

ภาวะชืดในผู้สูงอายุ...ปัญหาใหญ่ที่ถูกลืมข้าม

พรทิพย์ สารีโส พย.ม*

บทคัดย่อ: ภาวะชืดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ สาเหตุของภาวะชืดในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดสารอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็ก ภาวะชืดในระดับเล็กน้อยส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับรุนแรงจะเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นรวมถึงอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ระยะยาวมีผลต่อกระบวนการรู้คิดของผู้สูงอายุ ปัจจุบันภาวะชืดยังเป็นปัญหาสุขภาพที่ถูกลืมข้ามและไม่ได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากภาวะชืดในระดับเล็กน้อยอาจไม่แสดงอาการ การรักษาที่มุ่งเน้นโรคที่ทำให้เข้ารักษาในโรงพยาบาล สาเหตุของการเกิดภาวะชืดที่ซับซ้อน การขาดข้อมูลที่สะท้อนถึงสภาพปัญหา รวมถึงผลกระทบและงานวิจัยในเชิงการป้องกันและแก้ไขภาวะชืดในผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรตระหนักเสมอว่าผู้สูงอายุทุกรายมีภาวะชืด การคัดกรองอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อีกทั้งการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม เน้นครบครัน และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยลดความรุนแรงของผลที่ตามมาได้ ที่สำคัญอย่างยิ่งคือการศึกษาถึงแนวทางการป้องกันเชิงรุกในการป้องกันภาวะชืด

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(4) 05-15

คำสำคัญ: ภาวะชืด ผู้สูงอายุ ปัญหาใหญ่ที่ถูกลืมข้าม

*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง Email: porntip.sar@gmail.com

บทนำ

ภาวะชืด (anemia) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล อีกทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น¹ หลายครั้งที่พยาบาลมักได้ยินผู้สูงอายุบ่นว่า “รู้สึกไม่มีแรง เหนื่อยง่าย เพลีย หนาว มีไข้ เบื่ออาหาร กินข้าวไม่ค่อยได้ ไม่อร่อย” อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงสมองน้อยลง มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะชืดอยู่ในระดับเล็กน้อย ผลที่ตามมาจากภาวะชืดมีได้ตั้งแต่พลัดตกหกล้ม กระดูกหัก ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ความบกพร่องในการรู้คิด (cognitive impairment) โรคสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น²⁻⁶ ขณะที่อุบัติการณ์การเกิดภาวะชืดของผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงกว่าต่างประเทศกว่า 2 เท่า โดยรายงานในต่างประเทศอยู่ระหว่างร้อยละ 5.5-37.88⁷⁻¹⁰ และประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะชืดอยู่ระหว่างร้อยละ 16.5-62.61,^{1,11-13} แต่บุคลากรทางสุขภาพยังให้ความสนใจกับโรคที่เป็นมากกว่า จนมีผู้กล่าวว่าภาวะชืดเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ถูกมองข้ามและไม่ได้รับความสนใจจากทีมสุขภาพเท่าที่ควร¹⁴ บทความนี้ผู้เขียนได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนให้เห็นประเด็นปัญหาและผลตามมาจากภาวะชืด รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการป้องกันและจัดการกับภาวะชืดที่เหมาะสมและครอบคลุมทั้งระบบ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ภาวะโลหิตจาง

ภาวะชืดหรือภาวะโลหิตจาง หมายถึง ภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดแดงที่สมบูรณ์ (healthy RBCs)

หรือระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ ทำให้การขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะชืดในผู้ใหญ่โดยใช้ระดับฮีโมโกลบินเป็นตัวบ่งชี้ ไว้ว่าในเพศชายที่มีระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 13 กรัมต่อเดซิลิตร และน้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร ในเพศหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์^{14,15}

อุบัติการณ์ของภาวะชืดในผู้สูงอายุ

รายงานอุบัติการณ์ของภาวะชืดในผู้สูงอายุในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย ซึ่งพบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 5.5-37.88⁷⁻¹⁰ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะชืดอยู่ระหว่างร้อยละ 16.5-62.61,¹¹⁻¹³ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ระหว่างปี พ.ศ.2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) พบภาวะชืดเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนสูงสุดร้อยละ 60.7 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะชืดในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ แต่มีความใกล้เคียงกันเมื่ออายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป¹⁶ จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะชืดของผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงกว่าการรายงานจากต่างประเทศอย่างชัดเจน

สาเหตุของภาวะชืดในผู้สูงอายุ

ภาวะชืดในผู้สูงอายุ เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ¹⁷⁻²⁰ ได้แก่

1. ภาวะชืดจากการขาดสารอาหาร พบมากที่สุดคือการขาดธาตุเหล็ก^{7,10} รองลงมาคือ การขาด

โฟเลตและวิตามินบี 12 ตามลำดับ ซึ่งโฟเลตและวิตามินบี 12 เป็นสารอาหารที่สำคัญและจำเป็นที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงเล็กน้อย (micronutrients) แต่เป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการดูดซึมธาตุเหล็ก ดังนั้น เมื่อขาดสารอาหารดังกล่าวจึงส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ วิตามินซียังมีผลช่วยให้การดูดซึมของธาตุเหล็กดีขึ้น¹² นอกจากนี้ ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการย่อยและการดูดซึม กล่าวคือ ต้องใช้ฟันปลอมในการบดเคี้ยวอาหาร มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเหงือก ทำให้รับประทานอาหารไม่สะดวก รับประทานอาหารได้น้อยลง อีกทั้ง ความสูงอายุยังทำให้ต้องรับประทานยาทำงานลดลง การหลั่งเอนไซม์ในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กลดลง การบีบตัวของลำไส้ลดลง พื้นที่ในการดูดซึมสารอาหารลดลง รวมถึงระบบการไหลเวียนเลือดในระบบทางเดินอาหาร (splanchnic circulation)²¹ ผู้สูงอายุจึงรู้สึกรับประทานอาหารไม่อร่อยและทำให้ไม่อยากรับประทาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอ รวมถึงร่างกายดูดซึมสารอาหารได้น้อยลงหรืออาจมีปัญหาเกี่ยวกับการดูดซึมอาหารร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซีดจากการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุได้^{1,15,22} ธาตุเหล็กเป็นสารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน (Hb synthesis) ส่วนโฟเลตและวิตามินบี 12 มีประโยชน์ต่อการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA synthesis) เมื่อร่างกายขาดสารอาหารที่จำเป็นเหล่านี้จะมีผลทำให้เม็ดเลือดแดงมีการเจริญเติบโตผิดปกติและผิดปกติรูปร่างได้²²

2. ภาวะซีดจากการโรคเรื้อรังหรือการอักเสบเรื้อรัง เป็นสาเหตุของภาวะซีดที่พบเป็นอันดับแรกของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹⁹ อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซีด

ในชุมชนเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 20¹⁸ การติดเชื้อทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังก็เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซีดได้ โดยเชื่อว่าเมื่อมีการติดเชื้อจะทำให้มีการปล่อยไซโตไคน์เข้าไปในกระแสเลือดซึ่งมีผลไปยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กขึ้นและทำให้เกิดภาวะซีดได้ ไซโตไคน์ที่หลั่งมาจากกระบวนการอักเสบจะไปกดการสร้างฮอริโมนอีริโทรโพอิติน (erythropoietin) และทำให้ช่วงชีวิต (life span) ของฮอริโมนอีริโทรโพอิตินสั้นลง²³ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีการติดเชื้อเกิดภาวะซีดได้

โรคเรื้อรังโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการสร้างฮอริโมนอีริโทรโพอิตินลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังเกิดภาวะซีดขึ้นได้ ซึ่งโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดขึ้นตามหลังโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบมากในผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง¹⁰ จากการศึกษาของ InCHANTI พบว่าค่าการทำงานของไต (creatinine clearance; CrCl) ที่ต่ำสัมพันธ์กับการความชุกของภาวะซีดที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการทำงานของไตน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิลิตรต่อนาที มีโอกาสเกิดภาวะซีดมากกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าการทำงานของไตตั้งแต่ 90 มิลลิลิตรต่อนาทีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

3. ภาวะซีดจากกระบวนการเสื่อมตามอายุ (aging process) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ไขกระดูก มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงทดแทนเซลล์เก่าช้าลง ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง รวมถึงการทำหน้าที่ของไตลดลงจึงอาจส่งผลให้การสร้างฮอริโมนอีริโทรโพอิตินลดลง ซึ่งฮอริโมนชนิดนี้มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการสร้างฮอริโมน

อิริโทรโพอิตินที่ลดลง โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีโรคไตร่วม ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะชัตมากกว่าในวัยอื่น ๆ^{15,24}

4. ไม่ทราบสาเหตุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบถึงร้อยละ 34-39 ของผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี^{18,20} ภาวะชัตที่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่จะมีลักษณะชัตไม่มากทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัย การวินิจฉัยภาวะชัตที่ไม่ทราบสาเหตุทำได้โดยวินิจฉัยแยกสาเหตุอื่นๆ ออกไปทั้งหมด¹⁵ สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลอาจยังไม่ชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น อาจเป็นไปได้ว่ากระบวนการในการคัดกรองและการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงภาวะชัตในผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการค้นหาสาเหตุและแยกจากโรคอื่นๆ ยังคงค่อนข้างสูง จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะชัตได้รับการรักษาที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับสาเหตุของการเกิด ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาได้

ผลกระทบของภาวะชัตในผู้สูงอายุ

ผลกระทบของภาวะชัตในผู้สูงอายุขึ้นกับระยะเวลาและระดับความรุนแรงของภาวะชัต ถ้าภาวะชัตไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง อาจส่งผลรุนแรงจนกระทั่งทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบภาวะชัตมีผลต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. ภาวะชัตกับอัตราการตายและการนอนโรงพยาบาล (mortality and hospitalization) จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้สูงอายุทั้งในเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 2 เท่า ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ²⁵ และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเมื่อระดับฮีโมโกลบินลดลง

น้อยกว่า 13.4 กรัมต่อเดซิลิตร²⁶ โดยผู้ที่มีภาวะชัตมีความเสี่ยงต่อเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงถึง 1.8 เท่า ($p < 0.01$)²⁰ ผู้สูงอายุที่มีภาวะชัตมีอัตราการตายสูงกว่าและมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะชัต⁶ นอกจากนี้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันที่มีระดับของฮีโมโกลบินต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นและการให้เลือดมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ลดลงด้วย อีกทั้งยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นและทำให้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในการเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นด้วย²⁷

2. ภาวะชัตกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ผู้ที่มีภาวะชัตในระดับเล็กน้อยมักจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง มีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง หายใจเหนื่อย ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง หน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะเวลาออกแรง เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงสมองน้อย ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้น้อยลง รวมถึงประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงด้วย เช่น การทรงตัว ความเร็วในการเดิน การลุกจากเก้าอี้ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง โดยผู้สูงอายุที่มีระดับของฮีโมโกลบิน > 12 กรัมต่อเดซิลิตร จะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทั้งแรงในการบีบมือ แรงของการเหยียดข้อเข่า ความสามารถในการลุกจากเก้าอี้ การทรงตัวและความเร็วในการเดินดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับฮีโมโกลบิน < 12 กรัมต่อเดซิลิตร^{2,3,11,28}

3. ภาวะชัตกับการเกิดภาวะหกล้ม เนื่องจากภาวะชัตทำให้ความแข็งแรงและมวลความหนาแน่นของกล้ามเนื้อลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย ดังเช่น

การศึกษาของ Chen และคณะได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักกับภาวะชดในผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน จำนวน 160,080 คน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ที่มีภาวะชดเท่ากับ 21.4 ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีภาวะชดเท่ากับ 15.0 ต่อผู้สูงอายุ 1,000 ราย และจากการวิเคราะห์อัตราความเสี่ยง พบว่าความเสี่ยงต่อการการกระดูกหักเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีภาวะชด โดยหากมีภาวะชดจะเกิดกระดูกสะโพกหัก 1.38 เท่า กระดูกสันหลังหัก 1.30 เท่า และกระดูกหักทุกชนิด 1.07 เท่า²⁹ นอกจากนี้ มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จำนวน 47,530 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าฮีโมโกลบินต่ำ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากขึ้น เป็น 1.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะชด และอุบัติการณ์การหกล้มสูงขึ้นจาก 6.5 ถึง 15.8 ในผู้สูงอายุ 1,000 คน ใน 1 ปี เมื่อระดับฮีโมโกลบินลดลงจาก 13 เหลือน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร และจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ยังยืนยันได้ว่าระดับของฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ⁸

4. ภาวะชดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด
ภาวะชดก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยที่ผู้สูงอายุไม่เคยมีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุ มีอาการหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) เต้นผิดปกติ (hemic murmur) เหนื่อยง่าย (dyspnea)² ด้วยเหตุที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) จะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนสูงขึ้น ทำให้ผนังภายในกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น ประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจวายเลือดคั่งซึ่งมีความ

สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตามมาได้¹⁴ ระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงร้อยละ 1 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโตกว่าปกติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 และระดับฮีมาโตคริตที่ต่ำกว่าร้อยละ 30.1 ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป¹⁷

5. ภาวะชดกับระบบประสาท ภาวะชดส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการรู้คิด ได้แก่ ความสามารถในการบริหารความคิด เช่น การวางแผน การตรวจตราและการแก้ปัญหา ทำให้ไม่สามารถจัดการกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้และในระยะยาวอาจทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม³⁰ ยิ่งกว่านั้น ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย⁵ จากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 4 ปีในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,744 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง Durham และบริเวณใกล้เคียง North Carolina พบว่าภาวะชดมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมต่างๆ และการรู้คิดของสมองลดลง ($p < 0.0001$)³¹

การรักษาภาวะชดในผู้สูงอายุ

การรักษาภาวะชดในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดภาวะชด ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ยาหรือสารอาหารทดแทน เช่น ผู้ที่มีภาวะชดจากการขาดวิตามินบี 12 หรือโฟเลต จะรักษาโดยให้วิตามินบี 12 ทดแทน ถ้าเกิดจากการขาดธาตุเหล็กจะรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กทดแทน เป็นต้น⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับกรดโฟลิก (folic acid) ร่วมกับวิตามินบี B12 มีผลลดความเข้มข้นของสารโฮโมซิสเตอีนในเลือด (serum homocysteine) ซึ่งเป็นสารก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด กรดโฟลิกสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้และยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมองอีกด้วย^{3,4} สำหรับในประเทศไทยได้มีพัฒนาโครงการของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อจัดการภาวะชัตสำหรับผู้สูงอายุในชนบท โดยมี 4 กระบวนการ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภาวะชัตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย รวบรวมหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและจัดการบำบัดรักษา ดำเนินการปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์ของโครงการ โดยแนวทางการบำบัดรักษาประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร และการรับประทานยาเม็ดวิตามินรวม (1 เม็ด) วิตามินซี (250 มิลลิกรัม) และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (200 มิลลิกรัม) สัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 82 คน มีภาวะชัตร้อยละ 60.97 (50 คน) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะชัตมีระดับความเข้มข้นของฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น ความถี่และระดับความรุนแรงของอาการที่สัมพันธ์กับภาวะชัตลดลง ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ¹² อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นประสิทธิภาพของกระบวนการในการกำจัดยาออกจากร่างกายก็ทำงานลดลงด้วย อันเนื่องมาจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง จึงทำให้ยายังคงอยู่ในร่างกายนานกว่าคนในวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย โดยผู้สูงอายุไทยประมาณ 2 ใน 3 มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค³² ซึ่งโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องรักษาโดยการรับประทานยา เมื่อผู้สูงอายุต้องรับประทานยาหลายชนิดอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการรับประทานยาผิดพลาดตามมาได้

บทบาทพยาบาลต่อการจัดการภาวะชัตในผู้สูงอายุ

ภาวะชัตในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่พบได้บ่อย

และขนาดของปัญหามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุของประเทศ ภาวะชัตในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม สติปัญญาและเศรษฐกิจ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง และยังส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัดเจน ภาวะชัตในผู้สูงอายุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะชัตและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากหลายโรค ซึ่งเป็นผลตามมาจากภาวะชัต ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย อีกทั้งบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลคือ การป้องกันโรค ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีโรคเรื้อรังหรือไม่ พยาบาลจึงควรพึงระลึกอยู่เสมอว่า “ผู้สูงอายุทุกรายมีภาวะชัตแฝงอยู่เสมอ” โดยแนวทางป้องกันภาวะชัตมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลต้องตระหนักอยู่เสมอว่าผู้สูงอายุทุกรายมีโอกาสเกิดภาวะชัต ดังนั้น จึงควรติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เนื่องจากภาวะชัตในระดับเล็กน้อยจะไม่แสดงอาการ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยในการคัดกรองภาวะชัตได้ นอกจากนี้แล้วการตรวจร่างกายและการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดภาวะชัตในผู้สูงอายุ จะช่วยให้สามารถค้นหาสาเหตุและผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะชัตควรเน้นการทำงานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ถ้าพยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะชัตต้องมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะชัต รวมถึงการให้สารอาหารหรือยาทดแทน

นอกจากนี้ในแต่ละโรงพยาบาลควรมีแนวทางในการดูแลรักษาภาวะชืดในผู้สูงอายุที่ครอบคลุม เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2. สาเหตุของการเกิดภาวะชืดในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดสารอาหารโดยเฉพาะ ธาตุเหล็ก ดังนั้น การป้องกันภาวะชืดในผู้สูงอายุที่ดีที่สุดจึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้อง^{15,33} โดยเน้นการรับประทานอาหารที่สามารถป้องกันภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กได้

3. จากการศึกษาของกันยา แผนกุล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กอยู่ในระดับต่ำ พยาบาลควรมีบทบาทในการสอน แนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่มีธาตุเหล็ก โดยเน้นผักพื้นบ้าน เช่น ผักกูด ผักโขม ขมิ้นขาว ดอกโสน ยอดมะกอก กระถิน ใบชะพลู ขี้เหล็ก เป็นต้น รวมถึงสารอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก อาทิ วิตามินบี 12 โฟเลต และวิตามินซีสูง รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามิน B12 ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะชืดจากการขาดสารอาหารได้อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงได้ โดยต้องเน้นครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล¹¹

4. ผู้สูงอายุในชุมชน ควรได้รับการคัดกรองภาวะชืดโดยการซักประวัติเพื่อค้นหาอาการที่อาจเกิดจากภาวะชืด เช่น อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย เวลาทำงาน อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่อาจทำให้เกิดภาวะชืด เช่น การรับประทานอาหารที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำ หรือผู้สูงอายุที่รับประทานยาในกลุ่ม NSAID เป็นประจำ เนื่องจากอาจมีการเสียเลือดเรื้อรัง ซึ่งก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้

เกิดภาวะชืดได้ นอกจากนี้ ควรเน้นการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาภาวะชืดอันจะช่วยลดโอกาสการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ภาวะชืดในระดับเล็กน้อย อาจส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ลดลงได้

5. งามเนตร ทองฉิม ที่ได้พัฒนาโครงการของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อจัดการภาวะชืดสำหรับผู้สูงอายุชุมชนบ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า “พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีทีมในการทำงานเนื่องจากปัญหาในผู้สูงอายุค่อนข้างเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และควรมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เช่น ทันตแพทย์เพื่อเข้ามาดูแลปัญหาสุขภาพในช่องปาก ที่สำคัญควรมีงบประมาณสนับสนุนโครงการอย่างเพียงพอ ซึ่งงบประมาณส่วนหนึ่งควรได้รับการจัดสรรมาจากกองการบริหารส่วนตำบลเพื่อใช้ในการพัฒนาโครงการ เพราะผู้สูงอายุบางรายมีรายได้น้อยโอกาสในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ก็มีความเป็นไปได้น้อย ความยั่งยืนของโครงการจึงอาจมีน้อย นอกจากนี้ควรนำ อสม. เข้ามามีส่วนร่วม และใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิมให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะครอบครัว กลุ่มเพื่อนสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลเครือข่าย ร้านค้าและตลาดนัดในหมู่บ้าน”¹²

6. จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะชืดในผู้สูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ายังขาดการศึกษาข้อมูลที่เป็นทั้งในด้านอุบัติการณ์ การเกิดภาวะชืดในผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศไทย สภาพปัญหาทางสุขภาพที่เป็นผลตามมาจากภาวะชืด รวมถึงการศึกษาในเชิงการป้องกันหรือแก้ปัญหาภาวะชืดในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมโดยเฉพาะภาวะชืด

จากขาดสารอาหาร รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการจัดการกับภาวะซีด ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลในการค้นหาวิธีการจัดการกับภาวะซีดอย่างเป็นระบบ เพราะเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าภาวะซีดในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน อีกทั้งผู้สูงอายุทุกรายยังมีโอกาสเกิดภาวะซีดได้ โดยในระดับเล็กน้อยอาจส่งผลกระทบเพียงการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ปัญหาที่รุนแรงที่สุดคือการทำให้โรครุนแรงขึ้นจนอาจถึงเสียชีวิตได้ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะซีดในผู้สูงอายุจึงควรทำอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุทุกรายในการค้นหาภาวะซีด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการค้นหาสาเหตุและรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการรับประทานอาหารที่ช่วยป้องกันภาวะซีด การสร้างทีมงานและร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้ครอบคลุม รวมถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซีดในผู้สูงอายุ โดยเน้นการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะซีด เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากหลายโรคซึ่งเป็นผลตามมาจากภาวะซีด

เอกสารอ้างอิง

1. ภูวดล พลศรีประดิษฐ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุบ้านสุขัง ตำบลตะคุ อำเภอบึงนาราง จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์] สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.; 2547.

2. Dharmarajan TS, Dharmarajan L. Anemia in older adults: An indicator requiring evaluation. Family practice recertification 2007; 29(6): 16-26.
3. Sabol VK, et al. Anemia and it impact on function in nursing home residents: What do we know. J Am Acad Nurse Prac 2010; 22: 3-16.
4. Malouf R, Sastre AA. Vitamin B12 for cognition. [cited 2012 November 10]. Available from <http://www.thecochranelibrary.com>
5. Umegaki H, Yanagawa M, Endo H. Association of lower hemoglobin level with depressive mood in elderly women at high risk of requiring care. Geriatr Gerontol Int 2011; 11(3): 262-6.
6. Penninx BW, Pahor M, Woodman RC, Guralnik JM. Anemia in old age is associated with increased mortality and hospitalization. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006; 61: 474-9.
7. De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M. Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005. WHO Global Database on Anaemia. WHO, Geneva. [cited 2012 November 10]. Available from <http://tinyurl.com/n6pgoc>.
8. Duh MS, et al. Anemia and the risk of Injurious fall in a Community-Dwelling Elder population. Drugs Aging 2008; 25(4): 325-34.
9. Balducci L., Ershler WB, Krantz S. Anemia in the elderly-Clinical findings and impact on health. Oncology/ Hematology 2006; 58:156-65.
10. Woodman R, Ferrucci L, Guralnik J. Anemia in Older adults. Curr Opin Hemato 2005; 12(2): 123-8.
11. กันยา แผนกุล. ภาวะโลหิตจางและปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กในผู้สูงอายุ ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์] ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.; 2545.

12. กรมเนตรทองฉิม. โครงการของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อ
การจัดการภาวะซีดสำหรับผู้สูงอายุในชนบท.
[วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน]: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.; 2551.
13. สุรีย์พันธุ์ บุญวิสุทธิ พิมพ์ วัชรพงศ์กุล สมศรี ภูศรีม่วง
ศิริพร จันทร์ฉาย และแสงโสม สีนะวัฒน์. ภาวะ
โภชนาการในผู้สูงอายุไทย. [cited 2102 November
11]. Available from [http://advisor.anamai.moph.
go.th/213/21308.html](http://advisor.anamai.moph.go.th/213/21308.html)
14. Andres E, Federici L, Serraj K, Kaltenbach G. Update
of nutrient-deficiency anemia in elderly patients. *N
Engl J Med* 2008; 19:488-93.
15. ณัฐติยา เตียวตระกูล. Anemia in Older Adults. โลหิต
วิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2554; 21(4),
267-72.
16. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย
การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี :
เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.; 2552.
17. Balducci L. Epidemiology of Anemia in the elderly:
Information on diagnostic Evaluation. *J Am Ger Soc*
2003; 51(3):52-9.
18. Guralnik JM, Eiseinstein RS, Ferrucci LM, Klein
HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons
65 years and older in the United States: Evidence for
a high rate of unexplained anemia. *Blood* 2004;
104(8): 2263-8.
19. Petrosyan I, Blaison G, Andres E, Federici L. Anemia
in the elderly: An aetiologic profile of prospective
cohort of 95 hospitalised patients. *Eur J Intern Med*
2012; 23(6): 524-8.
20. Shavelle RM, MacKenzie R, Paculdo DR. Anemia
and mortality in older person: does the type of
anemia affect survival?. *Int J Hematol* 2012; 95:
248-56.
21. Caruso LB, Silliman R. A. Geriatric medicine. In
Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL,
Longo DL, & Jameson JL (Eds.), *Harrisons’
principles of internal medicine* (17th ed., pp. 53-
62). New York: McGraw-Hill Medical Publishing,
2008.
22. Palazuolli A, Gallotta M, Iovine F, Silverberg DS.
Anaemia in heart failure : a common interaction with
renal insufficiency called the cardio-renal anaemia
syndrome. *Int J Clin Pract* 2008; 62: 281-6.
23. Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease.
N Engl J Med 2005; 352: 1011-23.
24. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล
ผู้สูงอายุ. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.; 2554.
25. Izaks GJ, Westendorp RGJ, Knook DL. The definition
of anemia in older persons. *JAMA* 1999;
281(18):1714-7
26. Ble A, et al. Renal function, erythropoietin, and
anemia of older persons: the INCHIANTI study. *Arch
Intern Me* 2005;165:2222-7
27. Wu W, Rathore S, Wang Y, Radford M, Krumholz
H. Blood transfusion in elderly patients with acute
myocardial infarction. *N Engl J Med* 2001; 345:
230-6.
28. Chaves PH, Ashar B, Guralnik JM, Fried LP. Look
at the relationship between hemoglobin concentration
and prevalent mobility difficulty in older women.
Should the criteria currently used to define anemia in
older people be reevaluated. *J Am Ger Soc* 2002;
50:1257-64.
29. Chen Z, et al. The relationship between incidence of
fracture and anemia in older multiethnic women.
J Am Ger Soc 2010; 58:2337-44

ภาวะซีดในผู้สูงอายุ...ปัญหาใหญ่ที่ถูกมองข้าม

30. Malouf R, Evans JG. Folic acid with or without vitamin B12 for the prevention and treatment of healthy elderly and demented people. [cited 2012 November 10]. Available from <http://www.thecochranelibrary.com>
31. Denny SD, Kuchibhatla MN, Cohen HJ. Impact of Anemia on Mortality, Cognition, and Function in Community-Dwelling Elderly. *Am J Med* 2006; 119(4): 327-34.
32. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.; 2551
33. พัศมัย เอกก้านตรง อรพินท์ บรรจง อติตดา บุญประเด็ม และจินต์ จรุงนุรักษ์.). การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2553;4(2), 249-56.

Anemia in Older People: An Often Overlooked Problem

*Porntip Sareeso M.N.S. **

Abstract: Anemia is a disorder commonly found amongst older people and is likely to increase with age. The main cause of anemia in older people is malnutrition, especially iron deficiency. Whilst mild anemia may affect its victims' daily life, severe anemia is likely to result in their tendency towards hospitalisation, longer periods of hospitalisation and a higher death rate. Besides, anemia tends to have long-term effects on its victims' cognitive and intellectual processes. At present, because symptoms of mild anemia are not easily noticed, anemia in older people is often overlooked or neglected by healthcare teams. Therefore, medical treatment is often directed only towards the obvious causes of hospitalisation.

However, causes of anemia are considerably complex, and no conclusive information has been established in the light of the problems it causes, its effects and relevant studies on prevention and cure of anemia in older people in the context of Thai society. For this reason, nurses, who play an important role as older people's caregivers, must realise that every older person may suffer from anemia. Proper screening is one way of ensuring timely treatment for older people. Moreover, proper dietary advice, together with the increased role of families and the community in caring for older people, may reduce the severity of anemia and its effects. Most importantly, studies on proactive approaches to the prevention of anemia in older people are highly recommended.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(4) 05-15

Keywords: anemia; older people; overlooked problem

**Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Laung University*