



## ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

### Predictive Factors for Quality of Life of the Social-Bound Elderly

ณัชชา ตระการจันทร์<sup>1</sup>, พรรณงาม วรรณพฤกษ์<sup>2</sup>

Natcha Trakarnjan<sup>1</sup>, Panngam Wannapuek<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34000

<sup>1,2</sup> Instructor nurse, Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University Ubonratchathani province, 34000.

Corresponding author: E-mail: panngam.w@ubru.ac.th

Received: 18 June 2025 Revised: 13 November 2025 Accepted: 20 November 2025

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

**รูปแบบและวิธีการ :** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบพหุคูณของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลขามใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลุ่มติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 90 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (Multiple linear regression)

**ผลการศึกษา :** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.7 อายุอยู่ในช่วง 60-89 ปี ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันคะแนนอยู่ในช่วง 14-20 คะแนน พฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันโดยรวมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำ ( $\bar{x} = 2.83$ ,  $SD = 5.66$ ) อำนาจการทำนายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมด้านสุขภาพ สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ร้อยละ 22.6 ( $R^2 = 0.226$ ,  $p < 0.001$ )



**สรุปผลการศึกษา :** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ ควรนำปัจจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมด้านสุขภาพไปพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

**คำสำคัญ :** กลุ่มติดสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ



## ABSTRACT

**Objective :** This research was to study the predictive power of ability to perform daily activities and health behavior on the quality of life of the social-bound elderly.

**Methods :** Predictive correlational research of ability to perform daily activities and health behavior on the quality of life of the social-bound elderly group who live in Kham Yai Subdistrict Municipality. The sample group was elderly people aged 60 years and over who lived in Kham Yai Subdistrict, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Sample is 90 cases. Data were collected by structured interview composed of 4 parts including characteristics, Barthel Activities of Daily Living: ADL, behavioral health of the elderly and quality of life among elderly (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, maximum–minimum value, and multiple regression.

**Result :** The majority of participants were female (66.7 percent). Their ages ranged from 60–89 years. Barthel Activities of Daily Living is 14–20 points. Overall daily health behavior during the past 6 months has regular practice ( $\bar{x} = 2.83$ ,  $SD = 5.66$ ). Predictive model analyzed reported the factor to quality of life of the elderly well, including Barthel Activities of Daily Living and health behavior able to predict the quality of life of the social-bound elderly for 22.6 ( $R^2 = 0.226$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusion :** Barthel Activities of Daily Living and health behavior able to predict the quality of life of the social-bound elderly. Then factors of ability to perform activities of daily living and health behaviors should be applied to develop a model for improving the quality of life of the social-bound elderly group through the participation of families and communities.

**Keywords :** Elderly, Quality of Life, Social-bound elderly



## บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.67 ของประชากรทั้งประเทศ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรทั้งหมด 1,868,794 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 318,987 คน คิดเป็นร้อยละ 17.07 ซึ่งมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 5 ของประเทศ และมีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 25<sup>(1)</sup> รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุ จึงได้มีการกำหนดนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(2)</sup> ซึ่งมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (ปี 2566–2580) โดยในแผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 คือ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม<sup>(3)</sup>

ในการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะประเมินตามเกณฑ์ของดัชนีบาร์เธลเดอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) คะแนน 0-20 คะแนน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคม (คะแนน ADL 12–20 คะแนน) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน (คะแนน ADL 5–11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง (คะแนน ADL 0–4 คะแนน) จากผลการสำรวจปี 2564 ของเทศบาลตำบลขามใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีร้อยละ 1.3 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.8 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.9<sup>(1)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเป็นข้าราชการบำนาญ/เกษียณ การเป็นหัวหน้าครอบครัว การมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน การมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน สามารถทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(4)</sup> การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 28.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01<sup>(5)</sup> การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 75 ( $R^2 = 0.75$ )<sup>(6)</sup> ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ได้ร้อยละ 63.80 ( $R^2 = 0.646$ ,  $R^2_{adj} = 0.638$ )<sup>(7)</sup> และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลังได้ร้อยละ 16.1<sup>(8)</sup> โดยที่พฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับสูง

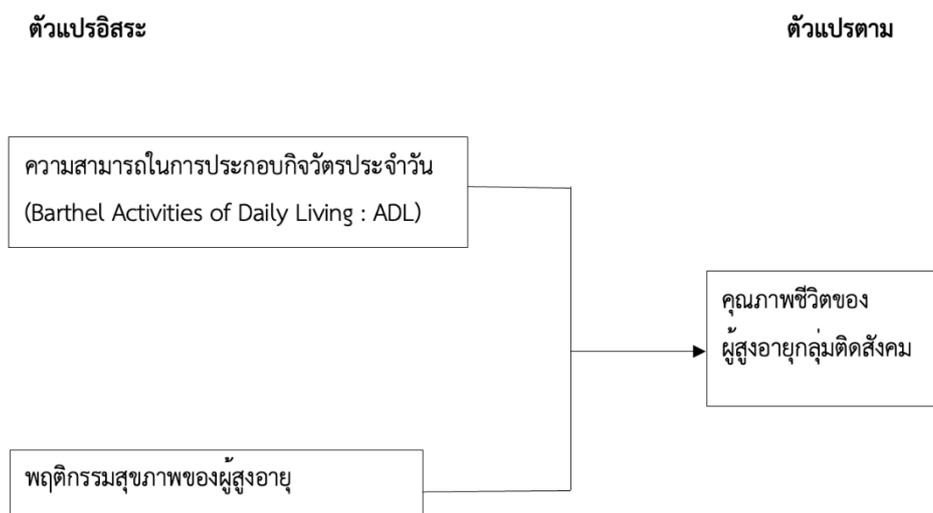
ผู้สูงอายุในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 3,818 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.25 ของประชากรทุกกลุ่มอายุ มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 3,429 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 89.81 ของประชากรสูงอายุ<sup>(9)</sup> การจัดบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง



ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งมีการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ และให้การรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังคงขาดการจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ พร้อมทั้งดูแลมิให้เกิดความเสื่อมหรือเกิดภาวะพึ่งพิง<sup>(10)</sup> เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมชุมชนในการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานในอนาคต ซึ่งคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำนาจการทำนายของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในการวางแผนและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อันจะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

#### กรอบแนวคิด

กรอบการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff<sup>(11)</sup> ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

## รูปแบบและวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบพยากรณ์ (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงกลุ่มติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,429 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นกลุ่มติดสังคม (ADL  $\geq$  12 คะแนน) 3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือเสียชีวิต และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power โดยกำหนดสถิติ: การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (Multiple linear regression) กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับกลาง (effect size) = 0.15, power of test = 0.95 ตามค่ามาตรฐานขนาดอิทธิพลของ Cohen<sup>(12)</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน และคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) จำนวนร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง<sup>(13)</sup> ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเป็น 90 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 90 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว สถานะทางครอบครัว ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน กลุ่มผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน



ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ ได้ประยุกต์ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ จากเกณฑ์ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข<sup>(14)</sup> ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในชุมชนได้

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของคิดณรงค์ โคตรทอง<sup>(15)</sup> ความสอดคล้องตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 มีจำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ในช่วง 6 เดือน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัติบ้างเป็นครั้งคราว หรือนาน ๆ ครั้งให้คะแนนเท่ากับ 2 ไม่เคยปฏิบัติเลยให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์<sup>(16)</sup> ปรับฐานคะแนนทุกตัวแปรเท่ากันโดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด-ต่ำสุด) หารด้วยระดับขั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ<sup>(17)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย และอัตวิสัย ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ



การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

คะแนน 61-95 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96-130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค<sup>(18)</sup> (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.82 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = 0.85

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (Multiple linear regression)

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้ลงนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ HE682032 ให้ไว้วันที่ 10 เดือนมิถุนายน 2568 หมดอายุวันที่ 10 เดือนมิถุนายน 2569 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

#### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 90 ราย เป็นเพศหญิง 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.70 อายุอยู่ในช่วง 60-89 ปี (Max = 89, Min = 60,  $\bar{X}$  = 71.02, SD = 6.90) สถานภาพสมรสคู่ 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.20 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-35,000 บาท ( $\bar{X}$  = 6,331.11, SD = 7,827.63)



ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวานร้อยละ 33.30 เป็นผู้นำครอบครัวร้อยละ 63.30 ไม่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน ร้อยละ 84.40 มีกลุ่มเพื่อนในชุมชนร้อยละ 96.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	60	66.70
- ชาย	30	33.30
สถานภาพสมรส		
- คู่	47	52.20
- หม้าย	38	42.20
- โสด	3	3.30
- หย่า	2	2.30
อายุ		
(Max=89, Min= 60, $\bar{x}$ = 71.20, SD = 6.90)		
- 60 - 69 ปี	43	47.80
- 70 - 79 ปี	34	37.80
- >= 80 ปี	13	14.40
รายได้		
(Max=35,000, Min= 600, $\bar{x}$ = 6331.11, SD =7827.63)		
- 0 – 1,000 บาท/เดือน	23	25.60
- 1,001–10,000 บาท/เดือน	47	52.20
- 10,001– 50,000 บาท/เดือน	20	22.20
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	48	53.30
- มัธยมศึกษา	24	26.70
- ปริญญาตรี	16	17.80



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.20
อาชีพปัจจุบัน		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45	50.00
- ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	19	21.10
- ข้าราชการบำนาญ	16	17.80
- อสม.	10	11.10
โรคประจำตัว		
- โรคเบาหวาน	30	33.30
- โรคความดันโลหิตสูง	18	20.00
- โรคไขมันในเลือดสูง	9	10.00
- โรคกล้ามเนื้อและข้อ	9	10.00
สถานะทางครอบครัว		
- หัวหน้าครอบครัว	57	63.40
- สมาชิกครอบครัว	33	36.60
ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน		
- มี	14	15.60
- ไม่มี	76	84.40
กลุ่มเพื่อนในชุมชน		
- มี	87	96.70
- ไม่มี	3	3.30
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Max=20, Min= 14, $\bar{X}$ = 19.50, SD = 1.34)		

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันโดยรวมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการปฏิบัติ  
 อย่างเป็นประจำ ( $\bar{X}$  = 2.83, SD = 5.66) พฤติกรรมด้านร่างกายมีการปฏิบัติเป็นประจำ ( $\bar{X}$  = 2.88,  
 SD = 1.38) พฤติกรรมด้านจิตใจมีการปฏิบัติเป็นประจำ ( $\bar{X}$  = 2.74, SD = 1.76) พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพ  
 ทางสังคมมีการปฏิบัติเป็นประจำ ( $\bar{X}$  = 2.85, SD = 2.34) และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมมีการปฏิบัติ  
 เป็นประจำ ( $\bar{X}$  = 2.87, SD = 1.60) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=90)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	2.83	5.66	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมด้านร่างกาย	2.88	1.38	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมด้านจิตใจ	2.74	1.76	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม	2.85	2.34	ปฏิบัติเป็นประจำ
พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม	2.87	1.60	ปฏิบัติเป็นประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Max = 116, Min = 61,  $\bar{x}$  = 92.22, SD = 8.29) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.88 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.60 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.70 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.20 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำแนกรายด้าน (n= 90)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย (Max=32, Min= 17, $\bar{x}$ = 23.44, SD = 2.46)	0	0	80	88.88	10	12.12
ด้านจิตใจ (Max=30, Min= 12, $\bar{x}$ = 23.32, SD = 2.81)	2	2.20	20	22.20	68	75.60
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Max=12, Min= 5, $\bar{x}$ = 9.03, SD = 1.47)	15	16.60	69	76.70	6	6.70
ด้านสิ่งแวดล้อม (Max=35, Min= 18, $\bar{x}$ = 29.32, SD = 2.84)	1	1.10	42	46.70	47	52.20



ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.351$ ) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=0.263$ ,  $r=0.255$ ) และพฤติกรรมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.366$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=90)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1				
2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	-0.151 <sup>ns</sup>	1			
3. พฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	0.109 <sup>ns</sup>	0.899 <sup>**</sup>	1		
4. พฤติกรรมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	0.082 <sup>ns</sup>	0.777 <sup>**</sup>	0.899 <sup>**</sup>	1	
5. คุณภาพชีวิต	0.351 <sup>**</sup>	0.263 <sup>*</sup>	0.255 <sup>*</sup>	0.366 <sup>**</sup>	1

\*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$ , ns = non signification

เมื่อทำการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 22.6 ( $R^2 = 0.226$ ,  $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุในขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=90)

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	$\beta$	t	p-value
- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	2.171	0.617	0.351	3.518	<0.001
- พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	0.385	0.151	0.263	0.2558	0.012

$R = 0.475$ , constant = 48.532,  $R^2 = 0.226$ , Overall F = 12.676, p-value <0.001



## อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันโดยรวมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายมีการปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มติดสังคม ระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชวชนท์ อิ่มอาบ<sup>(5)</sup> ที่ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี โดยผลการศึกษ พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 97.6

งานวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.366$ ) ค่าความสัมพันธ์มากที่สุด แสดงถึงการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก บ้านเรือนที่สะอาด การได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย มีค่าใช้จ่ายพอดีกับรายได้ตนเอง มีชีวิตอย่างอิสระ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.263$ ,  $r = 0.255$ ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.351$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญารัตน์ จินเฮ็ง<sup>(19)</sup> พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ( $r = 0.268$ ,  $p < 0.001$ )

วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่าสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ร้อยละ 22.6 ( $R^2 = 0.226$ ,  $p < 0.001$ ) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด

อธิบายได้ว่าหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตตามต้องการได้ด้วยตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองและดำเนินกิจกรรมในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ไม่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวุฒิฉาน ห้วยทรายและศรายุทธ ชูสุทนต์<sup>(4)</sup> พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการเป็นข้าราชการบำนาญ/เกษียณ การเป็นหัวหน้าครอบครัว การมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน และการมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.74 ( $p < 0.05$ )



รองลงมาคือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรศักดิ์ โพธิ์อำ<sup>(8)</sup> พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มพฤติกรรมหลังได้ร้อยละ 16.10 (p-value = 0.010)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในพื้นที่จำกัดเฉพาะบางตำบล อาจไม่สามารถอธิบายหรือสะท้อนสภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด
2. ตัวแปรที่ศึกษาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จึงไม่สามารถอธิบายมิติด้านลึกของพฤติกรรมหรือปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และอารมณ์ได้อย่างละเอียด

### สรุปผลการศึกษา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ร้อยละ 22.6

### ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำผลวิจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตตามต้องการได้ด้วยตนเอง ในการจัดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำผลวิจัยพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยรวม ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ไปจัดสร้างรูปแบบโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอย่างยั่งยืนในชุมชน
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้และแนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เป็นต้น



4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพด้านจิตใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการจัดงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิ ฝึกมีจิตใจเมตตา และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นต้น

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพด้านสังคม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุที่มีปัญหา และจัดกิจกรรมตามเทศกาลเพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนแสดงความเคารพนับถือผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก บ้านเรือนที่สะอาด การได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และการจัดสถานบริการสาธารณสุขให้อยู่ใกล้ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยแท้จริง

2. ผู้วิจัยควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง กลุ่มติดบ้าน และนำมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความแตกต่างในแต่ละกลุ่มอย่างชัดเจน

#### เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด; 2566.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, ชลธิชา อัศวินรันดร. การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน: วิพรรณ ประจวบเหมาะ, บรรณาธิการ. รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: พงษ์พานิชย์เจริญผล; 2565. หน้า 7-28
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 – 2580) พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2563.
4. วุฒิฉาน ห้วยทราย, ศรายุทธ ชูสุทนต์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566; 32(1):63-72.
5. ชวนนท์ อิมอาบ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563; 39(1):65-77.



6. กัลยา มั่นล้วน, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, นฤนาท กาญจนคลออด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 2566; 8(5):347-360.
7. ยุพยงค์ พาหา. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 2567;3(1):1-15.
8. อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพัฒนาพลัง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินอร์เทิร์น*. 2566;4(2):1-12.
9. รายงานข้อมูลอำเภอเมืองอุบลราชธานี[อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: 3 หมอรู้จักคุณ กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ; 2568 [วันที่อ้างถึง 30 พฤษภาคม 2568]. ที่มา: <https://3doctor.hss.go.th/>.
10. ยุทธนา พูนพานิช, แสงนภา อุทัยแสงไพศาล. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2557;23(2):226-238.
11. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. Participation place in rural development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
12. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press;1977.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
14. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นครปฐม:สำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยศิลปากร; 2561.
15. คิณรงค์ โคตรทอง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเทิง ตำบลไรร้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
16. วรพจน์ พรหมสัตยพรตและคณะ. การวัดตัวแปรและการวัดผลในเอกสารประกอบการสอนวิชาหลักการทางวิทยาศาสตร์. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2544.
17. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล,วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
18. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper and Row;1997.



19. ธัญญารัตน์ จินเฮ็ง. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.