

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา
Predictors of Quality of Life among Older Adults
Aged 80 Years and above in Nakhon Ratchasima Province

ชุตินา รักษาบางแหลม¹, วรนิภา กรุงแก้ว^{1*}
Chutima Rukbanglam¹, Waranipa Kungkaew^{1*}
¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
¹Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College

(Received: May 30, 2026; Revised: August 9, 2026; Accepted: October 3, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 129 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 5 ระหว่าง .67 - 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .71 และพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอย พหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.24 ระดับดีร้อยละ 36.43 และระดับต่ำร้อยละ 2.33
2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (Beta = .459) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Beta = .232) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.40 ($\text{adj}R^2 = .274, p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งการตั้งรับและเชิงรุก ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ที่พักอาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranipa@nmc.ac.th)

Abstract

This descriptive study aimed to examine quality of life and identify predictors of quality of life among adults aged 80 years and older. The sample consisted of 129 adults aged 80 years and older residing in Nakhon Ratchasima Province, selected using multistage random sampling. The research instruments were: 1) a demographic questionnaire, 2) a self-rated health status questionnaire, 3) a questionnaire assessing environmental factors supporting health behaviors, 4) an assessment of activities of daily living, 5) a health behavior questionnaire, and 6) a quality-of-life questionnaire. Content validity was assessed by three experts, with content validity index values for Sections 3 and 5 ranging from .67 to 1.00. Reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficients of .71 for environmental factors supporting health behaviors and .78 for health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results were as follows.

1. Among adults aged 80 years and older in Nakhon Ratchasima Province, 61.24% had a moderate overall quality of life, 36.43% had a good quality of life, and 2.33% had a low quality of life.

2. The significant predictors of quality of life were health behaviors (Beta = .459) and environmental factors supporting health behaviors (Beta = .232). Together, these predictors explained 27.40% of the variance in quality of life (adjR² = .274, *p*-value < .001), with statistical significance at the .001 level.

Therefore, healthcare facilities should provide both passive and proactive health promotion activities and improve environmental factors that support health behaviors, including housing conditions, opportunities for social participation, and access to healthcare services to enhance the quality of life of adults aged 80 years and older. These findings may also provide useful evidence for developing policies and action plans to promote a better quality of life among older adults.

Keywords: Quality of Life, Adults Aged 80 Years and above, Health Behaviors, Environmental

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างสังคมทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) มีการคาดการณ์ว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกมากกว่า 1 พันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3.00 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2050) (World Health Organization, 2023) ในทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและสัดส่วนผู้สูงอายุในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วคือประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและเป็นประเทศอันดับแรก ๆ ของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มตัว ผลสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าปัจจุบันประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางกำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงคือภายในปี 2050 สองในสามของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2025) ทำให้สังคมโลกกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ กระบวนการเกิดสังคมผู้สูงอายุในแต่ละประเทศจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อม อาทิ ความเจริญมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนยาวของประชาชน

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วในหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียอัตรการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้และประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัย

มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.00 ปัจจุบันประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือสูงกว่าร้อยละ 4.00 ต่อปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.00 และผลการสำรวจประชากรไทยในปี พ.ศ. 2565 - 2567 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) คือค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิตในเพศชายเท่ากับ 70.50, 71.50, 71.80 ปี และเพศหญิง 78.30, 79.20, 79.60 ปี ตามลำดับ และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy: HALE) คือค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่สมบูรณ์ จนกระทั่งเสียชีวิตในเพศชายเท่ากับ 65.30, 66.00, 66.20 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 69.70, 70, 70 ปี ตามลำดับ โดยแนวโน้มของการมีอายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2567) การเพิ่มขึ้นของอายุผู้สูงอายุจึงเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องให้ความใส่ใจทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจสูงกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง การสนใจสิ่งแวดล้อม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ห่างจากสังคม ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันไม่คล่องแคล่ว เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมและผู้อื่นลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, ธนิกันต์ ศักดาพร, 2560)

จากผลการสำรวจประชากรในปี พ.ศ. 2567 พบมีประชากรทั้งหมด 64,989,504 คน ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,450,391 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.70 เมื่อจำแนกตามช่วงวัยพบว่าเป็นกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 7,593,731 คน กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 3,987,082 คน กลุ่มอายุ 80 - 89 ปี จำนวน 1,516,689 คน กลุ่มอายุ 90 - 99 ปี จำนวน 311,470 คน และกลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 41,419 คน (กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย, 2567) และจากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567 พบว่าผลการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ร้อยละ 45.30 รองลงมาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.50 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 8.60 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 3.50 และน้อยที่สุดมีสุขภาพไม่ได้อย่างมาก ร้อยละ 1.00 และผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารผักและผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 26.20 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 96.86 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.55 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 0.63 ในปี พ.ศ. 2567 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ซึ่งสะท้อนถึงการใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น รวมทั้งโรคที่มีความซับซ้อนขึ้น เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งต้องการการดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นและต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีทักษะการดูแลในระดับสูงเพิ่มขึ้น

จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ (ไม่รวม กทม.) จากผลการสำรวจในปี 2567 มีจำนวน 14,027,411 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุทั้งด้านจำนวนและคุณภาพชีวิต สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในอนาคต และด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีบทบาทและคุณค่าในสังคมไทย จึงต้องให้ความสำคัญและอุปถัมภ์ผู้สูงอายุให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แต่การเพิ่มขึ้นของอายุย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาที่จะตามมาจากความเปราะบางทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ การเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อนย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุสิ่งสำคัญคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ต้องตระหนักในการสร้างสุขภาวะสูงวัยอย่างยั่งยืน การศึกษาหรือค้นหาข้อมูลที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือปัจจัยที่มีผลหรือส่งผลกระทบมีอายุที่ยืนยาว ทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และสังคม ที่อาจส่งผลต่อ

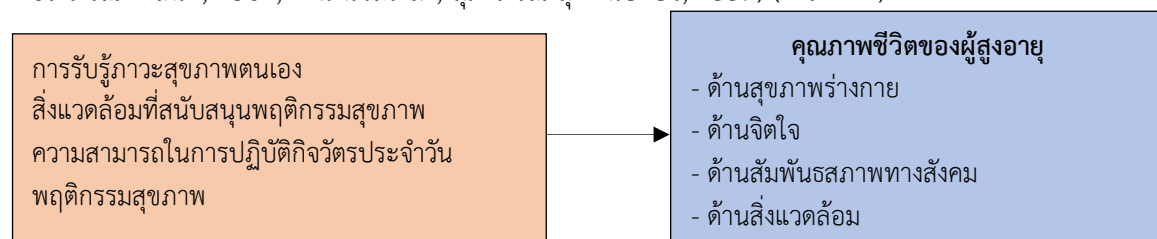
โอกาสในการมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคลและยังส่งผลเชื่อมโยงต่อการพัฒนาในระดับกลุ่มคน ชุมชนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทำการวิจัย เรื่องคุณภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา และให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพทางกายที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1997) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล, 2545) และจากทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพ (กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และพฤติกรรมสุขภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2562; เคน นวลไธสง, สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2559) (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predict Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 11,062 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน 2) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่อยู่ในระยะมีอาการกำเริบหรือระยะวิกฤต เช่น ระดับความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 mmHg) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (FBS > 126 mg/dl) 3) ไม่มีความผิดปกติทางจิตใด ๆ สำหรับเกณฑ์ในการแยกออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ 1) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย และ 2) ไม่สามารถสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 129 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) ตัวแปรต้นจำนวน 4 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งอำเภอตามโซนของการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ใน 6 โซน สุ่มมาโซน ๆ ละ 1 อำเภอ โซน 1 คืออำเภอเมือง โซน 2 คืออำเภอโชคชัย โซน 3 คืออำเภอ

โนนแดง โชน 4 คืออำเภอบ้านเหลื่อม โชน 5 คืออำเภอพระทองคำ และโชน 6 คืออำเภอสูงเนิน และสุ่มตำบลในแต่ละอำเภอมาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ผู้สูงอายุมีอายุ 80 ปีขึ้นไปของแต่ละตำบลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก พร้อมทั้งใส่เลขกำกับ สุ่มให้ได้ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 129 คน และเมื่อทราบกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะติดต่อกลับไปยังเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่งเพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นและทำการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ต่อไป

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	เมือง	5,010	58
2	โชคชัย	1,595	19
3	โนนแดง	603	7
4	บ้านเหลื่อม	483	6
5	พระทองคำ	1,082	13
6	สูงเนิน	2,289	27
รวมทั้งสิ้น		11,062	129

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ในรอบปีที่ผ่านมา ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และในปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถาม กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อยให้ 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ 1.00 - 1.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย 2.50 - 3.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.50 - 4.49 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และ 4.50 - 5.00 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ใช่ ให้ 2 คะแนน และ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และ 1.51 - 2.00 คะแนน หมายถึง ใช่สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

และไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale 5 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ให้ 5 คะแนน ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 17, 18 จากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน ข้อคำถามทางลบ เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ค่าความตรงเท่ากับ .6515 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .8406) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1) ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ให้ค่าน้ำหนักถ้อยเกณฑ์ให้คะแนนจากระดับ 5 มากที่สุด ถึง ระดับ 1 ไม่เลย แบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน เป็น 3 ระดับ และแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

26 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61 - 95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

96 - 130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

ตาราง 2 แสดงแบ่งระดับคุณภาพชีวิตรายรวมและรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรม การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แทน KR-20 เพื่อให้

ครอบคลุมการวัดความสอดคล้องภายในของแบบวัดทุกประเภท โดยแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .71 และพฤติกรรมสุขภาพได้ค่าเท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed Consent Process) ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วม ในการวิจัยมีการให้คำชี้แจงและมีเอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form) ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ได้ข้อมูลคืน 129 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, Anderson, 2019) ดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีการแจกแจงปกติและความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

3.2 ทดสอบความแปรปรวนค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .990 และค่า VIF เท่ากับ 1.010

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนครราชสีมา ได้หมายเลขรับรอง รหัส NMCEC- 0013/2568 (Certificate Number NMCEC- 0013/2568) ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 129)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	30.23
หญิง	90	69.77
อายุ ($M = 84.63$, $SD = 3.71$, $Min = 80$, $Max = 98$)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	11.63
ประถมศึกษา	99	76.74
ปวส./อนุปริญญา	12	9.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	2.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 129)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	87	67.44
ข้าราชการบำนาญ	6	4.65
รับจ้าง	7	5.43
เกษตรกร	24	18.60
อื่น ๆ	5	3.88
แหล่งมาของรายได้		
จากสวัสดิการของรัฐ	53	41.09
จากบุตรหลาน	37	28.68
จากการประกอบอาชีพ/เงินบำนาญ	15	11.63
อื่น ๆ	24	18.60
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	68	52.71
ไม่เพียงพอ	61	47.29

จากตาราง 3 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.77 อายุเฉลี่ย 84.63 ปี อายุสูงสุด 98 ปี อายุต่ำสุด 80 ปี การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 76.74 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 67.44 รายได้จากสวัสดิการของรัฐ ร้อยละ 41.09 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 52.71

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายข้อ

ข้อความ	M	SD
1. พอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.47	0.82
2. ไม่มีการเจ็บปวดร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.05	0.77
3. มีกำลังเพียงพอที่จะทำงานหรือการดำเนินกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน	3.47	0.88
4. พอใจกับการนอนหลับของท่าน	3.55	0.83
5. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.78	0.77
6. มีสมาธิในการทำงานดี	3.44	0.90
7. รู้สึกพอใจในตนเอง	3.72	0.80
8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้	3.77	0.90
9. ไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	3.93	0.97
10. รู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.62	0.84
11. ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.24	0.96
12. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.43	0.91
13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.86	0.79
14. พอใจกับการช่วยเหลือเพื่อนที่เคยได้รับจากเพื่อน	3.73	0.84
15. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	3.86	0.75
16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้	3.97	0.71
17. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.18	0.96
18. พอใจที่จะไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.92	0.75
19. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	3.46	0.81
20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.57	0.81

ข้อความ	M	SD
21. มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพท่าน	3.82	0.75
22. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม)	3.60	0.98
23. รู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมาย	3.88	0.72
24. สามารถไปไหนมาไหนได้ดี	3.32	1.11
25. พอใจในชีวิตทางเพศหรือวิธีการจัดการผ่อนคลายทางเพศ	2.16	1.36
26. คุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด	3.71	0.79

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	4	3.10	94	72.87	31	24.03
2. ด้านจิตใจ	3	2.33	55	42.64	71	55.04
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12	9.30	82	63.57	35	27.13
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3	2.33	58	44.96	68	52.71
ภาพรวม	3	2.33	79	61.24	47	36.43

จากตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้” ($M = 3.97, SD = 0.71$) รองลงมาคือ ไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ($M = 3.93, SD = 0.97$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือพอใจในชีวิตทางเพศหรือวิธีการจัดการผ่อนคลายทางเพศ ($M = 2.16, SD = 1.36$) โดยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.24 ระดับดีร้อยละ 36.43 และระดับต่ำร้อยละ 2.33 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีร้อยละคุณภาพชีวิตระดับดีมากที่สุดคือด้านจิตใจร้อยละ 55.04 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 52.71 และน้อยที่สุดคือด้านร่างกายร้อยละ 24.03 (ตาราง 5)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	30.02	8.98		3.342	.001
พฤติกรรมสุขภาพ	15.20	2.51	.459	6.066	<.001
สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ	2.22	0.73	.232	3.062	.003
$R = .534, R^2 = .285 \text{ adj}R^2 = .274 \text{ df} = 2,128 \text{ } F = 25.136 \text{ SE}_{est} = 11.635, p - \text{value} < .001$					

จากตาราง 6 พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ($Beta = .459$) และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($Beta = .232$) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถูกตัดออกเพราะไม่มีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.40 ($\text{adj}R^2 = .274, p - \text{value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = $30.02 + 15.20 (\text{พฤติกรรมสุขภาพ}) + 2.22 (\text{สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ})$

คะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = .459 (พฤติกรรมสุขภาพ) + .232 (สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ)
จากคะแนนมาตรฐานอธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมาเพิ่มขึ้น .459 และ .232 หน่วยตามลำดับ

การอภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมาในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.24 สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดมหาสารคามของ อรสุตา ตันตยานนท์ และ แคนวีย์ สายรักษา (2566) และผลการศึกษากิจกรรมชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในจังหวัดกำแพงเพชร ของ กุเกียรติ์ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ (2562) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมั่นคงรายได้ ส่วนใหญ่มาจากเงินสวัสดิการของรัฐ ซึ่งส่งผลต่อรายได้กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในสภาวะทางเศรษฐกิจปัจจุบันมีความไม่พอเพียงสูง ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับที่ไม่ดีเท่าที่ควร ข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีรายได้ไม่น้อยกว่า 30,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน คิดเป็น ร้อยละ 30.54 สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2568) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ของ จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธฤกษ์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ (2565) พบว่าปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามของ พิชญ์ พิมพ์เมือง, นพมาศ ช้างเดชา, ฤทธิรักษ์ พิมพ์เมือง (2567) พบว่าปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคือความกังวลด้านเศรษฐกิจ จากจำนวนผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่น้อยร้อยละ 61.82 และมีหนี้สินสูงร้อยละ 45.34 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้มีอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ และการส่งเสริมสนับสนุนการซื้อขายของกันภายในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อิตริรัตน์ ราศรี และอาจินต์ สงทับ (2564) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หากชุมชนให้ความสำคัญและใส่ใจผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน จะก่อให้เกิดแรงผลักดันและมีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครราชสีมา เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม และตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุดคือพฤติกรรมสุขภาพ (Beta= .459) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและถูกต้องเป็นประจำสม่ำเสมอจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (ฐิติกร โกษณ์เจริญ และวิญญา ตันอารีย์, 2566) ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เชื่อมตรงกับมิติคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน การใช้อย่างถูกต้อง และการพบแพทย์ตามนัด ล้วนช่วยคงสมรรถภาพ ลดอาการกำเริบของโรค และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยปัจจัยที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สภาพสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมทางศาสนา อายุ การมีส่วนร่วมทางสังคม และลักษณะครอบครัว (กุเกียรติ์ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านร่างกาย ด้านปัญญา และด้านจิตใจ (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, จักรวาล สุขไมตรี, 2560)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Rondón García, Ramírez Navarro, 2018) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกตามหลักของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (World Health Organization, 1997) ซึ่งปัจจัยด้านร่างกายและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ทำให้เกิดการลื่นล้ม หกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นห้องน้ำเปียก ลื่น ระดับพื้นทางเดินไม่สม่ำเสมอ การจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การระบายอากาศที่ไม่เหมาะสม เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมได้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2560)

สำหรับมิติของสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .232$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องไปกับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในจังหวัดกำแพงเพชร (กุ้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับมิติของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านความปลอดภัย ที่อยู่อาศัย การเงิน บริการสุขภาพ ข่าวดาร นันทนาการ สิ่งแวดล้อม และการคมนาคม (World Health Organization, 1997) การที่ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (เจษฎา นกน้อย, วรรณภรณ์ บริพันธ์, 2560) การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีภายในบ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นความภูมิใจของผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุส่งผลให้ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของวัยสูงอายุแตกต่างจากคนกลุ่มวัยอื่น ในผู้สูงอายุที่มีอายุยืน พฤติกรรมสุขภาพ ไม่ใช่เพียงพฤติกรรมปัจจุบัน แต่สะท้อนถึงวิถีชีวิตสะสมระยะยาว การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ (ณิรนา อภาจารัส, ณิรนา อภาจารัส, อุไรพร ถินสถิตย์, ปาริชาติ จำนงการ, พรณิกายจน วังกุม, กัลยลักษณ์ ทับทิมใส และคณะ, 2565) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการดูแล ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในและรอบบริเวณบ้านให้เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (นงนุช วงศ์สว่าง, กิรติ กิจธิรุฒพิงค์, ธนะวัฒน์ รวมสุข, 2564) จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรทำให้เกิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) จากสภาพสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมพร้อมสำหรับรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อนย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ หากการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหรือสภาวะจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนโดยสถานบริการ บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น การออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย โภชนาการที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปีโดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม.
2. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น จัดให้มีทางเดินที่ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ มุมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จุดพักผ่อนที่มีร่มเงา และส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน

3. เสริมสร้างความมั่นคงทางรายได้และการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุความร่วมมือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา จัดสวัสดิการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพื้นที่ทางไกล ส่งเสริมการรวมกลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน สนับสนุนกองทุนสวัสดิการชุมชน และจัดบริการรถรับ-ส่ง

4. จัดบริการให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและเพศวิถีในผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศในวัยสูงอายุ และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตภายใต้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้เรื่องการปรับตัวทางเพศในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างพลังผ่านการทำกิจกรรมที่มีความหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายตัวแปรอื่น เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะโรคประจำตัว การเข้าถึงบริการทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ความผูกพันทางจิตวิญญาณ หรือนโยบายสวัสดิการของท้องถิ่น โดยอาจใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อให้เห็นภาพปัจจัยเชิงสาเหตุที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำอย่างลึกซึ้งเพื่อทำความเข้าใจบริบททัศนคติ ความเชื่อ และอุปสรรคเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในวัยสูงอายุ รวมถึงความคาดหวังต่อการจัดการด้านนี้ ซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบโปรแกรมหรือนโยบายที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปรับสำนวนทางภาษาเท่านั้น และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้วิจัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก

<https://drive.google.com/file/d/1AzA7XPBra2btoqeTs9O5Mhk0oD7naNZ/view>.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). *รายงานสถิติจำนวนประชากรแยกอายุ ระบบสถิติทางการทะเบียน*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก

https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAge.php

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โกโกลีนท์ (ไทยแลนด์) จำกัด.

กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. (2562). ศึกษาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร, *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 394-401. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7185/6611>

จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขโมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.

<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/90779/71259>

- จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 12(1), 32-49.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/248949/172736>
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99140>
- จิตติกร โภชน์เจริญ และวิทยา ตันอารีย์. (2566). พฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน*, 1(3), 12-24.
<https://li02.tci-thaijo.org/index.php/STC/article/view/533>
- ณิรุษ อาภาจรัส, ณิรุษ อาภาจรัส, อุไรพร ถินสถิตย์, ปาริชาติ จำนงการ, พรณิกายจน วังกุ่ม, กัลยลักษณ์ ทับทิมใส, และคณะ (2565). การพัฒนามาตรฐานการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 1-12.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/253093/173003>
- เด่น นวลโธสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2559). *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(ฉบับพิเศษ), 89-104.
<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/JSSRA/article/view/71023/63927>
- อติรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สกทับ. (2564). ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารเครือข่ายและวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 127-139. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/issue/view/16673/4141>
- นงนุช วงศ์สว่าง, กิรติ กิจธีรวิมพ์ และธนวัฒน์ รวมสุข. (2564). การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ: บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1), 68-77. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/245900>
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 21-33. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/218455>
- พิชญ์ พิมพ์เมือง, นพมาศ ช่างเดชา และหฤหรรษ์ พิมพ์เมือง. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 5(1), 41-54.
https://phichit.moph.go.th/research_view.php?yp=y5p1&ref_id=b04
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี และธนิกานต์ ศักดาพร. (2560). *โรงเรียนผู้สูงอายุ: ชุดความรู้การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2560). *คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2568 จาก
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614761105-453_0.pdf
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กลุ่มงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. (2567). *อายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2562-2567 ระดับประเทศและจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://le-hale.bodthai.net/>
- สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2568). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก <https://shorturl.asia/J4r1b>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_47137.pdf

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *ตัวชี้วัดดัชนีสำคัญของประเทศไทย 2567*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://www.nso.go.th/public/e-book/Indicators-Thailand/Thailand-Indicators-2567/24/>
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2560). *การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/bound-elder/>
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- อรสุดา ตันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสหวิทยาการ วิจัยและวิชาการ*, 3(6), 385-398. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/article/view/270620/180732>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- 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>
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Thailand's Leadership and Innovations Towards Healthy Aging*. Retrieved October 22, 2025 from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
- World Health Organization, (2025). *Ageing and Health*. Retrieved October 22, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>