

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

## Factor Influencing to Quality of Life among Elderly Living in Community at Nonthaburi Province

นิชดา สารถวัลย์แพศย์<sup>1</sup> ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ\*<sup>2</sup> ศิริอร สินธุ<sup>3</sup>

Nichada Santwanpas<sup>1</sup> Patoomthip Adunwatanasiri\*<sup>2</sup> Siriorn Sindhu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10520

<sup>1</sup>Instructor, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok Thailand 10520

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

<sup>2</sup>Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan Thailand 10540

<sup>3</sup>สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

<sup>3</sup>The Nurses' Association of Thailand, Bangkok Thailand 10400

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 116 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ภาวะเปราะบาง 4) คุณภาพชีวิต ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 4 เท่ากับ 0.84 และ 0.98 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง ทาค่า KR-20 เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.34 (mean  $\pm$  SD = 40.16  $\pm$  10.46) ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = 0.49$ ,  $p = 0.000$ ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $\beta = 0.19$ ,  $p = 0.003$ ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $\beta = 0.17$ ,  $p = 0.042$ ) และจำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี ( $\beta = 0.16$ ,  $p = 0.028$ ) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57.6 ( $R^2 = 0.576$ ) ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรส่งเสริมสังคมสูงวัยเชิงรุกและการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอต่อการดูแลจัดการปัญหาสุขภาพ ลดภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

### Abstract

This research aimed to analyze the factors that influenced of quality of life among elderly who lived in the community of Nonthaburi province. Participants were 116 elderly aged 60 and above. The data collection instrument was a questionnaire composed of 4 parts: 1) Demographic data and access to healthcare services, 2) Health literacy (HLS-EU-Q16), 3) Frailty (the Tilburg Frailty Indicator), and 4) Quality of life (WHOQOL-AGE). The reliability coefficients of parts 2 and 4 were 0.84 and 0.98 respectively, and the Tilburg

Corresponding author. \*E-mail: patoomthip.adu@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 ส.ค. 2567

Frailty Indicator questionnaire finds KR-20 equal to 0.95. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used in data analysis with a statistical significance at the level of .05

The research findings revealed that the elderly had a moderate quality of life at 60.34% (mean  $\pm$  SD = 40.16  $\pm$  10.46). Income sufficiency ( $\beta$  = 0.49,  $p$  = 0.000), activities of daily living (Barthel index) ( $\beta$  = 0.19,  $p$  = 0.003), high health literacy score ( $\beta$  = 0.17,  $p$  = 0.042), and the number of nurse home visits per year ( $\beta$  = 0.16,  $p$  = 0.028) could be explained the quality of life 57.6% of the variance ( $R^2$  = 0.576). Therefore, policymakers should promote an active aging society in communities and create sufficient income opportunities for the elderly to adequately manage health problems, reduce dependency, and nurse home visits are crucial in promoting a good quality of life for the elderly.

**Keywords :** Quality of life, elderly

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจในชุมชนเพิ่มขึ้น รายงานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2566 พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 20.66 และ ในปี พ.ศ. 2576 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในด้านงบประมาณการสาธารณสุข เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต<sup>1</sup> สอดคล้องกับข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> ผลการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีจนถึงไม่ดีมากที่สุดร้อยละ 15 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด<sup>1</sup> ต้องการผู้ดูแลอยู่ในระดับมากด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมอาหาร การจัดการโรคเรื้อรัง และขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางและเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตไม่ดี<sup>3</sup>

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และเป็นความพึงพอใจ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล สามารถประเมินภาวะสุขภาพดี ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม<sup>4</sup> การสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 2,000 คนจาก 13 จังหวัดทั่วประเทศทุกภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.50<sup>6</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศชายคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง อายุมากขึ้น

คุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ความไม่เพียงพอของรายได้หรือต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่น ทำให้ขาดอิสรภาพทางการเงิน ขาดความสนใจในการรักษาสุขภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพไม่ไปพบแพทย์ทันทีแต่รอจนอาการแย่ลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ<sup>7</sup> การมีกิจกรรมทางกายลดลง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกยุ่งยากเมื่อต้องมิกิจกรรมทางสังคมทำให้ไม่ไปร่วมกิจกรรมที่เคยชอบ สัมพันธภาพทางสังคมในวัยเดียวกันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ<sup>8</sup> การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการเยี่ยมบ้านของบุคลากรทางสุขภาพและจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพช่วยลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินอย่างเฉียบพลัน ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจัดหาทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็นทันที่ซึ่งช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต<sup>9</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจากผลกระทบของโรคเรื้อรังและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ<sup>10</sup>

ปัจจัยที่กล่าวมาในข้างต้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างด้านบริบท สภาพสังคม และสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงเวลา ปัจจัยดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต จังหวัดนนทบุรี มีการขยายของเมืองและมีเศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว ด้วยสภาพสังคมเมืองที่มีลักษณะแบบแผนและวิถีชีวิตอย่างเป็นพลวัต มีความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเป็นอย่างมากเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และดำเนินชีวิตอย่างผาสุก ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 260,948 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.14 ถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดแล้ว

ที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาปัจจัยในระดับบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี เพื่อช่วยให้เกิดการวางแผนและข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

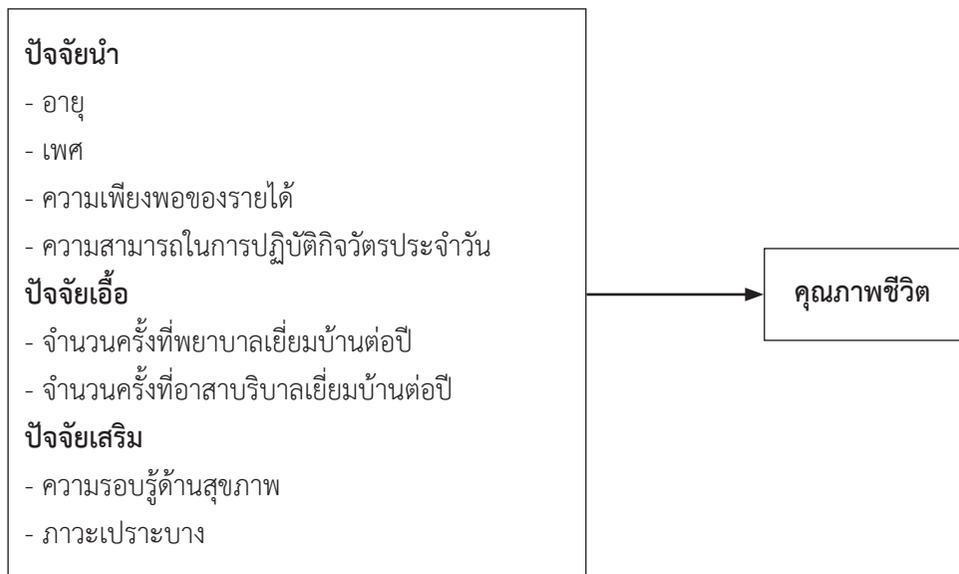
เพื่อศึกษาปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรี

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี จำนวนครั้งที่อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านต่อปี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเปราะบาง และอิทธิพลของปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำ PRECEDE-PROCEED model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยหลายด้านที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มุ่งประเมินระยะที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา เนื่องจากช่วยให้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนและพัฒนาเป็นกลยุทธ์หรือโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี จำนวนครั้งที่อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านต่อปี และปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะเปราะบาง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive studies)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง สัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านและอาศัยในจังหวัดนนทบุรีอย่างน้อย 1 ปี มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F-tests ประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบ Multiple Regression: Fixed

model, R2 deviation from zero กำหนด Effect Size เท่ากับ 0.15 (เป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวทำนายทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 109 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยทำการสุ่มอย่างง่ายมา 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล จังหวัดนนทบุรีมี 6 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายได้อำเภอบางบัวทอง และอำเภอเมืองนนทบุรี ทำการสุ่มอำเภอละ 2 ตำบล ได้ตำบลบางคูวัด ตำบลลำโพ ตำบลบางรักน้อย และตำบลบางเขน ทำการสุ่มแบบง่ายเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 30 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะ cognitive impairment (Mini-Cog  $\leq$  3 คะแนน) 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือจิตเภท 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน 4) อยู่ในระยะประคับประคอง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 26/2564 ซึ่งรับรองวันที่ 6 สิงหาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่ EC-64-72 ซึ่งรับรองวันที่ 26 สิงหาคม 2564 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยและสามารถยุติการให้ข้อมูลโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น 5 ปี

### เครื่องมือในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี และจำนวนครั้งที่อาสาสมัครเยี่ยมบ้านต่อปี

**ส่วนที่ 2** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วันดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ระดับ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด, ระดับ 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และระดับ 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) เท่ากับ 0.82

**ส่วนที่ 3** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS-EU-Q16 short version)<sup>11</sup> จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale) ใช้เกณฑ์ 4 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ยากมาก, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างยาก, 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างง่าย และ 4 คะแนน หมายถึง ง่ายมาก นำคะแนนมาแปลงเป็น 2 กลุ่ม (dichotomous) โดยยากมากถึงค่อนข้างยาก เท่ากับ 0, ค่อนข้างง่ายถึงง่ายมากเท่ากับ 1 คะแนนที่เป็นไปได้ 0-16 คะแนน โดย 0-8 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ, 9-12 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา และ 13-16 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอระดับดี<sup>12</sup>

**ส่วนที่ 4** ภาวะเปราะบาง (Tilburg Frailty Indicator: TFI)<sup>13</sup> ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกายจำนวน 8 ข้อ, ด้านจิตใจจำนวน 4 ข้อ และด้านสังคมจำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้ 0-15 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางมาก การแปลคะแนน ดังนี้ คะแนน < 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และคะแนน  $\geq$  5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

**ส่วนที่ 5** คุณภาพชีวิต (WHOQOL-AGE)<sup>14</sup> จำนวน 13 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ของลิเคิร์ต (Likert scale) ใช้เกณฑ์ 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อ 1 (คะแนน 1 หมายถึง แย่มากที่สุด ถึงคะแนน 5 หมายถึง ดีมาก), ข้อ 2-8 และข้อ 13 (คะแนน 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจมาก ถึง คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด), ข้อ 9-12 (คะแนน 1 หมายถึง น้อยมาก ถึง คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี การแปลคะแนน แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 13-30 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 31-48 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 49-65 หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี<sup>15</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**แบบสอบถามส่วนที่ 3-5** ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ<sup>16</sup> แปลต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยจำนวน 2 ฉบับ โดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่มีความรู้ความเข้าใจทางคลินิก 1 ท่านและไม่มีความรู้ทางคลินิก 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาความเหมาะสมของโครงสร้างประโยค วลี คำขยายที่ถูกต้องและความสอดคล้องกับภาษาวัฒนธรรม จึงแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษจำนวน 2 ฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา นำมาพิจารณาเปรียบเทียบความเหมือนและความเข้าใจด้านภาษาอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลสาขาเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ 2 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 0.90, 0.95 ตามลำดับ แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.98 แบบสอบถามส่วนที่ 4 หาค่า KR-20 เท่ากับ 0.95

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่บ้าน เมื่อได้รายชื่อ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประสานติดต่อพยาบาลในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการและเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กรณีผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดหรือไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ผู้ช่วยนักวิจัยตำบลละ 1 ท่าน ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถาม เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายตัวแปรตามในแบบจำลองการถดถอยเชิงพหุคูณ โดยผ่านการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนด้วยแผนภูมิกระจาย (scatter plot) มีการกระจายอยู่เหนือและใต้เส้นศูนย์ ความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนพิจารณาจากค่า durbin-watson เท่ากับ 1.983 ไม่พบปัญหา multicollinearity พิจารณาจากค่า Collinearity: Tolerance อยู่ระหว่าง 0.532-0.773 และ VIF อยู่ระหว่าง 1.293-1.878

### ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุจำนวน 120 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 116 คน เนื่องจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 4 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.67 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งเพียงพอกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.8 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.74 ปี (S.D. = 9.97) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 56.9 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 23.28 ส่วนใหญ่สถานภาพโสดร้อยละ 53.4 มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 52 รายได้เฉลี่ย 3,782.76 บาทต่อเดือน (S.D. = 5,506.55) ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดได้แก่ ปวดหลังปวดเอว เคลื่อนไหวลำบาก ปวดเข่า นอนไม่หลับ และอ่อนเพลียคิดเป็นร้อยละ 54.3, 51.7, 46.6, 37.1 และ 25.9 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับสามโรคขึ้นไปร้อยละ 43.10 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 76.7, 56.9, และ 43.1 ตามลำดับ พยาบาลเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 7.71 ครั้งต่อปี (S.D. = 5.60) อาสาบริบาลเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 11.79 ครั้งต่อปี (S.D. = 13.43) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงบางส่วน คะแนน ADL เฉลี่ย 10.20 คะแนน (S.D. = 4.61) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 9.18 คะแนน (S.D. = 5.66) มีภาวะเปราะบางร้อยละ 86.2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 116)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (13-30 คะแนน)	18	15.52
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (31-48 คะแนน)	70	60.34
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (49-65 คะแนน)	28	24.14
(Mean = 40.16, SD = 10.46)		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.34 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 24.14 มีเพียงร้อยละ 15.52 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายข้อ (n = 116)

ข้อคำถาม	M	S.D.	การแปลผล
1. คุณจะจัดให้ระดับคุณภาพชีวิตของคุณอยู่ในระดับใด	2.97	0.93	ปานกลาง
2. คุณพึงพอใจต่อการได้ยิน การมองเห็น และการรับความรู้สึกแคะไหน	3.16	0.84	ปานกลาง
3. คุณพึงพอใจกับสุขภาพของคุณแคะไหน	2.97	0.90	ปานกลาง
4. คุณพึงพอใจกับตัวของตนเองแคะไหน	3.03	0.97	ปานกลาง
5. คุณพึงพอใจกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคุณมากน้อยแคะไหน	2.97	0.97	ปานกลาง
6. คุณพึงพอใจกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแคะไหน	3.33	0.89	ปานกลาง
7. คุณพึงพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย (บ้านของคุณ) แคะไหน	3.59	0.98	มาก
8. คุณพึงพอใจกับการใช้เวลาของคุณมากน้อยเพียงใด	3.26	0.98	ปานกลาง
9. คุณมีพลังเพียงพอในการดำเนินชีวิตทุก ๆ วัน	2.95	1.08	ปานกลาง
10. คุณสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่คุณชอบทำได้มากน้อยแคะไหน	2.75	1.01	ปานกลาง
11. คุณพึงพอใจกับโอกาสของคุณที่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการในชีวิตแคะไหน	2.96	1.08	ปานกลาง
12. คุณมีเงินเพียงพอที่จะทำได้มาซึ่งสิ่งที่คุณต้องการ	2.74	1.09	ปานกลาง
13. คุณพึงพอใจต่อสัมพันธภาพระหว่างคุณและคนใกล้ชิดแคะไหน	3.48	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายข้อ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่อยู่อาศัยมีระดับคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3.59 คะแนน ขณะที่ค่าเฉลี่ยมีเงินเพียงพอที่จะทำได้มาซึ่งสิ่งที่คุณต้องการมีความพึงพอใจระดับคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.74 คะแนน

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (n = 116)

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย			t	P value
	B	SEB	Beta		
(Constant)	14.385	2.428	-	5.925	.000
ความเพียงพอของรายได้	10.307	1.705	.492	6.046	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.441	.144	.194	3.057	.003
ความรู้ด้านสุขภาพ	.319	.135	.173	2.359	.020
จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี	.306	.137	.164	2.231	.028

R = .759, R<sup>2</sup> = .57.6, Adjusted R<sup>2</sup> = .560, F = 37.644, value of F = .000

จากตารางที่ 3 ความเพียงพอของรายได้, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้ร้อยละ 57.6 ( $R^2 = 0.576$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีมากที่สุด ( $\beta = 0.49$ ,  $p = 0.000$ )

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยตอนกลางถึงตอนปลาย มีสถานภาพโสด มีปัญหาสุขภาพและภาวะประาะบาง การใช้ชีวิตในสังคมเมืองมีความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจด้านการเงินระดับน้อยที่สุด เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจะมีความรุนแรงและความซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ขาดบุตรหลานหรือผู้ดูแล ย่อมกระทบต่อการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>3</sup> ผู้สูงอายุที่อาศัยในเมืองไม่มีอิสรภาพทางการเงิน อยู่คนเดียว การศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ<sup>7</sup> ขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในต่างจังหวัดมีคุณภาพชีวิตระดับดีเนื่องจากมีความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัวแน่นแฟ้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง<sup>17</sup> สอดคล้องกับการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจาก 13 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุวัยต้นถึงวัยกลางมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลายเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและความเสื่อมถอยทางกายน้อยกว่า ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย<sup>5,6</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ( $\beta = 0.49$ ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $\beta = 0.19$ ) ปัจจัยอื่น ได้แก่ จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านต่อปี ( $\beta = 0.17$ ) และปัจจัยเสริม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $\beta = 0.16$ ) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 57.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในสังคมเมืองมีค่าใช้จ่าย

ประจำวันและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ขณะที่การพึ่งพารายได้จากบุตรหรือการเกื้อหนุนจากครอบครัวลดลงจากร้อยละ 58.47 ในปี พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 32.18 ในปี พ.ศ. 2564 โดยเฉพาะหลังเผชิญการระบาดของโควิด-19<sup>1</sup> ต้องการความช่วยเหลือด้านการดำรงชีพทางเศรษฐกิจด้วยการเพิ่มเบี้ยยังชีพ การส่งเสริมอาชีพและฝึกงานเพื่อให้มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายและออมทรัพย์มากที่สุด<sup>3</sup> ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอหรือต้องพึ่งพารายได้จากผู้อื่นอาจละเลยการดูแลสุขภาพทำให้ร่างกายเสื่อมลงจนเกิดปัญหาสุขภาพ ไม่มีเงินเพียงพอในการส่งเสริมบำรุงสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจต่ำ<sup>7, 18-19</sup>

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดหรือบางส่วน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เคลื่อนไหวลำบาก ปวดเข่า กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความถดถอยทางกายแยกตัว ไม่เข้าสังคมจนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตลดลง<sup>9,18</sup> เมื่อร่างกายถดถอยอยู่ในภาวะพึ่งพิง อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง ความสามารถในการปกป้องร่างกายและป้องกันสิ่งแปลกปลอมจากภายนอกลดลงโดยเฉพาะระบบการย่อยและการเผาผลาญ ระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและกระทบต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่สามโรคขึ้นไปมีผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ<sup>20</sup>

จำนวนครั้งที่พยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยเอื้อที่อยู่ภายนอกบุคคล โดยบุคคลได้รับการจัดสรรจากภาครัฐอย่างเท่าเทียมกันในการดูแล ป้องกัน รักษาสุขภาพ พยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าไปคัดกรองปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจ ช่วยลดความรุนแรงของโรคและควบคุมโรคร่วม โดยสามารถคัดกรองพบปัญหาสุขภาพในชุมชนที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาถึงร้อยละ 39<sup>21</sup> ยิ่งความถี่ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบ่อยขึ้นจะช่วยลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>9</sup>

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองและจัดการตนเองให้มีสุขภาพด้านร่างกาย

และจิตสังคมที่สมบูรณ์แข็งแรงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>22</sup>

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดนนทบุรีได้มากที่สุด ภาครัฐควรสนับสนุนส่วนการออมเงินก่อนวัยเกษียณและบริหารจัดการสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคมตามภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นหลักประกันรายได้ผู้สูงอายุให้เกิดความมั่นคงและเพียงพอต่อการจัดการปัญหาสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรส่งเสริมการสร้างสังคมสูงวัยเชิงรุกเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ทันสมัย เชื่อถือได้ มีประโยชน์ตรงตามกลุ่มวัย

3. การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล ช่วยเพิ่มความใกล้ชิดและระยะเวลาในการจัดการสุขภาพแบบปัจเจกบุคคล จึงควรจัดหาหรือจ้างงานพยาบาลอิสระเยี่ยมบ้านเสริมจากพยาบาลประจำในชุมชนที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงร่วมกับอาสาสมัคร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีปัญหาสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศเพื่อให้เห็นความแตกต่างของคุณภาพชีวิตโดยเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสังคมเมืองและสังคมชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผู้สูงอายุและลักษณะแบบแผนการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป

2. ควรพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา การคัดกรองและการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทันสมัย เชื่อถือได้ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ควรมีการศึกษากิจกรรมการดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระหว่าง formal care และ informal care ในชุมชนโดยแยกระดับความต้องการการดูแลเพื่อให้ความชัดเจนด้านภาระงานและวางแผนเตรียมการลดภาระโรคเรื้อรัง ลดภาวะเปราะบาง

### References

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai older person 2022. 1<sup>st</sup> ed. BKK: Amarin Corporations Public Company Limited.; 2023.
2. National Statistical Office. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. 1<sup>st</sup>ed. BKK: Statistical Forecasting Division.; 2022.
3. Tupanich W, Chaiyalap S, & Chaiyalap K. Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok Metropolitan. Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine. 2019; 63(Suppl):S83-92. (in Thai)
4. Teoli D, & Bhardwaj A. Quality of life. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
5. Joowong S, Junsirimongkol B, Khaektao P, Doungyota T, & Paomee K. A cross-sectional study of factors associated with life satisfaction in Thai elderly. European Psychiatry. 2022; 65(Suppl 1):S91-2.
6. Waelveerakup W, Suwannasarn K, & Pasuwan D. Quality of life of older persons during the second wave of the COVID-19 pandemic in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):76-87. (in Thai)
7. Medhi GK, Sarma J, Bhattacharyya H, Pala S, Visi V, & Bora PJ. Sociodemographic variations in health-related quality of life (HRQOL) among elderly individuals in an urban locality in India. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;8(7):2473-7.
8. Lim SC, Chan YM, & Gan WY. Social and health determinants of quality of life of community-dwelling older adults in Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(5): 3977-92.

9. Molina-Mula J, Miguélez-Chamorro A, Taltavull-Aparicio JM, Miralles-Xamena J, & Ortego-Mate MD. Quality of life and dependence degree of chronic patients in a chronicity care model. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2020;8(3): 293-309.
10. Setiati S, Soejono CH, Harimurti K, Dwimartutie N, & Aryana IGPS, Sunarti S, et al. Frailty state among Indonesian elderly: prevalence, associated factors, and frailty state transition. *BioMed Central Geriatrics*. 2019;19(1):182-92.
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BioMed Central Public Health*. 2013;13(1):948-58.
12. Mekhail KT, Burstrom B, Marttila A, Wangdahl J, & Lindberg L. Psychometric qualities of the HLS-EU-Q16 instrument for parental health literacy in Swedish multicultural settings. *BioMed Central Public Health*. 2022;22(1): 293-305.
13. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, & Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010;11(5):344-55.
14. 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. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(1):177-89.
15. La Fauci V, Venuto R, Genovese C, et al. Study-related stress, perceived stress and quality of life among healthcare university students. *Clinical Therapeutics*. 2023;174(5): 412-9.
16. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments 2009.
17. Buasri S, & Supata W. Factors associated with quality of life among dependent older people in Muang district. *Journal of Nursing and Health Research*. 2024;25(2):19-35. (in Thai)
18. Rent PD, Kumar S, Dmello MK, & Purushotham J. Psychosocial status and economic dependence for healthcare and nonhealthcare among elderly population in rural Coastal Karnataka. *Journal of mid-life health*. 2017; 8(4):174-8.
19. Ausin B, Zamorano A, & Muñoz M. Relationship between quality of life and sociodemographic, physical and mental health variables in people over 65 in the community of Madrid. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(22): 8528-39.
20. Gu J, Chao J, Chen W, Xu H, Zhang R, He T, et al. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018;74(6):133-40.
21. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Wood CM, Limonero JT, Medrano LA, Ruiz-Rodríguez P, et al. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in adult patients with emotional disorders in the primary care setting (PsicAP Study): Protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Protocols*. 2016; 5(4):246-62.
22. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Quality of Life Research*. 2018;27(5):1257-68.