



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน
ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE AMONG HOME-BOUND
OLDER ADULTS IN MUEANG CHIANG RAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

ธีรพันธ์ จันทร์เป็ง ¹ Threeraphan Janpeng พระครูวิมลศิลป์กิจ ³ Phrakhru Wimonsinlapakit	สุกัญญา บัวศรี ^{2,*} Sukanya Buasri	พัชรารวรรณ แก้วกันทะ ¹ Patcharawan Kaewkanta พระวชิรดิลัง ⁴ Phra Vachiladilok
¹ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000 Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Muang Chiang Rai, Chiang Rai, 57000, Thailand		
² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100 Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University, Muang Chiang Rai, Chiang Rai, 57100, Thailand		
³ วัดพนาลัยเกษม โรงเรียนเวียงชัยพิทยาคม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 57210 Wat Phanalai Kasem, Wiangchai Pittaya School, Wiangchai, Chiang Rai, 57210, Thailand		
⁴ วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100 Chiang Rai Buddhist College, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Muang Chiang Rai, Chiang Rai, 57100, Thailand		
*Corresponding author E-mail: sukanya.bua@crru.ac.th		

Received: May 1, 2025

Revised: June 27, 2025

Accepted: June 29, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ระดับภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 186 คน อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's Exact test และ Pearson's product moment correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 94.94, SD = 11.86$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 24.54, SD = 3.44$) ด้านจิตใจ ($M = 21.95, SD = 3.45$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($M = 10.72, SD = 1.82$) ตามลำดับ สำหรับด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($M = 30.43, SD = 4.51$) และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีซึมเศร้า ($M = 2.18, SD = 2.67$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบาย การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านเพื่อทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุติดบ้าน

Abstract

This study aimed to examine the quality of life (QoL), depression levels, and the relationships between individual factors, depression, and QoL among home-bound older adults in Mueang Chiang Rai, Chiang Rai Province. The sample consisted of 186 home-bound older adults aged 60 years and over residing in Mueang Chiang Rai, Chiang Rai Province. Participants were selected using multistage random sampling. Data collection instruments included a general demographic questionnaire, the Thai version of the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF-THAI), and the 9-Question Depression Assessment (9Q). The Cronbach's alpha coefficients for the WHOQOL-BREF-THAI and the 9Q were .89 and .84, respectively. Data were collected between December 2024 and February 2025. Descriptive statistics were used to analyze general data, while the relationships between individual factors, depression, and QoL were using Chi-square test, Fisher's Exact test and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that home-bound older adults had an overall QoL at a moderate level ($M = 94.94, SD = 11.86$). By domain, physical health ($M = 24.54, SD = 3.44$), psychological health ($M = 21.95, SD = 3.45$), and social relationships ($M = 10.72, SD = 1.82$) were also at moderate levels, while the environmental domain was rate as good ($M = 30.43, SD = 4.51$). Depression was classified as non-depressed levels ($M = 2.18, SD = 2.67$).

Marital status, income, and depression were found to be significantly associated with overall QoL ($p < .05$). These findings provide valuable insights for the development of policies, health promotion strategies, and care plans to enhance the quality of life among home-bound older adults.

Keywords: quality of life, depression, home-bound older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยจากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 14.03 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society) ในอนาคตอันใกล้ (National Statistical Office, 2024)

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนี้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว โดยเฉพาะในด้านมิติการดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มพึ่งพิงสูงขึ้นจากปัจจัยด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ

จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน 283,068 คน คิดเป็นร้อยละ 24.36 ของประชากรในจังหวัด (Department of Older Persons, 2024) ลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง

จากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยวนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยอาศัยอยู่เพียงลำพังหรืออยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และภาวะจิตสังคม เช่น ความเครียด ความโดดเดี่ยว หรือการเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีในยุคดิจิทัล เป็นต้น (Foundation for Thai Gerontology Research and Development Institute & Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2016) ซึ่งภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเกิดจากมีความเสื่อมถอยตามวัย ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัยแล้ว ทางจิตใจผู้สูงอายุจะเกิดภาวะซึมเศร้าจากร่างกายที่เสื่อมถอยหรือมีโรคประจำตัว การถูกลดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การไม่ได้ประกอบอาชีพเหมือนเดิม และพักอาศัยอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ซึ่งต้องพึ่งพิงลูกหลาน เกิดความรู้สึกลดคุณค่าในตัวเอง เครียด สิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม กลายเป็นภาวะซึมเศร้าและสามารถนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายในที่สุด (Thanapiyawat, Mueangkaew, & Kaenchaphum, 2023) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างผาสุกของผู้สูงอายุ และจากรายงานของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประเทศไทย พบมีผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 207,024 คน โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และต้องการการดูแลต่อเนื่อง (Thai Health Promotion Foundation, 2023) จังหวัดเชียงราย มีผู้สูงอายุติดบ้าน 4,402 คน คิดเป็นร้อยละ 2.14 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในเขตอำเภอเมืองเชียงราย มีมากถึง 756 คน สะท้อนถึงปัญหาด้านสุขภาพและการพึ่งพิงในกลุ่มนี้อย่างชัดเจน (Chiang Rai Provincial Public Health Office, 2022)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการรับรู้ภายในกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี รายได้เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและความพึงพอใจในการดำรงชีวิต (Satit, 2016) ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสู่รูปแบบปกติวิถีใหม่

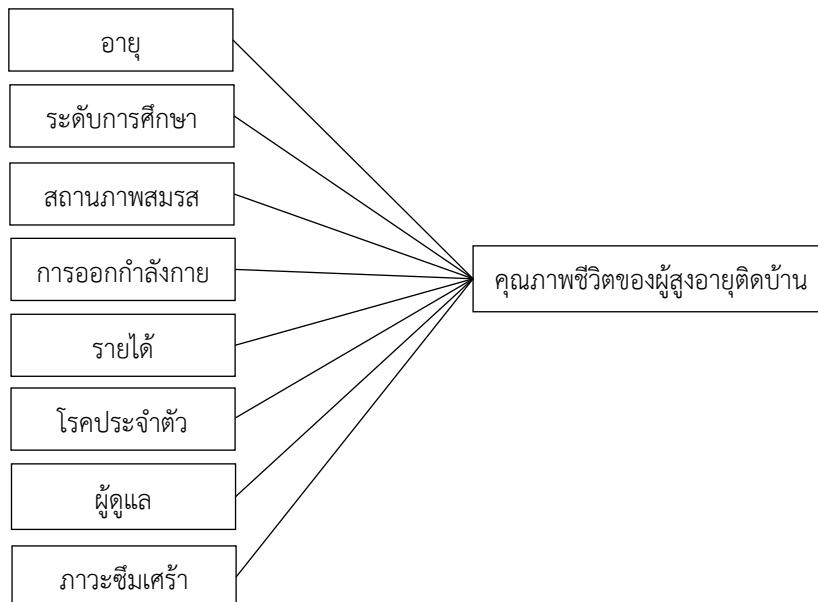
(New Normal) และส่งกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 17.20 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10.63 เนื่องจากความเหงา การขาดบทบาททางสังคมและกิจกรรมที่สร้างความหมายในชีวิต (Hfocus, 2024) สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า จังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเชียงราย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 8.16) ที่ตรวจพบภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

ตามแนวคิดของ Stoltz (1997) การมีพลังในการเผชิญปัญหาและเห็นคุณค่าในตนเองเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุติดบ้านที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมักมีความพึงพอใจในชีวิต ลดภาวะพึ่งพิง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Satit, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย รายได้ โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้า โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ดีจะยังคงคุณภาพชีวิตในระดับดีได้ (Bally, Korenhof, Ye, van Grieken, Tan, Mattace-Raso, Procaccini, Alhambra-Borrás, & Raat, 2024) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม (Satit, 2016) ด้านสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว เนื่องจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความมั่นคงทางอารมณ์มากกว่า (Maria, 2016) ส่วนการออกกำลังกายพบว่ามีส่วนช่วยเสริมสมรรถภาพ ลดความเครียด และส่งผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจ (Lin, Yongmei, Rui, & Liancheng, 2022) ขณะที่รายได้ที่เพียงพอช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อความพึงพอใจและความมั่นคงในการดำรงชีวิต (Supata & Buasri, 2024) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Thanapiyawat et al., 2023) อย่างไรก็ตาม การได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรสหรือบุตรหลาน มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์และลดความโดดเดี่ยวทางสังคมได้ (Bolina, Araújo, Haas, & Tavares, 2021) ปัจจัยสุดท้าย ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่รู้สึกกว่าตนเองไร้คุณค่าและมีการแยกตัวจากสังคม (Na-Wichian, Pornpuk, Phiriyakulkit, & Janwijit, 2024)

ด้วยข้อจำกัดของผู้สูงอายุติดบ้านที่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ยังขาดข้อมูลในเชิงบริบทพื้นที่ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนางานคุณภาพบริการทางสุขภาพและสาธารณสุข การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การออกกำลังกาย รายได้ โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากผู้ดูแล และภาวะซึมเศร้า จะทำให้ได้ข้อมูลบริบทเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านโดยตรง ที่จะนำไปสู่การเสนอแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย รวมถึงรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต และบริบทของชุมชนในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุติดบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย รายได้ โรคประจำตัว ผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional correlational research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่ออยู่ในระบบ HDC เขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย และได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Health Data Center, 2024) จำนวน 217 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้านที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ดังนี้ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยคำนวณได้เท่ากับ .28 (Kuntharee & Muktapahan, 2015) ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับร้อยละ 5 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 155 คน ผู้วิจัยมีการป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2017) รวมเป็นจำนวน 186 คน และใช้การสุ่มหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ในการสุ่มตัวอย่างมาศึกษาวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 จัดกลุ่มและสุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย มีจำนวน 31 แห่ง จัดกลุ่มตามลักษณะพื้นที่ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เขตเมืองจำนวน 11 แห่ง เขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท จำนวน 10 แห่ง และเขตห่างไกล/ชนบท จำนวน 10 แห่ง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มเลือก รพ.สต. กลุ่มละ 3 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแต่ละกลุ่ม รวมทั้งหมด 9 แห่ง

ขั้นที่ 2 คัดเลือกหน่วยตัวอย่างย่อยจากรพ.สต. ที่ได้รับการสุ่มเลือกทั้ง 9 แห่ง ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้สูงอายุติดบ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าในแต่ละ รพ.สต. แล้วสุ่มเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ซึ่งกำหนดระยะการสุ่ม (sampling interval) ตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่ และ

ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละแห่ง แห่งละ 20 - 21 คน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 186 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้สูงอายุมีระดับคะแนนการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน มีระดับคะแนนภาวะการรู้คิด 8 - 10 คะแนน และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกตัวอย่าง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (≥ 12 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (5 - 11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (0 - 4 คะแนน) (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021)

1.2 แบบคัดกรองภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ (Abbreviated Mental Test: AMT) ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดย 8 - 10 คะแนน หมายถึง มีภาวะรู้คิดปกติ และ ≤ 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะรู้คิดบกพร่อง (Institute of Geriatric Medicine, 2020)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลโรคประจำตัว และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI (ฉบับภาษาไทย) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 26 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และคุณภาพชีวิตโดยรวมอีก 2 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การคิดคะแนนให้กลับค่าคะแนนข้อคำถามเชิงลบก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตระดับดี (96 - 130 คะแนน) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61 - 95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (26 - 60 คะแนน) (Department of Mental Health, 2007)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้า (< 7 คะแนน) ซึมเศร้าเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน) ซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) ซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สำหรับแบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการแปลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยหน่วยงานทั้งในระดับชาติและระดับสากลมาแล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุติดบ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เอกสารรับรอง CRPPHO REC No.122/2567 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้สูงอายุติดบ้านที่จะเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอน

ตนเองจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิหรือบริการที่ได้รับ นอกจากนี้ ยังมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย แสดงความยินยอมโดยสมัครใจได้ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยยึดมั่นในหลักคุณธรรม จริยธรรม และให้ความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นส่วนตัว และสิทธิของตัวอย่างอย่างตลอดกระบวนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมด 9 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ของผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มี ADL 5 - 11 คะแนน และมีคะแนนคัดกรองภาวะการรู้คิด 8 - 10 คะแนน หลังจากนั้น ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าจนครบผู้สูงอายุติดบ้านตามจำนวน ที่ละ รพ.สต.

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's Exact test และ Pearson's product moment correlation coefficient ตามลักษณะของตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.1) มีอายุเฉลี่ย 73.6 ปี ($SD = 8.9$) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 53.2) รองลงมา เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 37.1) ส่วนใหญ่สำเร็จ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.7) รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 9.1) และพักอาศัย อยู่กับสามี หรือภรรยา หรือบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 59.7) ผู้ดูแลเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 47.8) รองลงมา เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 30.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด (ร้อยละ 57) รองลงมาเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 28.5) ซึ่งมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) ไม่มีรายได้ รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 34.4) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.8 โดยมีโรคประจำตัว 1 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 59.3) รองลงมา มีโรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 24.8) เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23.7) รองลงมา เป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน (ร้อยละ 5.4) มีการออกกำลังกายค่อนข้างมาก (ร้อยละ

80.1) ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 28.0) เดินแกว่งแขน (ร้อยละ 20.4) เต้นบาร์สโลบ (ร้อยละ 12.9) วิ่ง (ร้อยละ 10.2) รำไม้กระบอง (ร้อยละ 5.9) และปั่นจักรยาน (ร้อยละ 2.7) ตามลำดับ และโดยเฉลี่ย ออกกำลังกาย 3.1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($SD = 1.98$, $Min = 1$, $Max = 7$) เฉลี่ยครั้งละ 24.5 นาที ($SD = 26.2$, $Min = 5$, $Max = 90$)

2. ภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านไม่มี ภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 95.2) รองลงมา มีระดับ น้อยและปานกลาง (ร้อยละ 4.3 และ .5 ตามลำดับ) โดยมีภาวะซึมเศร้าภาพรวมอยู่ในระดับไม่มีซึมเศร้า ($M = 2.18$, $SD = 2.67$)

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 94.94$, $SD = 11.86$) เมื่อ แยกคุณภาพชีวิตพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ($M = 30.43$, $SD = 4.51$) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ($M = 24.54$, $SD = 3.44$) ด้านจิตใจ ($M = 21.95$, $SD = 3.45$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($M = 10.72$, $SD = 1.82$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านทั้งในภาพรวมและรายด้าน ($n = 186$)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			M	SD	การแปลผล
	ไม่ดี n (%)	ปานกลาง n (%)	ดี n (%)			
1. ด้านร่างกาย	3 (1.6)	122 (65.6)	61 (32.8)	24.54	3.44	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	3 (1.6)	92 (49.5)	91 (48.9)	21.95	3.45	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8 (4.3)	131 (70.4)	47 (25.3)	10.72	1.82	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	-	78 (41.9)	108 (58.1)	30.43	4.51	ดี
ภาพรวม	-	105 (56.5)	81 (43.5)	94.94	11.86	ปานกลาง

4. ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย

โรคประจำตัว และผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การออกกำลังกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน

ปัจจัย	<i>r</i>	<i>p</i>
อายุ (<i>n</i> = 186)	.068	.356
การออกกำลังกาย		
ระยะเวลาออกกำลังกายต่อครั้ง (นาที) (<i>n</i> = 149)	.100	.224
จำนวนครั้งออกกำลังกายต่อสัปดาห์ (<i>n</i> = 149)	.059	.477

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ผู้ดูแล โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน

ปัจจัย	<i>Chi-square</i>	<i>p</i>
ระดับการศึกษา	148.62	.37
สถานภาพสมรส	253.65	.00
การออกกำลังกาย	42.47	.54 ^F
รายได้	321.14	.00
โรคประจำตัว	45.60	.50 ^F
จำนวนโรคประจำตัว	256.89	.21
ผู้ดูแล	177.21	.77
ภาวะซึมเศร้า	827.55	.00

^F คือ Fisher's Exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 94.94, SD = 11.86$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thasuwanin, Maneerat, Thepkij, Laorinthong, and Winyangkul (2018) ที่ศึกษาผู้สูงอายุชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงรายพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 85.47, SD = 11.63$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thanapiyawat, Mueangkaew, and Kaenchaphum (2023) ในผู้สูงอายุตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ

80.4 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Supata and Buasri (2024) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 85.06, SD = 9.85$) ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ในกลุ่มติดบ้านมักมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($M = 24.54, 21.95$ และ 10.72 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมักมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งได้รับผลกระทบจากความเสื่อมตามวัย และโรคเรื้อรัง (Supata & Buasri, 2024; Thanapiyawat et al., 2023; Thasuwatin et al., 2018) ขณะที่ด้านจิตใจพบความรู้สึกวิตกกังวล เหงา และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ส่วนด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุติดบ้านมักมีบทบาทลดลงและร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว (Ko & Noh, 2021) ในทางตรงกันข้ามด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 30.43$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่เดิมตั้งแต่เกิด จึงมีความคุ้นเคย ปลอดภัย และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (Phimmanurak, Bonkhuttod, & Saeng-ngam, 2019; Tantinankun, Khrobsorn, & Wichairam, 2022)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านพบว่า ร้อยละ 95.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 2.18$) และร้อยละ 4.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย สะท้อนถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการจากโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิตที่ชี้ว่า การมีสุขภาพกายและใจคงที่ จะช่วยส่งเสริมพลังในการเผชิญปัญหา และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Department of Mental Health, 2020) ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ พบว่า กลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า (Kuntharee & Muktapahan, 2015)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากตัวอย่างในการศึกษานี้ ร้อยละ 53.2 มีคู่สมรสและอาศัยอยู่ร่วมกัน จึงส่งผลเชิงบวกต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีขึ้นสอดคล้องกับ Aongae (2021) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria (2016) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ต้องดูแลซึ่งกันและกันอาจประสบกับความเครียดจากความเสื่อมถอยทางร่างกาย และภาระจากโรคเรื้อรัง ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมลดลง และเพิ่มความพึ่งพิงจากครอบครัว บุตรหลาน และเครือญาติมากขึ้น สำหรับรายได้ นั้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน อาจเนื่องจาก ร้อยละ 57 ไม่มีรายได้ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุติดบ้านยังอาศัยร่วมกับครอบครัว เช่น คู่สมรสหรือบุตร โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนด้านรายจ่ายในชีวิตประจำวันอย่างเพียงพอ ทั้งด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และค่ารักษาพยาบาล นำไปสู่การลดความวิตกกังวลเรื่องรายได้ส่วนตัว (Supata & Buasri, 2024) นอกจากนี้ ลักษณะทางวัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุติดบ้านมีวิถีชีวิตเรียบง่าย เช่น ทำการเกษตรหรือปลูกผักสวนครัวเพื่อบริโภคเอง ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย

ภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านมักมีสาเหตุจากความเสื่อมของสมรรถภาพร่างกาย ความจำและการรับรู้ที่ลดลง รวมถึงโรคประจำตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกกังวล เหงา และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว หากไม่ได้รับการดูแลทางจิตใจอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมและทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ (Phimmanurak et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maria (2016) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติทางกายภาพ ($r = -.643$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Paz et al. (2021) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hee-kyung, Cho-Rong, Hye-Jin and Han-Ju (2021) ที่พบว่าภาวะ

ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลระยะยาว ($r = -.504$)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า อายุ โรคประจำตัว ผู้ดูแล ระดับการศึกษา และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน โดยอายุที่เพิ่มขึ้นมักสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของร่างกายและสุขภาพจิต แต่การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านกลับมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง - ดี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ชอบออกกำลังกายค่อนข้างมาก และไม่มีภาวะซึมเศร้า สะท้อนถึงการใส่ใจตนเอง สามารถปรับตัวและยอมรับความเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ดี โดยไม่จำเป็นต้องมีการศึกษาและการออกกำลังกายมาเกี่ยวข้อง ในขณะที่ผู้ดูแลแม้จะเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหลักกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากบริบทครอบครัวและชุมชนเมือง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bolina et al. (2021) ที่พบว่า การอยู่ร่วมกับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในหลายด้าน ขณะที่การอยู่ร่วมกับบุตรหรือผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paudel, Dhungana, Koirala, and Banstola (2022) ที่พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีทัศนคติที่มองโลกในแง่ดี การยอมรับความเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวทางจิตใจของผู้สูงอายุเองมากกว่า นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Phimmanurak et al. (2019) พบว่า การออกกำลังกาย ความถี่ และระยะเวลา ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะการทำกิจกรรมค่อนข้างจำกัด และมีความเสื่อมถอยตามวัย ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายระดับเบาที่บ้าน เช่น เดินช้า ๆ ช่วงตอนเช้า ยืดเหยียดแขนขา เป็นต้น การออกกำลังกายจึงไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ควรมุ่งเน้นการประเมินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธ์ทางสังคม โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะซึมเศร้า การให้กำลังใจ และการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมรรถภาพ

2. ด้านการวิจัย ควรขยายผลการวิจัยนี้ไปสู่การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้านอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการบทบาทพยาบาล ครอบครัว และเทคโนโลยี เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมทางสังคมในผู้สูงอายุติดบ้านอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการศึกษา ควรบูรณาการผลการวิจัยในการจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในทุกมิติ เช่น การออกกำลังกาย การพัฒนาทัศนคติ การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้โครงการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์ในการส่งเสริมสุขภาวะองค์กรรวมของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงด้วยการสร้างสุข 5 มิติตามแนวคิดวิถีพุทธ

เอกสารอ้างอิง

- Aongae, N. (2021). *The quality of life of the elderly in Ban Suan Municipality, Chonburi Province* (Master's independent study. Burapha University, Chon Buri.
- Bally, E. L. S., Korenhof, S. A., Ye, L., van Grieken, A., Tan, S. S., Mattace-Raso, F., . . . Raat, H. (2024). Factors associated with health-related quality of life among community-dwelling older adults: The APPCARE

- study. *Scientific Reports*, 14, 14351. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64539-x>
- Bolina, A. F., Araújo, M. D. C., Haas, V. J., & Tavares, D. M. D. S. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3401. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4051.3401>
- Chiang Rai Provincial Public Health Office. (2022). *Statistics of home-bound and bedridden older persons classified by activities of daily living (ADL) ability*. Retrieved from http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fb0955bb51
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for screening and health assessment of the elderly B.E. 2564 (2021)*. Bangkok: Najanta Creation.
- Department of Mental Health. (2007). *Thai version of the WHOQOL-BREF: The World Health Organization quality of life assessment instrument (short version)*. Retrieved from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
- Department of Mental Health. (2020). *Annual report of the Department of Mental Health, fiscal year 2020*. Retrieved from <https://dmh.go.th/>
- Department of Older Persons. (2024). *Statistics of older persons in December 2024*. Retrieved from https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2566
- Foundation for Thai Gerontology Research and Development Institute & Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2016). *Situation of the Thai elderly 2016*. Nakhon Pathom: Printery.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2017). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation* (7th ed.). Elsevier Saunders.
- Hee-kyung, C., Cho-Rong, G., Hye-Jin, K., & Han-Ju, B. (2021). Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 29(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000398>
- Health Data Center. (2024). *Statistics on home-bound and bed-bound older adults in Chiang Rai Province*. Retrieved from <https://hdc.moph.go.th/cr/public/standard-report-detail/9e6655a9a4b4c6df08edaadd567a70f1>
- Hfocus. (2024). *Elderly at risk of depression and suicide due to lack of social activities and feelings of loneliness*. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2024/11/32116>
- Institute of Geriatric Medicine. (2020). *Manual for caring for older persons with dementia for community care volunteers*. Retrieved from <https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/11/test.pdf>
- Ko, Y., & Noh, W. (2021). A scoping review of homebound older people: Definition, measurement, and determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4712. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094712>
- Kuntharee, V., & Muktaphan, B. (2015). Quality of life and depression of people with disabilities living in Nong Teng subdistrict, Krasung district, Buriram province. *Journal of Research and Development Buriram Rajabhat University*, 10(1), 50-58.
- Lin, W., Yongmei, H., Rui, H., & Liancheng, Z. (2022). The effects of physical exercise on the quality of life of healthy older adults in China: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 895373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895373>
- Maria, S. S. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), 484-493.
- Na-Wichian, S., Pornpuk, B., Phiriyakulkit, N., & Janwijit, S. (2024). The quality-of-life factors related to depression among older adults in Phitsanulok municipality. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*, 7(1), 68-81.
- National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*. Ministry of Digital Economy and Society. Retrieved from https://www.nso.go.th/nso/web/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- Paudel, S., Dhungana, S., Koirala, S., & Banstola, S. (2022). Quality of life and its associated factors among the elderly population living in their own homes. *Journal of Gandaki Medical College-Nepal*, 15(2), 79-84.
- Paz, M. G. D., Souza, L. A. F. D., Tatagiba, B. D. S. F., Serra, J. R. D., Moura, L. A. D., Barbosa, M. A., & Pereira, L. V. (2021). Factors associated with quality of life of older adults with chronic pain. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e20200554. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-012>
- Phimmanurak, R., Bonkhuttod, P., & Saeng-ngam, T. (2019, March 30). *Factor affecting quality of life of the elderly at Nongprong Village, I-san Subdistrict, Mueang District, Buriram Province*. In The 6th National Conference Nakhonratchasima College 2019: *Aging Society: Opportunities and Challenges for Higher Education* (pp. 863-872). Nakhonratchasima College.

- Satit, S. (2016). Factors relating to quality of life of the elderly in Koh Kanun sub-district, Panom Sarakham district, Chachoengsao province. *Journal of Rajanagarindra*, 13(30), 133–141.
- Stoltz, P. G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities*. John Wiley & Sons.
- Supata, W., & Buasri, S. (2024). Factors associated with quality of life among dependent older people in Muang district. *Journal of Nursing and Health Research*, 25(2), 1–17.
- Thai Health Promotion Foundation. (2023). *Lessons learned from a proactive health rehabilitation system to prevent NCDs and improve the quality of life for bedridden older adults*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/?p=353742>
- Thanapiyawat, N., Mueangkaew, R., & Kaenchaiphum, B. (2023). Factors associated with the quality of life of the elderly in Na Fai subdistrict, Chaiyaphum province. *Journal of Health Education*, 46(1), 120–130.
- Thasuwatin, T., Maneerat, W., Thepkij, K., Laorinthong, A., & Winyangkul, P. (2018). Quality of life of ethnic elderly in Chiang Rai province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 74–82.