

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6

จุฑามาศ วงจันทร์, พย.ม.\*

สุวรรณา วุฒิรัตนฤทธิ์, พย.ม.\*\*

ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ปร.ด.\*\*\*

Received: June 4, 2021

Revised: February 28, 2022

Accepted: April 16, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 437 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุฉบับย่อภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบของพิชเชอร์

ผลวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 96.38 ( $M = 6.38, SD = 15.85$ ) โดยมีปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ปัจจัยด้านประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ปัจจัยด้านผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.013$ ) ปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.019$ ) และปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส สุขบุหรี และประวัติการหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: jutamast@bnc.ac.th

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

## Factors Relating to Quality of Life among Older Adult in the Region Sixth Health

Jutamast Wongjan, M.N.S.\*

Suwanna Vudhironarit, M.N.S.\*\*

Ladda Leungratanamart, Ph.D.\*\*\*

### Abstract

The aims of this descriptive study were the related factors among quality of life in elderly, who were in the 6th Health Region. The questionnaires were sent to 437 sample elderlies such as the personal information and quality of life (WHOQOL-BREF-THAI). The data were collected and analyzed with descriptive statistics and Fisher's Exact test.

The result showed that the total score of the quality of life among the elderly people was a high score ( $M = 96.38$ ,  $SD = 15.85$ ). However, there were only four factors related with the quality of life among the elderly as monthly income sufficiency and health insurance ( $p < 0.001$ ), caregiver ( $p < 0.013$ ), and alcohol ( $p < 0.019$ ), but gender, marital status, smoking, and fall experience was no significant.

However, the result of factors relating to the quality of life among each level old people would like to manage health promotion programs for elderly, promote perceiving, and the sufficiency of monthly income.

**Keywords:** quality of life, elderly, health status, promote the quality of life for the elderly

---

\* Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: jutamast@bnc.ac.th

\*\* Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

\*\*\* Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของประชากรสูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพ็ชร์ และสามารถ ใจเตี้ย, 2560) ในประเทศไทย พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังพบว่าปี 2566 เป็นต้นไปจะมีคนไทยอายุถึง 60 ปี เพิ่มปีละประมาณ 1 ล้านคน และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 28 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมรับสถานการณ์ทางการ เศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2557 มีอัตราการพึ่งพิงผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 18.6 และในช่วงปี 2566-2567 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ กระบวนการสูงอายุจะเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องโดยอยู่ในรูปแบบของการเสื่อมเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งภูมิคุ้มกันตนเองลดลง การเจ็บป่วยย่อมเกิดเพิ่มมากขึ้น (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี, 2559) การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุย่อมมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุจะแสดงออก ได้แก่ ปัจจัยนำซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมาก่อน เช่น เพศ สถานภาพสมรส ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด เป็นต้น (ยุภา โทพวา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พงกษาชีวะ, 2560) ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่สร้างความมั่นใจ มั่นคงต่อการดำรงชีวิตหรือพฤติกรรมที่แสดงออก การเสริมแรงที่ได้จะได้อาจมาจากเพื่อน ครอบครัว ผู้ดูแล เป็นต้น และปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งภายในร่างกายและภายนอกทำให้ร่างกายเกิดการเสื่อม (Rondon, & Ramirez, 2018) รูปร่างลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความทนต่อการทำงานลดลง ทำให้รายได้และความภูมิใจในตนเองลดลง การสูญเสียคนรัก ขาดผู้ดูแล ขาดเพื่อน ถูกกลดบทบาทในหน้าที่การงาน และขาดการทำกิจกรรมในสังคม (พิมพ์สิทธ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560)

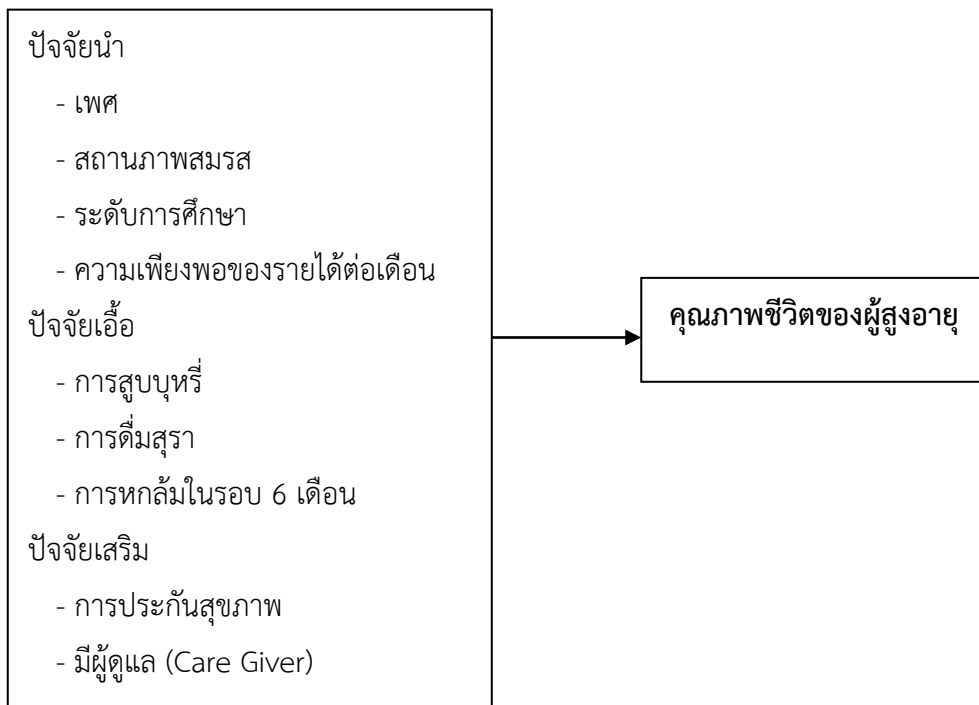
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลที่มีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้ชีวิต (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560) อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560) ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจของรายได้ มีความพึงพอใจต่อชีวิตคู่ การประกันสุขภาพ และการดำรงชีวิตที่ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี, 2559; โกศล สอดส่อง, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา งานวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก จำนวน 5 จังหวัด พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยมีปัจจัยมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และช่วยเหลือทางด้านจิตใจเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาข้อข้องใจครอบครัวและผู้ดูแลจะเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างมีความสุข (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560; พัชรภรณ์ พัฒนะ, 2560) แต่พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มีปัจจัยที่มีความแตกต่างกันซึ่งพบว่าปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ การสังสรรค์กับคนในครอบครัว และเพื่อนมีความสำคัญในการดำรงชีวิต และแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างของการดำรงชีวิตและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ มีการย้ายถิ่นฐานเข้าออกจากจังหวัดซึ่งอาจส่งผลต่อหลักประกันสุขภาพที่จะได้รับเมื่อเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงอาชีพของประชากรวัยแรงงานซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ปัจจัยด้านอายุ สมรส การศึกษา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ด้วยปัจจุบันภาคตะวันออกแบ่งออกเป็น 8 จังหวัดจัดอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวนประชากรมีเพิ่มมากขึ้น การประกอบอาชีพที่หลากหลาย อีกทั้งภาคตะวันออกเป็นแหล่งอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ย่อมมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปัญหาทางด้านมลพิษซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับวัยทำงานซึ่งเป็นผู้ดูแลได้ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ที่ภาคตะวันออกเป็นจำนวนมาก (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2560) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิด Precede Framework Model ของ Lawrence W. Green และ Marshall Kreuter (2005) เป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพในหลายๆ ด้าน เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เช่น พฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้สูงอายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการหกล้ม ฯลฯ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้าน เพศ และปัจจัยภายนอก บุคคล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ การศึกษา ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีอธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผล กระทั่งต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เพื่อการดำรงอยู่ในสังคม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่จำเป็นในการแสดงหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต้องมีสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตหรือหากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โรคเหล่านั้นก็เป็นปัจจัยเอื้อในการดำรงชีวิตได้เช่นกัน แต่ปัจจัยเอื้อจะส่งผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำของผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลได้แสดง

พฤติกรรมได้อย่างมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการใช้จ่าย การได้รับคำยกย่องจากบุคคลอื่น หรือการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรัก จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงคุณภาพชีวิต พบว่า การประเมินปัญหาของผู้สูงอายุด้านพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมทางสังคม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การใช้จ่าย ต้องอาศัยการวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาประกอบด้วย ปัจจัยนำ ประกอบด้วยเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ปัจจัยเอื้อเป็นความสามารถที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบที่มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การหกล้มในรอบ 6 เดือน และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกทางสังคมที่เป็นแรงเสริมที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การประกันสุขภาพ มีผู้ดูแล (Care Giver) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 437 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี

จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว จังหวัดฉะเชิงเทรา จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด และจังหวัดสมุทรปราการ เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป และไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน

### กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร

$$n = \frac{Z^2PQ}{e^2}$$

ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 364 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณเพิ่มการสูญหายร้อยละ 20 (Grove, Burns & Gray, 2013) จะได้กลุ่มตัวอย่าง 437 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอและสุ่มอย่างง่ายในแต่ละอำเภอเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำการเลือกอำเภอตัวอย่างอย่างอิสระต่อกันด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ โดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวนอำเภอตัวอย่างทั้งสิ้น 16 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 ทำการเลือกตำบลตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยให้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาดใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวนตำบลตัวอย่างทั้งสิ้น 38 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง อย่างเป็นอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) โดยให้ความน่าจะเป็นจำแนกตามตำบล ตำบลละ 12 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่ออาสาสมัครแต่ละตำบลทุกเลขคู่ ได้จำนวนผู้สูงอายุ 437 คน

### เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ปัจจัยเอื้อ การสูบบุหรี่ การหกล้มในรอบ 6 เดือน ปัจจัยเสริม การประกันสุขภาพ และผู้ดูแล (Care Giver)

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2557) เครื่องมือใช้ในการประเมินมีทั้งหมด 4 ด้าน มีจำนวน 26 ข้อ โดยมีข้อ 1 และข้อ 26 เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จึงไม่รวมกับคุณภาพรายด้าน เครื่องมือนี้ไปทำการทดสอบกับผู้สูงอายุพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการแปลผลคะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุดย่อฉบับภาษาไทย  
(World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI)

ระดับ	คุณภาพชีวิต	น้อย	ปานกลาง	ดี	จำนวนข้อ
1	ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35	7
2	ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30	6
3	ด้านความสัมพันธ์	3-7	8-11	12-15	3
4	ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40	8
Total		26-60	61-95	96-130	24

### การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย และมีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใหญ่ผู้วิจัยจึงนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน คำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 6/2562 ลงวันที่ 10 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร 3 หลัก ได้แก่ หลักความเคารพในเกียรติมนุษย์ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักแห่งความยุติธรรม หากมีความประสงค์จะถอนตัวสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่ออาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่ออาสาสมัครยินดียินยอมเข้าร่วมจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและขอผู้ช่วยผู้วิจัยทั้ง 38 ตำบลในการช่วยเก็บข้อมูล ภายหลังจากการได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงดำเนินการประชุมผู้ช่วยผู้วิจัยตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้ผู้สูงอายุรับทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มจากบัญชีรายชื่อและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง

เมื่อผู้สูงอายุมีความสนใจและยินดีที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลตามเครื่องมือวิจัย

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยไคสแควร์ (Chi-Square Test) หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Chi-Square Test จะใช้สถิติ Fisher's Exact test แทน

### ผลการศึกษา

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** อาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.27 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.63 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60.64 ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.26 มีสิทธิรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 86.75 และมีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 91.30 ผู้สูงอายุไม่เคยดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 82.61 ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 83.52 และไม่มีประวัติการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 74.83

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n = 437 คน)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยนำ</b>		
<b>เพศ</b>		
หญิง	259	59.27
ชาย	178	40.73
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	230	52.63
หม้าย	132	30.21
โสด	41	9.38
หย่า	34	7.78
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	265	60.64
ระดับมัธยมศึกษา	68	15.56
ไม่ได้เข้าศึกษา	49	11.21
ระดับปริญญาตรี	46	10.53
ระดับปริญญาโท	9	2.06
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน</b>		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	224	51.26
เพียงพอและเหลือเก็บ	145	33.18
ไม่เพียงพอ	68	15.56



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>		
การดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่มสุรา	361	82.61
ดื่ม	76	17.39
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	365	83.52
เคยสูบบุหรี่	72	16.48
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน		
ไม่หกล้ม	327	74.83
หกล้ม	110	25.17
<b>ปัจจัยเสริม</b>		
สิทธิรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	366	83.75
สวัสดิการข้าราชการ	56	12.82
ประกันสังคม	15	3.43
มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย		
มี	399	91.30
ไม่มี	38	8.70

**ส่วนที่ 2** คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 96.38, SD = 15.85$ ) เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 53.10 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 45.30 และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

(n=437 คน)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย(M)	SD
คุณภาพชีวิตระดับดี (96-130 คะแนน)	232	53.10	108.54	9.67
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	198	45.30	83.53	7.12
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ (21-60 คะแนน)	7	1.60	57.14	2.41
คุณภาพชีวิตโดยรวม			96.38	15.85

**ส่วนที่ 3** ค่าไคสแควร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 (n = 437 คน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 จากผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Chi-Square Test จึงใช้สถิติ Fisher's Exact test พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.1 ซึ่งปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และปัจจัยด้านประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .000 โดยระดับประถมศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.5 มีรายได้เพียงพอไม่มีเก็บมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.7 มีประกันสุขภาพบัตรสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.85 ยังพบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ .013 ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีผู้ดูแลส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.1 และปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ .019 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตระดับดีสูงสุกร้อยละ 50.10 ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่าไคสแควร์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 (n = 437 คน)

	ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	ดี	
เพศ	ชาย	1(0.6)	73(41.0)	104(58.4)	.099
	หญิง	6(2.3)	125(48.3)	128(49.4)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
สถานภาพสมรส	สมรส	4(1.7)	102(44.3)	124(53.9)	.061
	หม้าย	3(2.3)	71(53.8)	58(43.9)	
	โสด	0(0)	16(39.0)	25(61.0)	
	หย่า	0(0)	9(26.5)	25(73.5)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
ระดับการศึกษา	ประถม	5(1.9)	147(55.5)	113(42.6)	.000***
	มัธยม	0(0)	22(32.4)	46(67.6)	
	ไม่ได้เรียน	2(4.1)	26(53.1)	21(42.9)	
	ปริญญาตรี	0(0)	3(6.5)	43(93.5)	
	ปริญญาโท	0(0)	0(0)	9(100)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน	ไม่เพียงพอ	2(2.9)	44(64.7)	22(32.4)	.000***
	เพียงพอไม่มีเก็บ	5(2.2)	118(52.7)	101(45.1)	
	เพียงพอเหลือเก็บ	0(0)	36(24.8)	109(75.2)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

	ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	ดี	
การดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	7(1.9)	173(47.9)	181(50.1)	.019*
	ดื่มแอลกอฮอล์	0(0)	25(32.9)	51(67.1)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	7(1.9)	160(43.8)	198(54.2)	.262
	สูบบุหรี่	0(0)	38(52.8)	34(47.2)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
การหกล้ม	ไม่เคยหกล้ม	4(1.2)	154(47.1)	169(51.7)	.240
	เคยหกล้ม	3(2.7)	44(40.0)	63(57.3)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
ประกันสุขภาพ	สวัสดิการสุขภาพ ถ้วนหน้า	6(1.7)	188(51.85)	172(47.3)	.000***
	สวัสดิการข้าราชการ	0(0)	8(14.3)	48(85.7)	
	ประกันสังคม	1(6.7)	2(13.3)	12(80)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	
ผู้ดูแล	มี	6(1.5)	173(43.4)	220(55.1)	.013*
	ไม่มี	1(2.6)	25(65.8)	12(31.6)	
	รวม	7(1.6)	198(45.3)	232(53.1)	

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 96.38, SD = 15.85$ ) และเมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับดี รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ซึ่งเมื่อเทียบกับปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม โดยแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อการดำรงอยู่ในสังคม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ให้มีการวางแผนการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข การใช้สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิต แม้จะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ บุคคลก็ยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปลอดภัยและรู้สึกมั่นใจในการดำรงชีวิต เนื่องจากปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยในการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน หากผู้สูงอายุมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อการดำรงชีวิตและมีการรับรู้ต่อตนเองที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการใช้ชีวิต อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ทั้งการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับรู้มีความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (จิรัชยา เคล้าดี และคณะ, 2563) การรับรู้ทางด้านจิตใจการตัดสินใจ และการรับรู้ด้านการช่วยเหลือ เป็นการรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และการรับรู้สิ่งแวดล้อมของตนเองในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ สิ่งเหล่านี้ตอบสนองความต้องการของตนเองและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (โกศล สอดส่อง, 2561) และการมีผู้ดูแลที่เข้าใจผู้สูงอายุก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ปิยภรณ์ เลหาบุตร, 2557; แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559; โกศล สอดส่อง, 2561) จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 6 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอภิปรายจำแนกตามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังนี้

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม ทั้งในการทำกิจกรรมหรือการทำงาน ผู้หญิงมีสถานภาพในสังคมที่ต่ำ การเข้าถึงการบริการด้านต่างๆ มีน้อยจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงพบว่า เพศหญิงออกไปทำงานและทำกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้น สถานะทางการเงินของเพศหญิงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายและเพศหญิงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าเพศชายและเพศหญิงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p > 0.05$ ) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ตะวัน วาทกิจ และลัดดา ปินตา (2559) ที่พบว่าความแตกต่างด้านเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะเพศหญิงและเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีแตกต่างกัน สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้หลายๆ อย่าง เพราะเพศมีความเท่าเทียมกัน (สุนิสา คำชื่น และคณะ, 2563) สถานภาพสมรสเป็นความผูกพันระหว่างชายหญิงที่มีความรักใคร่เข้าใจซึ่งกันและกัน การปรับตัวเพื่อให้สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความผูกพันมักมีผลต่อสภาพจิตใจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p > 0.05$ ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ที่คู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว (Witkiewitz, et al., 2018) อาจเนื่องมาจากสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันเปิดกว้าง การยอมรับการมีคู่ชีวิตที่เป็นครอบครัว และการหย่าเพิ่มมากขึ้น สังคมให้คุณค่าของบุคคลที่เท่าเทียมกันเพิ่มขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต (อภิรดี โชนิรัตน์ และคณะ, 2563) ถึงแม้จะมีการจากไปของคู่สมรสโดยเฉพาะการจากไปที่กะทันหันการทำใจยอมรับอาจจะใช้ระยะเวลา (พิมพ์สิทธ์ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง, 2559; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน จึงส่งผลให้ระยะเวลาของการทำใจยอมรับมีระยะเวลาที่สั้นและปรับตัวได้ดีขึ้น (ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2561; สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้, 2562) การศึกษาระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งผลสอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี การเรียนรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาหาความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการพัฒนาองค์ความรู้ (ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2561) เมื่อผู้สูงอายุเผชิญความเจ็บป่วยและปัญหาของตนเองและคนในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่สูงจะมีสติในการแก้ปัญหา ทำความเข้าใจกับการเจ็บป่วยและปัญหาที่

เกิดขึ้นได้อย่างสมเหตุสมผล (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559; เสาวนีย์ ระพีพรกุล, 2560) และสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สุขภาพดีขึ้นส่งผลต่อการวางแผนชีวิต (ปิยาภรณ์ เลหาบุตร, 2557; Atri, et al., 2020) และจากการศึกษาความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p < 0.001$ ) โดยผู้สูงอายุมีความเพียงพอรายได้แต่ไม่มีเก็บคิดเป็นร้อยละ 52.7 และเมื่อเปรียบเทียบความเพียงพอรายได้แต่ไม่มีเก็บต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 75.2 ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับดี กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 64.7 ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งผลสอดคล้องกับงานวิจัยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บส่งผลให้มีการวางแผนนำเงินไปต่อยอดลงทุนให้เกิดรายได้เพิ่ม ทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อการวางแผนจัดการชีวิตของตนเอง (อภิรักษ์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกุล, 2559) การกระตุ้นศักยภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่มีความสุข และยังมีความสัมพันธ์กันทางด้านจิตใจซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการถดถอยอย่างมีคุณภาพและส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดี (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2561) ยังพบว่าการดูแลอย่างดีของคนในครอบครัวและการดูแลสุขภาพทางการเงินจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง แม้รายได้ผู้สูงอายุจะน้อยก็ยังพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับปานกลาง (จิรัชยา เกล้าดี และคณะ, 2560) เนื่องจากรายได้ของผู้สูงอายุไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรม เพราะผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกล้มลุกตอด้ โดยส่วนใหญ่ได้รับความเอาใจใส่ (พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559)

ปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่จำเป็นในการแสดงหรือช่วยให้การใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตมีความจำเป็นและสำคัญต่อการใช้ชีวิตหรือหากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โรคเหล่านั้นก็เป็นปัจจัยเอื้อในการดำรงชีวิตได้เช่นกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p > 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบความถี่ของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่มีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.2 ของผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.8 ของผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ซึ่งผลสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากกาสูบบุหรี่ส่งผลต่อสติปัญญาของผู้สูงอายุ การวางแผนจัดการดำเนินชีวิตมีความไม่ต่อเนื่อง (ฐาปกรณ เรือนใจ และสุคนธา ศิริ, 2559) ดังนั้นการงดสูบบุหรี่ส่งผลต่อสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากบุหรี่มีผลต่อหลอดเลือดสมองทำให้การไหลเวียนเลือดไปที่สมองทั้งส่วน cortex และ subcortex ลดลง ทำให้สมองฝ่อเร็วขึ้น หากสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาที่ยาวนานจะมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมตามมา (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559; ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ, 2561) การศึกษาปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p < 0.05$ ) โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.1 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน อีกทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ลดลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้ไม่มีความสุข (จิรัชยา เกล้าดี

และคณะ, 2560) แต่ผลการศึกษาของผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับดี คิดเป็นร้อยละ 67.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุให้ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะและมีความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความเพียงพอและเหลือเก็บ การดื่มแอลกอฮอล์จะดื่มสัปดาห์ละครั้งกับคนในครอบครัว ซึ่งเป็นปริมาณที่พอเหมาะ (ปีพมา ผ่องศิริ และคณะ, 2561) ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ และการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยให้มีการพบปะสังสรรค์กับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและมีความสุขจากการแลกเปลี่ยนทัศนคติ (Witkiewitz, et al., 2018) และจากการศึกษายังพบว่า การหกล้มในรอบ 6 เดือนของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ( $p > 0.05$ ) โดยผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.7 และผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.3 เนื่องจากประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยตอนต้น นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะพบว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มจะมีคุณภาพชีวิตในระดับดี อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการหกล้มมีจำนวนน้อย และการหกล้มที่เกิดขึ้นเป็นการหกล้มที่ไม่มีผลต่อกระดูกสะโพกและกระดูกหัวเข่า จึงไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการกลั้วการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุเจอประสบการณ์การหกล้มเป็นจำนวนหลายครั้งต่อเดือน หรือ 2 เดือนครั้ง มีความกลัวการหกล้มในระดับมาก มีความมั่นใจในการทรงตัวระดับปานกลาง และมีความมั่นใจและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้ผู้สูงอายุมีการถดถอยจากสังคม ซึ่งหากมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุได้จะลดความกลัวการหกล้มและทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจในการทรงตัว การทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นและทำให้คุณภาพชีวิตจิตใจดีขึ้น (นงพิมพ์ นิมิตอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจ็จจันท์ วัฒนกิจเจริญ และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว, 2563)

ปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลได้แสดงพฤติกรรมได้อย่างมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยที่จะแสดงพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การใช้บัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการใช้จ่าย การได้รับคำยกย่องจากบุคคลอื่น หรือการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรัก จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $p < 0.001$ ) โดยผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.85 รองลงผู้สูงอายุที่มีมาประกันสุขภาพสวัสดิการข้าราชการมีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.7 และผู้สูงอายุที่มีประกันสังคมมีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้า หากเกิดการเจ็บป่วยมีสิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ทำให้ลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี (สุนิสา คำชื่น และคณะ, 2563) แต่ด้วยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้พบกับปัญหาในการมีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ และการเดินทางไปสถานพยาบาลยากลำบากส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อที่ต้องเดินทางไปพบแพทย์และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (เสมอ จิตพล, 2556) และการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุยามเจ็บป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.1 และพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.8 จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ชัดว่าผู้ดูแลมีความสำคัญในการส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้ดูแลยังช่วยผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันในบางเรื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตัวเองไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์, 2561)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีต้องประกอบด้วยปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อ ในการดำรงชีวิต ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ผ่านมา แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การดื่มแอลกอฮอล์ และการประกันสุขภาพ มีความแตกต่างกันปัจจัยด้านสถานภาพสมรสผู้สูงอายุมีการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเมื่อไม่มีคู่ชีวิต ผู้สูงอายุสามารถศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองภายในชุมชนจากการสนับสนุนของชุมชน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุมีส่วนน้อย แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการดื่มสุราอาจเนื่องมาจากรายได้ที่มีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ รวมถึงการมีหลักประกันสุขภาพที่ผู้สูงอายุไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมั่นใจและปลอดภัยในการใช้ชีวิต แต่ถึงอย่างไรหน่วยงานของภาครัฐต้องเข้าถึงผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการรับรู้ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวในมากขึ้น รวมถึงการจัดกิจกรรมหรือความรู้ที่เป็นแนวทางในการออมทรัพย์หรือการใช้จ่ายเงินให้เพียงพอและเหลือเก็บ เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยเพื่อให้ทราบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากผลการวิจัยที่วิเคราะห์ไม่สามารถบอกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยจึงส่งผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ไม่ครอบคลุม
2. ส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุภายในชุมชน เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะเรื่องความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนที่พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ

## เอกสารอ้างอิง

- โกศล สอดส่อง. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศึกษาศาสตร์ ม มร, 6(1)*, 162-175.
- จิรัชยา เคล้าดี, สุกชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์, 15(1)*, 27-32.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 9(3)*, 94-105.
- ฐาปกรณ์ เรือนใจ และสุนธรา ศิริ. (2559). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงราย. *ลำปางเวชสาร, 37(1)*. 1-8.
- ตะวัน วาทกิจ และลัดดา ปินตา. (2561). การศึกษาปัจจัยที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบริหารธุรกิจและศิลปะศาสตร์ ราชชมงคลล้านนา, 6(2)*, 111-124.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3)*, 64-70.
- นงพิมล นิमितอนันท์, วิชชุดา กลิ่นหอม, เจือจันทร์ วัฒนภิเจริญ และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21(2)*, 389-399.
- ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล และสอาด มุ่งสิน. (2561). คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมืองอุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์, 25(2)*, 137-151.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี*. [งานนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา]. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา.  
<https://webopac.lib.buu.ac.th/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00226361>
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560) *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี*. [การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. หอสมุดแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.  
[https://digital.library.tu.ac.th/tu\\_dc/frontend/Info/item/dc:139570](https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:139570)
- พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2)*, 94-109.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. บริษัทพรินเทอริ จำกัด 999.
- ยุภา โฟผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พกษาชีวะ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18 (ฉบับพิเศษ)*, 266-275.
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2565) หน้า 47



- วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพ็ชร์ และสามารถ ใจเตี้ย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน. *ลำปางเวชสาร*, 38(2), 49-58.
- สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบ บูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารแพทย์เขต* 4-5, 38(3). 178-195.
- สุนิสา คำชื่น, หลุ่ย กงมหา, ปรากฏทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ และวิจิตร แผ่นทอง. (2563). ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข*, 30(1), 104-120.
- สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2557). แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). ข้อมูลสำคัญด้านการ พยาบาล. สำนักการพยาบาล.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- เสาวนีย์ ระพีพรกุล. (2560). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อยหมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*, 9(1), 153-165.
- เสมอ จัดพล. (2556). การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัด เพชรบุรี. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์*, 6(3), 510-519.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ 20 ปี เขตสุขภาพ ที่ 6 พ.ศ. 2560-2579*. สืบค้นจาก [http://region6.cbo.moph.go.th/r6/all\\_mapping.php](http://region6.cbo.moph.go.th/r6/all_mapping.php).
- อภิรักษ์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกุล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์มนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์*, 8(2), 172-188.
- อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศรียามน ตีรพัฒน์. (2020). ปัจจัยทำนาย การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 95-110.
- Atri, S. B., Pakpour, V., Khalili, A. F., Jafarabadi, M. A., & Kharajo, Z. N. (2020). Social capital and its predictive role in quality of life among the elderly referring to health centers in Tabriz, Iran: A community-based study. *Journal of Caring Sciences*, 9(4), 212.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Applications in communities. *Health Program Planning. An educational and ecological approach (4th ed.)*. McGraw-Hill.

- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of aging research, 2018*, 4086294. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
- Witkiewitz, K., Kranzler, H. R., Hallgren, K. A., O'Malley, S. S., Falk, D. E., Litten, R. Z., Hasin, D. S., Mann, K. F., & Anton, R. F. (2018). Drinking risk level reductions associated with improvements in physical health and quality of life among individuals with alcohol use disorder. *Alcoholism, clinical and experimental research, 42*(12), 2453–2465. <https://doi.org/10.1111/acer.13897>