วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e275731
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่

Health Status and Quality of Life among Older Adults after the COVID-19 Pandemic in Chiang Mai Province

ณิชชา ทิพย์วรรณ์[1], นนทรัตน์ จำเริญวงศ์[1*]

Nitcha Tipwan[1], Nontarut Jamroenwong[1*]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1]

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1]

(Received: May 30, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: December 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 360 คน ทำการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.17 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 47.78 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.22 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.00 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ e-mail: nontarut@bcnc.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the health status and quality of life of older adults, as well as the relationship between health status and quality of life after the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 360 elderly people (aged ≥ 60 years old) who were living in Chiang Mai Province and selected samples through a multistage random sampling method. The research instruments included a demographic data questionnaire, the activities of daily living (ADLs), the Basic Geriatric Screening, and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI). Descriptive statistics were used to analyze general data, and the relationship between health status and quality of life was examined using Chi-Square.

The results revealed that the majority of the participants were female (74.17%), aged between 70 and 79 years old (47.78%). Most of the participants had medical conditions with comorbidities (57.22%). Additionally, the analysis indicated that health-related factors significantly associated with quality of life included oral health problems, visual health, nutritional status, and knee osteoarthritis. These findings can serve as a guideline for promoting the health of older adults in the post–COVID-19 period to enhance their well-being and quality of life in the long term.

Keywords: Health Status, Quality of Life, Older People, the COVID-19 Pandemic

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตของบุคคลรวมไปถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 จากผลการสำรวจผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยรวมถึงภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยในระลอกแรก พบผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 543 ราย (ร้อยละ 7.9) จากจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งหมด 6,879 ราย และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 5.3) จากจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้เพื่อเลี้ยงชีพ การพักงาน หรือการเลิกจ้าง เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือไม่มี

ผู้ดูแล ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2563 จำนวน 97,329 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 2.2) สาเหตุเกิดจาก 1) ผลกระทบด้านการเงินของตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 41) 2) กลัวว่าตนเองและสมาชิกครอบครัวจะติดเชื้อโควิด-19 (ร้อยละ 28) และ 3) สุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากผิดนัดแพทย์ (ร้อยละ 18) (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความโดดเดี่ยวทางสังคม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคระบาด ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Richardson et al., 2020)

ภาวะสุขภาพ (Health Status) หมายถึง สภาวะทางกาย จิต และสังคมของบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่โดยรวม (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ภาวะสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization, 2023) สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มิติหลัก ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะที่สะท้อนถึงการมีหรือไม่มีโรค การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร 2) ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ความสมดุลทางอารมณ์ ความคิด การรับมือกับความเครียด หรือภาวะทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน 3) ภาวะสุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน หรือเครือข่ายทางสังคม ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม และ 4) ภาวะสุขภาพในการทำหน้าที่ (Functional Health) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การทำงานบ้าน การจัดการการเงิน การเดินทาง และกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2565; World Health Organization, 2022) จากการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์, ธิติรัช งานฉมัง และนันทยา กระสวยทอง (2563) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.2 โดยสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.8 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลให้สุขภาพร่างกายเสื่อมถอย เกิดภาวะพึ่งพิง ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยเพียงลำพังหรือขาดการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต (Quality of Life (QOL)) หมายถึง “การรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์

ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต ” (World Health Organization, 1996) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มิติหลักดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical) ได้แก่ ความเจ็บป่วย พลังงาน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ และการพึ่งพาผู้อื่น 2) ด้านจิตใจ (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกส่วนตัว ภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด การรับรู้ตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น ความพึงพอใจในตนเอง ความมั่นใจในความสามารถส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และชีวิตทางเพศ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ได้แก่ ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม สภาพการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ (ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, กฤติยา ชาสุวรรณ และเนตรนภา พันเล็ก, 2564; World Health Organization, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อสุขภาพของบุคคลเสื่อมถอยไม่ว่าจะในมิติด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างชัดเจน ดังการศึกษาของ Lu et al. (2020) พบว่า ภาวะสุขภาพทางสังคม (Social Health Status) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางหรือดี จะมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านภาพรวมอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษณา พงษ์พานิช (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การศึกษาของ วรวรรณ สุภาตา และสุกัญญา บัวศร (2567) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.81) และรองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 29.06) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา การพักอาศัยร่วมกับครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล, จิรกุล ครบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์(2565) พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; World Health Organization, 2022) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะสุขภาพ

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในลักษณะแยกเป็นรายมิติ ขณะที่การศึกษาเชิงบูรณาการที่พิจารณาทั้งสองมิติยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบในหลายมิติ ภายใต้บริบทของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาครั้งนี้ คาดว่าจะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการออกแบบบริการและกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

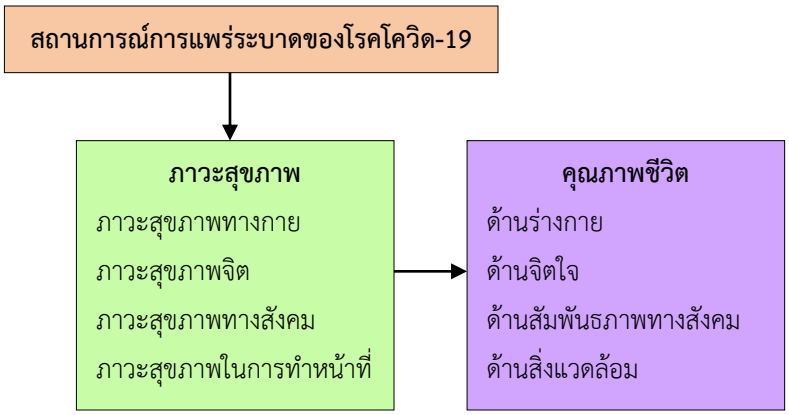
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lawton (2000) ที่มองว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกิดจากการผสมผสานของปัจจัยหลายมิติ ทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคล สภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่ทางจิตใจ ร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (Physical Health) มิติด้านจิตใจ (Psychological Health) มิติด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และมิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดำเนินของโรคเรื้อรัง และการเข้ารับบริการสาธารณสุขหลังการระบาด นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยว และปัญหาด้านสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือชุมชน และการลดลงของสัมพันธภาพทางสังคม (กรมอนามัย, 2564) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 318,959 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 ตำบล (ได้แก่ ตำบลสุเทพ ตำบลหนองป่าครั่ง ตำบลป่าลาน ตำบลสันปูเลย ตำบลหนองจ๊อม ตำบลสันนาเม็ง ตำบลสันผักหวาน ตำบลหนองตอง ตำบลน้ำบ่อหลวง ตำบลยุหว่า ตำบลบ้านตลาด และตำบลสันกำแพง) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเปิดตารางของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน การสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้ 1) ทำการสุ่มเลือกอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยคัดเลือกจากพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท 6 อำเภอ จาก 25 อำเภอ 2) ทำการจับสลากสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 12 ตำบลจาก 6 อำเภอ และ 3) ทำการจับสลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในตำบลที่คัดเลือก กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละพื้นที่และคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่
3. สามารถสื่อสารหรือเข้าใจภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

5. ประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADLs)) มากกว่า 4 คะแนน

6. ประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002)) ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (Cut-Off Point) แสดงว่ามีความผิดปกติด้านความสามารถของสมอง (Cognitive Impairment)

เกณฑ์การคัดออก

มีปัญหาด้านสุขภาพแบบเฉียบพลันในขณะทำการเก็บข้อมูล ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADLs)) ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index (BAI)) พัฒนาโดย Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอลประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0 (0-4 คะแนน) หมายถึง พึ่งพาผู้ดูแลในทุกกิจวัตรประจำวัน ระดับ 1 (5-8 คะแนน) หมายถึง ต้องพึ่งผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ระดับ 2 (9-11 คะแนน) หมายถึง พึ่งพาผู้ดูแลเป็นบางส่วน ระดับ 3 (12 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2022)) พัฒนาโดย Folstein, Folstein, & McHugh (1975) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 (กรมการแพทย์, 2564; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) เป็นการทดสอบการทำงานของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความจำระยะสั้น (Recall) ด้านสมาธิ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) และด้านการใช้ภาษา (Language) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลจะแบ่งช่วงคะแนนตามระดับการศึกษา โดยมีจุดตัด (Cut-Off Point) ดังนี้ ≤ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ≤ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และ ≤ 22 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly Health Assessment Form) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย 1) ปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาทางโภชนาการ น้ำหนักน้อย/เกิน ปัญหาทางสายตา การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า และสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ) 2) กลุ่มอาการของสูงอายุ (ภาวะเปราะบาง การล้มบ่อย ภาวะสมองเสื่อม/หลงลืม ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาการนอนหลับ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ยาไม่เหมาะสม) และ 3) สมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (การประเมินกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น การใช้ยาที่จำเป็นและเหมาะสม ความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้าสังคม)

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRER-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) แปลจากต้นฉบับขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ 5) ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 เมื่อนำมาคำนวณจะมีการกลับค่าคะแนน กำหนดระดับคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนตั้งแต่ ไม่เลย จนถึงมากที่สุด เป็น 1-5 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน ดังนี้ 26-60 คะแนนหมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 61-95 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง 96-130 คะแนนหมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ผลการทดสอบพบว่า แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index (BAI)) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2022) และแบบประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Thai Elderly Health Assessment Form) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเพื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ชี้แจงขั้นตอนแก่ผู้ช่วยวิจัยภายหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการดำเนินการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย โดยการอบรมขั้นตอนการใช้แบบประเมิน การตีความข้อคำถาม/เกณฑ์การให้คะแนน และการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือและทบทวนผลการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ

4. ขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากอาสาสมัครโดยการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้กับอาสาสมัครล่วงหน้า

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินสุขภาพ ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่อ่านแบบสอบถามให้กับอาสาสมัคร อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยสามารถซักถามเพิ่มเติมได้หากมีข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และใช้สถิติ Fisher Exact Test กรณีความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT13/2566 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนให้สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ข้อมูลจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและมีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ด้วยการระบุรหัสทำให้ไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

ภายหลังจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 5 ปี ผู้วิจัยจะลบข้อมูลและทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน (ร้อยละ 74.17) อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด จำนวน 172 คน (ร้อยละ 47.78) รองลงมา คือ 60-69 ปี จำนวน 161 คน (ร้อยละ 44.72) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 163 คน (ร้อยละ 45.27) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 158 คน (ร้อยละ 43.89) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 339 คน (ร้อยละ 94.17) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 235 คน (ร้อยละ 65.28) รองลงมา คือ หม้ายหรือหย่าร้าง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 20.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จำนวน 283 คน (ร้อยละ 78.61) สำหรับด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 167 คน (ร้อยละ 46.39) แหล่งรายได้หลักมาจากตนเอง จำนวน 222 คน (ร้อยละ 61.67) โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท จำนวน 175 คน (ร้อยละ 48.61) ทั้งนี้ รายได้ของครอบครัวโดยรวมเพียงพอต่อการดำรงชีวิต จำนวน 249 คน (ร้อยละ 69.17) ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคร่วม (ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป) จำนวน 206 คน (ร้อยละ 57.22) และเข้ารับการตรวจรักษาหรือรับยาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 339 คน (ร้อยละ 94.17) สำหรับประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 156 คน (ร้อยละ 43.33) รองลงมา คือ ได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 129 คน (ร้อยละ 35.83) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับวัคซีน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 8.06) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ครั้ง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 139 คน (ร้อยละ 38.61) และกลุ่มที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 8.06)

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 282 คน (ร้อยละ 78.33) รองลงมาคือ มีระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.28) การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 287 คน (ร้อยละ 79.72) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.28) เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 123 คน (ร้อยละ 34.17) รองลงมา คือ มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 119 คน (ร้อยละ 33.06) และมีภาวะอ้วนระดับ 1 และภาวะอ้วนระดับ 2 จำนวน 91 คน (ร้อยละ 25.27) จากการประเมินภาวะสุขภาพเฉพาะด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้ยินอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 310 คน (ร้อยละ 86.11)

ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จำนวน 292 คน (ร้อยละ 81.11) สำหรับสุขภาวะทางตา กลุ่มตัวอย่างมีการมองเห็นผิดปกติ จำนวน 195 คน (ร้อยละ 54.17) และมีการมองเห็นปกติ จำนวน 165 คน (ร้อยละ 45.83) จากการประเมินภาวะสุขภาพด้านระบบโครงสร้างของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 172 คน (ร้อยละ 47.78) แต่พบว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง จำนวน 115 คน (ร้อยละ 31.94) ทำให้พบภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 129 คน (ร้อยละ 35.83) และมีภาวะเปราะบาง (Frailty) จำนวน 78 คน (ร้อยละ 21.67) สำหรับด้านสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 93 คน (ร้อยละ 25.83) ที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 234 คน (ร้อยละ 65.00) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านสุขภาพร่างกาย จำนวน 218 คน (ร้อยละ 60.56) ด้านจิตใจ จำนวน 255 คน (ร้อยละ 70.83) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 258 คน (ร้อยละ 71.67) และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 177 คน (ร้อยละ 49.17) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ (n=360)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
	n (%)	n (%)	n (%)
ด้านสุขภาพร่างกาย	61 (16.94%)	218 (60.56%)	81 (22.50%)
ด้านจิตใจ	97 (26.95%)	255 (70.83%)	8 (2.22%)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	47 (13.05%)	258 (71.67%)	55 (15.28%)
ด้านสิ่งแวดล้อม	32 (8.89%)	177 (49.17%)	151 (41.94%)
รวม	**50 (13.89%)**	**234 (65.00%)**	**76 (21.11%)**

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ (n=360)

ภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด n (%)	คุณภาพชีวิต			Chi-square	P-value
		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ระดับความดันโลหิต						
ความดันโลหิตต่ำ	5 (1.39)	0 (0%)	5 (100.00%)	0 (0%)	7.12	0.12
ความดันโลหิตปกติ	282 (78.33)	45 (15.96%)	180 (63.83%)	57 (20.21%)		
ความดันโลหิตสูง	73 (20.28)	5 (6.85%)	49 (67.12%)	19 (26.03%)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม^2)						
ผอม (<18.5)	27 (7.50)	3 (11.11%)	21 (77.78%)	3 (11.11%)	8.64	0.37
ปกติ (18.5-22.9)	123 (34.17)	23 (18.70%)	73 (59.35%)	27 (21.95%)		
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	119 (33.06)	14 (11.76%)	76 (63.87%)	29 (24.37%)		
อ้วนระดับ 1 (≥25) และมากกว่า	91 (25.27)	10 (10.99%)	64 (70.33%)	17 (18.68%)		
การได้ยิน (Finger Rub Test)						
ปกติ	310 (86.11)	41 (13.23%)	206 (66.45%)	63 (20.32%)	2.08	0.35
ผิดปกติ (ไม่ได้ยิน)	50 (13.89)	9 (18.00%)	28 (56.00%)	13 (26.00%)		
ปัญหาสุขภาพช่องปาก						
ไม่มี	292 (81.11)	47 (16.10%)	193 (66.10%)	52 (17.80%)	13.69	0.001*
มี	68 (18.89)	3 (4.41%)	41 (60.30%)	24 (35.29%)		
สุขภาวะทางตา						
การมองเห็นปกติ	165 (45.83)	32 (19.39%)	104 (63.03%)	29 (17.58%)	8.63	0.01*
การมองเห็นผิดปกติ	195 (54.17)	18 (9.23%)	130 (66.67%)	47 (24.10%)		
ภาวะโภชนาการ						
ปกติ	287 (79.72)	25 (8.71%)	198 (68.99%)	64 (22.30%)	31.73	<0.001*
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร	73 (20.28)	25 (34.25%)	36 (49.31%)	12 (16.44%)		
ภาวะข้อเข่าเสื่อม						
ยังไม่พบอาการผิดปกติ	172 (47.78)	41 (23.84%)	111 (64.53%)	20 (11.63%)	59.72	<0.001*
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	25 (6.94)	3 (12.00%)	22 (88.00%)	0 (0%)		
ข้อเข่าเสื่อมปานกลาง	48 (13.33)	6 (12.50%)	23 (47.92%)	19 (39.58%)		
ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง	115 (31.94)	0 (0%)	78 (67.83%)	37 (32.17%)		

ภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด n (%)	คุณภาพชีวิต			Chi-square	P-value
		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม						
ปกติ	231 (64.17)	34 (14.72%)	148 (64.07%)	49 (21.21%)	0.40	0.82
เสี่ยงต่อการหกล้ม	129 (35.83)	16 (12.40%)	86 (66.67%)	27 (20.93%)		
ภาวะซึมเศร้า						
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	267 (74.17)	42 (15.73%)	173 (64.79%)	52 (19.48%)	3.84	0.15
มีความเสี่ยงต่อโรค	93 (25.83)	8 (8.60%)	61 (65.59%)	24 (25.81%)		
ซึมเศร้า						
ภาวะเปราะบาง	282 (78.33)	44 (15.60%)	180 (63.83%)	58 (20.57%)	3.209	0.20
ปกติ	78 (21.67)	6 (7.69%)	54 (69.23%)	18 (23.08%)		
มีภาวะเปราะบาง						

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีภาวะสุขภาพด้านต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น ความดันโลหิต การได้ยิน และภาวะโภชนาการ ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพพื้นฐานได้ดี แม้จะเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยาวนาน อย่างไรก็ตาม การพบภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะน้ำหนักเกินในบางราย ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการลดลงของกิจกรรมทางกาย และการจำกัดการออกนอกบ้านในช่วงการระบาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลกในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงหลังโควิด-19 การพบภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรงและความผิดปกติด้านการมองเห็นในบางส่วนของผู้สูงอายุมีนัยสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางที่พบในผู้สูงอายุวัย 70-79 ปี สอดคล้องกับข้อมูลประชากรไทยที่ระบุว่าเพศหญิงมีอายุขัยยืนยาวกว่าและมีโอกาสเกิดภาวะเสื่อมของระบบต่าง ๆ มากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) รวมทั้งสอดคล้องกับ Yakabi, Watanabe, Ishizaka, Itokazu, & Kubo (2022) และ Pridham, Rockwood, & Rutenberg (2024) ที่ชี้ว่าช่วงอายุประมาณ 75 ปีเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมถอยด้านสมรรถภาพและภาวะเปราะบางอย่างเด่นชัดในด้านสุขภาพจิต การพบผู้สูงอายุบางรายมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอาจสะท้อนผลกระทบทางอารมณ์จากความโดดเดี่ยว การสูญเสีย

และความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาด ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต (2564) ที่พบอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงขึ้นหลังโควิด-19 สำหรับประเด็นการได้รับวัคซีน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็ม แสดงถึงการเข้าถึงบริการและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข แต่ยังพบผู้สูงอายุที่ไม่เข้ารับวัคซีน ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวผลข้างเคียงหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สถานการณ์นี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานของกรมควบคุมโรค (2566) ที่พบว่าปัจจัยด้านความเชื่อและความวิตกกังวลมีผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุหลายรายเคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อยหนึ่งครั้ง แม้หายดีแล้ว แต่ยังอาจคงมีผลระยะยาว เช่น อาการล้าเรื้อรังหรือภาวะ Long COVID ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาว

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาแยกตามมิติของคุณภาพชีวิตทั้งสี่ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อหลายมิติของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ แม้สถานการณ์การระบาดจะคลี่คลายลงแล้ว แต่ร่องรอยของผลกระทบยังคงปรากฏอยู่ในระดับต่าง ๆ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้จากโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมไทยที่ยังให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอและรู้สึกว่าตนยังเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือครอบครัว แม้จะต้องเผชิญข้อจำกัดด้านการพบปะหรือการร่วมกิจกรรมในช่วงการแพร่ระบาดก็ตาม การมีเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็งยังสามารถลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตและเสริมสร้างความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อม แม้จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังสะท้อนข้อจำกัดด้านบริบทชุมชน เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่อาจลดลงในช่วงการแพร่ระบาด การเดินทางที่ถูกจำกัด รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่อาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกไม่มั่นคงในสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังการศึกษาของ Shanbehzadeh, Zanjari, Yassin, Yassin, & Tavahomi (2023) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long COVID มีกิจกรรมทางกายลดลงและมีการเสื่อมสภาพทางหน้าที่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huseth-Zosel & Fuller (2024) พบว่าผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกามีคุณภาพชีวิตลดลงในช่วงสองปีแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะด้านการทำกิจวัตรประจำวันและด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ จากการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ, ยุวดี สารบูรณ์, อินทิรา รูปสว่าง, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และศิริรัตน์ อินทรเกษม (2565) ที่ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจาก 5 จังหวัดทั่วประเทศไทยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่าผู้สูงอายุในบางจังหวัดที่มีมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดลง จึงพบว่ามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ งานวิจัยนี้จึงชี้ให้เห็นว่ามาตรการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคอาจมีผลข้างเคียงต่อมิติด้านกายภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุ โดยสรุป

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผลกระทบที่ยืดเยื้อจากการจำกัดกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลทางสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม-สิ่งแวดล้อม แต่การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนไทยยังคงเป็นปัจจัยเชิงบวกที่ช่วยรักษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับ ที่พึงประสงค์

3. ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพหลายด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ภาวะสุขภาพดังกล่าวไม่เพียงมีผลต่อความสบายกายและการทำงานของระบบต่าง ๆ แต่ยังกระทบต่อความสามารถในการเข้าสังคม การเดินทาง การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมในหลายมิติ ปัญหาสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อความเจ็บปวด การเคี้ยวอาหาร และภาวะโภชนาการ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดหรือรับประทานได้น้อยลง ซึ่งมีผลต่อพลังงานและสุขภาพโดยรวม ปัญหาด้านสายตาทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกัน และความทนทาน ต่อโรค ส่วนภาวะข้อเข่าเสื่อม ส่งผลโดยตรงต่อการเดิน การทรงตัว และการทำกิจกรรมพื้นฐานต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษณา พงษ์พานิช (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจนถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและการรับรู้คุณค่าชีวิต ในขณะที่การศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2564) ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคม มีผลกระทบโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมานของ Crocker et al. (2019) พบว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าในกลุ่มที่มีสมรรถภาพดีกว่าอย่างชัดเจน ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม การดูแลช่องปาก การป้องกันและชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม รวมถึงการเสริมสร้างสุขภาวะจิตสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ มีความมั่นคงทางกายและใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว ภายใต้บริบทหลังสถานการณ์โควิด-19 ที่ยังคงส่งผลต่อสุขภาพในหลายมิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน อาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการพัฒนาหลักสูตร เนื้อหา และกระบวนการเรียนการสอน รวมถึงการจัดกิจกรรมเสริมความรู้และทักษะที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบูรณาการข้อมูลดังกล่าว เพื่อวางแผนพัฒนานโยบายและมาตรการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือการศึกษาการสร้างโปรแกรมหรือพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับจังหวัด หรือภูมิภาคที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในเชิงลึกมากขึ้น สามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข*. บริษัทณจันดาครีเอชั่น.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563.* สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2567 จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf.

กรมควบคุมโรค. (2566). *รายงานสถานการณ์และผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด-19: Long COVID ในประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://ddc.moph.go.th/.

กรมสุขภาพจิต. (2563). *รายงานผลการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year.

กรมสุขภาพจิต. (2564). *ความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19*. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2567 จาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794.

กรมอนามัย. (2564). *แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2567 จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th/.

ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, กฤติยา ชาสุวรรณ และเนตรนภา พันเล็ก. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ยาร่วมกันหลายขนาน: กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, *4*(2), 14-26.

พนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษณา พงษ์พานิช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการบริหารและพัฒนานวัตกรรม*, *9*(2), 34-47.

มินตรา สาระรักษ์, ธิติรัช งานฉมัง และนันทยา กระสวยทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *35*(3), 304-310.

วรวรรณ สุภาตา และสุกัญญา บัวศร. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, *25*(2), 1-17.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. นนทบุรี: บริษัท ซีจีทูล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพ อารีเอื้อ, ยุวดี สารบูรณ์, อินทิรา รูปสว่าง, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2565). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในช่วง การระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 16*(4), 421-436.

สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล, จิรกุล ครบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบางโพธิ์เหนืออำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, *7*(11), 352-373.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2545). *แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://dmh.go.th/test/whoqol/.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานสำรวจภาวะสังคมและสุขภาพของประชากรไทย: สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240508082744_74896.pdf.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). *รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2565: รายงานประจำปี 2565.* สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2567 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/213488.

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Health status*. Retrieved March 21, 2024 from https://www.cdc.gov/index.html.

Crocker, T. F., et al. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: Systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, *28*(2041-2056). https://doi.org/10.1007/s11136-019-02149-1

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Huseth-Zosel, A. & Fuller, H.R. (2024). Changes in quality of life and health across the first two years of the COVID-19 pandemic: A mixed-methods, longitudinal study of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatric Plus*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.aggp.2024.100081

Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Lawton, M. P. (2000). Quality of life in chronic illness. *Gerontology, 46*(4), 181-183. https://doi.org/10.1159/000022163

Lu, J., et al. (2020). Association between social health status and health-related quality of life among community-dwelling elderly in Zhejiang. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(110), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01358-4

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*(1), 61-65.

Pridham, G., Rockwood, K., & Rutenberg, A. (2024). Dynamical modelling of the frailty index indicates that health reaches a tipping point near age 75. *Quantitative Biology*, 1-11. http://dx.doi.org/10.48550/arXiv.2412.07795

Richardson, S., et al. (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with covid-19 in the New York City Area. *JAMA*, *323*(20), 2052-2059. https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775

Shanbehzadeh, S., Zanjari, N., Yassin, M., Yassin, Z., & Tavahomi, M. (2023). Association between long COVID, functional activity, and health-related quality of life in older adults *BMC Geriatrics, 23*(40), 1-11. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03757-w

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Retrieved March 21, 2024 from https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF.

World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life.* Retrieved March 21, 2024 from https://www.who.int/tools/whoqol.

World Health Organization. (2022). *Measuring healthy ageing: A summary report.* Retrieved March 21, 2024 from https://www.who.int/publications/i/item/9789240061920.

World Health Organization. (2023). *Ageing and health.* Retrieved March 18, 2024 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

Yakabi, A., Watanabe, M., Ishizaka, M., Itokazu, M., & Kubo, A. (2022). Changes in physical function in older females over a 5-year period. *Journal of Physical Therapy Science, 34*(9), 620-624. https://doi.org/10.1589/jpts.34.620