

ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดนนทบุรี

นิชดา สารถวัลย์แพศย์*

ค.ด. (สาขาอุดมศึกษา)

ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ**

พย.ด. (การพยาบาล)

ศิริอร สีนุ***

พย.ด. (การพยาบาล)

(รับ: 5 มีนาคม 2569, แก้ไข: 3 เมษายน 2569, ตอบรับ: 10 เมษายน 2569)

บทคัดย่อ

การจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี 160 คน (2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 10 คน (3) พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 4 คน (4) อาสาสมัคร 4 คน และ (5) บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แบบสอบถาม ลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล การใช้บริการสุขภาพ ภาวะเปราะบาง และคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน อยู่ในระดับดี แบบสอบถาม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล ภาวะเปราะบาง และคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.82 และ 0.98 ค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ การสนทนากลุ่ม ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า (1) ปัญหาของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี คือ การเคลื่อนไหวลำบากมากที่สุด มีโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป (2) ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี คือ การจัดการโรคเรื้อรังและการจัดการสุขภาพใจ การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลืองและความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด (3) การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่บ้านโดยพยาบาลและอาสาสมัครมากที่สุด และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี และ (4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

โดยสรุป ผู้สูงอายุต้องการพยาบาล อาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนให้เกิดการทำงานประสานกันอย่างราบรื่นและเป็นปัจจุบัน จะช่วยให้ความต่อเนื่องและความคล่องตัวในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: สุขภาพ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ

Corresponding author; Email: patoomthip.adu@gmail.com

*** นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

Health Problems, Health Care Needs, Health Service Utilization and Quality of Life among Older Adults Living in Nonthaburi Province

Nichada Santwanpas*

Ph.D. (Higher Education)

Patoomthip Adunwatanasiri**

DNS. (Nursing)

Siriorn Sindhu***

Ph.D (Nursing)

(Received: March 5, 2026, Revised: April 3, 2026, Accepted: April 10, 2026)

Abstract

Providing equitable access to healthcare services for older adults in the community is of vital importance. This qualitative and descriptive study aimed to investigate the health problems, health care needs, health service utilization, and quality of life among the elderly in Nonthaburi Province. The sample consisted of: (1) 160 older adults living in communities in Nonthaburi Province; (2) 10 primary family caregivers; (3) 4 nurse care managers for older adults; (4) 4 volunteer caregivers; and (5) 3 personnel from local administrative organizations. The research instruments included questionnaires and focus group discussions. The questionnaires encompassed demographic characteristics, clinical data, the Barthel Activities of Daily Living, healthcare utilization, the Tilburg Frailty Indicator, and the WHOQOL-AGE. The content validity was evaluated by five experts and was rated as good. The reliability coefficients for the Barthel ADL Index and the WHOQOL-AGE were 0.82 and 0.98, respectively, while the Tilburg Frailty Indicator yielded a KR-20 value of 0.95. For the focus group discussions, the content validity index was 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and content analysis.

The results revealed that: (1) Health Problems among the elderly in Nonthaburi were mobility impairment and having more than three chronic diseases; (2) Health needs among the elderly in Nonthaburi were a profound need for chronic disease management and mental health support including consumable supplies and greater empathy from their families; (3) Health service utilization among the elderly in Nonthaburi required access to home-based services by nurses and volunteer caregivers as well as robust support from local administrative organizations; (4) The overall quality of life among the elderly in Nonthaburi was at a moderate level.

Conclusion: Older adults require support from nurses, volunteer caregivers, and local administrative organizations to manage health problems, access to social services, and address environmental needs. Facilitating well-coordinated and up-to-date collaboration among these stakeholders will enhance continuity and flexibility in elderly care, thereby promoting a good quality of life.

Keywords: Health, Older Adults, Quality of Life

* Instructor, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok

* Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan.

Corresponding author. Email: patoomthip.adu@gmail.com

** President of the Nurses Association of Thailand.

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลด้านสุขภาพและได้รับการสนับสนุนบริการทางสังคม¹ จากผลสำรวจปี พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุร้อยละ 14.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 มีอัตราส่วนพึ่งพิงประชากรวัยทำงานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 22.30 ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.10 ในปี พ.ศ. 2567 แต่ประชากรวัยทำงานประมาณ 3 คนให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ 1 คน ลดลงจากปี พ.ศ. 2557 ที่ประชากรวัยทำงาน 9 คน ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ 1 คน สะท้อนถึงจำนวนประชากรวัยทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำมาซึ่งความเสี่ยงด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.50 มีเพียงร้อยละ 3.5 ที่มีภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก² ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด³ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตด้วยปัญหาความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เจ็บป่วยเรื้อรัง อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเสียสละรับหน้าที่ในการดูแล ขาดโอกาสในการประกอบอาชีพหารายได้

เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว พยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลไม่เพียงพอสอดคล้องจำนวนประชากรสูงอายุในพื้นที่ ทำให้ขาดการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานในท้องถิ่นในการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ขณะเดียวกันงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนไม่เอื้อต่อการดำเนินงานที่รวดเร็ว ทำให้เกิดการประสานงานกันเองผ่านบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทันต่อความต้องการการดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพของภาครัฐให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดบริการสาธารณะส่วนใหญ่ยังเป็นการให้ความช่วยเหลือแบบแก้ไขเฉพาะหน้า ไม่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน⁴⁻⁷ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของบุคคล และการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตจึงเป็นดัชนีชี้วัดความสุขทางกายและทางใจที่สำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะที่ดี⁸ ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในภูมิภาคกึ่งเมืองกึ่งชนบทและอาศัยในชนบทมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก⁹ อาจเนื่องมาจากมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพรายได้ต่อครัวเรือนสูง และการมีกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินวิถีชีวิตได้ใกล้เคียงปกติแม้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รู้สึกมีคุณค่าและศักยภาพในตนเอง^{5, 10}

จังหวัดนนทบุรีอยู่ในเขตปริมณฑลที่ถูกออกแบบให้เป็นเมืองรองรับการขยายตัวและการเจริญเติบโตของกรุงเทพมหานคร มีอัตราการขยายตัว

ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีความหลากหลายของประชากรจากการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพ ปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 306,661 คน คิดเป็นร้อยละ 23.38 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดนนทบุรีจึงเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีที่ผ่านมา พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก^{11, 12} เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด การดูแลจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ และระบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต^{13, 14} อย่างไรก็ตาม การประเมินและค้นหาองค์ประกอบระดับบุคคล สังคม และชุมชนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนนทบุรีอย่างครอบคลุมทุกมิติยังพบได้น้อย โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ PRECEDE-PROCEED model มาเป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาและให้ข้อเสนอแนะการออกแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรีภายใต้การพัฒนาสังคมเมืองและการเข้าสู่สังคม

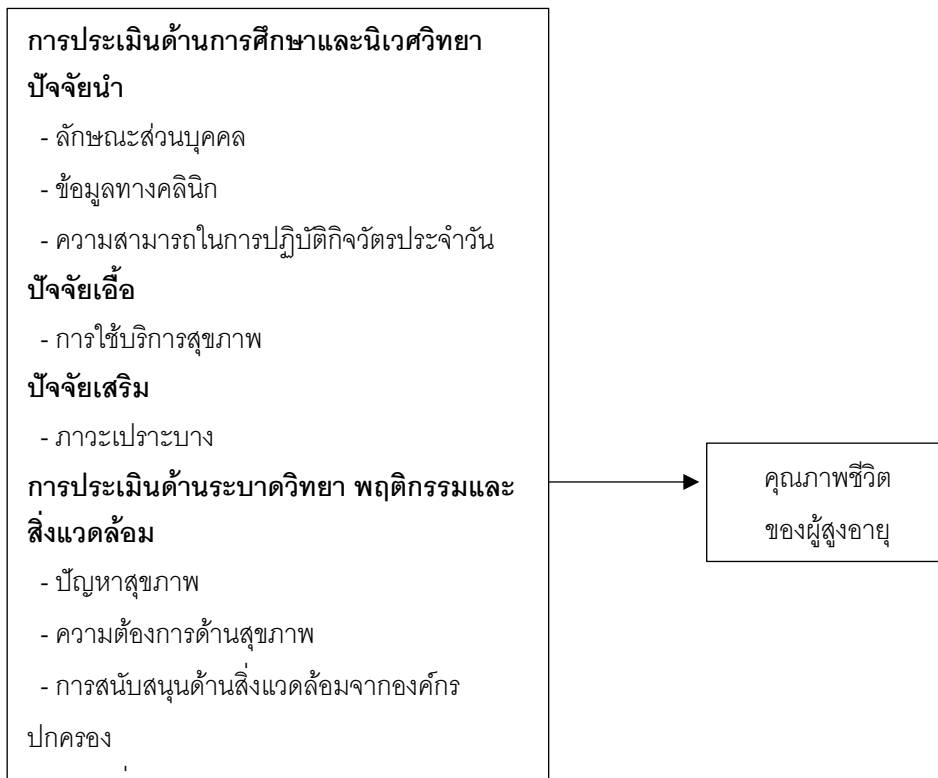
ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เพื่อเป็นแนวทางการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพ และนำไปใช้วางแผนยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
2. ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำ PRECEDE-PROCEED model มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การประเมินด้านการศึกษาและนิเวศวิทยา ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะเปราะบาง 2) การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพและพรรณานี้ เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีคุณสมบัติเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 10 คน พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ 4 คน อาสาสมัคร 4 คน และบุคลากรจากองค์กร

ปีที่ 53 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

ปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณลักษณะที่ทำงานหรือปฏิบัติงานกรรมการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งทางตรงและทางอ้อม มีมุมมองที่หลากหลาย สามารถถ่ายทอดประสบการณ์และให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้ง การกำหนดขนาดของผู้ให้ข้อมูลใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูลเมื่อใดที่ข้อมูลได้รับมานั้นซ้ำกันจนเกิดเป็นแบบแผนที่แน่นอน แม้จะสอบถามคนอื่นๆ อีก ข้อมูลที่ได้ก็จะมีลักษณะเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา คือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **กำหนดขนาดตัวอย่าง** โดยใช้สูตร Taro Yamane (1967) ประชากรสูงอายุจังหวัดนนทบุรี จำนวน 239,510 คน (สำนักงานพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนนทบุรี, 2564) ค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 8% (ข้อจำกัดในการเข้าถึงประชากรกลุ่มใหญ่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19) แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 160 คน สุ่มเลือกพื้นที่วิจัยแบบหลายขั้นตอน สุ่มอย่างง่ายได้มา 2 อำเภอจาก 6 อำเภอ คือ อำเภอบางบัวทองและอำเภอมะนังนนทบุรี สุ่มอำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลบางคูวัด ตำบลลำโพ ตำบลบางรักน้อย และตำบลบางเขน สุ่มเลือกผู้สูงอายุตำบลละ 40 คน รวมจำนวน 160 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะ cognitive impairment (Mini-Cog น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน) 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 3) อยู่ในระยะประคับประคอง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. **เครื่องมือเชิงคุณภาพ** แบบสอบถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแยกกลุ่มย่อยเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว กลุ่มพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเด็นข้อคำถาม เกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลสุขภาพ การดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความต้องการการช่วยเหลือจากกลุ่มบุคลากร ภาระการดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการที่ต้องการให้เกิดขึ้น อุปสรรคปัญหาที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาและอุปสรรค ความต้องการเพื่อการบริหารจัดการที่ดี

ผู้วิจัยจัดแยกกลุ่มการสนทนา เพื่อความเป็นอิสระต่อกัน ไม่ให้เกิดแรงกดดันเชิงอำนาจหรือความเกรงใจต่อกัน หาสถานที่ภายนอกในการดำเนินกิจกรรมเพื่อเกิดความผ่อนคลาย รู้สึกอิสระ และได้ข้อมูลอย่างแท้จริง

2. เครื่องมือเชิงปริมาณ

ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เครื่องมือ ดังนี้ 1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ 2) แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย จำนวนโรคเรื้อรัง ค่าดัชนีมวลกาย 3) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธอล (Barthel ADL index) 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และ 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ การใช้บริการสุขภาพ 4) แบบสอบถามการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้าน ความถี่ระยะเวลาการเยี่ยมบ้าน **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ ภาวะเปราะบาง 5) แบบสอบถามภาวะเปราะบาง (Tilburg Frailty Indicator: TFI) มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจ 4 ข้อ และด้านสังคม 3 ข้อ เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” รวม 15 ข้อ 15 คะแนน การแปลคะแนน ดังนี้ คะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง¹⁵ **คุณภาพชีวิต** 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-AGE) 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อ 1 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง แย่มากที่สุด ถึงคะแนน 5 คะแนน หมายถึง ดีมาก) ข้อ 2-8 และข้อ 13 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง

ไม่พึงพอใจมาก ถึง คะแนน 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ข้อ 9-12 (คะแนน 1 คะแนน หมายถึง น้อยมาก ถึง คะแนน 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 13-65 คะแนน การแปลคะแนน แบ่ง 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 13-30 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 31-48 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ คะแนน 49-65 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และ 0.95 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง นำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามภาวะเปราะบาง นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ 0.82 และ 0.98 ค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อได้รายชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประสานติดต่อพยาบาลในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้

แบบสอบถาม กรณีผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดหรือไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยจัดสนทนากลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม จนข้อมูลที่ได้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ครอบคลุม ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม จากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 26/2564 รับรองวันที่ 6 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 5 สิงหาคม 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ EC-64-72 ซึ่งรับรองวันที่ 26 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยและสามารถยุติการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายทิ้งภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ การเคลื่อนไหวลำบาก รองลงมา ได้แก่ ปวดหลัง/ปวดเอว หลงลืม ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ข้อมูลการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ การจัดการโรคเรื้อรัง และการจัดการสุขภาพใจ และมีความต้องการด้านสุขภาพ 2 ประเด็น ได้แก่ การสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลือง และความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด ดังนี้

1) การจัดการโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ ต้องปรับยาตามการดำเนินของโรคที่เป็นปัจจุบัน แต่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น “เป็นหลายโรคทั้งเบาหวาน ความดัน ไชมัน ปวดเข่าด้วย จะเดินทางไปโรงพยาบาลที่ลำบาก ลูกไม่ว่าง ก็ฝากคนรู้จักไปรับยาให้ #idxxx03” “เป็นเบาหวาน กินข้าวไม่ได้ ใจหายไป หายไป ไม่รู้จะทำยังไง ไม่ได้ไปตรวจเลือดมา 6 เดือน ให้ลูกซื้อยาเดิมกิน เรียกข้างบ้านมาบิบนวดให้ #idxxx10” นอกจากนี้ การพาไปตรวจรักษาถือเป็นปัญหาใหญ่ เช่น สายยางให้อาหารหลุด ทำแผลเรื้อรัง อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาดูแลที่บ้าน ไม่ต้องไปรอที่โรงพยาบาลนาน

2) การจัดการสุขภาพใจ ผู้สูงอายุสื่อสารกับผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้เรื่องทำให้หงุดหงิดใจ ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้สูงอายุเอง จนผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว อยากแยกตัวจากสังคม “บางครั้งก็เหนื่อย ก็ท้อนะ ไม่อยากพูดกับลูก คุยกันไม่รู้เรื่อง อยากอยู่คนเดียวแต่ก็ต้องฟังลูกหากับข้าวมาให้ #idxxx04” “ลูกทำอะไรไม่ได้ ตั้งใจ บ่นว่าเราเยอะ เราตาไม่ชัด หูไม่ค่อยดี บางทีก็กังวลต้องถามลูกซ้ำ ๆ พูดมากเข้าก็หงุดหงิด รำคาญใจ บางครั้งคิดว่าไปอยู่คนเดียวก็ดี #idxxx07”

3) ต้องการการสนับสนุนวัสดุสิ้นเปลือง เช่น แผ่นรองขับปัสสาวะ ขณะที่ผู้สูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัยโดยองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลนครนนทบุรี เช่น รวบรวมห้องน้ำและทางเดินภายใน ปรับพื้นต่างระดับให้สามารถใช้รถเข็นได้ ได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล

จากศูนย์ช่วยเหลือกายอุปกรณ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและจัดสรรให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็น

4) ต้องการความเข้าใจจากบุคคลใกล้ชิด ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวในเวลากลางวัน เนื่องจากครอบครัวไปทำงาน รู้สึกถูกทอดทิ้ง หากมีคนมาเยี่ยมเยียน เช่น อสม. ช่วยคลายเหงาได้

1.2 กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว พบปัญหาและความต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค เป็นเรื่องยากลำบาก เมื่อต้องตัดสินใจให้การดูแลในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการและการดำเนินโรค รู้สึกยุ่งยากใจ กังวลใจ อยากให้มีใครสักคนที่สามารถปรึกษาได้ หรือ ช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่กำลังเผชิญหน้าได้ โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาลในทันที ถ้าหากมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดต่อสื่อสารที่สะดวกขึ้นมาใช้ ทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ “เราออกไปทำงานทั้งวัน กลับมาเมื่อยนอน ไม่ค่อยพูด เอาลูกนั่งกินข้าวได้ ไม่รู้เป็นอะไร ไม่รู้จะถามใคร #idxxx08” “พอแม่ติดเตียงต้องป้อนข้าว เปลี่ยนแพมเพียที่สัปดาห์คือเปลี่ยนแพมเพีย แม่ไม่มีแรงช่วยเหลือ ไม่รู้จะทำยังไง ไปค้นวิดีโอในยูทูบที่มีคนสอนเปลี่ยน ถึงทำได้ #idxxx09” “เราสงสัยว่าถ้าแม่กินข้าวไม่ได้ จะฉีดยาอินซูลินเท่าเดิมไหม หมอเคยบอกว่าลดลงได้ ไม่มั่นใจ มีโรงพยาบาลที่รพ.สต. ทักไปถาม ก็รอนาน เข้าใจเนะงานยุ่งกัน ถ้ามีช่องทางที่ติดต่อได้สะดวกกว่าไลน์ ก็ดีมาก #idxxx01”

2) ภาระการดูแลเป็นของผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จนรู้สึกเหนื่อยล้า อยากให้มีคนรู้เรื่องมาสอนและแก้ไขปัญหา “CG มาเยี่ยมทำหน้าที่คล้าย อสม. มาเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป #idxxx03” “ดูแลเข็ดตัว เวลาถ่ายก็ต้องอาบน้ำ เตรียม

ข้าว คุ่มขึ้นลงนั่งเก้าอี้ จนตอนนี้ปวดหลัง ทำทุกอย่าง ไม่รู้ว่าทำถูกไหม อยู่ด้วยกันทั้งวันทั้งคืน เหนื่อยจนล้า เหมือนกัน CG มาเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง ประมาณ 20-30 นาที มาวัดความดัน นวดให้ ถ้าสอนเราดูแล ช่วยพ่อให้ดีขึ้นได้ กิดี #dxxx5”

1.3 กลุ่มพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ มี ปัญหาและความต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การสนับสนุนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ด้านการดูแลผู้สูงอายุเชิงลึก การปฏิบัติงานในหน้า งานพบปัญหาของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน หลาย ปัญหาต้องการการตัดสินใจ หลายครั้งต้องทำทันที บางครั้งจำเป็นต้องส่งต่อ “ผู้สูงอายุหนึ่งคนทั้งที่มี ภาวะพึ่งพิงและไม่มีภาวะพึ่งพิง มีโรคเรื้อรังซับซ้อน แต่ไม่มีแนวทางหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เฉพาะโรคที่ชัดเจน ขาดการวางแผนเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่ จำเพาะเจาะจง ระบบ HHC และระบบ long term care ที่มีอยู่แล้ว คือ การดูแลเบื้องต้นเป็นหลัก เช่น เปลี่ยนสายยางให้อาหาร สายท่อปัสสาวะ ไม่มีการ ดูแลแบบเชิงลึกที่พยาบาลผู้จัดการต้องรู้ ช่วยแพทย์ ช่วย CG และญาติตัดสินใจได้ #dxxx02”

2) งานล้นมือ ภารกิจมาก ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่นำมาให้ใช้ยากให้แบ่งเบาภาระงาน เอกสารและการดูแลผู้สูงอายุได้จริง “พยาบาล CM สามารถทำภารกิจได้ครบ แต่อาจไม่ตอบสนองตาม care demand ของผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ไปเยี่ยมบ้านเดือน ละครั้งก็เต็มที่แล้ว ไปครั้งละ 30 นาที #dxxx04” “บางครั้งพบปัญหาของผู้สูงอายุ CG ไทรฯ มารายงาน แต่พยาบาลติดหน้างานต้องเสียเวลาโทรกลับไป กลับมาหลายครั้ง บางครั้งก็ออกมาดูผู้สูงอายุได้ทันที #dxxx01” “การส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ยังมีปัญหา เรื้อรังขาดความต่อเนื่องจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ที่จะช่วยให้เราประเมินและรักษาแพทย์ใน รพ.สต. ได้ เช่น กรณีแผลกดทับ ต้องพาผู้ป่วยมาที่ รพ.สต. เพื่อให้แพทย์ประเมิน เกิดความยุ่งยากในการ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ถ้ามีการส่ง debridement แพทย์ จะทำเองที่ รพ.สต. ไม่สามารถหาข้อมูลแผลก่อนหน้านี้ จาก รพ. ได้เลย ระบบควรเชื่อมกัน #dxxx02”

1.4 กลุ่มอาสาสมัคร พบปัญหาและความ ต้องการ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง ที่ผ่านมาอาสาสมัครเน้นการดูแลสุขภาพและ ให้คำแนะนำ ชวนผู้สูงอายุพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุ คลายเหงา เมื่อเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ต้องปรึกษาพยาบาลและไม่ได้ ให้การดูแลเบื้องต้นทันที “อาสาสมัครส่วนใหญ่ก็เป็น คนเดียวกับ อสม. มาเยี่ยมเยียน พูดคุย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ บางที่เราเจอว่าอาการไม่เหมือนเดิม ไม่ ค่อย นอนซึม ก็ทำอะไรไม่ได้ ต้องโทรฯ บอกพยาบาล พยาบาลให้ลองเจาะน้ำตาล เจอน้ำตาลสูง ไม่รู้ต้อง ทำยังไง #dxxx04”

2) Care plan ไม่ครอบคลุมการทำงาน พยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุจะประเมินปัญหา ผู้สูงอายุแต่ละรายและให้ care plan กับอาสาสมัคร ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านใด ดูแลอะไรเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุมีแผล เมื่อแผลหายแล้วต้องติดตามเรื่องใด ต่อ หลังจากนั้น พยาบาลอ่านข้อมูลจากที่อาสา สมัครเขียนรายงานส่ง ส่วนใหญ่อาสาสมัครออก เยี่ยมในวันอาทิตย์ ทำแผนการพยาบาลที่ได้รับไปให้ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครต้องมีการปรับให้ สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่ง care plan ที่ให้ไป ไม่สามารถใช้ได้ทั้งหมด ถ้าสามารถทำให้เป็นปัจจุบัน ค้นหาความรู้การดูแลได้ จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ และช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้จริง “CG ทำ หน้าที่คล้าย อสม. มาเยี่ยมบ้านตามเวลาที่เราสched ไม่ค่อยได้ทำตาม care plan หรือสถานการณ์จริง บางทีมันไม่เหมือนในแผน พยาบาลก็ไม่มีเวลามาตาม care plan #dxxx02”

1.5 กลุ่มบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า การช่วยเหลือผู้สูงอายุยังขาดความต่อเนื่องและทันทั่วถึง การประสานงานอย่างรวดเร็วช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทางสังคมได้ หากมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยจัดการ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานยิ่งขึ้น “อปท.ส่วนใหญ่เน้นดูแล *Social care* การสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์เพียงปีละครั้ง ครอบครัวผู้สูงอายุต้องการวัสดุสิ้นเปลืองที่ต้องใช้แต่ละเดือน คือ แผ่นรองขับ แพมเพิร์ม อาหารเสริมพวกนม แก้วน้ำ ขั้วถ่าย การจัดหาสิ่งเหล่านี้ขึ้นกับสัมพันธภาพส่วนตัวของ อปท.และรพ.สต.เพราะที่ผ่านมา กว่าผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือต้องผ่านหลายขั้นตอน เริ่มจากทำหนังสือการอนุมัติ การตั้งงบประมาณ และการประสานหน่วยงานอื่น ต้องเวลาในการจัดการงบประมาณส่วนใหญ่ รพ.สต.จะพยายามจัดหาให้ผู้สูงอายุเท่าที่ทำได้ เช่น การยืมจากโรงพยาบาลในเครือข่าย การขอรับบริจาค #idxxx02”

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ดังตารางที่ 1) ได้แก่

2.1 ปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 75.41 ปี (SD = 9.84) ครั้งหนึ่งสถานภาพหย่าร้างหรืออยู่คนเดียว รายได้เฉลี่ยต่อ

เดือน 3,537.50 บาท มีโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เฉลี่ย 7.55 (SD = 5.85)

2.2 ปัจจัยเชื้อ พบว่า บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้านมากที่สุด คือ พยาบาลและอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที

2.3 ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 88.7 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.40 คะแนน (SD = 3.02)

2.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ มีบุคลากรมาเยี่ยมบ้าน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะเปราะบางต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.77, p=0.005, t=7.49, p=0.024, t=61.48, p=0.000, t=12.97, p=0.044, t=57.675, p=0.000, t=23.78, p=0.000$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี (n = 160)

ข้อมูล	n (%)	ระดับคุณภาพชีวิต			X ²	p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ					2.250	0.325
หญิง	103(64.4)	27(26.21)	62(60.19)	14(13.60)		
ชาย	57(35.6)	14(24.56)	30(52.63)	13(22.81)		
อายุ (ปี)					7.084	0.132
60-69	56(35.0)	12(21.43)	29(51.79)	15(26.78)		
70-79	42(26.2)	12(28.57)	27(64.29)	3(7.14)		
≥ 80	62(38.8)	17(27.42)	36(58.06)	9(14.52)		
(Mean = 75.41 , SD = 9.84, Max = 96, Min = 60)						

ข้อมูล	n (%)	ระดับคุณภาพชีวิต			X ²	p-value	
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ระดับการศึกษา						10.774	0.005*
ประถมศึกษา	122(76.3)	34(27.87)	74(60.66)	14(11.47)			
สูงกว่าประถมศึกษา	38(23.7)	7(18.42)	18(47.37)	13(34.21)			
สถานภาพสมรส						7.489	0.024*
อยู่กับคู่สมรส	79(49.4)	27(34.18)	43(54.43)	9(11.39)			
หย่า/อยู่คนเดียว	81(50.6)	14(17.28)	49(60.50)	18(22.22)			
ความเพียงพอของรายได้						61.477	0.000*
เพียงพอ	80(50.0)	2(2.5)	51(63.75)	27(33.75)			
ไม่เพียงพอ	80(50.0)	39(48.75)	41(51.25)	0(0.00)			
(Mean =3,537.50, SD = 5,248.72, Max = 30,000 บาท, Min = 600 บาท)							
จำนวนโรคเรื้อรัง						5.501	0.481
0	15(9.4)	5(33.33)	10(66.67)	0(0.00)			
1	43(26.9)	11(25.58)	22(51.16)	10(23.26)			
2	38(23.7)	8(21.05)	22(57.90)	8(21.05)			
≥3	64(40.0)	17(26.56)	38(59.38)	9(14.06)			
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)							
< 18.5	24(15.0)	9(37.5)	12(50.0)	3(12.5)	5.733	0.220	
18.5-22.9	77(48.12)	17(22.08)	50(64.94)	10(12.98)			
≥23	59(36.88)	15(25.42)	30(50.85)	14(23.73)			
(Mean = 23.22, SD =6.13)							
บุคลากรที่มาเยี่ยมบ้าน							
พยาบาล	32(20.0)	9(28.13)	17(53.12)	6(18.75)	12.968	0.044*	
พยาบาลและอาสาสมัคร	69(43.1)	24(34.78)	31(44.93)	14(20.29)			
อาสาสมัคร	31(19.4)	4(12.90)	22(70.97)	5(16.13)			
ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน	28(17.5)	4(14.29)	22(78.57)	2(7.14)			
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนน)							
ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (0-4)	61(38.1)	29(47.54)	29(47.54)	3(4.92)	57.675	0.000*	
ภาวะพึ่งพิงบางส่วน (5-11)	72(45.0)	8(11.11)	55(76.39)	9(12.5)			
ไม่มีภาวะพึ่งพิง (12-20)	27(16.9)	4(14.81)	8(29.63)	15(55.56)			
(Mean = 7.55, SD = 5.85, Max = 20, Min = 0)							
ภาวะเปราะบาง (คะแนน)							
ไม่มี (< 5 คะแนน)	18(11.3)	0(0.00)	8(44.44)	10(55.56)	23.781	0.000*	
มี (≥ 5 คะแนน)	142(88.7)	41(28.87)	84(59.16)	17(11.97)			
(Mean = 8.40, SD = 3.02, Max = 14, Min = 0)							

* p Value ≤ 0.05

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัญหาสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิต (n = 160)

ปัญหาสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ปัญหา)		
เคลื่อนไหวลำบาก	83	51.9
ปวดหลัง/เอว	76	47.5
หลงลืม/จำไม่ได้	70	43.8
ปวดเข่า	66	41.3
นอนไม่หลับ	55	34.4
อ่อนเพลีย	43	26.9
กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	36	22.5
เวียนศีรษะ	35	21.9
ท้องผูก	33	20.6
เคี้ยว กลืนลำบาก	30	18.8
เบื่ออาหาร	28	17.5
แน่นท้อง ท้องอืด	19	11.9
ให้อาหารทางสายยาง	15	9.4
ใส่สายสวนปัสสาวะ	14	8.8
แผลเรื้อรัง	11	6.9
เพศสัมพันธ์	4	2.5
ระดับคุณภาพชีวิต		
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (13-30 คะแนน)	41	25.6
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน)	92	57.5
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (49-65 คะแนน)	27	16.9
(Mean = 37.31 , SD = 12.00, Max = 65, Min = 13)		

การอภิปรายผล

1. ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพ
การใช้บริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ประเด็นปัญหาและ
ความต้องการด้านสุขภาพที่ตรงกันของผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ต้องการวิธีการดูแลและการจัดการ
โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าเมื่อ
เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของโรค เช่น ระดับน้ำตาล
ไม่คงที่ การทำความสะอาดร่างกายบนเตียงจากที่เคย

ช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น เช่นเดียวกับอาสาสมัครที่
ขาดความมั่นใจเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่
ซับซ้อน หากมีที่ปรึกษาที่สามารถให้ความช่วยเหลือ
ได้ทันทีจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้สูงอายุและ
ผู้ดูแลเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ขณะที่พยาบาลผู้จัดการดูแล
ผู้สูงอายุต้องการเพิ่มขีดความสามารถด้านการดูแล
ผู้สูงอายุเชิงลึก สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มใน
การแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
พบว่า ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังไม่ใช่

ปัญหาสำคัญมากนัก ชุมชนมองว่ายังให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ปัญหาที่สำคัญ คือ สมาชิกในชุมชนขาดความรู้ในการดูแลกรณีเจ็บป่วย การจัดการช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน และไม่เข้าถึงบริการสุขภาพ²¹ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ⁴ การให้บริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลและอาสาสมัครเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที อาจไม่เพียงพอในการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร ถือเป็นความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดการคัดกรองสุขภาพ การค้นหาปัญหาสุขภาพเบื้องต้น เนื่องจากได้รับความไว้วางใจ สามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ มีความสนิทสนมและสนิทใจกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถบอกเล่าความไม่สบายใจให้รับฟังด้วยความเต็มใจ

ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี ทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุมักมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตจากความเสื่อมถอยของร่างกายและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นที่ผ่านมามององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำหรับปรับสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อมรอบบ้านผู้สูงอายุ จัดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรมร่วมกัน สนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดหาอุปกรณ์ทางแพทย์กายอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลืองในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดโครงการส่งเสริม ป้องกันรักษาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการทางสังคมอย่างทั่วถึงและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม^{6, 22, 23} ปัจจุบันยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพเฉพาะบุคคลอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองอย่างทันท่วงที ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล การดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ การติดตามโรคและการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม การรวบรวมความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างจริงจังโดยเฉพาะการจัดบริการทางสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังคงเป็นความท้าทายและจำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถประสานงานการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{24, 25}

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

ปัจจัยนำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพหย่าร้างหรืออยู่คนเดียว สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่พบครอบครัวเดี่ยวหรือครัวเรือนคนเดียวในเขตเมืองเพิ่มขึ้น² มีโรคเรื้อรังหลายโรค เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทำให้ไม่สามารถจัดการควบคุมโรคได้ โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจ²³ ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือเป็นผู้สูงอายุติดบ้านอาจทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้สุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีกิจกรรมทางกาย และการเคลื่อนไหวได้ตามปกติมีผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีเนื่องจากรู้สึกปลอดภัย และเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmadi และคณะ (2023) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ปัจจัยเอื้อ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยพยาบาลและอาสาสมัครมากที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนและมีภาวะเปราะบาง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้วางแผนและปฏิบัติการดูแลโรคที่มีความซับซ้อน เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ทันทั่วทั้งที่เป็นผู้นำและที่ปรึกษาให้แก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ⁴ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นทางการจากบุคลากรทางสุขภาพ (formal care) และการดูแลแบบไม่เป็นทางการในชุมชน (informal care) เป็นประจำมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

ปัจจัยเสริม ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 88.7 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนเป็นช่วงกำลังเข้าสู่สภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอในหลายระบบ จึงรับรู้ถึงความเปราะบางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้เกิดปัญหาและผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การทรงตัว กลัวการหกล้ม มีโรคเรื้อรังซับซ้อน ไม่กล้าเข้าสังคมจนทำให้กิจกรรมทางกายถดถอย มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา หย่าร้างหรืออยู่คนเดียว รายได้เพียงพอ มีพยาบาลและอาสาสมัครมาเยี่ยมบ้าน ไม่มีภาวะเปราะบาง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุระดับการศึกษาสูงจะสัมพันธ์กับรายได้ที่เพียงพอกับการดำรงชีวิตเนื่องจากมี

ทางเลือกในการประกอบอาชีพ มีเงินออม ไม่มีหนี้สินหลังเกษียณ¹⁷ แม้จะอยู่คนเดียวหรือหย่าร้าง หากไม่มีภาวะเปราะบาง เป็นกลุ่มติดสังคมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งสำคัญ คือ ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และเข้าถึงบริการทางสังคมด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี ทำให้มีพลังในการใช้ชีวิตเพื่อสร้างคุณค่าให้สังคม ชุมชน¹⁸

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางแม้ได้รับการสนับสนุนบริการทางสังคมเป็นอย่างดี แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไป¹⁹ เพิ่มความซับซ้อนในการดูแล การจัดการควบคุมโรค และการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน²¹ นอกจากนี้ ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมโดยรอบและการใช้บริการสาธารณะ²⁰ ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิตเท่าที่ควร ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพแม้เพียงเล็กน้อยแต่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เช่น เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย ตามัว ท้องอืด ปัสสาวะเล็ด เป็นต้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เพิ่มความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุในระยะสั้นภายใน 3 ปี และ 6 ปี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากปล่อยปัญหาสุขภาพเหล่านี้ทิ้งไว้ในระยะยาวภายใน 9 ปี และ 12 ปี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนเป็นปัญหาและความต้องการที่สำคัญ หน่วยงานด้านสุขภาพควรพัฒนาแนวทางหรือแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงในชุมชน ครอบคลุมปัญหา

สุขภาพและสามารถใช้งานได้ทั้งผู้สูงอายุ อาสา
บริบาล พยาบาลผู้จัดการผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มศักยภาพ
และมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านการใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงบางส่วนและมีภาวะเปราะบาง จำเป็นต้อง
ได้รับการดูแลจากพยาบาลและอาสาบริบาลเพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและทันที่
ผู้กำหนดนโยบายควรเพิ่มบุคลากรทางสุขภาพทั้งแบบ
ทางการและไม่เป็นทางการในชุมชนโดยใช้การ
ถ่ายทอดความรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุใน
ชุมชนให้เพียงพอกับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการยกระดับคุณภาพชีวิต จำเป็นต้อง
บริหารจัดการอย่างรอบด้านโดยความร่วมมือของ
ทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืน
ในการทำงานร่วมกันในชุมชน องค์การภาครัฐหรือ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนงบประมาณ
การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและการ

ช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินผ่านระบบเทคโนโลยี
สารสนเทศเพื่อการสื่อสารโดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ
ของผู้สูงอายุกับผู้ดูแล อาสาบริบาล พยาบาล
นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประสานเครือข่ายการ
ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความยุ่งยาก ความซ้ำซ้อน
ในการทำงาน เกิดการทำงานอย่างรวดเร็ว รวดเร็วและ
เป็นปัจจุบัน ตอบสนองอุปสงค์ของปัญหาได้ตรงตาม
ความต้องการของแต่ละบุคคลและเพิ่มการเข้าถึง
บริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
ขอขอบพระคุณเทศบาลนครนนทบุรี พยาบาลและ
เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 4 วัดสมรภูมิ
และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 ทวายทอง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณผู้ให้
ข้อมูลทุกท่านจนเกิดผลสำเร็จ

References

1. Uthaiwan Pongboriboon. The Elderly Situation in Thailand: Health's problems and needs. EAU HERITAGE. 2020;10(2):46-58. Thai.
2. Statistical Information Dissemination and Service Group Statistical Forecasting Division. The 2024 Survey of the older persons in Thailand. [Internet]. BKK: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.nso.go.th>. Thai.
3. Department of Disease Control. Top 5 Non-communicable disease in elderly. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2024 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>. Thai.
4. Uthaiwan Pongboriboon, Kusol Keebang, Saifon Kanthamalee and Wanida Phraephassa. The health situation of dependent elderly: The challenges for nursing professionals. EAU HERITAGE. 2024;18(1):44-55. Thai.
5. Nipapan Jensantiku. Quality of Life of the Elderly: Situations and social welfare approach in Thailand under social change. PAAT Journal. 2020;2(3):15-26. Thai.

6. Bualun Hinkaew, Khanitta Nuntaboot. Problems and needs of community supports related to living in hardship among older people. JNHR. 2023;24(2):1-19. Thai.
7. Panida Phu-Ngamdee, Ekaporn Rukkwamsuk. A development of public service provision for the elderly's life quality during 2017-2021. JMA. 2018;5(1):168-83. Thai.
8. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) 2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.who.int>.
9. Narisa Wongpanarak, Saisamorn Chaleoykitti. Quality of life: A study of elderly in Thailand. JRTAN. 2015;15(3):64-70. Thai
10. Jaruphat Janfoo, Phiyada Phupanon, Praewrung Kalavin, Thimaporn Kornwiphakamsuk, Thananya Ngamhna. Problems and welfare needs of the elderly: Ban Mueang Klang area, Ban Luang Subdistrict, Chom Thong District, Chiang Mai Province. Khuangpaya. 2024;18(2):53-66. Thai.
11. Pattaraporn Doungraung, Natnicha Hasoontree. Development of the quality of life of the elderly persons in Nonthaburi Municipality, Nonthaburi Province. RPU Journal. 2020;6(1):122-34. Thai.
12. Perapong Kanoklertwonges. Factors affected the policy management to improve quality of elderly's life of Local Province Administrative Office. EAU Heritage Sci. 2018;8(2):249-64. Thai.
13. Pachlita Kamphonborwornwat, Pornphan Hemaphan. The study of quality of life of the elderly in Sao Thong Hin Municipality, Nonthaburi Province. JSSP. (2024);6(3):397-412. Thai.
14. Supot Boonwises. The quality of life of the elderly in Pakkret Municipality, Pakkret District, Nonthaburi Province. JHSSRRU. 2025;27(2):157-74. Thai.
15. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The tilburg frailty indicator: psychometric properties. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(5):344-55.
16. Caballero FF, Miret M, Power M, Chatterji S, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: WHOQOL-AGE. HQLO 2013;11:177. doi.org/10.1186/1477-7525-11-177.
17. Phonphae Tumthong, Kevalin Silphiphat. The Quality of life of the elderly in Nonthaburi Province. JRKA. 2023;8(10):184-97. Thai.
18. Paul C, Schöttker B, Brenner H, Holleczeck B, Friederich H-C, Wild B. Predictors of health-related quality of life in older adults over a course of twelve years – Results from a large population-based study using a machine learning approach. Int Psychogeriatr. 2025;100141. doi: 10.1016/j.inpsyc.2025.100141.
19. Ahmadi M, Kazemi-Arpanahi H, Nopour R, Shanbehzadeh M. Factors influencing quality of life among the elderly: An approach using logistic regression. J Educ Health Promot. 2023;12:215. doi:10.4103/jehp.jehp_13_23.

20. Sukwida Manorangsarn, Pawan Chaiparinya, Sirima Mongkolsomlit, Sujitra Boonyong. Frailty, fear of falling, and quality of life among community-dwelling older people. Thai J Phys Ther. 2025;47(1):44-56. Thai.
21. Sakorn Intolo, Wittaya Wayo, Kunlayarat Kadsanit, Narong Kam-on, Ratdawan Klungklang. Feedback loop reflecting processes for community engagement in elderly care. JTNMC. 2023;38(2):49-63. Thai.
22. Prasert Leksansern, Arisara Leksansern. Factors affecting the quality of life of the elderly in Nonthaburi Province. INTEGR. 2025;11(2):123-50. Thai.
23. Khannistha Mahem, Wannaphon Khampila, Sukanya Raksri, Saisuda Junhuana, Kan Kunawong, Netnavari Phacam. The development of elderly chronic disease management model Naor Sub-district Municipality, Mueang District, Loei Province. Nurs. health sci. res. 2023;15(2):e263765. Thai.
24. Hunsbedt Fjellså HM, Husebø AML, Braut H, Mikkelsen A, Storm M. Older adults' experiences with participation and eHealth in care coordination: Qualitative interview study in a primary care setting. J Particip Med. 2023;15:e47550.
25. Mielonen J, Kuusisto H, Kinnunen U-M, Kemppi A, Saranto K. Older adults' experiences of eHealth in health and social care. FinJeHeW. 2023;15(3):276-86.