



ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้

จิราพร ทองดี*

ดาราวรรณ รองเมือง*

ฉันทนา นาคฉัตรีย์*

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุ และเป็นที่ยอมรับกันว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น นอกจากนี้ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 727 คน ร้อยละ 61 เป็นเพศหญิง (443 คน) ร้อยละ 39 เป็นเพศชาย (284 คน) อายุเฉลี่ย 71 ปี ($range = 63-86$, $SD = 9.93$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 78.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน โรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 34.5 เบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 1.5 และ ไตวายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน คิดเป็นร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 ($\bar{x} = 85.70$, $range = 44-117$, $SD = 1.27$) และ 51.60 ($\bar{x} = 90.60$, $range = 43-119$, $SD = 12.3$) ตามลำดับ โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r = .77$, $p < .01$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นการใช้หลักศาสนาส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การบูรณาการความรู้เรื่องศาสนาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อาจมีผลช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ, จังหวัดชายแดนภาคใต้



Health Status and Quality of Life among the Elderly in the Southern Border Provinces of Thailand

*Jeraporn Tongdee**

*Daravan Rongmuang**

*Chantana Nakchatree**

Abstract

Physical decline in the elderly may increase the risk of chronic disease and affect their quality of life. It is well known that the elderly living in the Southern border provinces of Thailand have different social culture, beliefs, lifestyle, custom and tradition from those the other regions. Moreover, they have experience of the unrest situation and unsafe situation. The purpose of this study was to examine the relationship between health status and quality of life among the elderly in the Southern border provinces of Thailand (Songkhla, Satun, Yala, Pattani, and Narathiwat provinces)

Total sample of 727 elderly were recruited. There were 443 women (61%) and 284 men (39%). The mean age was 71 years (range = 63–86, SD = 9.93). Islam is the dominant religion (76.6%). The data were collected using a structured questionnaire including demographic data, Health Status Questionnaire, and Elderly Quality of Life Index. Frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Pearson product–moment correlation coefficient were analyzed.

The results revealed that 70 percent of the elderly have at least one chronic illness. The most common chronic illnesses including hypertension (34.5%), diabetes mellitus (6.9%), heart disease (1.5%), chronic kidney disease (1.5%). The most common health problems including visual problems (58%), dry and itchy skin (39.9%), and bladder control problems (30%). Most of the elderly have moderate health status (59.1%) and quality of life (51.6%) ($\bar{X} = 85.7$, range = 44–117, SD = 1.27 and $\bar{X} = 90.6$, range = 43–119, SD = 12.3), respectively. Quality of life has positively relationship with health status ($r = .77$, $p < .01$).

These findings suggested that the health care providers and caregiver of the elderly should participate in chronic illness prevention and planning health promotion activities which appropriate with cultural context. Fostering the potential protective factor among this group, specifically from the perspective of cultural and religious integration to promote healthy behaviors in order to improve health status and quality of life.

Keywords : Health Status, Quality of Life among the Elderly, Muslim, The Southern Border Provinces of Thailand

* Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani



บทนำ

นับแต่ศตวรรษที่ 21 ทวีโลกเผชิญกับปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนมีอายุยืนขึ้น ในปี ค.ศ. 2005 พบว่าประชากรสูงอายุทั่วโลกมีจำนวน 672 ล้านคน⁽²⁾ โดย 2 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา จากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2535, 2545 และ 2550 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 6.8 9.4 และ 10.7 ตามลำดับ⁽⁴⁾ การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ อีกทั้งในช่วงที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2548-2553 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายไทย 68.5 ปี ผู้หญิงไทย 75 ปี และคาดว่าในปีพ.ศ. 2568-2573 จะเพิ่มขึ้นถึง 73.6 ปี ในผู้ชาย และ 79.1 ปี ในผู้หญิง⁽⁵⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population aging)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ มีรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค⁽³⁾ สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 80 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และประมาณร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดและความวิตกกังวล สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 และจาก

การสำรวจในปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 3 ลำดับแรกคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไทรอยด์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของปีนเนเรต กาศอุดม และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน และความชุกของโรคเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น โดยร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีโรคเรื้อรังหลายโรค⁽¹⁰⁾ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่าระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี มีการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 43 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.29 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และ สุขภาพไม่ดีมากมาย ร้อยละ 2.8 โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น⁽⁸⁾ และน้ำฝน กองอรินทร์ และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การคมนาคม บทบาทและสัมพันธภาพ และปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ และปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม ด้านระดับการศึกษา

การที่ระดับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันได้ โดย



คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคม จากการศึกษาของอุทัย สุดสุข และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.1 อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตระดับสูงกว่าภูมิภาคอื่น และภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุภาคใต้ โดยวรรณ กุมารจันทร์⁽¹³⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 400 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านศาสนา และลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของมะรุสะดี ดีสาอะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 99 คน พบว่าผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งปัจจัยด้านประชากร เช่น อาชีพ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ของครอบครัว ที่แตกต่างกันย่อมส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้

การศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และพบว่าในเขตภาคใต้ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในเขตพื้นที่ที่มีความเจริญ ทำให้สมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง⁽¹⁵⁾ จากรายงานสำรวจปีพ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในเขตภาคใต้มีจำนวน 69,400 คน หรือร้อยละ 8 ของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังทั่วประเทศ⁽⁴⁾ ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความ

ไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ซึ่งการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ และภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะการดำรงชีวิต วัฒนธรรม และศาสนา การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการวิจัยนำร่อง เพื่อที่จะได้ทราบข้อมูลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะ และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษานี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคมสามารถประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL



-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ องค์ประกอบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม และผ่านการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน อาจมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีความแตกต่างของภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรม และบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านประชากร อาทิ เพศ อายุ ศาสนา รายได้ ของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีสังคม วัฒนธรรมความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และยังคงต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่างๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 1 มีนาคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane⁽¹⁶⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยเลือกขนาดตัวอย่างตามความคลาดเคลื่อน $\pm 4\%$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 625 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เป็น 727 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenient sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาชาวใต้ได้
3. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ด้วยบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของ สุพรรณิ นันทชัย⁽¹⁷⁾ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

2.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF-THAI) ซึ่งสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้แปลและพัฒนาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ 26 ข้อ และได้มีการนำไปใช้ในประเทศไทยอย่างกว้างขวางในกลุ่มประชากรทั่วไปและในกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งได้มีการปรับและพัฒนาแบบวัดเพื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดย สุนตรา ตะบุญพงศ์ วันดี สุทธีรังสี และพัชรียา ไชยลังกา⁽¹⁹⁾ มีการประเมินคุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัย



โลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย จำนวน 268 ราย พบว่ามีค่าความเที่ยงและค่าความสอดคล้องภายใน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .90 ($p < .001$) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 ($p < .001$) โดยปรับแบบสอบถามเป็น 25 ข้อ แบ่งองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดินทาง และการทำงาน ด้านจิตสังคม 10 ข้อ ได้แก่ การเงิน ที่อยู่อาศัย มิตรภาพ การสนับสนุนทางสังคม การพักผ่อน และความพอใจในตนเอง ด้านจิตวิญญาณ 8 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต ความหมายของชีวิต สมบัติในการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย ความพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมีกำลังวังชา และความพอใจในที่อยู่อาศัย ซึ่งก่อนนำไปใช้ผู้วิจัย ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้พิจารณาและผ่านการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี

ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในเขตภาคใต้ที่มีภูมิภานาอยู่ในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งสามารถใช้ภาษาayiในการสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้ดี โดยผู้วิจัยจัดอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถาม ก่อนการเก็บ พบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) อยู่ระดับดีถึงดีมาก ($\kappa = .87-.90$)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าเฉลี่ย

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์คะแนนภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยการหาค่าพิสัย (range) ค่าเฉลี่ย (mean: $\bar{x}$) และหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 727 คน เพศหญิง 443 คน ร้อยละ 61 เพศชาย 284 คน ร้อยละ 39 อายุเฉลี่ย 71 ปี (range = 63–86, SD = 9.93) สถานภาพสมรสร้อยละ 59.10 ไม่ได้เรียนหนังสือมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.80 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 40.7 แหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 47.6 รองลงมาได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.4 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บร้อยละ 79 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 5–6 คน ร้อยละ 34 และมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสูงถึง ร้อยละ 69.50 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 และมีโรคประจำตัว จำนวน 1 โรค ร้อยละ 44 จำนวน 2 โรค ร้อยละ 16 และจำนวน 3 โรคขึ้นไปร้อยละ 10 โรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.5 ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ร้อยละ 58 ผิวน้ำแห้งและมีผื่นคัน ร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 30

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 44–117 คะแนน ($\bar{x} = 85.70$, SD=12.30) เมื่อนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาแบ่ง



ช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะสุขภาพดี ปานกลาง และต่ำ การแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนน

ต่ำสุด) /3 ของกานดา พูนลาภทวี²⁰ หาความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละระดับ พบว่าค่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.10 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดง ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะสุขภาพ (N=727)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด- สูงสุด		$\bar{x}$	SD	จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง		
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			ดี	ปานกลาง	ต่ำ
ภาวะสุขภาพ	30-120	44-117	85.70	1.27	343 (37.60)	430(59.10)	24(3.30)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 43-119 คะแนน ($\bar{x}$ =90.60, SD=12.30) เมื่อนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง มาแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับสูง ปานกลาง และต่ำ การแปลผลคะแนนจะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ มาแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยใช้หลัก

การทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด - ค่าคะแนนต่ำสุด) /3 ของกานดา พูนลาภทวี²⁰ หาความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.60 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตสังคม ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.90 และ 50.06 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.06

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน (N=727)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด- สูงสุด		$\bar{x}$	SD	จำนวน (ร้อยละ) ของกลุ่มตัวอย่าง		
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			ดี	ปานกลาง	ต่ำ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	25-125	43-119	90.60	12.30	343 (47.20)	375 (51.60)	9 (1.20)
ด้านร่างกาย	7-35	7-34	24.33	4.76	236 (32.50)	443 (60.90)	48 (6.60)
ด้านจิตสังคม	10-50	19-50	37.03	4.99	353 (48.60)	368 (50.06)	6 (0.80)
ด้านจิตวิญญาณ	8-40	14-40	29.24	4.39	368 (50.06)	350 (48.10)	9 (1.20)



ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Koromogorov-Sminov test และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยใช้ Scatter plot พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=.77, p<.01$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=.77, p<.01$) คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=.610, p<.01$) และคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=.62, p<.01$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (N=727)

คุณภาพชีวิต	ภาวะสุขภาพ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.77**
ด้านร่างกาย	.77**
ด้านจิตสังคม	.61**
ด้านจิตวิญญาณ	.62**

** $p < .01$

สรุป อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุทั้งประเทศในปี.ศ. 2546-2552 ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 54.9 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และ

โรคเรื้อรังที่เป็นมาก 3 ลำดับแรก คือโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคของต่อมไร้ท่อมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾ สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยกว่าครึ่ง คือปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย โดยเฉพาะความเสื่อมของลูกตา ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตาพร่ามัว และพบว่าโรคที่เกิดจากความเสื่อมของดวงตาในวัยสูงอายุที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ต้อกระจก ซึ่งพบสูงถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเป็นโรคต้อกระจก โดยจะพบอัตราสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น⁽⁸⁾ และพบผิวหนังแห้งและมีผื่นคัน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 -2552 ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 17.9 กลั้นปัสสาวะได้เป็นบางครั้ง และร้อยละ 11.9 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผลการ ศึกษาพบว่าคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 68.10 ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนัก⁽⁶⁾ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพดี

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย⁽²¹⁾ และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจากการศึกษาของ วิโรจน์ เรื่องสะอาด⁽²²⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอ แม่อน จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสามารถเดิน



ทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถเดินทางไปรักษาพยาบาลและสามารถทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็งและแวง⁽²³⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ร่างกายยังทำหน้าที่ได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค แต่ยังสามารถประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บ และเนื่องจากลักษณะวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ เป็นพื้นที่ชนบทมีลักษณะของความพอเพียง มีการปลูกพืชผักและเลี้ยงสัตว์ มาประกอบอาหารในครัวเรือน รายได้เพียงเล็กน้อยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และสามารถเก็บออมไว้บางส่วน บุคคลที่มีรายได้เพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สำคัญของการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ²⁴ เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บไว้ จะไม่วิตกกังวลว่าเมื่อไม่ได้ทำงาน จะไม่มีเงินใช้จ่ายส่งผลให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีรายได้หรือเศรษฐกิจดี จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ⁽²⁵⁾ แต่เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณเป็นการสำรวจความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับเป้าหมายของชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ที่คุกคามความมั่นคงปลอดภัย ความมีกำลังวังชา ความพอใจในที่อยู่อาศัย จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรง และไม่ปลอดภัย จากการก่อการร้าย ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ยังคงอาศัยอยู่ใน

พื้นที่ ดังการศึกษาของ พัทรี พุทธชาด⁽²⁶⁾ เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้น่าจะเป็นสาเหตุหลักให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไม่มั่นคงปลอดภัย ซึ่งแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ที่กลับมีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งเป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติตามหลักคำสอนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่เยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องหลักศาสนา ผ่านระบบการศึกษาเล่าเรียนจากศูนย์อบรมศาสนาอิสลามและจริยธรรมประจำมัสยิดหรือศูนย์อบรมประจำหมู่บ้าน ที่เรียกว่า “ดาดีกา”⁽²⁷⁾ ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อ และศรัทธาที่แข็งแกร่งในอัลลอฮ์ ว่าเป็นผู้ทรงเดชานุภาพ เป็นผู้สร้างทุกสิ่งบนโลกนี้ และทุกอย่างที่เกิดขึ้นในโลกเป็นไปตามประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้อารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ถึงแม้มีเหตุการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในปัจจุบันที่ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น และเกิดอย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾

ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่จะมีการจัดการความเครียดของตนเอง โดยใช้ศรัทธาต่อพระเจ้า และการปฏิบัติกิจกรรมศาสนา ซึ่งได้แก่การนมาซ การสวดมนต์ การอ่านหรือฟังอัล-กรุอ่าน การนึกถึงคำสอนทางศาสนา⁽²⁹⁾ การปรึกษาผู้นำศาสนา



และการสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจในพระเจ้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา โดยพิลา⁽³⁰⁾ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดสตูลมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่อง การขอพรต่ออัลลอฮ์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีคะแนนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและศรัทธาว่าพระเจ้าจะอยู่เคียงข้างผู้ปฏิบัติตนตามแนวทางของอิสลาม และผู้ที่มีศรัทธาอย่างแท้จริง ดังนั้นเมื่อเกิดความรู้สึกหวาดกลัวและรู้สึกไม่มั่นคง ผู้สูงอายุมุสลิมจะขอพรจากอัลลอฮ์ ให้ปลอดภัยในทุกๆ ด้าน ซึ่งการขอพรดังกล่าวจะช่วยให้มุสลิมรู้สึกอบอุ่นใจ⁽³¹⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคมตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เลื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย²¹ ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุมุสลิมซึ่ง

อยู่ในสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมชุมชนมุสลิม มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เฉพาะ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มผู้สูงอายุอื่นได้ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษานำร่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษาดังนี้ บุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Organization for Economic Co-operation and Development. Ageing and Employment Policies “Live Longer, Work Longer” [Internet]. 2006 [cited 2006 Jun 7]. Available from: http://www.oecd.org/documentprint/0,2744,en_2649_3743536104426_111_37435,00.html
2. United Nations. World population Prospects: the 2004 Revision. POPULATION Newsletter 2005; 79: 1–20.
3. World Health Organization. Ageing and life course [Internet]. 2005 [cited 2005 Dec 2]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2551.
5. United Nation. World Population Ageing 2007. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2007.
6. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. McGuire CL, Strine WS, Okoro AC, Ahluwalia IB, Ford SE. Healthy Lifestyle Behaviors Among Older U.S. Adults With and Without



- Disabilities, Behavioral Risk Factor Surveillance System [Internet]. 2003 [cited 2007 March 7]. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jan/06_0029.htm.
8. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิวพี จำกัด; 2552.
 9. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง, ธัสมน นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2550.
 10. วรณภา ศรีธิญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนา; 2545.
 11. น้ำฝน กองอรินทร์, ชลธิชา เรือนคำ, โรชินี อุปรา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยกลางขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่; 2552.
 12. อุทัย สุตสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร พองสถิตกุล, จรัส เกวลินสถิตย์, สัมฤทธิ์ จันทราช, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2552.
 13. วรณภา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
 14. มะรุสะดี ดีสาอะ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
 15. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ภาวนา พัฒนศรี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้. สงขลา: สถาบันไทยคดีศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2544.
 16. Yamane T. Statistics : An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
 17. สุพรรณิ นันทชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความก้าวหน้าและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534.
 18. สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล, วัชรพรรณ ตันตินันดรกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
 19. สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, วันดี สุทธรังสี, พัชรียา ไชยลังกา. การประเมินคุณภาพแบบวัด คุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในกลุ่มผู้สูงอายุไทย. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2: 6-12.
 20. กานดา พูนลาภทวี. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์; 2539.
 21. ปริญญา โตมานะ, ระวีวรรณ ศรีสุชาติ. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกื้อหนุนอื่นๆ. JMHT. 2005; 13:28-37.
 22. วิโรจน์ เรืองสะอาด. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ (การศึกษาค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต&field=1016&option=showresult&institute_code=0&doc_type=0"ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2549.
 23. Tseng S, Wang R. Quality of Life and Related Factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. PHN 2001; 18:304-311.
 24. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิต



- ทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
25. นภาพร คีกลีเอ. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูลูกหลานจังหวัดสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
26. พัทรี พุทธชาด. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25:31-7.
27. บุญเสริม ฤทธาภิรมย์. รวมเรื่องเมืองสตูล. สงขลา: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาการพิมพ์; 2548.
28. รุ่ง แก้วแดง. สงครามและสันติสุขชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: บริษัทเลิฟแอนด์ลิฟ เพรส จำกัด; 2548.
29. Hassouneh – Phillips D. Strength and vulnerability: spirituality in abused American Muslim Women's lives. Issues in Mental Health Nurs 2003; 24:681-694.
30. กฤษณา โดยพิลา. การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
31. มานี ชูไทย. หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.