามการมีชีวิตรอยู่อย่างสมัยใหม่ (modernization) มีความสัมพันธ์อย่างมากกับแบบแผนชีวิต พบว่าการปรับเปลี่ยนในเรื่องการรับประทานอาหารโดยเฉพาะไขมัน การออกกำลังกาย ลดการเสบบุหรี่ สุรา สามารถลดอัตราการตายจากโรคเหล่านี้ได้

3. ความผิดปกติของทางเดินอาหาร พบได้บ่อยในผู้สูงอายุจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย และการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมทางสุขภาพ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาฟันห่าง ไม่มีฟัน เหงือกกรัน ไม่ใส่ฟันปลอมหรือฟันปลอมไม่ดี การรับรสรับกลิ่นไม่ดี การย่อยและการดูดซึมอาหารมีประสิทธิภาพลดลง เหล่านี้ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายที่ไม่เฉพาะเจาะจง หรือเป็นโรค เช่น แน่นอึดท้อง ท้องผูก ท้องเดิน มีการเกร็งของหลอดเลือดหรือมีหูดหลอดเลือดส่วนล่างหย่อน อาหารไหลย้อนจากกระเพาะอาหารขึ้นมาที่หลอดเลือดอาหาร หลอดอาหารอักเสบ กระเพาะอาหารฝ่อ ลำไส้มีกระเปาะ (diverticulosis) แผลในลำไส้ มะเร็ง

4. โรคของกระดูกและข้อ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยคือ โรคข้อเสื่อม ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าท์ กระดูกพรุน เกิดปัญหากระดูกหักได้ง่ายตามมา เกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติ ร่วมกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่นการได้รับแคลเซียม วิตามินดี ในอาหารน้อย ขาดการออกกำลังกายที่พอเหมาะน้ำหนักตัวมากเกินไป การทรงตัวไม่ถูกต้อง รวมทั้ง

การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องในช่วงเวลาที่เหมาะสม

5. ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ปัญหาที่พบบ่อยคือ การปัสสาวะไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะเล็ด เช่น จากต่อมลูกหมากโตในผู้ชาย จากการศึกษาเนื้อหูดของท่อปัสสาวะ อังเชิงกราน ไม่แข็งแรง พบมากในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

6. ระบบต่อมไร้ท่อ ฮอร์โมนบางชนิดมีการหลั่งลดน้อยลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น มีผลต่อร่างกายและจิตใจ เช่น อินซูลินลดลงเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองลดลง ทำให้อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การทำงานของฮอร์โมนเพศลดลง ฮอร์โมนไทรอยด์ลดลง ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ลดลงทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น

7. ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะรับความรู้สึก ที่สำคัญคือ ตาและหู เกิดจากการเสื่อมสภาพตามธรรมชาติของวัยชราหรือเป็นผลแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือเป็นผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรค

ปัญหาทางตาที่พบบ่อยคือ ต้อกระจก (cataract) ต้อหิน (glaucoma) การเสื่อมของมาคูลา (macular) ปัญหาสายตายาว ตาขาดน้ำหล่อเลี้ยง

ปัญหาของหู ที่สำคัญคือการได้ยินลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของเยื่อแก้วหู การเสื่อมของเซลล์รับความรู้สึกหรือจากยา

นอกจากนี้ยังมีปัญหาของระบบผิวหนัง ระบบหายใจ และอื่นๆ ปัญหาทางสุขภาพเหล่านี้ทำให้เกิดความจำกัดทางร่างกาย ส่งผลต่ออารมณ์ จิตใจ ความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ ภาวะปัสสาวะเล็ด

ความปวดเรื้อรัง ข้ออักเสบ หูตึง โรคของฟันและเหงือก การตกหู ความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลรวมของความเจ็บป่วย และกระบวนการชราภาพ การที่เจ็บป่วยบ่อยและผลจากยา พบว่าสุขภาพกายเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดของความพึงพอใจในชีวิต⁸

แบบแผนชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ การให้ความหมาย วิธีการและเกณฑ์ที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพว่าหายาบหรือละเอียดเพียงใด ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี⁹⁻¹¹ แต่ถ้าคิดว่ามีปัญหาสุขภาพหรือไม่มีโรคหมายถึงสุขภาพไม่ดี ก็คงหาผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีแทบไม่ได้ ความเสื่อมตามวัยและการเป็นโรคเท่าที่กล่าวมาแล้วเป็นผลจากการกำหนดโดยพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการประพฤติปฏิบัติที่ทำอยู่เป็นประจำจนเป็นนิสัยในการดำรงชีวิตในสังคมที่รวมเรียกว่าวิถีชีวิตหรือแบบแผนชีวิต ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป และพฤติกรรมที่ป้องกันโรคที่เฉพาะเจาะจง

แบบแผนชีวิตเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมากที่สุด นอกเหนือจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม¹²⁻¹³ โดยสามารถมีส่วนต่อกระบวนการชราและกระบวนการเกิดโรค สามารถแก้ไขปรับปรุงได้ในระดับบุคคล แต่เป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลายาวนานจึงจะส่งผลให้เห็น การปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดอัตราการตายจากโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ

ได้ ที่เห็นได้ชัด เช่น พฤติกรรมการรักษาความสะอาด การเลี้ยงดูบุตร การให้วัคซีนป้องกันโรคสามารถลดอัตราการตายของเด็กจากการติดเชื้อได้ โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง การบาดเจ็บ ได้เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการสูบบุหรี่ ในประเทศออสเตรเลียสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่จากร้อยละ 70 เหลือร้อยละ 30 ในช่วงเวลา 40 ปี นับจากปีค.ศ. 1940 ซึ่งลดลงเพียงร้อยละ 1 ต่อปี แต่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนเรื่องการบริโภค ร่วมกับการมีกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น ควบคุมน้ำหนักตัว ลดพลังงานทั้งหมดที่บริโภค และลดการบริโภคไขมันจากสัตว์ การเคร่งครัดในการใช้เข็มขัดนิรภัยในการใช้ยานยนต์ ทำให้ประเทศในกลุ่มที่พัฒนาแล้วสามารถลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อดังได้ ในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่โรคติดเชื้อก็ยังคงลดลงหรือควบคุมได้ไม่เต็มที่นัก⁵

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีพื้นฐานมาจากความรู้และความเชื่อต่อเรื่องนั้นๆ¹ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสามารถพัฒนาการรักษาโรคและรักษาชีวิตได้มาก แต่การมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอยู่กับการประพฤติปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีให้เต็มศักยภาพที่มีอยู่และตัดสินใจเลือกใช้การรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันรักษาโรคหรือส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อมีอิทธิพลอย่างมากต่อการประพฤติปฏิบัติทั้งของผู้สูงอายุ

เอง ญาติผู้ดูแล รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ เช่น เมื่อเป็นโรคที่รักษาได้ ผู้สูงอายุและ/หรือญาติผู้ดูแลมักรีรอหรือไม่ยอมรับการรักษา บุคลากรทางสุขภาพไม่รักษาหรือช่วยเหลือให้เต็มที่เนื่องจากคิดว่า เป็นธรรมชาติของความชรา ไม่จำเป็นต้องรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ไม่จำเป็น เช่น ไม่ยอมผ่าตัดตัดแก๊ซ ภาวะต่อกระจก ต้อหิน ข้อเข่าเสื่อม มีผลทำให้ตาบอดหรือเดินไม่ได้ การที่ผู้สูงอายุไม่ใช้แว่นตา ฟันปลอม ไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เพราะรู้สึกว่าเป็นเรื่องไม่จำเป็น เป็นเครื่องแสดงว่าไม่แข็งแรง หรือคิดว่าเป็นเรื่องฟุ่มเฟือย คือคำนึงถึงเรื่องเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าความสำคัญต่อสุขภาพ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จำกัดส่งผลกระทบต่อปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความเชื่อว่าการพักผ่อนสำคัญมากกว่าการออกกำลังกาย และที่สำคัญได้แก่ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภค ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อทั้งสุขภาพ ความเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และอัตราตายด้วย แมค เพย์เดน อังในดาร์นตัน ฮิล กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อสุขภาพของผู้สูงอายุคือฐานะทางเศรษฐกิจ โภชนาการ และการศึกษา⁸ ภาวะโภชนาการสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพและภาวะทางสังคมได้

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ หากจะพิจารณาภาวะสุขภาพจากภาวะโภชนาการของ 16 ประเทศในทวีปยุโรป พบว่าภาวะโภชนาการพร่องและเกินเป็นปัญหาในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยผู้ใหญ่¹⁴ ความเชื่อเป็นสิ่งที่มอิทธิพลอย่างมาก

ต่อการเลือกรับประทานหรืองดเว้นการรับประทาน เช่น งดรับประทานเนื้อวัวเพราะเชื่อว่าเป็นสัตว์ใหญ่ ไม่ต้องการทำบาป ซึ่งอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ ถ้าวรับประทานโปรตีนจากแหล่งอื่นได้ไม่เพียงพอ งดบริโภคเนื้อสัตว์ทุกชนิดเพราะเชื่อว่าเป็นวิธีการทำดี มีโอกาสเกิดความพร่องของโปรตีนและพลังงานได้ง่าย เนื่องจากความต้องการโปรตีนในวัยนี้ยังคงสูงแต่อาจมีแนวโน้มของการขาดโปรตีนอยู่ก่อนแล้ว รวมทั้งเกิดการขาดวิตามินและเกลือแร่ได้ง่ายตามมา ความชอบความเคยชินในการรับประทานของหวาน กะทิ และไขมันจากสัตว์มากเกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง อ้วน และเมื่อมีปัญหาโภชนาการเกิน ก็ไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน บางรายกล่าวว่า "อึดตายดีกว่าหิวตาย" หรือคิดว่าคงจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน ซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างกันมากในบุคคลกลุ่มต่างๆ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบภาวะโภชนาการพร่องและเกินในประชากรกลุ่มต่างๆ เมื่อใช้ดัชนีความหนาของร่างกายปกติคือ 20-24.9 กก/ม² เป็นเกณฑ์ ในพ.ศ. 2533 กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ได้สำรวจผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นคนชราที่บ้านบางแคในกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคอื่นๆ อีกรวมเป็น 6 จังหวัด จำนวน 386 คน พบภาวะขาดโปรตีนและพลังงานร้อยละ 32.7 โดยพบว่าการบริโภคพลังงานโดยเฉลี่ยน้อยกว่าที่ควรได้รับและบริโภคแคลเซียมน้อยกว่า 2 ใน 3 ของปริมาณที่ควรรับประทานในแต่ละวันถึงร้อยละ 80-90 แร่ธาตุอื่นๆที่รับประทานไม่เพียงพอ ได้แก่

แมกนีเซียม โปแตสเซียม ฟอสฟอรัส โดยกลุ่มผู้สูงอายุระยะกลางมีแนวโน้มที่รับประทานได้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุระยะต้น พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 15.5-60.5 ซึ่งแตกต่างกันมากในแต่ละจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติคือ ร้อยละ 20 อ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูงคือโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 23.3-70.2 และไตรกลีเซอไรด์สูงร้อยละ 23.3-57.1 การสำรวจที่ได้ดำเนินการเฉพาะแต่ละจังหวัดก็พบปัญหาในลักษณะคล้ายคลึงกันพ.ศ.2534 ที่จังหวัดนครสวรรค์พบว่าผู้สูงอายุ 120 คนชายและหญิงมีดัชนีความหนา

ของร่างกายระหว่าง 11.39-31.96 และ 16.85-35.79 กก./ม² ตามลำดับ¹⁶ ที่จังหวัดพิษณุโลกพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการพร่องและเกินร้อยละ 20 และ 24 ตามลำดับ¹⁷ ในพ.ศ. 2531-2536 สํารวจผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครชาย 78 คนและหญิง 55 คนพบภาวะโภชนาการพร่องร้อยละ 6 และ 17 ตามลำดับและพบภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 48 และ 45 ตามลำดับ¹⁸ ปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมทางสุขภาพที่ทำนายปัญหาสุขภาพและผลที่ตามมา

| พฤติกรรมสุขภาพ | ปัญหาสุขภาพ | ผลที่ตามมา |
|-------------------------|------------------|-----------------------|
| การออกกำลังกาย | | |
| ใช้เครื่องทุ่นแรงแทน | อ้วน | โรคเบาหวาน |
| | ความดันโลหิตสูง | |
| การรับประทานอาหาร | | |
| ไขมันจากสัตว์มาก | โคเลสเตอรอลสูง | โรคหลอดเลือดหัวใจ |
| น้ำตาลมาก | ไตรกลีเซอไรด์สูง | |
| ผัก ผลไม้ น้อย(โยอาหาร) | | |
| แคลเซียม น้อย | กระดูกบาง-ผุ | กระดูกหัก |
| ออกกำลังกาย น้อย | | |
| การสพสารต่างๆ | | |
| บุหรี่ | | โรคปอดเรื้อรัง |
| สุรา | ความดันโลหิตสูง | ตับแข็ง |
| | | อันตรายจาก อุบัติเหตุ |
| | | มะเร็งกล่องเสียง |

ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 12

ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุแต่ละประเทศ ภาค ชุมชน มี ปัญหาที่แตกต่างกันมาก การศึกษาในภาพรวมๆ ควรทำเพียงเพื่อแสดงว่ามีปัญหาเกิดขึ้นจริง เฮาท์- วาสท์ และคณะ¹⁴ ได้แนะนำไว้ว่าควรศึกษาผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มย่อยเพื่อระบุปัญหาที่ชัดเจนและหาทาง แก้ไขปรับปรุงเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ในภาพรวม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยยังเป็นสิ่งที่ควร ปรับปรุง พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ประพฤติปฏิบัติ อยู่เป็นประจำจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงสามารถทำได้ แต่จำเป็นต้อง ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่อง ให้ เหมาะสมกับสภาพทางสรีระ จิตใจ อารมณ์ และ สิ่งแวดล้อม แนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุไทยโดยทั่วไปได้มีผู้รู้แนะนำไว้ใน สื่อลักษณะต่างๆ ทั้งหมดแนะนำเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ทั้งกายและจิต และการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นพิษ เช่น เอกสารของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข แต่ ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักและควรพิจารณาให้เหมาะสม เป็นรายบุคคล การตื่นตัวในระยนี้ น่าจะนำไปสู่ การกำหนดนโยบายและรูปแบบในการปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นระบบต่อไป การป้องกันที่ได้ผลดีน่าจะเริ่ม ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. เรณู โภยสุโข. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พศ.2540-2544) การประชุมทำแผนระดับวิทยาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8, 2538. (เอกสารอัดสำเนา)

2. WHO Technical Report Series 825. Aging and working capacity. Report of a WHO Study Group. **WHO Geneva** 1993.
3. เตียง ผาดไฮสง. ช่วงวิกฤตของประชากรไทยเนื่องจากการวางแผนครอบครัว การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์ แห่งชาติ กรุงเทพมหานคร. สมาคมนักประชากร, 2536.
4. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พศ. 2540-2544) (ฉบับร่าง) สำนักงานคณะกรรมการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2539.
5. แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พศ.2535-2539) คณะ กรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2535.
6. Schrier RW. **Geriatric Medicine** : W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1990.
7. Timiras PS, Hudson DM. Physiology of aging: Current and future. In Vellas B, Albarede JL, Garrv RJ ed.**Facts and Research in Gerontology**. 1993; 7 : 31-9.
8. Darnton-Hill I. Healthy aging and quality of life. **World Health Forum** 1995; 16 : 335-43.
9. ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะ ส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและรับรู้การควบคุม กับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
10. วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
11. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and lifestyles of the elderly. **Research in Nursing & Health** 1989; 12 : 93-100.

12. Powles J. Changing lifestyles and health. **Asia Pacific J Clin Nutr** 1992; 1 : 113-26.

13. Webster JA. The wellness model : Feeling good about you. **AORN** 1985; 41 : 713-8.

14. Hautvast J, GAJ, van Staveren WA, de Groot L. Current issues in the elderly. The 5th International Symposium on Clinical Nutrition, Bangkok, Thailand, 1996. (Abstract).

15. สุภาพ สอนปาน. โภชนาการผู้สูงอายุ. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538. (เอกสารอัดสำเนา)

16. นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

17. มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

18. จุรีพร จิตจำรูญโชคชัย และคณะ. ภาวะโภชนาการของคนกรุงเทพฯ: ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ ปี 2531-2536. **วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล** 2537; 1:15-26.

Health and lifestyles of the elderly

Panwadee Putwatana * RN, D.Sc. (Nutrition)

Abstract The elderly population is increasing in most part of the world, including Thailand. Changes in socio-economic environment affect the physical and mental health which indicate the quality of their longer life. Health is the sum of physiological aging process and occurrence of pathologic condition. Lifestyle is the most changable important factor that influence the aging process and health problems of the elderly other than genetics and environment. Appropriate health promotion behaviors is the key for the elderly to reach the maximal potential to be healthy. Nutritional status of the elderly was mentioned.

Keywords: elderly, lifestyle, nutritional status

* Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.