

ความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มเนื้อ กระดูกและข้อ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19*

ดวงนภา บุญส่ง**

สุภาพ อารีเอื้อ***

อินทิรา รูปสว่าง****

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มเนื้อ กระดูกและข้อในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มเนื้อ กระดูกและข้อ จำนวน 175 ราย ที่มารับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความกลัวโรคโควิด-19 แบบประเมินพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย มีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยอยู่ในระดับดี มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย และมีความพึงพอใจคุณภาพชีวิตระดับดี ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต แต่พบว่าพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยนี้สะท้อนข้อมูลสำคัญ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลที่ครอบคลุมการดูแลทางกายและทางจิตสังคม ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจและทำการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกายและจิตใจในผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มเนื้อกระดูกและข้อในสถานการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่นกัน

คำสำคัญ: ความกลัวโรคโควิด-19, พฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัย, ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*วิทยาลัยนพรัตนศาสตร์พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

**นักศึกษาบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

***โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author, E-mail: suparb.are@mahidol.ac.th

****โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: October 10, 2022 / Revised: May 05, 2023 / Accepted: June 05, 2023

**Fear of COVID-19, face mask-wearing behavior, depressive symptoms,
and quality of life among older persons with musculoskeletal conditions
during the COVID-19 pandemic ***

Duangnapha Bunsong**

Suparb Aree-Ue***

Inthira Roopsawang****

Abstract

The purpose of this study aimed to investigate the relationships among fear of COVID-19 face mask-wearing behavior, depressive symptoms, and quality of life among older persons with musculoskeletal conditions during the COVID-19 pandemic. The 175 participants who received services at the orthopedic outpatient department at Ramathibodi Hospital were purposively recruited to participate in the study. The measures include 1) the Demographic and Health Information Record Form, 2) the Fear of COVID-19 Scale Thai version, 3) the Face Mask Use Scale Thai version, 4) the Patient Health Questionnaire Thai version, and 5) the EQ-5D-5L Questionnaire Thai version. Data analysis was performed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results demonstrated that older adults with musculoskeletal conditions reported a low level of fear of COVID-19, good face mask-wearing behavior, mild depression, and perceived good quality of life. For the relationship of interest, a low negative correlation was found between fear of COVID-19 and face mask-wearing behavior, fear of COVID-19 and quality of life, and depressive symptoms and quality of life. Noted that a low positive correlation was shown between face mask-wearing behavior and quality of life.

The essence of these findings could serve as a basis for the development of nursing practices focusing on specific care covering physical and psychosocial care, and quality of life during the COVID-19 pandemic. Gerontological nurse practitioners should pay attention and continually screen for physical and psychological health changes in older adults with musculoskeletal conditions during any other uncertain situations.

Keywords: fear of covid-19, face mask-wearing behavior, depressive symptoms, quality of life, older persons

*Thesis of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner,

**Graduate Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

***Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. Corresponding author, E-mail: suparb.aree@mahidol.ac.th

**** Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในทวีปเอเชียประเทศไทยจัดอยู่ในอันดับ 3 ที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น¹ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society)² เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น มีความเสื่อมถอยตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และการเข้าสังคม ซึ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต³

จากการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายจากระบบภูมิคุ้มกันลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุสูงมากขึ้นในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19⁴ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตามความเสื่อมตามวัยของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ทำให้ผู้สูงอายุทุกขัทรมาณกับอาการปวด และมีข้อจำกัดในการจำกัดการเคลื่อนไหว จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหากล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิต⁵ โดยเฉพาะอาการปวด มีการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีอาการปวดเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการปวดเรื้อรัง นอกจากนี้อาการปวดยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า⁵ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต⁶ แม้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมพบภาวะซึมเศร้าระดับน้อย⁷ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบอัตราการป่วยสุขภาพจิต รวมทั้งภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁸ ดัง

รายงานการศึกษาในผู้สูงอายุประเทศฮ่องกง พบกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าก่อนมีการระบาดของโรคโควิด-19⁹

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หลายประเทศมีมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่นเดียวกับประเทศไทยมีมาตรการ D-M-H-T จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า มาตรการบางอย่างส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โดยเฉพาะมาตรการจำกัดกิจกรรมนอกบ้าน รวมถึงผู้สูงอายุที่มีความกลัวโรคโควิด-19 (fear of COVID-19) ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ภายในบ้าน มีกิจกรรมทางกายลดลง ส่งผลให้กระดูกและข้อมีการเคลื่อนไหวลดลง เกิดอาการข้อฝืดตึง และเกิดอาการปวดเพิ่มขึ้น เช่น การปิดเมืองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลง ความรุนแรงของโรคและความปวดเพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่มีการปวดเรื้อรังพบว่า มีอาการปวดเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการปิดเมืองเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนปิดเมือง¹¹ การแยกตัวอยู่ที่บ้าน ขาดการเข้าสังคมมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติเกี่ยวกับจิตใจอารมณ์และคุณภาพชีวิต^{6,10} นอกจากนี้ผู้ที่มีความกลัวโรคโควิด-19 จากการศึกษาที่ผ่านมาพบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า¹² ส่วนมาตรการการสวมหน้ากากอนามัย โดยผู้ที่มีความกลัวโรคโควิด-19 จะสวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อต้องพบปะผู้คนอื่น ๆ ภายในบ้าน พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายลดลงขณะที่มีการทำกิจกรรมทางกาย¹³ อีกทั้งพฤติกรรมการเลือกสวมหน้ากากอนามัยที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อประสิทธิภาพการมองเห็นลดลงขณะเดินเคลื่อนไหว ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้¹⁴ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ และแม้การสวมใส่

หน้ากากอนามัยจะช่วยปกป้องสุขภาพ แต่นำไปสู่อาการไม่สบาย ความยุ่งยาก รู้สึกรำคาญ และไม่สะดวกส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดี^{9, 15}

จากการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความกลัวโรคโควิด-19 แม้นโยบายในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จะคาดหวังผลที่ดีต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพเช่นกัน มีภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อ เป็นกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่จะได้รับผลกระทบดังกล่าว ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ยังมีการศึกษาอย่างจำกัด และการศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวและความเชื่อมโยงของปัจจัยเหล่านี้

การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่รัฐบาลมีนโยบายป้องกันการแพร่เชื้อ โดยประกาศมาตรการ D-M-H-T-T (D-distancing คือ การเว้นระยะห่างกับคนอื่น 1-2 เมตร M-mask wearing คือ การสวมหน้ากากอนามัย H-hand washing คือ การหมั่นล้างมือด้วยสบู่/เจลบ่อยๆ T-temperature testing คือ ตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกายสม่ำเสมอ และ T-Thai cha na คือ การสแกนแอปไทยชนะเมื่อเดินทาง) อันอาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อ เพื่อเป็นข้อมูลต่อการวางแผน หรือพัฒนาจัดโปรแกรม ใน

การส่งเสริมการจัดการปัญหาทางด้านจิตสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีปัญหาหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดการจำแนกการทำหน้าที่ของร่างกาย ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF)¹⁶ เป็นกรอบแนวคิดที่แสดงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ (health condition) หรือคุณภาพชีวิต (quality of life) เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 5 คือ 1) โครงสร้างและการทำงานของกายจิต (body functions & structures) 2) การทำกิจกรรม (activity) 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (participation) 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) และ 5) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เมื่อบุคคลเกิดความพร้อมในปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอาจจะมีผลทำให้สภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป

การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้ม เนื้อ กระดูกและข้อ จัดเป็นสภาวะสุขภาพ (health condition) ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย (body functions & structures) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่ลำบาก เกิดการจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมทางกาย (activity) ลดลง ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม (participation) นอกจากนี้ความสูงอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายจากระบบ

ภูมิคุ้มกันลดลง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ถือเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวโรคโควิด-19 (personal factors) มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย (personal factors) และการแยกตัวอยู่ที่บ้าน ซึ่งการแยกตัวอยู่บ้านและการมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (participation) ลดลง ซึ่งปัญหาการกลืนเนื้อกระตุกและข้อ ความกลัวโรคโควิด-19 และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งจัดเป็นความผิดปกติของการทำงานจิตใจ (body functions) โดยปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาการกลืนเนื้อ กระตุกและข้อลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืนเนื้อ กระตุกและข้อ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืนเนื้อ กระตุกและข้อในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว (cross-sectional design)

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคการกลืนเนื้อ กระตุกและข้อ

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาการกลืนเนื้อ กระตุกและข้อที่มีประวัติ และ/หรือมารับบริการ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกออร์โทปิดิกส์ โรงพยาบาลรามารัตน์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2565 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คือ .21⁶ ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับกลืนเนื้อ กระตุกและข้อโดยแพทย์โรคกระตุกและข้อ 3) ไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIT)¹⁷ ได้คะแนน 0-7 คะแนน 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจได้ชัดเจน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการลงนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ใช้แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 CIT) ในการคัดกรองภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุ แปลเป็นไทย โดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ¹⁷ เป็นการประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้สภาวะรอบตัว 2) ความตั้งใจ และ 3) ความจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนน 0-7 คือ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือภายหลังการแปลเป็นฉบับภาษาไทย ผู้แปลหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ และรายข้อ เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัดในครั้งที่ 1 และ 2 มี

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .64, p < .001$)¹⁷

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย มีข้อคำถาม เช่น อายุ เพศ อาชีพ และข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความกลัวโรคโควิด-19 แปลเป็นไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ¹⁸ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) รู้สึกเฉย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน โดยใช้ค่ากึ่งกลางของแบบวัดเป็นเกณฑ์ คือ คะแนนรวมมากกว่า 17.5 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวโรคโควิด-19 เป็นไปในทางสูง และ คะแนนรวมน้อยกว่า 17.5 คะแนน แสดงว่ามีความกลัวโรคโควิด-19 เป็นไปในทางต่ำ ดังนั้นคะแนนยิ่งสูงยิ่งกลัวโรคโควิด-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบความเที่ยงตรงสภาพตรงกับการรับรู้ความ สามารถในการตัดสินใจและการหลีกเลี่ยงเชื้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ และในการศึกษาครั้งนี้ความเที่ยง พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค เท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย แปลเป็นไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ¹⁸ มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 2 ระดับ คือ ใช่ (1 คะแนน) และ ไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน โดยใช้ค่ากึ่งกลางของแบบวัดเป็นเกณฑ์ คือ คะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนน แสดงว่ามีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยดี คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน แสดงว่ามีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบ ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับและรายข้อ เท่ากับ ¹²⁰ และในการศึกษาครั้งนี้ความเที่ยง พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค เท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบประเมินแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (PHQ-9) ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แปลเป็นไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ²¹ มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ โดยถามอาการในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) และ ไม่มีเลย (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน คือ คะแนนรวม 0-4 แสดงว่าบ่งบอกอาจมีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 5-9 แสดงถึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวม 10-14 แสดงถึงมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 15-19 แสดงถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวม 20-27 แสดงถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบความไวและความจำเพาะ ร้อยละ 90 และ 89²¹ ตามลำดับ และในการศึกษาครั้งนี้ความเที่ยง พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค เท่ากับ .75

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน The EQ-5D-5L Questionnaire ฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต แปลเป็นไทยโดยจันทนา พัฒนเกส²² ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกมิติทางสุขภาพ 5

ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (mobility) 2) การดูแลตนเอง (self-care) 3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (usual activities) 4) อาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว (pain/ discomfort) และ 5) ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า (anxiety/ depression) โดยแต่ละหัวข้อมีคำตอบ 5 ระดับคือ 1 หมายถึง ไม่มีปัญหา 2 หมายถึง มีปัญหาเล็กน้อย 3 หมายถึง มีปัญหปานกลาง 4 หมายถึง มีปัญหามากและ 5 หมายถึง มีปัญหามากที่สุด จากนั้นนำคะแนนมาแปลงเป็นค่าอรรถประโยชน์ (utility) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 ใช้ค่ากึ่งกลางของแบบวัดเป็นเกณฑ์ คือ คะแนนมากกว่า 0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนน้อยกว่า 0 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนที่สองประเมินสถานะสุขภาพทางตรง มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย

0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือภายหลังแปลเป็นไทยพบ ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละมิติ ซึ่งมิติร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ส่วนมิติสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับแบบประเมิน WHOQOL-BREF²³ และในการศึกษาครั้งนี้ความเที่ยง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนนาค เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการอนุมัติรับรอง โครงการวิจัย (IRB COA. MURA 2021/1018) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูลและประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่

เข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัย สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมภายหลังจบการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับของที่ระลึกและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัยและเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการใช้เครื่องมือวิจัยที่ถูกต้อง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล 2 วิธี คือ การสัมภาษณ์ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและทางโทรศัพท์ กรณีผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นเริ่มแนะนำตัว อธิบายกระบวนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้สูงอายุและญาติทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย โดยคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อกระดูกและข้อโดยแพทย์โรคกระดูกและข้อ จากนั้นดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง หากผ่านเกณฑ์จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ทางโทรศัพท์ภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมด้วยวาจา

3. เริ่มดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ภายหลังผ่านเกณฑ์จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดหลัก D-M-H-T-T จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ณ ห้องที่จัดเตรียมไว้สำหรับการสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกให้เก็บข้อมูลในวันมาตรวจ แต่สะดวกในการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงขอเบอร์ติดต่อและนัดหมายวันเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่ออยู่ภายในบ้านที่เงียบสงบ และไม่ติดภารกิจใด ๆ

4. หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์ ดำเนินจัดส่งมอบของที่ระลึกทางไปรษณีย์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลตัวแปรความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต โดยแจกแจงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โดยการทดสอบการแจกแจงปกติ (normality test) ของตัวแปรพบ ความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะ

ซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตมีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ จึงใช้การวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ จำนวน 175 ราย อายุระหว่าง 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี (SD = 6.63) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.9 และพักอาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 48 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีและสูงขึ้น ร้อยละ 47.6 โดยส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.9 และพบว่า ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.3 (Table 1)

ข้อมูลสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 63.5 โดยพบสูงสุดคือ อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 28.6 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มโรคกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ พบกระดูกสันหลัง (spine) ร้อยละ 44.6 รองลงมา คือ ข้อเข่า (knee) ร้อยละ 25.1 และมีโรคร่วม ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่เป็นโรคทางเมแทบอลิก โดยพบสูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.9 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาเป็นประจำ โดยจำนวนยาที่รับประทานมากกว่า 5 ชนิด มีถึงร้อยละ 1.2 (Table 2)

Table 1 Number and percentage of the participant's demographic characteristics (N = 175)

Demographic characteristics	N	%	Demographic characteristics	N	%
Age(years)			Education level		
60-69	89	50.9	Primary School	84	48.0
70-70	69	39.4	Secondary School	4	2.3
≥ 80	17	9.7	Diploma	2	1.1
(mean = 70 years; SD = 6.63; range 60-89 years)			Bachelor's degree	79	45.2
			Master's degree and higher	6	3.4
Gender			Living arrangements		
Female	126	72.0	Family/Relatives	132	75.4
Male	49	28.0	Spouse	26	14.9
Marital status			Alone	16	9.1
Married	138	78.9	Others	1	0.6
Single	18	10.3	Sufficiency of income		
Divorced/Widowed	19	10.8	Insufficiency	88	50.3
Career			Sufficiency	82	46.9
Unemployed	82	46.9	Money leftover	5	2.8
Trade or business owner	47	26.8			
Employee	46	26.3			
BMI (kg/m²)*					
< 18.5 (Underweight)	6	3.4			
18.50 - 22.99 (Normal)	58	33.1			
23.00 - 24.99 (Overweight)	49	28.0			
25.00-29.99 (Obesity class I)	50	28.6			
≥ 30 (Obesityclass II)	12	6.9			

*BMI classifications for Asian population (WHO, 2004)

Table 2 Number and percentage of the participants' health information (N = 175)

Health information	N	%	Health information	N	%
Musculoskeletal problems			Underlying diseases		
Spine	78	44.6	No	49	28.0
Knee	44	25.1	Yes*	126	72.0
Ankle	10	5.7	Hypertension	68	38.9
Hip	5	2.9	Dyslipidemia	61	34.9
Others**	38	21.7	Diabetes mellitus	24	13.7
Drug use			Cancer	6	3.4
None	37	21.1	Congestive heart failure	5	2.9
Less than five types	136	77.7	Myocardial infarction	5	2.9
More than five types	2	1.2	CVA/TIA***	4	2.3
			COPD****	1	0.6
			Others	58	33.2

*Participant chose more than 1 disease

**Others; Osteopenia, Osteoporosis, Trigger finger, Numbness of hands and feet, Rotator cuff tendinitis

***CVA/TIA; Cerebrovascular accident or transient ischemic attack

****COPD; Chronic obstructive pulmonary disease

Table 3 Mean and standard deviation of fear of COVID-19, face mask-wearing behavior, depressive symptoms, and quality of life (N = 175)

Variables	Possible range	Actual range	Mean	SD
Fear of COVID-19	7 - 35	7 – 28	16.20	3.73
Face mask -wearing behavior	1 - 14	12 - 14	13.59	0.55
Depressive symptoms	0 - 27	0 - 8	0.66	1.54
None-minimal (95.4%; n = 167)	0 – 4	0-4	0.40	0.95
Mild (4.6%; n = 8)	5 – 9	5-8	6.13	1.36
Quality of life				
EQ-5D-5L Utility	-1.00 – 1.00	0.07 – 1.00	0.92	0.10
EQ Visual Analogue Scale	0 - 100	50 - 100	76.28	12.15

Table 4 Spearman's rank correlation coefficient between fear of COVID-19, face mask-wearing behavior, depressive symptoms, and quality of life among older persons with musculoskeletal conditions during the COVID-19 pandemic (N = 175)

Variables	1	2	3	4
1. Fear of COVID-19	1			
2. Face mask-wearing behavior	-.168*	1		
3. Depressive symptoms	.086	-.021	1	
4. Quality of life (EQ-5D-5L Utility)	-.247**	.219**	-.240**	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

2. ความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ มีคะแนนความกลัวโรคโควิด-19 โดยรวมเฉลี่ย 16.20 อยู่ในระดับน้อย คะแนนพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 13.59 อยู่ในระดับดี คะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 0.66 ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.6 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ คะแนนความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง (EQ-5D-5L utility) เฉลี่ยเท่ากับ 0.92 อยู่ในระดับดี และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (EQ VAS) เฉลี่ยเท่ากับ 76.28 อยู่ในระดับดี (Table 3)

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่าความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.168, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.247, p < .01$) นอกจากนี้ความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับน้อยกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .086, p > .05$) พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .219, p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.021, p > .05$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.240, p < .01$) (Table 4)

การอภิปรายผล

ความกลัวโรคโควิด-19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ มีความกลัวโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุสูงวัยและเนเธอร์แลนด์มีความกลัวโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้²⁴⁻²⁵ อาจเนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือในการวัดความกลัวโรคโควิด-19 อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงปี 2565 (ระบาดระลอกที่ 5) ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความรุนแรงและจำนวนผู้ติดเชื้อน้อยลง²⁶ อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวโรคโควิด-19 ลดลงด้วย นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และสูงกว่า จึงอาจส่งผลให้มีความสามารถปรับตัว และเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลได้เหมาะสมมากขึ้น²⁷ จึงทำให้มีคะแนนความกลัวโควิด-19 น้อยกว่า การศึกษาดังกล่าว

สำหรับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย พบว่ามีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุ ช่างกมมีพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ค่อนข้างสูง⁹ อาจเนื่องจากการในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีการรับรู้ความรุนแรงโรค โควิด-19 ได้มากกว่าเพศชาย โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลให้มีพฤติกรรมการสวมหน้ากาก อนามัยที่ดี⁹ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า อาจทำให้ มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการเลือกวิธีปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่จบระดับการศึกษา ตั้งแต่ปริญญาตรีและสูงกว่า มีคะแนนพฤติกรรมการ สวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด- 19 ค่อนข้างสูง^{9,10} นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส และพักอาศัยอยู่ครอบครัว/ญาติ จึง อาจมีความกังวลที่จะมีการแพร่เชื้อไปยังบุคคล ภายใครอบครัว ทำให้มีความกลัวว่าบุคคลที่ตนรัก จะได้รับเชื้อโควิด-19²⁵ จึงทำให้การศึกษานี้พบ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยที่ค่อนข้างสูง

สำหรับภาวะซึมเศร้าพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะ ซึมเศร้าเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม มีภาวะ ซึมเศร้าระดับน้อย⁷ การที่พบภาวะซึมเศร้านั้น สามารถอธิบายคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง และมี โรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคเป็นระยะ

เวลานาน และบางโรคอาจจะยากแก่การรักษาให้ หายขาด รวมไปถึงภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ขึ้น²⁸ จึงแตกต่างจากการศึกษานี้ นอกเหนือการ พบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย อาจเนื่องจากใน การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60- 69 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น และมีปัญหาลำไส้เนื้อ กระจกและข้อที่ไม่เป็นภาวะฉุกเฉิน มีความรุนแรง ของโรคเล็กน้อย ส่งผลให้ยังคงความสามารถปฏิบัติ กิจวัตรต่างๆได้ด้วยตนเอง ฟังหาผู้อื่นน้อย²⁹ อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและ ญาติ ทำให้มีบุตรหลานและญาติคอยดูแลช่วยเหลือ และอยู่เป็นเพื่อน จึงทำให้การศึกษานี้พบภาวะ ซึมเศร้าเล็กน้อย

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีคุณภาพ ชีวิต (EQ-5D-5L Utility) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (EQ VAS) อยู่ในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมา พบผู้สูงอายุจีนมีคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L Utility) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (EQ VAS) อยู่ในระดับที่ดี²⁸ ส่วนการพบคุณภาพชีวิตที่ดี ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้น อาจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มี ระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่า จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาที่สูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ มีระดับการศึกษาน้อยถึง 2 เท่า³⁰ เนื่องจากผู้ที่มี การศึกษาสูง ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ดูแลป้องกันตนเอง²⁷ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มี คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความกลัวโรคโควิด- 19 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ภาวะ ซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย ($r = 0.461, p < 0.001$)³¹ อีกทั้งการศึกษาในผู้สูงอายุฮ่องกง จำนวน 11,072 ราย พบว่า ผู้ที่กลัวว่าตนเองจะติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยถึง 1.15 เท่า³ จากผลการศึกษารายงานระดับและทิศทางความสัมพันธ์แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการการจำกัดกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ชีวิตประจำวันอยู่ภายในพื้นที่บริเวณบ้าน ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ จึงส่งผลให้ความกลัวโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่า จึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลป้องกันตนเอง²⁷ ส่งผลให้พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยอยู่ในระดับดีมาก จึงทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยในการศึกษาครั้งนี้

ความกลัวโรคโควิด-19 พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุประเทศตุรกี จำนวน 400 ราย พบความกลัวโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.288, p < 0.05$)³² เนื่องจาก ความกลัวโรคโควิด-19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้าน ขาดการเข้าสังคม อีกทั้งความกลัวทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{6,10,33} นอกจากนี้ความกลัวโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีการทำกิจกรรมทางกายลดลง อันเนื่องจากการพักอยู่ที่บ้านเพราะกลัวการ

ติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการงดใช้พื้นที่สาธารณะหรือพื้นที่ออกกำลังกายสาธารณะทั้งหมดนี้ส่งผลต่อโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายลดลง เกิดความปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อเพิ่มขึ้น^{10,33} ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางกายลดลง

ความกลัวโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุสิงคโปร์ จำนวน 413 ราย ในช่วงที่มีการล็อกดาวน์ของโรคโควิด-19 พบว่า ความกลัวโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.291, p < 0.01$)²⁴ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับการครอบครัว/ญาติ จึงทำให้มีบุตรหลานคอยดูแลสนับสนุนช่วยเหลือและอยู่เป็นเพื่อน ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยน้อย แม้จะมีความกลัวโรคโควิด-19 นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างพบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จึงส่งผลให้ความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษา (variance) น้อย จึงอาจส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ พบความกลัวโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ที่มีปัญหาจมูกอักเสบและไซนัสอักเสบเรื้อรัง ประเทศอิสราเอล จำนวน 351 ราย ที่พบว่า พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่นอกบ้านและในพื้นที่สาธารณะ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.141, p < 0.01$ และ $r = -0.113, p < 0.05$ ตามลำดับ)³⁴ อาจเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเป็นกลุ่มผู้ที่มีปัญหาจมูกอักเสบและไซนัสอักเสบเรื้อรัง จึงทำให้การสวมหน้ากากอนามัยบ่อยครั้งและเป็นระยะเวลาานาน อาจส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจเกิดอาการไม่สุข

สบาย ส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต³⁴ แต่การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคทางเมแทบอลิก จึงอาจไม่ได้ส่งผลกระทบกับโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า อาจทำให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการสวมหน้ากากอนามัย และการรับรู้ความเสี่ยงของการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 สิ่งเหล่านี้ส่งผลกับความเต็มใจในการสวมหน้ากากอนามัยลดความเสี่ยงในการรับเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น³¹ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยและคุณภาพชีวิต

พฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุประเทศฮ่องกง จำนวน 369 ราย พบว่า พฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า³ ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศฮ่องกง จำนวน 11,072 ราย พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยแล้วรู้สึกถึงความปลอดภัย มีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าลดลง 0.93 เท่า และผู้ที่มีพฤติกรรม การสวมหน้ากากอนามัยอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้าลดลง 0.90 เท่า⁸ ซึ่งจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้า แต่ขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อการสวมหน้ากากอนามัย และการรับรู้ประโยชน์ของการสวมหน้ากากอนามัย จึงทำให้การศึกษานี้พบ พฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ที่มีปัญหา

บาดเจ็บไขสันหลัง ประเทศจีน จำนวน 300 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.340, p < 0.01$)³⁵ และในผู้สูงอายุชนบท ประเทศจีน จำนวน 3,349 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.401, p < 0.05$)²⁸ ซึ่งระดับความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้พบความแตกต่างอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชนบทซึ่งผู้สูงอายุชนบทขาดความมั่นคงในสวัสดิการสังคมและรายได้ และขาดการได้รับการดูแลจากบุตรหลาน จากการที่ส่วนใหญ่บุตรหลานต้องเข้ามาทำงานในเมือง²⁸ จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ส่วนในการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยเฉพาะปัญหากล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง (physical impairment) ก่อให้เกิดความเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ส่งผลทางลบต่อสุขภาพจิตใจและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง²⁸ อีกทั้งในช่วงของการระบาดโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ขาดปฏิสัมพันธ์กับญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่น ส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลง มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและนำไปสู่คุณภาพชีวิตลดลง¹⁰ นอกจากนี้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตมีการวัดในมิติภาวะซึมเศร้าที่ทับซ้อนกัน จึงทำให้พบภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ควรให้ความสนใจและทำการคัดกรอง

ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกายและจิตใจในผู้สูงอายุในสถานการณ์อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งในการระบาดของโรคโควิด-19 ควรมีการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัย ในการส่งเสริมการพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยอาจใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) หรือการเผยแพร่ข้อมูลทางสื่อสาธารณะ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย จึงทำให้ไม่เห็นภาพทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในการศึกษาครั้งถัดไปควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อให้เห็นทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น

References

1. United Nations Population Fund. Impact of COVID-19 to the elderly [Internet]. 2020. [cited 2021 October 10] . Available from: <https://thailand.unfpa.org/th/covid-op>
2. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2022. [cited 2021 October 10]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรผู้สูงอายุ/2564/full_report_64.pdf (in Thai).
3. Duangchan C, Matthews AK. Application of Ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: a systematic review. *Res Nurs Health*. 2021; 44(3): 490-512.
4. Tomlinson J. The musculoskeletal implications of deconditioning in older adults during and following COVID-19. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2021; 42(100882).
5. Sahin N, Devrimsel G, Karahan AY, Sargin S. The effects and characteristics of musculoskeletal pain on quality of life in geriatric patients. *Eur J GeriatricGerontol*. 2020; 2(1): 13-7.
6. Hanklang S, Ratanasiripong P, Naksranoi S, Sathira-Anant S, Patanasri K. Quality of life and mental health among Thai older workers in community enterprises. *J Health Res*. 2018; 32(3): 237-50.
7. Kongsombun U, Aree-Ue S, Youngcharoen P. Depression, fatigue and physical performance among older adults with knee osteoarthritis: a correlational study. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020; 25(3): 310-25. (in Thai).
8. Bressington DT, Cheung TCC, Lam SC, Suen LKP, Fong TKH, Ho HSW, et al. Association between depression, health beliefs, and face mask use during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2020; 11(571179): 1-10.
9. Kwan RYC, Lee HP, Cheung DSK, Lam SC. Face mask wearing behaviors, depressive symptoms, and health beliefs among older people during the COVID-19 pandemic. *Front Med*. 2021; 8: 1-7.
10. Celenay ST, Karaaslan Y, Mete O, Kaya DO. Coronaphobia, musculoskeletal pain, and sleep quality in stay-at home and continued-working persons during the 3- month COVID- 19 pandemic lock-down in Turkey. *Chronobiol Int*. 2020; 37(12): 1778-85.
11. Fallon N, Brown C, Twiddy H, Brian E, Frank B, Nurmikko T, et al. Adverse effects of COVID-19

- related lockdown on pain, physical activity and psychological wellbeing in people with chronic pain. *Br J Pain*. 2021; 15(3): 357-68.
12. Patel VK, Pandey S, Patel FB, Jani AM, Tiwari DS, Thakrar RKA. Study of correlates of depression among health care workers during COVID- 19 epidemic. *Arch Psychiatry and Psychother*. 2021; 1: 29–35.
 13. Amput P, Wongphon S. Effects of wearing face masks on cardiorespiratory parameters at rest and after performing the six-minute walk test in older adults. *Geriatrics* 2022; 7(3): 62.
 14. Kal EC, Young WR, Ellmers TJ. Face masks, vision, and risk of falls. *BMJ*. 2020; 371: m4133.
 15. Scheid JL, Lupien SP, Ford GS, West SL. Commentary: physiological and psychological impact of face mask usage during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 1-9.
 16. Mantrud R, Puntumetakul R, Peungsuwan P. Content validity and reliability of the modified international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for osteoarthritis (Thai version) in patients with knee osteoarthritis. *J Med Tech Phy Ther*. 2018; 30 (2):205-14.
 17. Aree- Ue S, Youngcharoen P. The 6 Item Cognitive Function Test-Thai Version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020; 26(2): 188-200. (in Thai).
 18. Aree- Ue S, Roopsawang I, Thiamwong L, Kwan RYC. Technology acceptance, face mask wearing, health status, and quality of life among older persons with musculoskeletal conditions during COVID- 19 pandemic. Unpublished report 2021.
 19. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 20(3): 1537-45.
 20. Lam SC, Chong ACY, Chung JYS, Lam MY, Chan LM, Shum CY, et al. Methodological study on the evaluation of face mask use scale among public adult: cross-language and psychometric testing. *Korean J Adult Nurs*. 2020; 32: 46–56.
 21. Lee S, Dajpratham P. Criterion validity of the Thai version of the PHQ-9 and the PHQ-2 for screening major depression in Thai elderly. *J Thai Rehabil Med*. 2017; 27(1): 30-6.
 22. Pattanaphesaj J. The EQ-5D-5L questionnaire Thai version [Internet]. 2015. [cited 2021 October 10]. Available from: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/08/PB_EQ5D5L-final-for-web.pdf (in Thai).
 23. Sonsa-ardjit N, Sakthong P. Reliability and validity of the Thai version of EQ- 5D- 5L questionnaire on patients with chronic disease. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2015; 59(5) : 489-501. (in Thai).
 24. Han MFY, Mahendran R, Yu J. Associations between fear of COVID- 19, affective symptoms and risk perception among community-dwelling older adults during a COVID-19 lockdown. *Front Psychol*. 2021; 12(638831): 1-7.
 25. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID- 19) : predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. 2020; 74(102258): 1-8.
 26. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. [cited 2022 April 8]. Available from: [https:// covid19.who.int](https://covid19.who.int)
 27. Long Y, Jia C, Luo X, Sun Y, Zuo W, Wu Y, et al. The impact of higher education on health

- literacy: a comparative study between urban and rural China. *Sustain.* 2022; 14(12142): 1-16.
28. Rong J, Chen G, Wang X, Ge Y, Meng N, Xie T, et al. Correlation between depressive symptoms and quality of life, and associated factors for depressive symptoms among rural elderly in Anhui, China. *Clin Interv Aging.* 2019; 14: 1901–10.
 29. Chen C, Lim J, Chia N, Wang L, Tysinger B, Zissimopolous J, et al. The Long-Term Impact of Functional Disability on Hospitalization Spending in Singapore. *J Econ Ageing* 2019; 14: 6
 30. Song J, Lee E. Health-related quality of life of elderly women with fall experiences. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(15): 1-10.
 31. Mallinas SR, Maner JK, Plant EA. What factors underlie attitudes regarding protective mask use during the COVID-19 pandemic? *Pers Individ Differ.* 2021; 181(111038): 1-7.
 32. Altay M, Arisoy A. Fear of COVID-19 and quality of life: the mediating role of loneliness among older Turkish adults. *Ageing Soc.* 2022: 1-16.
 33. Abdelghani M, Hamed MG, Said A, Fouad E. Evaluation of perceived fears of COVID-19 virus infection and its relationship to health-related quality of life among patients with diabetes mellitus in Egypt during pandemic: a developing country single-center study. *Diabetol Int.* 2021;13(1): 108-16.
 34. Fever AP, Amir O, Roziner I, Segal RM, Alon EE, Yakirevitch A. How facemasks influence the sinonasal quality of life during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Oto-Rhino-L.* 2021; 278(12): 4805-11.
 35. Wang Y, Zhao X, Xie H. Quality of life and its predictors in people with traumatic spinal cord injury in mainland China. *Spinal Cord.* 2019; 57(9): 739-46.

๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒