

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
The casual model between personal factors, health belief model, and quality  
of life among the elderly in Khlong Chik Sub-district, Bang Pa-in District,  
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ปิยลักษณ์ เจริญชาติ<sup>1</sup> ธัญชัย บุญหนัก<sup>2\*</sup>  
Piyalak Charoenchart<sup>1</sup> Tanunchai Boonnuk<sup>2\*</sup>

\*Corresponding author: tanunchai.bo@lru.ac.th

(Received: February 10, 2022; Revised: March 17, 2022; Accepted: May 1, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 360 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลในระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ( $\chi^2 = 209.55$ ,  $df = 113$ ,  $\chi^2/df = 1.85$ ,  $GFI = .95$ ,  $RMSEA = .05$ ) ซึ่งคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (.44) รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคล (.24) โดยปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 25.1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่เป็นการชักนำสู่การปฏิบัติ ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี ขึ้นไป มีรายได้น้อย และมีสถานภาพโสดหรือหม้าย/หย่า/แยก

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

<sup>1</sup>Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

<sup>2</sup>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

<sup>2</sup>Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

### Abstract

The purpose of this research was to study the casual model between personal factors, health belief model, and quality of life among the elderly in comparison with the empirical data. The sample group, from systematic random sampling, consisted of 360 elder residents aged over 60 years old in in Khlong Chik Sub-district, Bang Pa-in District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The instrument for data collection was a questionnaire. The data were collected from June 1 to September 30 in 2021. The statistics used in the study were descriptive statistics including percentage, frequency, arithmetic mean, standard deviation, and inferential statistic as structural equation modeling. The result found that the casual model between the personal factors, health belief model, and quality of life in the older people was commensurate with the empirical data ( $\chi^2 = 209.55$ ,  $df = 113$ ,  $\chi^2 / df = 1.85$ ,  $GFI = .95$ ,  $RMSEA = .05$ ). The quality of life among the elderly was mostly influenced by the health belief model (0.44), followed by the personal factors (0.24). The personal factors and the health belief model could explain the variance of the seniors' quality of life by 25.1%. Additionally, when considering independent variables that were components of latent variables in health belief model, it was found that the inducers to practice was the independent variable that was the most important component of the latent variable in the health belief model. Therefore, activities to promote the quality of the elderly life should be carried out with a focus on activities that lead to practices among the elderly females aged 70 years and over, those who are low income and single or widowed/divorced/separated status.

**Keywords:** Casual model, Health belief model, Quality of life, Elderly

## 1. บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาหลายปีแล้ว ตามการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ ประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในโลกนี้จะมีมากกว่า 1,000 ล้านคน สำหรับประเทศไทยกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก อีก 4 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 20 และอีก 20 ปีข้างหน้า สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงขึ้นถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup>

สำหรับมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยาเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งมีพื้นที่ที่รับผิดชอบคือจังหวัดพระนครศรีอยุธยา การส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจึงถือเป็นความมุ่งหวังของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยาต่อท้องถิ่นด้วยเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประชากรทั้งสิ้น 819,088 คน มีผู้สูงอายุ 155,067 คน คิดเป็นร้อยละ 18.93<sup>(2)</sup> จากโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรตามกลุ่มอายุ ในปี 2563 พบว่า จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 – 60 ปี ซึ่งเป็นถือเป็นวัยทำงาน เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่าอีก 10 ปี ประชากรกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี จะเป็นประชากรวัยเกษียณอายุการทำงาน จะทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น<sup>(3)</sup> โดยจากรายงานสำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี 2558 – 2563 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุระหว่างช่วงปีดังกล่าว เป็นจำนวน 132,643 132,790 140,579 146,032 151,803 และ 155,067 คน ตามลำดับ<sup>(4)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษที่ผ่านมา มีการศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล<sup>(5-6)</sup> และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ<sup>(7)</sup> แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ก็ไม่ได้มีการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ทางอ้อมและการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของความสัมพันธ์โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง ซึ่งเป็นข้อดีของการวิเคราะห์ในลักษณะนี้

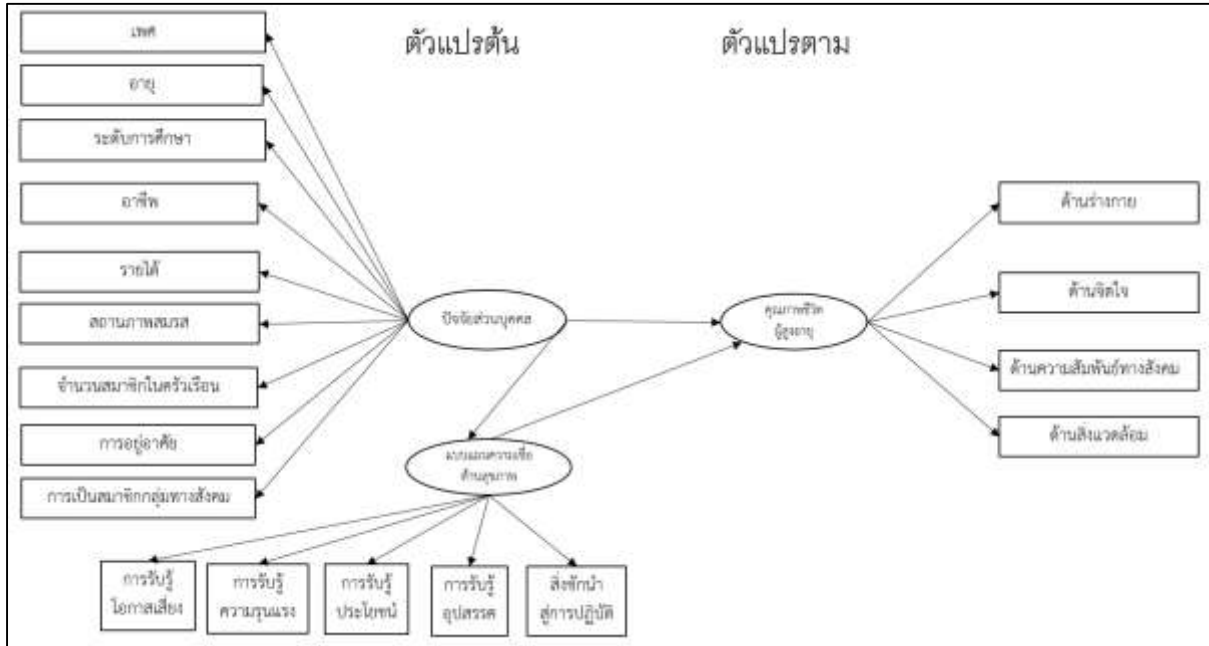
นอกจากนี้จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆ ปี นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น<sup>(8)</sup> นอกจากนี้เจ็บป่วยทางร่างกายแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น มีความเหงา ซึมเศร้า เป็นต้น ตลอดจนไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากวัยผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทำให้สูญเสียบทบาททางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัววันน้อยลง ตลอดจนไม่มีความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการทำกิจกรรมสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความหมาย ขาดแรงจูงใจ ขาดความเชื่อมั่น และมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดน้อยลง ซึ่งคาดว่าหากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จะก่อให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้านตามมา ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ ครอบครัว และค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น<sup>(9)</sup>

จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างต่อเนื่อง และจากผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แล้วนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป เนื่องจากตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นพื้นที่เป้าหมายสำคัญของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา มีผู้สูงอายุจำนวน 1,344 คน<sup>(10)</sup> พื้นที่นี้เด่นในเรื่องความร่วมมือของชุมชน ลักษณะของชุมชน อันเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหากดำเนินกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ได้ประสบความสำเร็จก็จะสามารถขยายกิจกรรมไปยังพื้นที่อื่น อันจะส่งผลให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของทั้งจังหวัดต่อไป

## 2. วิธีดำเนินการวิจัย

### 2.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## 2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 1,344 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 360 คน (การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง มีตัวแปรสังเกตได้ในแบบจำลอง จำนวน 18 ตัว จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 20 เท่าของตัวแปรสังเกตได้ ขนาดตัวอย่าง จำนวน 360 คน<sup>(11)</sup>) เลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยเรียงรายชื่อผู้สูงอายุแต่ละหมู่ตามลำดับรายชื่อของเทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แล้วใช้สูตร  $k = \frac{N}{n}$  เมื่อ  $k$  คือ ระยะห่างของรายชื่อ  $N$  คือ จำนวนประชากร และ  $n$  คือ จำนวนตัวอย่าง (หากผู้สูงอายุที่ถูกเลือกไม่ยินยอมหรือไม่สะดวกให้ข้อมูล จะเลือกผู้สูงอายุในลำดับถัดไปจากรายชื่อ)

## 2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การอยู่อาศัย การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะ

คำถามเป็นแบบปลายปิดเลือกคำตอบและปลายเปิดแบบใส่ข้อมูลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 น้อยที่สุดถึง 5 มากที่สุด โดยมีส่วนย่อยคือ การรับรู้โอกาสของการเป็นโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ การรับรู้การรับรู้อุปสรรค ในการดูแลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามคือ คำถามแบบปลายปิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ไม่เลยถึง 4 มากที่สุด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับแปลภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>(12)</sup> โดยแบ่งการวัดคุณภาพออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถาม ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามคือ คำถามแบบปลายปิดเลือกตอบ

## 2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (try out) 30 ชุด ในกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยและมีทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ตำบลบางกระสั้น อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าความเที่ยงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง การรับรู้โอกาสของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้การรับรู้อุปสรรค ในการดูแลสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เท่ากับ 0.72, 0.71, 0.72, 0.74 และ 0.72 ตามลำดับ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละประเด็นผ่านเกณฑ์ที่ 0.7 จากนั้นจึงนำแบบสอบถาม ไปเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564

## 2.5 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) จัดทำ หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจง / อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคลองจิก อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจำนวน 360 คน โดยผู้เก็บข้อมูลจะอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุรับฟังทีละข้อแล้วให้ตอบแบบสอบถามตามความเข้าใจ
- 4) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

## 2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural equation model) โดยใช้โปรแกรม Mplus เวอร์ชัน 7.4

## 2.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา เลขที่ COA No. 009/2021 รับรองวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลและมีการแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงสิทธิการเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บเป็นความลับและถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

## 3. ผลการวิจัย

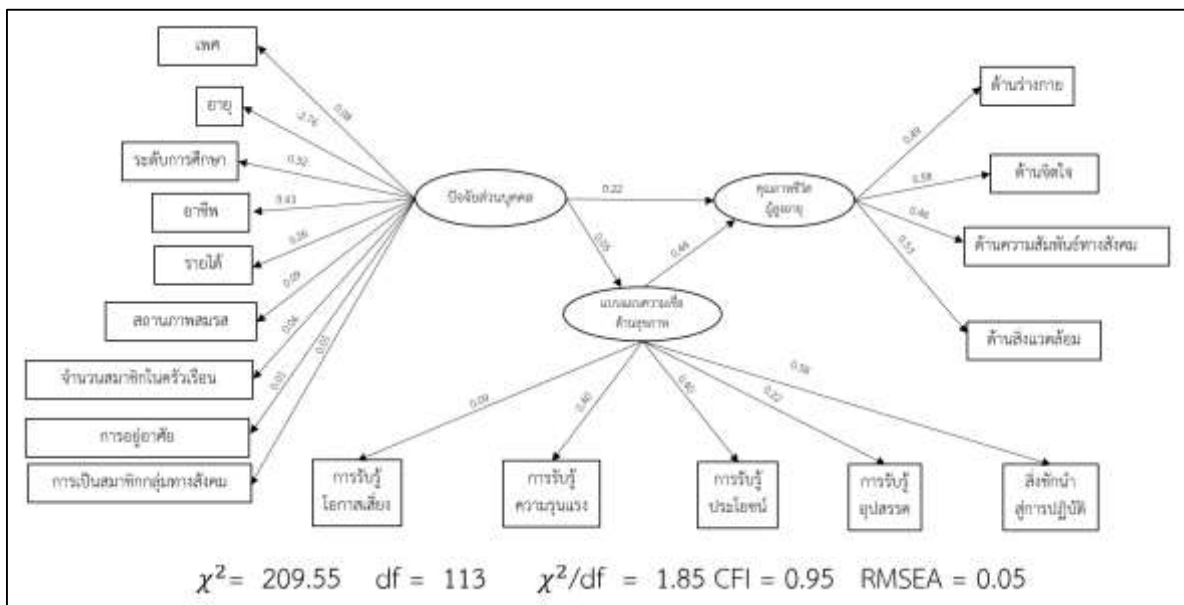
1) ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.8 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 71.1 ( $\bar{X}$  = 67.7, S.D. = 6.91, min = 60.0 max = 94.0) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50.8 รายได้ ไม่เกิน 1000 บาท/เดือน ร้อยละ 61.9 ( $\bar{X}$  = 3,857.8, S.D. = 6,556.49, min = 600.0 max = 40,000.0) สมรส ร้อยละ 62.5 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 – 4 คน ร้อยละ 60.0 ( $\bar{X}$  = 3.8, S.D. = 2.03, min = 1.0 max = 10.0) อยู่อาศัยบ้านตนเอง ร้อยละ 95.0 เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ร้อยละ 74.7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.7 ( $\bar{X}$  = 3.4, S.D. = 0.33, min = 2.4 max = 4.3) และคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.1 ( $\bar{X}$  = 2.3, S.D. = 0.62, min = 0.4 max = 4.0) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (n=360)

| ตัวแปรที่ศึกษา   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>เพศ</b>   |       |        |
| ชาย  | 152   | 42.2   |
| หญิง   | 208   | 57.8   |
| <b>อายุ (ปี)</b>   |       |        |
| 60 - 69  | 256   | 71.1   |
| 70 - 79  | 73    | 20.3   |
| ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป  | 31    | 8.6    |
| $(\bar{X}= 67.7, S.D.= 6.91, \text{min} = 60.0 \text{max} = 94.0)$             |       |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>   |       |        |
| ไม่ได้เรียน  | 2     | 0.6    |
| ประถมศึกษา   | 250   | 69.4   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น   | 63    | 17.5   |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ   | 27    | 7.5    |
| อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง  | 10    | 2.8    |
| ปริญญาตรีขึ้นไป  | 8     | 2.2    |
| <b>อาชีพ</b>   |       |        |
| ไม่มีอาชีพ   | 183   | 50.8   |
| อาชีพอิสระ   | 56    | 15.6   |
| รับจ้าง  | 61    | 16.9   |
| ธุรกิจส่วนตัว  | 50    | 13.9   |
| รับราชการ (บ้านานู)  | 8     | 2.2    |
| รัฐวิสาหกิจ (บ้านานู)  | 2     | 0.6    |
| <b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>  |       |        |
| ไม่เกิน 1,000  | 223   | 61.9   |
| 1,000 – 9,999  | 88    | 24.4   |
| ตั้งแต่ 10,000 ขึ้นไป  | 49    | 13.6   |
| $(\bar{X}= 3,857.8, S.D.= 6,556.49, \text{min} = 600.0 \text{max} = 40,000.0)$ |       |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>   |       |        |
| สมรส   | 225   | 62.5   |
| หม้าย/หย่า/แยก   | 87    | 24.2   |
| โสด  | 48    | 13.3   |
| <b>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)</b>   |       |        |
| 1 - 4  | 216   | 60.0   |
| 5 - 8  | 139   | 38.6   |
| ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป   | 5     | 1.4    |
| $(\bar{X}= 3.8, S.D.= 2.03, \text{min} = 1.0 \text{max} = 10.0)$               |       |        |
| <b>การพักอาศัย</b>   |       |        |
| บ้านตัวเอง   | 342   | 95.0   |
| บ้านญาติ   | 11    | 3.1    |

| ตัวแปรที่ศึกษา   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ห้องเช่า   | 5     | 1.4    |
| อื่นๆ  | 2     | 0.6    |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม</b>                       |       |        |
| มาก  | 84    | 23.3   |
| ปานกลาง  | 276   | 76.7   |
| น้อย   | 0     | 0.0    |
| $(\bar{X} = 3.4, S.D. = 0.33, \min = 2.4 \max = 4.3)$        |       |        |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง</b>     |       |        |
| มาก  | 154   | 42.8   |
| ปานกลาง  | 186   | 51.7   |
| น้อย   | 20    | 5.6    |
| $(\bar{X} = 3.5, S.D. = 0.70, \min = 1.4 \max = 5.0)$        |       |        |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรง</b>      |       |        |
| มาก  | 237   | 65.8   |
| ปานกลาง  | 114   | 31.7   |
| น้อย   | 9     | 2.5    |
| $(\bar{X} = 3.9, S.D. = 0.66, \min = 1.7 \max = 5.0)$        |       |        |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์</b>        |       |        |
| มาก  | 237   | 65.8   |
| ปานกลาง  | 122   | 33.9   |
| น้อย   | 1     | 0.3    |
| $(\bar{X} = 3.9, S.D. = 0.48, \min = 2.3 \max = 5.0)$        |       |        |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรค</b>         |       |        |
| มาก  | 21    | 5.8    |
| ปานกลาง  | 184   | 51.1   |
| น้อย   | 155   | 43.1   |
| $(\bar{X} = 2.5, S.D. = 0.74, \min = 1.0 \max = 4.4)$        |       |        |
| <b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ</b> |       |        |
| มาก  | 97    | 26.9   |
| ปานกลาง  | 253   | 70.3   |
| น้อย   | 10    | 2.8    |
| $(\bar{X} = 3.3, S.D. = 0.57, \min = 1.4 \max = 5.0)$        |       |        |
| <b>คุณภาพชีวิตภาพรวม</b>                                     |       |        |
| มาก  | 99    | 27.5   |
| ปานกลาง  | 255   | 70.8   |
| น้อย   | 6     | 1.7    |
| $(\bar{X} = 2.4, S.D. = 0.55, \min = 0.8 \max = 3.9)$        |       |        |
| <b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>                                |       |        |
| มาก  | 98    | 27.2   |
| ปานกลาง  | 245   | 68.1   |

| ตัวแปรที่ศึกษา   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| น้อย<br>( $\bar{X}$ = 2.3, S.D. = 0.62, min = 0.4 max = 4.0) | 17    | 4.7    |
| <b>คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ</b>                                  |       |        |
| มาก  | 139   | 38.6   |
| ปานกลาง  | 210   | 58.3   |
| น้อย<br>( $\bar{X}$ = 2.6, S.D. = 0.62, min = 0.8 max = 4.0) | 11    | 3.1    |
| <b>คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม</b>                   |       |        |
| มาก  | 69    | 19.2   |
| ปานกลาง  | 242   | 67.2   |
| น้อย<br>( $\bar{X}$ = 2.2, S.D. = 0.69, min = 0.7 max = 4.0) | 49    | 13.6   |
| <b>คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม</b>                            |       |        |
| มาก  | 98    | 27.2   |
| ปานกลาง  | 254   | 70.6   |
| น้อย<br>( $\bar{X}$ = 2.4, S.D. = 0.55, min = 0.6 max = 4.0) | 8     | 2.2    |



รูปที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผล โดยปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและทำการปรับโมเดลโดยพิจารณาจากดัชนีปรับรูปแบบ ผลจากการปรับรูปแบบทำให้รูปแบบมีความ

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ ได้แก่  $\chi^2 = 209.55$ ,  $df = 113$ ,  $p\text{-value} < .05$ ,  $CFI = 0.95$ ,  $RMSEA = 0.05$  พบว่าค่า  $\chi^2/df = 1.85$  ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 ค่าดัชนี CFI มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่า RMSEA มีค่าไม่เกิน 0.05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ถือว่ารูปแบบนั้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง



ประจักษ์<sup>(13)</sup> ดังนั้นผลการวิเคราะห์การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลไปยังคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 2 และตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์แยกค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรสาเหตุและตัวแปรผลโดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

| ตัวแปรสาเหตุ                | ตัวแปรผล                  |              |               |                       |      |       |
|-----------------------------|---------------------------|--------------|---------------|-----------------------|------|-------|
|                             | แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ |              |               | คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ |      |       |
|                             | TE                        | IE           | DE            | TE                    | IE   | DE    |
| ปัจจัยส่วนบุคคล             | 0.05                      | -            | 0.05          | 0.24*                 | 0.02 | 0.22* |
| แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ   | -                         | -            | -             | 0.44*                 | -    | 0.44* |
| ค่าสถิติ                    | $\chi^2 = 209.55$         | df = 113     | p-value < .05 | $\chi^2/df = 1.85$    |      |       |
|                             | CFI = .95                 | RMSEA = 0.05 |               |                       |      |       |
| สมการโครงสร้างตัวแปร        | แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ |              |               | คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ |      |       |
| Square Multiple Correlation | .002                      |              |               | 0.251                 |      |       |

\*หมายถึง p<.05

จากรูปที่ 2 และตารางที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต่ำบดลงจิก อำเภอบางปะอิน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางตรงต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ .22 ตัวแปร และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .44 ในขณะที่ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อตัวแปรคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผ่านตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ .02 โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 25.1

#### 4. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านไม่ว่าจะเป็นคุณภาพชีวิตทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น เพศชายจะมีความเครียดที่น้อยกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมักจะมีคุณภาพชีวิตทางกายที่มากกว่า

เพศหญิง กลุ่มที่อายุ 60 – 69 ปี เป็นผู้สูงอายุในช่วงเริ่มต้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตยังดีอยู่จึงมีคุณภาพชีวิตทางร่างกายและจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่อายุ 70 ปีขึ้นไป การมีรายได้สูงทำให้มีเงินทั้งในส่วนของการรักษาตัวและใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการ สิ่งนี้ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงการมีงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลไปยังคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม และการมีงบประมาณก็จะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมทางสังคมอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมตามมา และการที่คู่ชีวิตยังมีชีวิตอยู่ทำให้มีคู่คิดและลดโอกาสการเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทางจิตใจ เป็นต้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Geun Myun Kim et al.<sup>(5)</sup> ที่ได้รายงาน ว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ กิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญริช สารีภัสยะ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ที่รายงาน ว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และ รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 60 -69 ปี ไม่มีอาชีพ รายได้สูง และสถานภาพมีคู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าอีกกลุ่ม

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ส่งผลมาถึงการปฏิบัติ และการ

ปฏิบัติก็จะส่งผลมายังคุณภาพชีวิต ยกตัวอย่าง เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง ถ้ารับรู้ว่าการสวมหน้ากากอนามัยในที่ชุมชนจะลดโอกาสการติดเชื้อโควิด 19 เมื่อสวมหน้ากากอนามัยก็จะช่วยให้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว อีกทั้งเกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้หากมีการรับรู้ความรุนแรงก็จะยิ่งทำให้เราตระหนักและระมัดระวัง การรับรู้ประโยชน์ก็จะช่วยให้เราเห็นข้อดีของหน้ากากอนามัย การรับรู้อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติการณ์เช่นกัน สิ่งเหล่านี้ส่งผลไปสู่การปฏิบัติของบุคคลและสังคม ทำให้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปณิชา แดงอุบลและคณะ<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม และพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และยังพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณกร พลพิชัยและจันทรา อัยเอ็ง<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ประจำวัน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด

3) ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ก็ได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลไปยังแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้น้อย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน การอยู่อาศัย

การเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม ไม่ได้เป็นตัวกำหนดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล นั้นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ได้เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ไม่ว่าชายหรือหญิงก็มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน โดยผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jang Keong Sook และ Song Rhayun<sup>(15)</sup> ที่ได้ศึกษาแบบจำลองสมการโครงสร้างของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน และพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

## 5. สรุปผลการศึกษา

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 25.1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นตัวแปรอิสระที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของตัวแปรแฝงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่เป็นการชักนำสู่การปฏิบัติ เช่น การอบรมส่งเสริมอาชีพที่เป็นการสร้างงานพร้อมหาตลาดให้ ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 70 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงจากการทำงาน รายได้น้อย และสถานภาพมีโรคหรือหม้าย/หย่า/แยก เป็นต้น

## 6. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

## 7. เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย . สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561 [online]. แหล่งข้อมูล : [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf). [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 [online]. แหล่งข้อมูล : <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/18d9ad84-2802-4fc9-a464-9ff63ae44788/page/sYi0B> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
3. ศูนย์อนามัยที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. พีรามิดประชากร พระนครศรีอยุธยา ปี 2563 [online]. แหล่งข้อมูล : <http://203.157.71.115/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2020&cw=14> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
4. สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. บรรยายสรุปจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประจำปี 2563. พระนครศรีอยุธยา : สำนักงานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา; 2564. 4-45.
5. Kim GM, Hong MS, Noh W. Factors affecting the health-related quality of life in community-dwelling elderly people. Public Health Nursing 2018; 35(6), 482-489.
6. อัญริช สาริกัลยะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา 2563; 10(4): 87-99.
7. ปณิชา แดงอุบล, สุจิตรา จันทวงษ์, ประยงค์ นะเขิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารบัณฑิตศึกษา 2556; 10(5): 95-112.
8. บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. 8 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ [online]. แหล่งข้อมูล: <https://thaitgri.org/?p=39092> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ปัญหาของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง [online]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/15/461> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
10. เทศบาลตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สถิติประชากรตำบลคลองจิกอายุ 60 ปีขึ้นไป. เทศบาลตำบลคลองจิก; 15 ตุลาคม 2564.
11. Lindeman RH, Merenda PF, Gold RZ. Introduction to Bivariate and Multivariate Analysis. Scott, Foresman, Glenview; 1980.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พีรามิดประชากร พระนครศรีอยุธยา ปี 2563 [online]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.71.115/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2020&cw=14> [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2564].
13. Rathachatranon W. Analysis on Structural Equation Models for Public Administration Research. Asian Political Science Review 2018; 2(2): 33-42.
14. วรณกร พลพิชัย, จันทรา อึ้งอึ้ง. คุณภาพชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชาวประมงในจังหวัดตรัง. ตรัง: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการประมง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
15. Jang KS, Song R, A Structural Equation Model of Fall Prevention Behavior among Community-dwelling Older Adults with Osteoarthritis. Korean Journal of Adult Nursing 2015; 27(6), 684-694.