การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ

รศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต โดยระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศอังกฤษและเวลส์ จะใช้เวลานานถึง 107 ปี ขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น[1] ผลคือ ทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2498 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 (ปี พ.ศ. 2528) ร้อยละ 7.6 (ปี พ.ศ. 2538) ร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ. 2543) และคาดว่าจะเป็นร้อยละ 12 (ปี พ.ศ. 2553)[2] ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดว่า สังคมใดมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า **"ภาวะประชากรสูงอายุ"** หรือ population ageing[3] สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลงขณะที่อัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมก็ลดลงด้วย

สำหรับปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไทย พบว่า ร้อยละ 72-80 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีอาการปวดข้อต่างๆ (ร้อยละ 43-48) มีโรคความดันเลือดสูง (ร้อยละ 14-27) มีโรคเบาหวาน (ร้อยละ 3-9) มีอาการหลงลืมง่าย (ร้อยละ 8-12) มีปัญหาทางการได้ยินเสียง (ร้อยละ 8-15) มีปัญหาการมองในระยะใกล้ (ร้อยละ 50-66) มีปัญหาการมองในระยะไกล (ร้อยละ 22-36) จำเป็นต้องได้ยารับประทานเป็นประจำ (ร้อยละ 40-55) สูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 12-26) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 9-21) มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าทำให้เดินไม่สะดวก (ร้อยละ 16) มีปัญหาหกล้ม (ร้อยละ 10) โดยหกล้มนอกบ้านมากกว่าในบ้าน และมักเกิดจากการสะดุดสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น[4-9]

ผลจากการที่ผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันประชากรกลุ่มนี้ก็มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (preventive geriatrics) จึงมีความสำคัญอย่างมากที่บุคลากรทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งในระดับนโยบายและในระดับผู้ปฏิบัติ เห็นแนวโน้มที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ พร้อมทั้งมีมาตรการต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อาจแบ่งออกได้เป็นสามระดับ ดังนี้[10]

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ (primary prevention)

หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่อัตภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาวะทางกาย (physical well-being) สุขภาวะทางจิต (mental well-being) สุขภาวะทางสังคม (social well-being) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค ซึ่งมีหัวข้อ 7 ประการดังต่อไปนี้

1. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
3. การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม
5. การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ

journal PCFM.indd 37 6/27/09 7:11:06 PM

6. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค ที่สำคัญได้แก่
   6.1 ภาวะหกล้ม
   6.2 โรคกระดูกพรุน
   6.3 โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด
   6.4 การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น
   6.5 โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
7. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)

หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามมากขึ้นด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรค และให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)

หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง

ดังนั้น บทบาทการบริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่บุคลากรทางสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถทำได้ จึงควรมุ่งไปที่การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งอาจใช้ความรู้ความชำนาญที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ โดยบุคลาการทางสาธารณสุขควรเข้าใจลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S[11]

R – reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยวัยเด็ก ที่ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีขนาดเล็ก การดูแลผู้ป่วยสูงอายุก็ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีเพียงเส้นผมที่หงอกขาว การทราบตัวอย่างการประยุกต์ความรู้ด้านนี้กับการนำมาใช้ในเวชปฏิบัติประจำวันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[10, 12]

A – atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง ในสองลักษณะดังต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป มักบ่งถึงโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (hyperthyroidism) อาจไม่มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือเหงื่อออกง่ายอย่างที่พบในผู้ป่วยทั่วไป ที่เรียกลักษณะแบบนี้ว่า apathetic hyperthyroidism

2. อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ที่เรียก geriatric giant เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า “big I’s”[13] ได้แก่

2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม
2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน
2.3 incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด
2.4 intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)
2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

journal PCFM.indd 38 6/27/09 7:11:06 PM

M – multiple pathology นอกจากผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา[14] โดยทั่วไป กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น

2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease) เป็นต้น

3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) เป็นต้น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

P – polypharmacy ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) เนื่องจากความชราและความผิดพลาดเนื่องจากมนุษย์ (human error) พบว่าการใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ได้แก่ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และระบบการเข้าถึงยาที่ประชาชนสามารถซื้อยาได้เองจากร้านขายยาโดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์[15]

S – social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญที่แพทย์ควรประเมิน ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เศรษฐฐานะ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ตั้งแต่ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นเช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมทั้งสุขภาพพื้นฐานในแต่ละคนก็แตกต่างกันอย่างมาก แม้จะมีอายุเท่ากัน (heterogeneity) การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าจึงมักไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้มีการพัฒนาการประเมินผู้ป่วยสูงอายุให้ครบถ้วนในทุกมิติ ดังต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพด้านกาย (physical assessment)

นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม "big's I" อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ

2. การประเมินสุขภาพด้านจิต (mental assessment)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ ค่อยพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น เพื่อให้ได้การวินิจฉัยแยกโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (ใช้ Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (ใช้ Geriatric Depression Scale: GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ดังกล่าว

journal PCFM.indd 39 6/27/09 7:11:07 PM

แล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุ

4. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าว ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนัก โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็นสองระดับ ได้แก่

ก. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ข. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้งสี่ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของสูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง ■

เอกสารอ้างอิง

1. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine ; 1998.
2. The National Commission on the Elderly. Situation of the Thai elderly 2005. Bangkok: the National Buddhism Office's Publisher; 2006.
3. United Nations. The aging of populations and its economic and social implications (population studies No.26). New York: United Nations, 1956.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัทที่คิวพีจำกัด; 2551.
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
6. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปรียานุช แย้มวงษ์, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคกลาง โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 026/42 มิถุนายน. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2542.
7. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดลเอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 029/42 ตุลาคม. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2542.
8. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 031/42. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2542.
9. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล. การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 34/43 สิงหาคม. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์; 2543.
10. ประเสริฐ อัสสันตชัย. หลักพื้นฐานทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ใน : ประเสริฐ อัสสันตชัย บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น, 2552; หน้า 1 – 14.
11. Livesley B. Diagnostic difficulties in elderly people : the value of a multidisciplinary approach. Spectrum International. 1992; 32: 40-2.
12. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา. ใน : วันชัย วนะชิวนาวิน, สุทิน ศรีอัษฎาพร, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์: โรคตามระบบ I. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2552; หน้า 753-73.
13. Isaacs B. The Giants of Geriatrics. In: Isaac B, ed. The challenge of geriatric medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992; p.1-7.
14. Evans JG. The Clinical achievements of British geriatrics. In: Phillips J, ed. British gerontology and geriatrics: experience and innovation. Middlesex: DS Print & Redesign, 1997; p.5-12.
15. ประเสริฐ อัสสันตชัย. Principle and practice of drug prescribing in the elderly patient. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ อายุรศาสตร์ทันยุค 1. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2537; หน้า 201 - 22.

journal PCFM.indd 40 6/27/09 7:11:08 PM