

**ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ  
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว\*  
Health Profile of Hospitalized Older Persons  
in Mahosot Hospital Lao People Democratic Republic**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2556

Volume 36 No.2 (April-June) 2013

ดาสมรรค์ บุญมณี พย.ม (การพยาบาลผู้สูงอายุ)\*\* ฟองพรรณ อรุณแสง วท.ม. (สรีรวิทยา)\*\*\*

Dasavahn Bounmany MN.S. (Gerontological Nursing)\*\* Pongpan Aroonsang M.Sc. (Physiology)\*\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สปป. ลาว จำนวน 179 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาพสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า : (1) ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาย อายุเฉลี่ย 69.7 ปี (2) สุขภาพกาย ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองระดับปานกลาง และประเมินสุขภาพตนเองว่าดีกว่าบุคคลอื่น โรคที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบ อาการเมื่อยล้า/อ่อนเพลียมากที่สุด ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ คือ ปัญหาการนอนหลับร้อยละ 67 และพบมี *ภาวะพึ่งพา* ทั้งด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบร้อยละ 60.9 (3) สุขภาพจิต พบมี *ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย* ร้อยละ 35.7 และมีสภาพสมองต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 23.5 (4) สุขภาพสังคม พบส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร มีสัมพันธ์ภาพครอบครัวดี และมีบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมและด้านผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** ภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ABSTRACT**

This descriptive study describes the health profile of hospitalized older persons in Mahosot hospital, Lao PDR. Sample comprised of 179 older persons. Data were collected using health profile assessment form, comprised of questionnaire and standard assessment tools. Descriptive statistics were used for data analysis. Results were: (1) Demographic data, most of older persons were males with the average age of 69.75 years; (2) Physical health, older persons perceived their health as fair and were better than others. Hypertension was disease/illness mostly reported. The most common acute illness was fatigue/weakness. The geriatric problems found were sleep disturbance (67%). Most of older persons were incapable of performing activities of daily living both in BADL and IADL (60.9%). (3) Mental health: of 35.7% had mild depression and 23.5% had dementia. (4) Social health: Most of older persons lived with their children and had good relationship. Children were the main resources of older persons, both in psychological and in care giving supports.

**keywords:** health profile, older persons, hospitalization

\* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* รองหัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์โรคเขตร้อน-โรคติดต่อ โรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพจากความสูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในระบบของร่างกายหนึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาของระบบอื่นตามมาได้ หรือทำให้เกิดการกำเริบของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิมเพิ่มมากขึ้น นำมาซึ่งความล้มเหลวของระบบต่างๆ จนถึงเกิดการเสียชีวิตได้ อัตราของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุในการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ภาวะสับสนเฉียบพลัน การหกล้ม การติดเชื้อมีแผลกดทับ ภาวะขาดน้ำ การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะท้องผูก การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการเคลื่อนที่ไม่ได้<sup>2,3</sup> ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานานจะเกิดการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีภาวะพึ่งพาครอบครัวและเพื่อนบ้านในการดูแล<sup>4</sup> การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพซับซ้อน อาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน อาการมักจะรุนแรง และเลเวลงหากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการอยู่รักษาในโรงพยาบาลได้สูงกว่าวัยอื่น<sup>1</sup> จากการสำรวจผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่า เป็นผู้สูงอายุวัยต้นสูงสุด (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (ร้อยละ 40.8) และผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 17.7) ตามลำดับ<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทย สปป.ลาว และโดยเฉพาะในโรงพยาบาลมโหสถ ยังไม่มีรายงานข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเช่นนี้

สปป.ลาว ให้คำนิยาม ผู้สูงอายุที่ 60 ปี ขึ้นไป และในปี ค.ศ. 2011 มีการรายงานสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.6<sup>6</sup> สำหรับข้อมูลสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุเท่าที่สืบค้นได้นั้น พบว่า ยังไม่มีการรายงานข้อมูลสุขภาพเฉพาะของผู้สูงอายุ และยังไม่มีการศึกษาที่สมบูรณ์เพียงพอในการนำมาใช้ เพื่อการศึกษาด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นในฐานะที่โรงพยาบาลมโหสถ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน 4 แห่ง ของโรงพยาบาลระดับระดับตติยภูมิ ใน สปป. ลาว ที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะที่มารับการรักษาเฉพาะทาง ด้านการผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด โรคเขตร้อน-โรคติดต่อ และวิสัญญี รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<sup>7</sup> โดยเป็นโรงพยาบาลขนาด 450 เตียง ประกอบด้วย 31 แผนก (หอผู้ป่วย) และยังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพเป็นการเฉพาะ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะอยู่ร่วมกับวัยอื่นในหอผู้ป่วยต่างๆ ที่แยกตามอาการ/โรค และการรักษา และจากสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2008 และปี ค.ศ. 2010 มีจำนวน 1,913 คน และเพิ่มเป็น 2,040 คน ตามลำดับ และจำนวนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มจาก 371 คน เป็น 403 คน ตามลำดับ<sup>8</sup>

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมต้องการบริการสุขภาพที่มีความเฉพาะกับความเจ็บป่วยและความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการทราบถึงข้อมูลสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมจะทำให้มีความเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอได้ ซึ่งภาพสุขภาพนี้ หมายถึง ภาพร่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมด้าน กาย จิต สังคม โดยไม่ได้ศึกษาอย่างลึกซึ้งหรือเฉพาะเจาะจงในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเป็นการเฉพาะ แต่ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษานี้จะเป็นภาพรวมของสุขภาพในมิติต่างๆ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม ของผู้สูงอายุทั้งที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล อยู่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ หรืออยู่ในชุมชน<sup>9</sup> ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร เพื่อสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาพสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพกาย

ด้านสุขภาพจิต และด้านสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สปป.ลาว

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ข้อมูลสุขภาพกาย (physical health) สุขภาพจิต (mental health) สุขภาพสังคม (social health) สิ่งแวดล้อม (environment) และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (physical function)<sup>10</sup> ซึ่งผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ<sup>๙</sup> ได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยประเมินภาพสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลในบ้านพักผู้สูงอายุ และในชุมชน ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดดังกล่าว ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป (demographic data) รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย 2) สุขภาพกาย (physical health) รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ หรือ ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ (physical function or dependency level) 3) สุขภาพจิต (mental health) และ 4) สุขภาพสังคม (social health) ซึ่งแนวคำถามจะแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานที่ที่ศึกษา<sup>๙</sup> การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ใน 4 ด้าน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา รายได้ และที่อยู่อาศัย 2) สุขภาพกาย ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพกายทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3) สุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม และ 4) สุขภาพสังคม ได้แก่ ครอบครัวและสัมพันธ์ภาพ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านผู้ดูแล และด้านจิตสังคม ในขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณานี้ ศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของ สปป.ลาว

จำนวน 179 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากจำนวนของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เป็นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่แน่นอน โดยมีการกำหนด สัดส่วนของประชากรเท่ากับ 0.10 มีค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 99 โดยยอมให้มีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.5<sup>11,12</sup> โครงการผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมโหสถในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายใน 24-48 ชม. ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 โดยแบ่งการประเมินเป็น 1-3 ครั้ง ตามความพร้อมและความสมัครใจของผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแล

เครื่องมือในการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาโดยผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ<sup>๙</sup> ประกอบด้วย ชุดของแบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐาน รวม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2) สุขภาพกาย ส่วนที่ 3) สุขภาพจิต และ ส่วนที่ 4) สุขภาพสังคม การแปลแบบสอบถามใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation)<sup>13</sup> โดยผู้วิจัยจัดทำชุดแบบสอบถามและแบบประเมินมาตรฐาน ฉบับภาษาลาว โดยการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาลาวโดยผู้วิจัย และแปลย้อนกลับมาเป็นภาษาไทยอีกครั้งหนึ่งโดยอาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สปป. ลาว จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและสอดคล้องของภาษา ทั้งฉบับภาษาลาวและฉบับภาษาไทยโดยผู้วิจัยและอาจารย์จาก สปป. ลาว ซึ่งผู้ที่เข้าใจทั้งภาษาไทย และภาษาลาว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของชุดแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุ ด้านเครื่องมือวิจัย จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 ท่าน และจากมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สปป.ลาว 3 ท่าน ด้านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ทำการทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติและลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบค่า

ความเที่ยงของแบบประเมินมาตรฐาน คือ ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่อง โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL และ Chula ADL ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 และ 0.8 ตามลำดับ ด้านสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไซวี่ Kuder – Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.72 และด้านสภาพสมองใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.69

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ศึกษา จำนวน 179 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็น ชายมากกว่าหญิง (ร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.75 ปี (SD = 7.15 ปี) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในวัยต้น มากกว่าวัยกลาง และวัยปลาย ตามลำดับ ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.5) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 55.9) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89.4) รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 60.4) บ้านที่อยู่อาศัยส่วนมาก เป็นบ้านชั้นเดียว (ร้อยละ 41.3) และมีห้องนอนที่ชั้นล่างของบ้าน (ร้อยละ 64.8)

### 2. สุขภาพกาย

2.1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือ ในระดับดีมาก (ร้อยละ 31.8) ระดับที่แย่มาก (ร้อยละ 21.8) และระดับที่ตี (ร้อยละ 12.3) และระดับที่แย่มาก (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ การเปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับที่ดีกว่า (ร้อยละ 37.4) รองลงมา คือ มีระดับเท่ากัน (ร้อยละ 33.5) และระดับด้อยกว่า (ร้อยละ 29.1) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2.2) โรคและอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับ*การวินิจฉัยโรคจากแพทย์* พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.9) และที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 27.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.3) โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 12.3) โรคหัวใจ (ร้อยละ 7.3) โรคเกาต์ (ร้อยละ 5.0) ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 37.4) และมีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 33.0) ชนิดของการผ่าตัดที่พบมาก คือ การผ่าตัดนิ้วในทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ และการผ่าตัดตา ประวัติการได้รับวัคซีนในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา มีเพียง (ร้อยละ 11.7) ส่วนมากเป็นวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ด้านการใช้ยา ส่วนใหญ่มีการใช้ยาประจำสูงถึง (ร้อยละ 67.0) โดยส่วนใหญ่ภายในหนึ่งวัน มีการใช้ยา 1 ชนิด (ร้อยละ 22.3) 2 ชนิด (ร้อยละ 20.1) มากกว่า 5 ชนิด (ร้อยละ 0.6) และปัญหาที่พบจากการใช้ยามากที่สุดคือ ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร อาการหายใจลำบาก และมีผื่นตามร่างกาย และพบว่าผู้สูงอายุมีอาการแพ้ (ร้อยละ 15.1) โดยมีสาเหตุจากยา และสิ่งแวดล้อม/อากาศ *อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออาการผิดปกติ (ภายใน 2 สัปดาห์)* ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า มีอาการเมื่อยล้า/อ่อนเพลีย อาการเจ็บปวด/ไม่สบาย อาการอ่อนแรงเดินไม่ได้ อาการหายใจลำบาก/หายใจติดขัด/ไอ อาการเบื่ออาหาร/ท้องอืด สำหรับอาการอื่น ๆ แม้จะมีจำนวนอาการค่อนข้างมากแต่มีเพียง 1-2 คนต่ออาการเท่านั้น ด้าน*โรคและอาการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน* ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า โรคและอาการเจ็บป่วยที่พบมาก ได้แก่ อาการข้อเสื่อม/เกาต์/ปวดข้อ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง/ปอดอักเสบ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2.3) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ มีปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 67.0) รองลงมา คือ การมองเห็น (ร้อยละ 61.5) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (ร้อยละ 60.9) อาการหลงลืม (ร้อยละ 59.2) ท้องผูก

(ร้อยละ 45.8) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 33.5)      ละ 16.2) และปัญหาด้านการได้ยิน (ร้อยละ 8.4)  
ปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (ร้อยละ 16.8) หกหลั้ม (ร้อยละ      (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ(N= 179)		จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง	ดีมาก	57 (31.8)
	ดี	22 (12.3)
	ปานกลาง	60 (33.5)
	แย่มาก	39 (21.8)
	แย่มาก	1 (0.6)
การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น	ดีกว่า	67 (37.4)
	เท่ากัน	60 (33.5)
	ด้อยกว่า	52 (29.1)
โรคและอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยของแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	โรคความดันโลหิตสูง	50 (27.9)
	โรคเบาหวาน	31 (17.3)
	โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	22 (12.3)
	โรคหัวใจ	13 (7.3)
	โรคเกาต์	9 (5.0)
	โรคตับแข็ง	7 (3.9)
	โรคต่อมลูกหมากโต	3 (1.7)
	อัมพาต/หลอดเลือดสมอง	2 (1.1)
	โรคโลหิตจาง	2 (1.1)
	อื่น ๆ	15 (8.4)

## ตารางที่ 1 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ (ต่อ)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ(N= 179)	จำนวน (ร้อยละ)	
อาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติ (ภายใน 2 สัปดาห์) ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	เมื่อยล้า/อ่อนเพลีย	138 (77.1)
	ปวด/ไม่สุขสบาย	134 (74.9)
	อ่อนแรงเดินไม่ได้	77 (43.0)
	หายใจลำบาก/หายใจติดขัด/ไอ	73 (40.8)
	เบื่ออาหาร/ท้องอืด	60 (33.5)
	วิงเวียนศีรษะ/เป็นลม	40 (22.3)
	ปัสสาวะราด, เล็ด	38 (21.2)
	ไข้	38 (21.2)
	ท้องร่วง	31 (17.3)
	นอนไม่หลับ	29 (16.2)
	สับสน	12 (6.7)
	มีแผลที่ผิวหนัง/อักเสบทืดเชื้อ/บาดเจ็บ	7 (3.9)
	อื่น ๆ	89 (49.7)
โรคและอาการเจ็บป่วย (ภายใน 6 เดือน) ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	โรคข้อเสื่อม/เกาต์/รูมาตอยด์/ปวดข้อ	73 (40.8)
	โรคกระเพาะอาหารอักเสบ	72 (40.2)
	โรคความดันโลหิตสูง	58 (32.4)
	โรคเบาหวาน	32 (17.9)
	หลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง/ปอดอักเสบ	26 (14.5)
	โรคหัวใจ	23 (12.8)
	ต่อมลูกหมากโต	22 (12.3)
	โรคไต	14 (7.8)
	มะเร็ง	12 (6.7)
	โรคผิวหนัง	9 (5.0)
	ต่อกระจก	6 (3.4)
	อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง	6 (3.4)
	โรคพาร์กินสัน/โรคสั่น	2 (1.1)
	ต้อหิน	1 (0.6)
	อื่น ๆ	23 (12.9)

ตารางที่ 1 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ (ต่อ)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ(N= 179)		จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ปัญหาของการนอนหลับ	120 (67.0)
	ปัญหาการมองเห็น	110 (61.5)
	กลั้นปัสสาวะไม่ได้	109 (60.9)
	หลงลืม	106 (59.2)
	ท้องผูก	82 (45.8)
	การรับประทานอาหาร	60 (33.5)
	ปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่	30 (16.8)
	หกล้ม	29 (16.2)
	ปัญหาด้านการได้ยิน	15 (8.4)
	อื่น ๆ	1 (0.6)

2.4) ความสามารถเชิงปฏิบัติ ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ร้อยละ 60.9) โดยมีภาวะพึ่งพามาก ปานกลาง และพึ่งพาทั้งหมด ตามลำดับ ด้านกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยอิสระ ที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ การกลั้นอุจจาระ (ร้อยละ 74.3) การแต่งกาย (การล้างหน้า/หวีผม/แปรงฟัน/โกนหนวด) (ร้อยละ 54.2) กิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้เองและต้องการความ

ช่วยเหลือมากที่สุด 2 อันดับ ได้แก่ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (ร้อยละ 88.9) การเคลื่อนย้าย ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (ร้อยละ 84.9) สำหรับความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้โดยอิสระก่อนเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การทอนเงิน/แลกเงิน การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การใช้บริการรถเมล์/รถสองแถว การทำความสะอาด ภูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า และ การทำหรือเตรียมอาหารตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ

ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ (N= 179)	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (โดยภาพรวม)		
มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (0-4 คะแนน)	22	12.3
มีภาวะพึ่งพามาก (5-8 คะแนน)	48	26.8
มีภาวะพึ่งพापานกลาง (9-11 คะแนน)	39	21.8
ไม่มีภาวะพึ่งพา (12 คะแนนขึ้นไป)	70	39.1
รวม	179	100
การทอนเงิน/แลกเงิน	126 (70.4)	53 (29.6)
การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน	107 (59.8)	72 (40.2)
การใช้บริการรถเมล์/รถสองแถว	80 (44.7)	99 (55.3)
การทำความสะอาด ภูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า	51 (28.5)	128 (71.5)
การทำหรือเตรียมอาหาร	48 (26.8)	131 (73.2)

### 3. สุขภาพจิต

ผลการศึกษาระยะซึมเศร้าและสภาพสมองของผู้สูงอายุ พบดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

3.1) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 46.9 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 35.7) และซึมเศร้าระดับปานกลาง

(ร้อยละ 11.2) ตามลำดับ และไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากหรือระดับรุนแรง

3.2) สภาพสมอง พบว่า ผู้สูงอายุ โดยภาพรวม มีค่าคะแนนของสภาพสมองที่ต่ำกว่าปกติ จำนวน 42 คน ในผู้สูงอายุทั้งสิ้น 179 คน (ร้อยละ 23.5)

### ตารางที่ 3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (N=179 คน)		จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะซึมเศร้า	ปกติ	95 (53.1)
	ซึมเศร้าเล็กน้อย	64 (35.7)
	ซึมเศร้าปานกลาง	20 (11.2)
ภาวะสมองเสื่อม	ปกติ	137 (76.5)
	สภาพสมองที่ต่ำกว่าปกติ	42 (23.5)
	ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก/เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 (N= 77)	
	คะแนน $\leq 14$	29 (37.7)
	คะแนน $\geq 15$	48 (62.3)
	ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 (N= 76)	
	คะแนน $\leq 17$	10 (13.1)
	คะแนน $\geq 18$	66 (86.9)
	ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 (N= 26)	
	คะแนน $\leq 22$	3 (11.5)
คะแนน $\geq 23$	23 (88.5)	

### 4. สุขภาพสังคม

4.1) ด้านครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคู่สมรส (ร้อยละ 65.4) และบุตรที่ยังมีชีวิต (ร้อยละ 98.9) ส่วนใหญ่มีบุตร 1-5 คน (ร้อยละ 54.0) และมีบุคคลที่อยู่ในครอบครัว มากกว่า 6 คน (ร้อยละ 34.6) และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับดี (ร้อยละ 48.8)

4.2) แหล่งสนับสนุน บุตรและรองลงมาคือคู่สมรส เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทั้งด้านจิตสังคม (ร้อยละ 72.1 และร้อยละ 16.8) และด้านการเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 48.6 และร้อยละ 47.4) ตามลำดับ

### อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จากรายงานที่ว่าประเทศที่เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ จะพบมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และจะมีกลุ่มวัยหรืออายุที่สูงเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน<sup>14</sup> จากผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีลักษณะสอดคล้องกับ ลักษณะประชากรของ สปป. ลาว ในปี ค.ศ. 2010 ที่รายงานว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.5 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น มากกว่าวัยกลาง และวัยปลาย ตามลำดับ คือ ร้อยละ 3.25, 1.64 และ 0.6° อย่างไรก็ตาม สถิติของผู้สูงอายุใน สปป.ลาว นั้น พบมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูง



อายุชาย<sup>6</sup> แต่จากการศึกษานี้ กลับพบว่าเป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นชายมากกว่าหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา<sup>15</sup> จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุชาย มีอัตราการเจ็บป่วยและการตายที่สูงกว่าเพศหญิง ส่งผลต่อการมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิงได้

### สุขภาพกาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ถือเป็นข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ถึงสถานะสุขภาพของบุคคล<sup>16</sup> จากผลการศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาล รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุกลับรับรู้สุขภาพตนเองดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย แต่การมีโอกาสได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลอื่นได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ในบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าดีกว่าคนอื่น<sup>17</sup> ในขณะที่บางการศึกษา พบว่าประเมินภาวะสุขภาพตนเองด้อยกว่าคนอื่น<sup>9</sup> ซึ่งอาจเนื่องมาจากสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และลักษณะของโรงพยาบาลที่มีการรับประเภทผู้ป่วยที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง โดยเปรียบเทียบกับคนอื่น จึงควรประเมินควบคู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเพียงลำพัง เพราะจะสามารถสะท้อนภาวะสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

โรคประจำตัว การเจ็บป่วยเฉียบพลัน และ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหิดล พบว่า สอดคล้อง กับสถิติของโรงพยาบาลมหิดลที่มีการรายงานว่ามีโรคที่พบได้บ่อยของผู้สูงอายุ คือโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน<sup>9</sup> อย่างไรก็ตาม สถิติโรงพยาบาลมักคำนึงความเจ็บป่วยเป็นรายโรคที่เข้ามารับการรักษาเป็นหลัก จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุยังมีอาการผิดปกติจากการเจ็บป่วยและมีปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุอีกมาก ซึ่งบุคลากรมักจะไม่ได้มีการคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้และไม่ได้มีการประเมินภาวะที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุนี้อีกด้วย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองตามปัญหาอย่างครอบคลุมแม้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**ความสามารถเชิงปฏิบัติ** ความสามารถเชิงปฏิบัติหรือภาวะพึ่งพา แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลและบุคลากรที่มีสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้นตามวัยและตามความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และเมื่อมีความเจ็บป่วย จะมีภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้นจากภาวะปกติ ผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหิดล มีภาวะพึ่งพาในกิจกรรมประจำวันพื้นฐานโดยรวมถึง ร้อยละ 60.9 และส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีภาวะพึ่งพาโดยรวมในระดับสูงกว่าภาวะปกติ หรือสูงกว่าผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุและในชุมชน<sup>9</sup>

### สุขภาพจิต

ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาที่ พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 46.9 แม้จะไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมากหรือระดับรุนแรง แต่ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจจะทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย กลัวตาย หรือกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และที่สำคัญคือ การขาดแคลนผู้ดูแล ทำให้พบเห็นข่าวการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้<sup>18</sup> การประเมินภาวะนี้ในผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้สามารถให้การบริการเพื่อป้องกันและบรรเทาปัญหาจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

**สภาพสมอง** ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหิดล พบมีค่าคะแนนของสภาพสมองที่ต่ำกว่าปกติ ถึง ร้อยละ 23.5 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น พบสภาพสมองที่ต่ำกว่าปกติในหญิงมากกว่าชาย แต่ผู้สูงอายุวัยกลาง เป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย พบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ดังนั้นจึงควรพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างด้านเพศที่แตกต่างกัน ภาวะสมองเสื่อมมีสัดส่วนที่เพิ่ม

สูงขึ้นตามอายุ และโดยเฉพาะในภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น การคัดกรองภาวะนี้ในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญที่จะช่วยหาวิธีป้องกันความเสี่ยงหรือให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### สุขภาพสังคม

จากผลการศึกษา ที่พบว่า สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมโหสถ ของ สปป.ลาว นั้น เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยมีครอบครัว ทั้งคู่สมรส และบุตร เป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญทางด้านการเงิน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และอื่น ๆ แสดงถึงโครงสร้างการเกื้อกูลของครอบครัวใน สปป.ลาว ยังมีความเข้มแข็ง ซึ่งความคล้ายคลึงกับในประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่มีบุตรและรองลงมาคือคู่สมรส เป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งด้านจิตสังคมและด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่า ข้อมูลจากผลการศึกษาของ สปป. ลาว และประเทศไทย สะท้อนถึงภาพของครอบครัวหรือครัวเรือนยังคงเป็นสถาบันสำคัญในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่สมาชิก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ<sup>19</sup> ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วย

โดยสรุปผลการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งนี้ ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐาน ที่ครอบคลุมมิติ ด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของ สปป.ลาว ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อไป

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ เป็นข้อมูลของผู้สูงอายุเฉพาะใน 10 หอผู้ป่วยเท่านั้น ไม่รวมถึง หอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจาก เป็นหอผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่สามารถสื่อสารได้ และหอผู้ป่วยพิเศษ

### ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาล แผนกการพยาบาล และหอผู้ป่วยต่าง ๆ ควรนำ ผลที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมในทุกมิติ และใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลตามปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยสูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาวิทยาศาสตร์; 2554.
2. Meiner SE. Lueckenotte AG. Gerontologic Nursing. 3<sup>rd</sup> ed. St Louis: Mosby; 2006.
3. Eliopoulos C. Delirium and dementia. Gerontological Nursing. (pp. 411–422). 7<sup>th</sup>ed; 2010.
4. Warshaw G. Introduction: Advances and challenges in care of older people with chronic illness. Generation 2006; 30(3): 5–10.
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา. <http://www.thaitgri.org>; 2551.
6. กรมสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพลเมือง และที่อยู่อาศัย. นครหลวงเวียงจันทน์: [ม.ป.ท.]; 2011.
7. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปการปฏิบัติงานสาธารณสุข (2001–2005) และแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี ครั้งที่ 6 (2006–2010). นครหลวงเวียงจันทน์: [ม.ป.ท.]; 2007.
8. แผนกสถิติโรงพยาบาลมโหสถ. ข้อมูลผู้ป่วยประจำปี. นครหลวงเวียงจันทน์: โรงพยาบาลมโหสถ; 2011.
9. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุนินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณธรรมาทรและคณะ. ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 35 (2): 15–24.

10. ปาณิตา ลิ้มปะวัฒน์. ผู้สูงอายุกับโรคที่พบบ่อย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: บริษัทสุวีริยาสาสน์ จำกัด; 2553.
12. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2552.
13. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004; 48(2):175-86.
14. Callen BL, Mahoney JE, Wells TJ, Enloe M, Hughes S. Administration and discharge mobility of frail hospitalized older adults. *Medsurg Nursing*, 2004; 13(3): 156-63.
15. Winkelman, M. **Culture and health: applying medical anthropology**. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
16. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. ในชุด สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2554.
17. Shi WQ. Health profile of hospitalized older persons in a tertiary hospital in Nanning, Guangxi, China. *KKU Res J (GS)* 2011; 11 (2): 55-70.
18. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. สถานการณ์ผู้สูงอายุ: เสี่ยงสะท้อนจากหนังสือพิมพ์รายวันไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2546; 26(1): 8-25.
19. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2555: ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมา ยา ข้าวปลาของจริง. นครปฐม: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2555.