



การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา:

อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

# วิทยานิพนธ์

## เรื่อง

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา:

อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

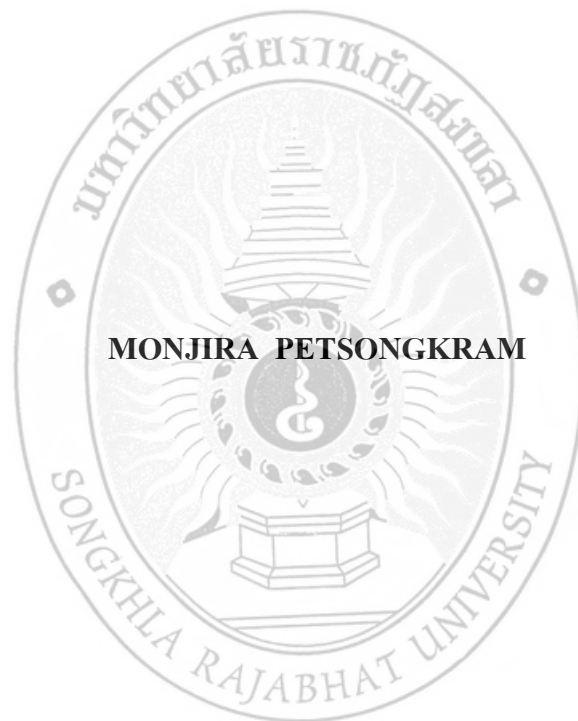
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

**THESIS**

**DAILY – LIVING PRACTICE AND QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY IN  
THE SOUTHERN BORDER PROVINCES: A CASE STUDY OF  
KABANG DISTRICT, YALA PROVINCE**



**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR  
THE DEGREE OF MASTER PUBLIC HEALTH SCIENCE PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH  
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

**2013**

**COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY**

ชื่อวิทยานิพนธ์	การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
ผู้วิจัย	นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม ปีการศึกษา 2556
ปริญญา	สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาขารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ชาญชัย เรืองขจร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ดร.กันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 2) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา 4) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ตามข้อมูล ส่วนบุคคล การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจชนิดการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยการกำหนดโควตาร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน ทั้งหมด 19 หมู่บ้าน โดยการจับฉลาก จากนั้นกำหนดโควตาหมู่บ้านละ 40 คน จาก 10 หมู่บ้าน แต่ละ หมู่บ้านสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากตัวแทนหมู่บ้านละ 40 คน รวมเป็น 400 คน เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจง ความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและการจัดการความเครียด และการปฏิบัติศาสนกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.50, 38.30, 42.30 และ 40.70 ตามลำดับ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 64.20 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ใน

(2)

ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50, 45.25, 50.00 และ 45.75 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ใน  
ระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 3) การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ  
ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ( $r = 0.22$ ) 4) ข้อมูล  
ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิต  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



<b>Thesis Title</b>	Daily – Living Practice and Quality of Life Among the Elderly in the Southern Border Province: A Case Study of Kabang District, Yala Province
<b>Researcher</b>	Miss Monjira Petsongkram <b>Academic year:</b> 2013
<b>Degree</b>	Master of Public Health Program in Community Health
<b>Advisors</b>	1. Professor Assistant Charnchai Ruangkajorn 2. Dr.Kantamaht Kanchanapoom

### Abstract

This research aimed to 1) study the daily personal activity of elder people; 2) study the quality of life level of elder people; 3) study relationship between the daily personal activity and the quality of life of elder people; 4) compare the qualities of life of elder people in Ampore Kabang, Yala Province, followed personal characteristics. This research employed descriptive quantitative research methodology to conduct the research by using interview technique. The sample came from elder people in Ampore Kabang, Yala Province by stratified sampling of 40 representatives out of 400 from 10 neighborhoods. The research used interview questions about daily personal activities which has reliability value .85, and the evaluation form of quality of life which has reliability value .86. This research analyzed the data and presented in terms of frequency, percentage, mean, and Pearson's product moment correlation coefficient. Furthermore, the research compared the quality of life by using sample personal characteristics by using Independent t-test and One-Way Anova.

The research found that 1) the daily personal activities of elder people, overall and in particular aspect were at moderate level. Moreover, the daily personal activities including: consumption, exercise, prevent and manage stress, following religion activities were also in the moderate level 35.50, 38.30, 42.30 and 40.70 percent, respectively. Overall of daily personal activities of elder people rate was in moderate level at 64.20 percent; 2) quality of life of elder people, overall and in particular aspect were in moderate level. These included physical aspect, moral aspect, social relation aspect, and environment aspect. They were in moderate level at 44.50, 45.25, 50.00 and 45.75 percent, respectively. The combination of all aspect of quality of life was in moderate level at 71.00 percent; 3) the daily personal activities was related with the quality of life of elder people

(4)

with statistically significant difference at .05 by low relation ( $r=0.22$ ); 4) personal data of different elder people in religion aspect, educational level, and income had statistically significant difference at .05 level.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ชาญชัย เรืองขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดร.ยุทธพงศ์ หล้ายา ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ดร.จิราพัทธ์ พลอยนิลเพชร เลขาธิการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะแนวคิด ซึ่งทำให้การทำวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอด ความรู้ แนวคิดตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิทยา พิษนีไพบูลย์ ที่กรุณาสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ และเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณรอง ศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน และคุณทัศนีย์ สมสมาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ที่กรุณาสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ พร้อมทั้งให้ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณอาแซ กาแข็ง สาธารณสุขอำเภอกาบัง ที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก ตลอดระยะเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุในอำเภอกาบังที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ทุกคนในครอบครัว กำลังใจจากคุณพ่อและคุณแม่ กำลังใจจากเพื่อน ๆ ร่วม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 3 เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ที่คอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจ ผู้วิจัยจึง ขอขอบคุณท่านไว้ ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูคุณเวทิต์แต่ บิดา มารดา บุรพจารย์ ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

มลจิรา เพชรสงคราม

พฤษภาคม 2557



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	(3)
กิตติกรรมประกาศ .....	(5)
สารบัญ .....	(6)
สารบัญตาราง .....	(9)
สารบัญภาพ .....	(10)
<b>บทที่ 1</b>	
<b>บทนำ</b> .....	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	3
ขอบเขตการวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
<b>บทที่ 2</b>	
<b>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	<b>8</b>
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ .....	8
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน .....	20
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต .....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	42

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b> วิธีดำเนินการวิจัย .....	<b>46</b>
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	50
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล .....	51
<b>บทที่ 4</b> ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	<b>52</b>
ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ .....	52
การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ .....	54
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ .....	61
ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ .....	64
เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง .....	65
<b>บทที่ 5</b> สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	<b>68</b>
สรุปผล .....	69
อภิปรายผล .....	70
ข้อเสนอแนะ .....	77
บรรณานุกรม .....	79
ภาคผนวก .....	83
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	84
ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ .....	94
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ .....	96
ภาคผนวก ง แบบสรุปผลการประเมินความสอดคล้อง (IOC) .....	100
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .....	107

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก จ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านของอำเภอกาบัง .....	109
ภาคผนวก ช รายชื่อผู้ช่วยนักวิจัย .....	112
ประวัติผู้วิจัย .....	114



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ค่าของพลังงานที่ต้องการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว และพลังงานที่ต้องการเมื่อมีภาวะเครียด .....	23
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง .....	52
3	จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายชื่อ .....	54
4	จำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม และรายด้าน .....	59
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง .....	60
6	จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นรายชื่อ .....	61
7	จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน .....	63
8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง .....	64
9	ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา .....	64
10	ผลการทดสอบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีเพศต่างกัน .....	65
11	ผลการทดสอบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีศาสนาต่างกัน .....	65
12	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีอายุแตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA .....	65
13	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA .....	66
14	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA .....	66
15	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA .....	67
16	การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA .....	67

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	5



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์ใหม่ในศตวรรษที่ 21 ของประเทศไทย คือการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลจาก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 พบว่า ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 7.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 เมื่อมองถึงสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่ง ร้อยละ 57.7 มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การหกล้ม จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล เกิดปัญหาและภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ในระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556: 5)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 54.9 จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2546 – 2552 พบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมาก 3 ลำดับ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่าระดับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพไม่ดี มีการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีเพียงร้อยละ 43 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.29 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การคมนาคม ขนพาหนะและสัมพันธภาพ การที่ระดับภาวะสุขภาพแตกต่างกันอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป โดยคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย

จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม (จิราพร ทองดี และคณะ, 2553: 90)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา แต่การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นภัยคุกคามต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในทุก ๆ ด้านของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้สร้างความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สิน และสร้างความตื่นตระหนกไปทั้งชุมชนและประเทศ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ และขยายวงกว้างออกไปจากผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยตรงสู่ครอบครัวและชุมชน (กรรณิกา เรืองเดช และคณะ, 2556: 15)

ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ยิ่งไปกว่านั้นยังต้องประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษาอำเภอตากใบ จังหวัดยะลา ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 2,278 คน จากประชากรทั้งหมด 24,181 คน คิดเป็นร้อยละ 9.40 โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ 2 ตำบล 19 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 82.5 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 19.8 และ 14.0 (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตากใบ, 2556)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเน้นหนักในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในเรื่องการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟู และรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และได้รับความคุ้มครองจากสังคม ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน จะนำผลของการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเสนอต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอตากใบ จังหวัดยะลาและเป็นประโยชน์แก่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ตามข้อมูลส่วนบุคคล

## สมมติฐานการวิจัย

1. การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อยู่ในระดับปานกลาง
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อยู่ในระดับปานกลาง
3. การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
4. ข้อมูลส่วนบุคคลต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ต่างกัน

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจชนิดการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภูมิศึกษา อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ดังนี้ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันและจัดการความเครียด การปฏิบัติศาสนกิจ และคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในพื้นที่อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา



3. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง  
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกาบัง ซึ่งประกอบด้วย 2 ตำบล 19 หมู่บ้าน จำนวน 2,278 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน โดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05 โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้ (ชาญชัย เรื่องขจร, 2550: 154)

4. ขอบเขตทางด้านตัวแปรที่ศึกษา

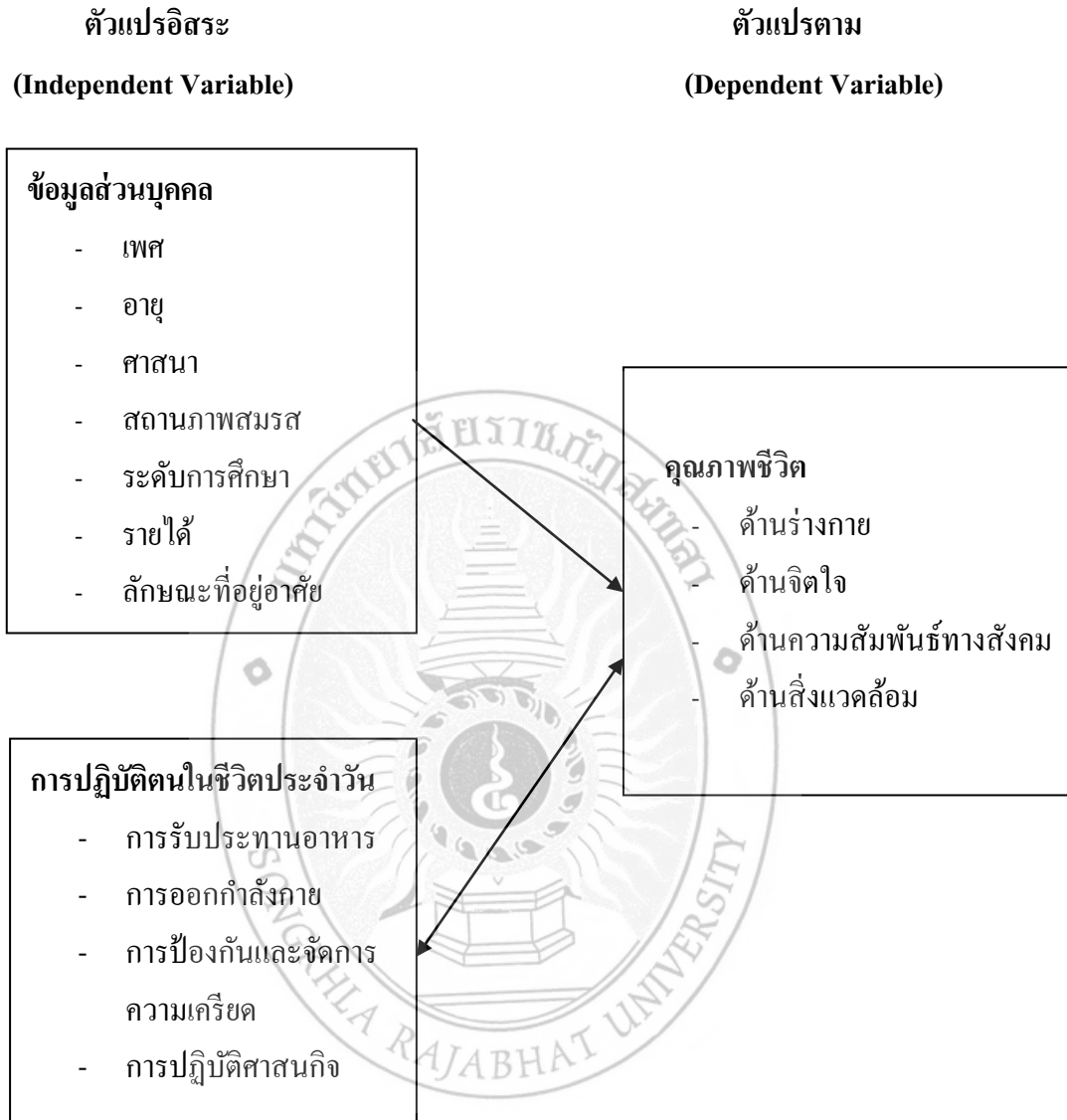
4.1 ตัวแปรอิสระ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, ศาสนา, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้, ที่อยู่อาศัย และข้อมูลการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การป้องกันและจัดการความเครียด และการปฏิบัติศาสนกิจ

4.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

5. ขอบเขตทางด้านเวลา เป็นการศึกษา ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2557



## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติหลากหลาย แต่มีกิจกรรมที่สำคัญ อยู่ 4 ประการ ซึ่งประกอบด้วย

- 1.1 การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม
- 1.2 การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม
- 1.3 การป้องกันและจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม
- 1.4 การปฏิบัติศาสนกิจที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม คือ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและด้านปริมาณ เช่น รับประทานอาหารอ้อมตามมือเวลา รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่หลากหลาย เน้นผักและอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยในการย่อยอาหารและระบบขับถ่ายรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ งดดื่มชา กาแฟ ก่อนนอน ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว

3. การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม คือ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เช่น มีการออกกำลังกายเพิ่มเติมจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เลือกรอกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก และเมื่อรู้สึกเหนื่อยจากการออกกำลังกายมีการผ่อนคลายที่ถูกต้อง

4. การป้องกันและจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม คือ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การพูดคุย ระบายกับคนใกล้ชิด ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อพบปะพูดคุยกับคนในวัยเดียวกัน

5. การปฏิบัติศาสนกิจที่ถูกต้องเหมาะสม คือ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อทำจิตใจให้สงบและมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ได้แก่ การไหว้พระสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิภาวนา การทำบุญตักบาตร การไปวัดในวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนา ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ยึดหลักหลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ การกล่าวคำปฏิญาณตน การละหมาด 5 เวลา การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การจ่ายซะกาต และการทำฮัจย์

6. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน จากฐานข้อมูลบัญชีสาธารณสุข ณ 30 กันยายน 2556

7. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความอยู่ดีมีสุขของมนุษย์ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม การวัดระดับคุณภาพชีวิตใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ แปลเป็นภาษาไทยและนำมาพัฒนาในประเทศไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา
2. เพื่อทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา
3. เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอทวาย จังหวัดยะลา ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
  - 2.1 ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
  - 2.2 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
  - 2.3 การป้องกันและจัดการความเครียด
  - 2.4 การปฏิบัติศาสนกิจ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 3.3 การวัดคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความสูงอายุ (Aging) มีความหมายหลากหลายแตกต่างกันตามจุดเน้นหรือหลักการวิจารณ์ตัดสินในแต่ละประเทศ (อุทัย หิรัญโต, 2526: 67-68)

1.1 ความสูงอายุตามวัยหรือตามอายุ (Chronological Aging) เป็นการนิยามความสูงอายุโดยพิจารณาจากอายุหรือจำนวนปีตั้งแต่แรกเกิดตามปีปฏิทิน โดยกำหนดช่วงอายุที่แตกต่างกันไป

แต่ละประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกากำหนดระดับความสูงอายุไว้เป็น 3 ระดับคือ สูงอายุน้อย (Young Old) อายุตั้งแต่ 65-74 ปี สูงอายุปานกลาง (Middle Old) อายุตั้งแต่ 75-84 ปี และสูงอายุมาก (Old - Old) อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยนั้นมีการแบ่งกลุ่มอายุเพื่อนำเสนอโดยมักจะมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม ช่วงละ 10 ปีเช่นกัน แต่เริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป

1.2 ความสูงอายุดตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต บุคคลอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะหรือระบบในบางส่วนของร่างกายซ่อนเร้นอยู่และมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นทีละน้อยตามอายุ เช่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือเทา ผิวหนังเหี่ยวย่น มองเห็นและการได้ยิน การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ช้าลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เป็นต้น

1.3 ความสูงอายุดตามความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในสังคม (Functional Aging) เป็นการพิจารณาจากหลักการที่ว่าบุคคลมีอายุเท่ากันมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันต้องการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวการพิจารณาความสูงอายุดตามหลักการนี้มีประโยชน์และสอดคล้องกับหลักการในการดูแลสุขภาพของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังหรือภาวะเสี่ยงต่อปัญหา

1.4 ความสูงอายุดตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ในตนเองและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งความสูงอายุดด้านจิตใจนี้ได้รับอิทธิพลมาจากสภาพร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต และการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีผลต่อและความจำ การเรียนรู้ แรงจูงใจและภาวะอารมณ์

1.5 ความสูงอายุดตามสภาพสังคม (Social Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเข้าสังคม ความคาดหวังและบทบาททางสังคมที่ได้รับอิทธิพลมาจากความสูงอายุดทางด้านร่างกายและจิตใจคือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละมิติของบุคคลซึ่งมีลักษณะที่ต้องการดูแลที่ละเอียดอ่อนและแตกต่างจากวัยอื่น ๆ

## 2. ความหมายของผู้สูงอายุ

2.1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2556: 1) ได้ให้นิยามของผู้สูงอายุไว้ว่าผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตาม พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2540 มีการแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุที่เพิ่มขึ้นในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุของประเทศไทย ดังนี้

ผู้สูงอายุ (Elderly)	คือ อายุระหว่าง 60 – 69 ปี
คนชรา (Old)	คือ อายุระหว่าง 70 – 79 ปี
คนชรามาก (Very old)	คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

2.2 สมรัตน์ ขำมาก (2554: 9) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ประเทศไทยใช้อายุเป็นตัวกำหนดความสูงอายุ และการพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม คือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป

2.3 นันทวรรณ สุวรรณรูป (2544: 16) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นนี้ อาจกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความเสื่อมของสภาพร่างกายไปตามวัย

### 3. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีความมียายุ ปรากฏการณ์ความมียายุ มีความหมายกว้างมากซึ่งต้องอาศัยการอธิบายจากหลาย ๆ ทฤษฎีร่วมกัน (อรวรรณ แผนคง, 2553: 11-15) ซึ่งผู้ศึกษาค้นคว้าพบว่าทฤษฎีของความมียายุประกอบไปด้วย 2 หลัก คือ

3.1 ทฤษฎีความมียายุทางชีวภาพ (Biological theories) โดยทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎีคือ

3.1.1 ทฤษฎีความมียายุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories) ทฤษฎีความมียายุซึ่งกล่าวว่าสามารถนำมาอธิบายความมียายุ ซึ่งทฤษฎีความมียายุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วย กลไกการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมภายในร่างกายเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกช่วงวัย ได้แก่

1) ทฤษฎีพหุกรรมทั่วไป (General genetic theory) เนื่องจากลักษณะทางเพศถูกกำหนดขึ้นโดยเพศชายจะมีโครโมโซม xy สำหรับเพศหญิงมีโครโมโซม xx และเนื่องจากเพศหญิงมีโครโมโซม x มากกว่าเพศชายจึงทำให้มีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ก็ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2) ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) เนื่องด้วยยีนส์ควบคุมลักษณะทางพันธุกรรมโดยควบคุมการสร้างเอนไซม์ ซึ่งเอนไซม์ทุกตัวมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ยีนหนึ่งยีนควบคุมลักษณะเอนไซม์โปรตีนชนิดหนึ่ง ที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในรหัสพันธุกรรม ส่งผลให้ DNA ถูกทำลายไปทำให้ยีนผิดปกติ มีผลให้ปฏิกิริยาภายในร่างกายซึ่งต้องอาศัยเอนไซม์นี้ มีการทำหน้าที่ของเซลล์เสียตามไปด้วยและส่งผลให้เซลล์ผิดปกติได้ในที่สุด

3) ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น ซึ่งรังสีทำให้เซลล์ที่แบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าเกิดขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จนกระทั่งการทำหน้าที่ของยีนนั้นเสียไปจะทำให้

ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ และตายในที่สุดเช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว และเม็ดเลือดแดง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ผิดพลาดซึ่งในวัยสูงอายุเป็นการสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งก่อให้เกิดเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตาย หรืออาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่หยุดชะงัก ก่อให้เกิดการเสียสมดุลเกิดขึ้น เช่น เซลล์สมอง

5) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งการเจริญและเผยแพร่พันธุ์ของระยะเวลาที่มีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

6) ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory, programming theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนกำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ หรือระบบแก่ง เมื่อถึงเวลา กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85-90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลง จนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวงจรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

### 3.1.2 ทฤษฎีความมีอายุไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theories)

1) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งที่มีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร ซึ่งเมื่อมีการใช้งานไปนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกัน เพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ เช่น เนื้อเยื่อบางชนิดได้แก่ ผิวหนัง เยื่ออาหาร เม็ดโลหิตแดง เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่จะทดแทนเซลล์เก่าที่เสื่อมโทรมแล้ว เพื่อให้สิ่งมีชีวิตมีความชราวย่อยที่สุด ส่วนเซลล์บางชนิดที่แบ่งตัวไม่ได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อตาย จะเสื่อมโทรมและตาย (Caringnam A.M., 1995)

2) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีที่เชื่อว่าความมีอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่า Lipofuscin หรือ Age pigments Lipofuscin เป็น Lipofuscin และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึมมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ Lipofuscin จะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นพบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รังไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจ และสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด นอกจากนี้จำนวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของ Lipofuscin (Caringnam A.M., 1995)



3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เซลล์ตาย เนื่องจากการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งมีส่วนประกอบทางเคมี ซึ่งในระยะเวลาที่มีการกระตุ้น (Activate state) จะใช้ออกซิเจนเป็นส่วนประกอบทำปฏิกิริยาเร็วมากกับ โมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียง ผลจากปฏิกิริยานี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ของเอนไซม์และโปรตีนได้ ส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและในที่สุดเซลล์ก็จะตาย สารอนุมูลอิสระจะเกิดขึ้นจากสารโดยทั่วไป เช่น อาหารชนิดต่าง ๆ ที่เกิดปฏิกิริยาขึ้นระหว่างความร้อนสูงและระยะเวลายาวนาน กับออกซิเจนปฏิกิริยาในการสร้างอนุมูลอิสระจะเกิดขึ้นเร็วโดยเฉพาะการได้รับรังสี นอกจากนี้พบว่า วิตามินเอนั้นสามารถยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน (Antioxidant) (Caringnan A.M., 1995)

4) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross linking theory) กล่าวถึงความมีอายุเกิดขึ้น เนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกันหรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนไป การเชื่อมตามขวางพบได้ เช่น Ligament, Tendo กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดแดง และสารประกอบที่อยู่ใน ground substance การเชื่อมตามขวางจะค่อย ๆ เป็นไปตามอายุทำให้เนื้อเยื่อขาดความยืดหยุ่นได้ในที่สุด (Caringnan A.M., 1995) ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังจะพบได้เนื่องจากมี Collagen หนาแน่นมากขึ้นและเข้าแทนที่ในสารประกอบต่าง ๆ ของ Groud Substance ทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่งหรือขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวก และการขาดความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ความดันโลหิตสูงและปัญหาต่าง ๆ อีกมากมาย นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง DNA ในเซลล์ด้วย สำหรับสารอาหารที่พบในชีวิตประจำวันของมนุษย์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบการเชื่อมตามขวาง ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน

3.1.3 ทฤษฎีความมีอายุเกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theories) ทฤษฎีความมีอายุเกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theories) ตามปกติร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอ แต่เมื่ออายุมากขึ้นการสร้างภูมิคุ้มกันจะลดระดับลงเรื่อย ๆ และคุณภาพของระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงด้วย โดยจะมีการเสื่อมสมรรถภาพในการจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ภายในร่างกายด้วยทำให้ Antioimmune antibody ในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune disease) เช่น โรครูมาตติซิม โรคมะเร็ง

### 3.2 ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตวิทยา

ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตวิทยาจะแตกต่างไปจากทฤษฎีความมีอายุเชิงชีวภาพเพราะว่า ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคมจะมุ่งเน้นในประเด็นของบทบาท (Role) และความสัมพันธ์ (Relationships) ที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคลซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตใจและสังคมไปพร้อม ๆ กัน และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม ได้แบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎี (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538; Caringnan A.M., 1995) ดังนี้

3.2.1 ทฤษฎีการถดถอยทางสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความมีอายุ มีลักษณะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เป็นการแยกจากซึ่งกันและกัน นั่นคือบุคคล ถดถอยออกจากสังคม หรือสังคมถดถอยออกจากบุคคล เช่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีหรือ ถอยออกจากสังคม หรือบุคคลอื่นไปทีละเล็กละน้อย ซึ่งแต่ละคนจะได้รับประโยชน์และความพึงพอใจ ร่วมกัน เพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่าง ๆ ของสังคม และบุคคลจะพึงพอใจมากเมื่อได้กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม นอกจากนี้ถ้าพบว่า สิ่งแวดล้อมดีผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ ได้มีโอกาสแสดง บทบาทก่อให้เกิดความพึงพอใจ ผู้สูงอายุจะเข้าสู่สังคมมากกว่าที่จะถดถอยจากสังคม แต่ถ้าผู้สูงอายุนั้นต้องถูกละทิ้งจากบทบาทเดิมก็จะส่งผลให้ถดถอยจากสังคม เช่น การเกษียณอายุราชการ จะทำให้ ความสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อร่วมงานลดลง หรือในผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ซึ่งมักพบว่า จะแยกตัวออกจากสังคมและอยู่ตามลำพัง ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ถูกละทิ้งจากสังคม

3.2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุนั้นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสังคมนั้นคือ บุคคลใดที่ดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นและมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตวัยกลางคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลนั้นก็จะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตในวัยสูงอายุ โดย จะพยายามคงศักยภาพวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด ดังนั้นสังคมจึงมีการจัดกิจกรรมที่สามารถให้ผู้สูงอายุนั้น ได้มีส่วนร่วมกิจกรรมนั้นอย่างเหมาะสมตามวัยมีการใช้กิจกรรมการใช้กิจกรรมที่เน้นการใช้สติปัญญาและประสบการณ์มากกว่าการใช้กำลัง

3.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เป็นการสรุปข้อขัดแย้ง ทฤษฎีถดถอยจากสังคมกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วม โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า การมีชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้น การพยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกในวัยกลางคน หรือความปรารถนาที่จะแยกออกจากสังคมไม่ได้เป็น สิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตอย่างไรจึงจะมีความสุข โดยจากการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิต อย่างมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบการทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น

ส่วนผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตแบบสันโดษไม่เคยมีบทบาททางสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

#### 4. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

4.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

4.1.1 ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่ามีการฝ่อของต่อมธัยมัส (thymus) ทำให้ซีมิคแฟกเตอร์ (thymic factor) ซึ่งเป็นตัวสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีการติดเชื้อง่าย และมีอุบัติการณ์ของมะเร็งในวัยชราสูงเนื่องจากเซลล์กำจัดเชื้อโรคตามธรรมชาติลดลง

4.1.2 ผิวหนัง พบว่าความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลง ทำให้ผิวหนังบอบบาง แห้งเป็นขุยง่าย หรือเมื่อโดนแสงแดดนาน ๆ จะทำให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย แต่ไขคอลลาเจนและใยอีลาสติกซึ่งเป็นความยืดหยุ่นของเส้นเลือดกลับแข็งแรงเพิ่มขึ้น จึงมักพบพราย้ำ (เส้นเลือดขอด) ที่ผิวหนังผู้สูงอายุได้บ่อย

4.1.3 พบว่าไขมันรอบดวงตาและหนังตามีปริมาณลดลง เกิดหนังตาตก ขอบหนังตาม้วนเข้า หรือขอบหนังตาม้วนออกง่าย นอกจากนี้ยังเกิดการหนาตัวและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อสายตาหรือการขุ่นมัวของกระจกตาหรือการเกิดต้อกระจกมากขึ้น นอกจากนี้เซลล์รับแสงแดงลดลงเป็นผลให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง ทำให้การมองเห็นในเวลามืดลดลง ทำให้เกิดพลัดตกหกล้มง่ายขึ้น

4.1.4 การได้ยินและการควบคุมการทรงตัว พบว่ามีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (Cochlea) และเซลล์ประสาทบริเวณ Spiral ganglia ทำให้การได้ยินลดลงความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูงลดลง การแยกคำแยะ และกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูง หรือหูตึง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ (Vestibular nerve) ซึ่งใช้ในการควบคุมการทรงตัว จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการควบคุมการทรงตัว นอกจากนี้เซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ที่ลดน้อยลงยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (Dizziness) และอาการบ้านหมุน (Vertigo) ง่ายกว่าคนที่อายุน้อย

4.1.5 ระบบการรับรสและการดมกลิ่น พบว่าตุ่มรับรสมีจำนวนลดลง ซึ่งจะทำให้การไวต่อการรับรสลดลง โดยความไวของตุ่มรับรสจะลดลงตามลำดับ คือ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว รสหวาน

นอกจากนี้เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการคมกลิ่นจะมีจำนวนลดลงเมื่ออายุ 60 ปี เป็นต้นไป จึงพบว่าผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ได้กลิ่นแก๊สหุงต้มเมื่อเกิดแก๊สรั่ว เบื่ออาหาร เพราะไม่ได้กลิ่น เป็นต้น

4.1.6 การรับความรู้สึกทางร่างกาย พบว่า Meissner corpuscle (เซลล์ที่ปลายประสาท ได้ชั้นผิวหนัง ทำหน้าที่รับความรู้สึกชนิดสัมผัสเบา ๆ และแยกจุดสัมผัสได้) และ Pacinian corpuscle (เซลล์ที่ปลายประสาทได้ชั้นผิวหนัง ทำหน้าที่รับความรู้สึกต่อแรงกดและแรงสั่นสะเทือน) มีคุณภาพ และจำนวนลดลง รวมทั้งจะเคลื่อนผ่านจากชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น มักพบว่าผู้สูงอายุจะมีความไวในการรับความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิ สัมผัส และการสั่นเทาของร่างกายลดลงมาก นอกจากนี้ความไวต่อการรับความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลงได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จึงพบว่าผู้สูงอายุจะมีอาการชาบริเวณ ส่วนปลายของร่างกาย โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้า เมื่อถูกของมีคมบาดหรือมีบาดแผลจึงไม่ค่อยรู้สึก

4.1.7 สมองและไขสันหลัง พบว่าสมองมีน้ำหนักรวมลดลงประมาณร้อยละ 6-11 และจำนวนเซลล์ควบคุมกล้ามเนื้อของไขสันหลังมีจำนวนลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา อาจมีการลดลงถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังมีการลดลงของโปรตีนอะไมลอยด์ (Amyloid protein) ส่งผลให้เกิดการผิดปกติของการสร้าง การหลั่งของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ การเคลื่อนไหว และการทรงตัวได้) ซึ่งส่งผลต่อการนอนหลับ การเคลื่อนไหว และการทรงตัวได้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีท่าเดินที่ก้าวสั้น ๆ และช้าลง หรือเท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกัน ในขณะที่เดินเป็นระยะเวลานาน หลังอวดตัวออกไปข้างหน้า แขนกางออกและแกว่งน้อย เวลาหมุนตัวเดียวจะแข็งและมีกรบิดของเอวน้อย คล้ายกับหมุนไปพร้อมกันทั้งคู่ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม และความพยายามในการยึดจับ สิ่งของใกล้เคียงก็จะช้าลงจากสารสื่อประสาทดังกล่าว นอกจากนี้จะพบว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการจดจำลดลงจากการฝ่อของสมอง บางรายอาจนำไปสู่กลุ่มอาการสมองเสื่อมได้

4.1.8 ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่าความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ทำให้ความดันซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม ลึ้น หัวใจเอออร์ติกเคลื่อนไหวได้ลดลงทำให้เกิดเสียง Systolic Ejectionmurmur เบา ๆ ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจมีการจับเกาะของแคลเซียมที่ลิ้นหัวใจไมทรัลทำให้เกิดเสียง Pansystolic murmur ได้ จึงพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกายมีแนวโน้มลดลง เมื่ออายุมากขึ้น จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ลดลง รวมทั้งภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือหกล้มบ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ

4.1.9 ระบบทางเดินหายใจ พบว่าอายุมากขึ้นจะพบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลม และกระดูกอ่อนของซี่โครง มีการยึดตัวของข้อต่อของกระดูกบริเวณหน้าอกมากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อ

ทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผนังถุงลมจะบางลง ยึดหยุ่นไม่ดี หลอดลมเล็ก ๆ จะปิดเร็วขึ้นทำให้การระบายอากาศไม่ดี การสร้างแอนติบอดีและระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง มักพบว่าผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้น และความทนลดลงในการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น

4.1.10 ระบบต่อมไร้ท่อ พบว่าต่อมไร้ท่อต่างๆ มีน้ำหนักลดลง มีลักษณะของการฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการลดลงของการตอบสนองต่อฮอร์โมนและรีเซปเตอร์ที่เห็นได้ชัดเจนคือ การลดลงของไทรอยด์ฮอร์โมนและการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Aldosterone หรือ Epinephrine เป็นต้น ส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อภาวะเครียดที่รุนแรงเมื่อเกิดสิ่งกระตุ้นให้เครียดหรือหุดหงิด

4.1.11 ระบบสืบพันธุ์ พบว่าในเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือน อวัยวะเพศภายนอกมีลักษณะฝ่อ เซลล์ที่บุผิวมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกหลังน้ำเมือกลดลง น้ำหนักของมดลูกลดลง ปีกมดลูกเล็กลงและรังไข่ฝ่อไป การที่ฮอร์โมนเพศลดลงเป็นผลให้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีอาการทางกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีปัญหากระดูกพรุนจากการขาดฮอร์โมนเพศที่ช่วยในการดูดซึมแคลเซียมสู่ร่างกาย ในขณะที่เพศชายน้ำหนักของลูกอัณฑะลดลง มีการฝ่อของท่อในการสร้างน้ำอสุจิ การสร้างและคุณสมบัติของอสุจิลดลง ฮอร์โมนเพศชายน้อยลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และปัญหาเสื่อมสมรรถนะทางเพศ

4.1.12 ไตและระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าขนาดของไตและจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีปริมาณลดลง แต่มีการหนาตัวของเยื่อบุผนัง (Basement membrane) เพิ่มขึ้น และไขคอลลาเจนบริเวณเส้นเลือดบริเวณตัวกรองของท่อหน่วยไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำงานของไตลดลงราวร้อยละ 50 เมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้นไป นอกจากนี้ในเพศหญิงจะมีการหย่อนตัวของผนังมดลูกและผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง ส่วนเพศชายกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะก็จะอ่อนตัว และเยื่อบุผนังด้านในของท่อปัสสาวะฝ่อลงเช่นกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการปัสสาวะ

4.1.13 ระบบทางเดินอาหาร พบว่าฟันเกิดการกร่อน รากฟันประแตกง่ายขึ้น การยึดเกาะของฟันด้อยลงหลุดร่วงง่าย เยื่อบุผิวในช่องปากบางลงและฝ่อ เช่นเดียวกับตุ่มรับรส นอกจากนี้ยังมีการทำงานที่ไม่ประสานกันของรอยต่อระหว่างกล้ามเนื้อลายกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหาร การหดตัวของหลอดอาหารเป็นวงทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย ทำให้ติดเชื้อในทางเดินอาหารได้ง่าย นอกจากนี้กระเพาะอาหารบางลง ระบบการย่อยอาหารประเภทไขมันจะใช้การผ่านไปที่ลำไส้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการของโรคกระเพาะอาหารได้บ่อยหลังรับประทานอาหารมัน ส่วนลำไส้ใหญ่

จะมีกล้ามเนื้อในผนังลำไส้บางลงและฝ่อ การบีบตัวลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนัก น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเรื่องท้องผูก หรือปัญหาการกลืนอุจจาระไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น

4.1.14 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงการสลายของกระดูก จะมีมากกว่าการสร้างมวลกระดูก ทำให้มวลกระดูกลดลงราวร้อยละ 2-4 ต่อปี สำหรับผู้หญิงหลังหมด ประจำเดือนใน 5 ปีแรก โดยเฉพาะกระดูกชิ้นใหญ่ เช่น สะโพก สันหลัง ข้อต่าง ๆ นอกจากนี้ทั้งสองเพศ กล้ามเนื้อร่างกายจะมีเซลล์ไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อลายมีความแข็งแรงน้อยลง ขณะเดียวกันเส้นประสาทและรอยต่อของเส้นประสาทกล้ามเนื้อลายลดลง ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว ไม่ได้นานเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย

4.1.15 องค์ประกอบทั่วไปของร่างกายและระบบโลหิต พบว่าน้ำหนักร่างกายและ ความสูงลดลงเนื่องจากการยุบตัวของหมอนรองกระดูก ภาวะ Metabolism ที่ทำหน้าที่เผาผลาญ อาหารทำงานได้ลดลง ทำให้เกิดการสะสมของไขมัน โดยเฉพาะหน้าท้องและภายในช่องท้อง รวมทั้ง การสร้างและเก็บความร้อนลดลง จะพบว่าผู้สูงอายุทนทานต่อความเย็นลดลงเมื่ออยู่ในที่อุณหภูมิต่ำ โดยอุณหภูมิที่ผิวหนังของผู้สูงอายุจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อจับจะรู้สึกที่ผิวหนังของผู้สูงอายุจะเย็น

4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2556: 4-5)

4.2.1 การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน ก่อนเกษียณงานคือภาระหน้าที่ที่ต้อง แบกไว้ แต่เมื่อเกษียณการได้ทำงานกลับเป็นความรู้สึกตรงกันข้าม การทำงานกลายเป็นสิ่งมีคุณค่า ยิ่ง ได้รับการยอมรับให้ทำงานต่อกลายเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุโหยหา เพราะการทำงานทำให้บุคคลมีความมั่นคง มีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้ แสดงถึงความสามารถ ศักยภาพของตนเอง การปลดเกษียณหรือออกจากงาน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยการที่ผู้สูงอายุค่อย ๆ ถอยตัวเอง ออกจากงานและขึ้นไปด้วยความสมัครใจจะมีผลทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก แต่ในทางตรงกันข้าม หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือบุคคลนั้นยังยึดติดกับงานจะทำให้ปรับตัวไม่ทัน เกิดความเครียด ไม่มี ความสุขและเกิดความรู้สึกสูญเสียได้ ดังนี้

1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาท และตำแหน่งต่าง ๆ มากมาย เป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม เปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม มีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิตและรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ใน สภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง หรือ รู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณ โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคม กับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัวทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3) สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อย ๆ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการดำรงชีพ

4) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปเพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ ขาดความคุ้นเคย เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ เกิดความเครียด

#### 4.2.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2538)

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้น เมื่อลูกโตขึ้นก็จะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือในชนบทก็จะออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนี้การตายจากไปของกลุ่มครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาที่ค่อนข้างรุนแรง หรือการตายจากของคนวัยเดียวกันทำให้รู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง รวมทั้งขาดรายได้ (ในเพศหญิง) หรือขาดคนปรนนิบัติ (ในเพศชาย) และขาดการตอบสนองทางเพศ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทตัวเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกในครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้าน ไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดารติดกัน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกหงว่ ว่าเหว่ เดียวดาย และไม่มีศักดิ์ศรี

4.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556: 5)

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น จากข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2551 พบว่าปัจจุบัน มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คนส่วนใหญ่ยึดถือด้านวัตถุนิยม วัสดุคุณค่าของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ดังนั้นลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลงเพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ มีความคิดไม่ทันสมัย สุขภาพอ่อนแอ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย กลายเป็นคนที่ต้องอาศัยผู้อื่นมากขึ้น

4.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556: 5)

ปัจจุบันวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นคงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่า ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น น้อยใจง่าย ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวและเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีความสุข

#### 4.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเองและมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง มีการอธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

4.3.1 ด้านบุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานมาจากวัยเริ่มต้นของชีวิต โดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ในวัยสูงอายุบุคลิกภาพมักไม่ต่างไปจากเดิม

4.3.2 ด้านการเรียนรู้ (Learning) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเรียนรู้จะลดลงมาก โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะลดลง แต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้และความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรลดความคาดหวังต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดยการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดีและเรียนได้เร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างเคร่งครัด

4.3.3 ด้านความจำ (Memory) ผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การกระตุ้นความจำของผู้สูงอายุจะต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน เช่น การเขียนหนังสือตัวโต การใช้สื่อกระตุ้นการมองเห็น ไม่ควรเน้นหรือถามซ้ำในเรื่องที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้ การจดบันทึกจะช่วยผู้สูงอายุจำได้มากขึ้น

4.3.4 ด้านสติปัญญา (Intelligence) ความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปี เป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและสภาวะสุขภาพในขณะนั้น โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน



4.3.5 ด้านสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ (Competence and Performance) โดยส่วนใหญ่สมรรถภาพในการนำความรู้สู่การปฏิบัติต่ำกว่าสมรรถภาพการรับข้อมูล เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น สมรรถภาพลดลง การรับรู้ที่น้อยลง ความจำสั้นลง การตอบสนองช้าลง ผู้สูงอายุมักกลัวในสิ่งที่ตนเองไม่รู้และตื่นเต้นเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะตอบสนองได้หรือไม่ กลัวความล้มเหลว ผู้สูงอายุจึงต้องการการส่งเสริม สนับสนุน และต้องการแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นในการทำกิจกรรมใหม่ ๆ

4.3.6 ด้านเจตคติ ความสนใจ และคุณค่า (Attitude, Interest and Values) พบว่าจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติ และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งง่าย การสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้

4.3.7 ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – concept and Self – esteem) ถ้าเป็นไปในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีผลมาจากกระบวนการความคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่าและพฤติกรรม นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับงานและสังคมของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น การเตรียมงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม หรือในบางกรณีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมก็อาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายได้เช่นกัน ดังที่พบว่า การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอาจนำมาสู่การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ดังนั้น บุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จึงควรทราบและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

## แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

### 1. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพปัจจัยหนึ่ง ภาวะโภชนาการที่ดีจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี ในทางตรงกันข้ามภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ออกมาได้ (อรวรรณ แผนคง, 2553: 112 - 117)

## 1.1 ความสูงอายุและภาวะโภชนาการ

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายในทางเสื่อม โดยที่เซลล์ของร่างกายมีการสลายมากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อโภชนาการมีดังต่อไปนี้

1.1.1 การทำหน้าที่ของการรับรสและการคมกลิ่นลดลง ในผู้สูงอายุต่อมรับรสและ papilla ที่ลิ้นลดลง ปลายประสาทรับรส มีการเปลี่ยนแปลงของความไวในการรับรส การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว เค็ม และขม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายुरับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย และเบื่ออาหาร นอกจากนี้ต่อมน้ำลายจะทำงานลดลง การหลั่งน้ำลายลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำลาย (Xerostomia) มีผลทำให้ความสามารถของการเคี้ยว และการกลืนลดลง ร่วมกับเมื่ออายุมากขึ้นต่อมรับกลิ่น ทำให้การทำหน้าที่รับกลิ่นลดลง ซึ่งการรับรู้ของกลิ่นจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร เมื่อการรับกลิ่นลดลง ความอยากอาหารก็ลดลงด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาฟันโยก รวมทั้งไม่มีฟันผู้สูงอายุบางรายต้องใส่ฟันปลอมทดแทนฟันที่หมดสภาพไป ปัญหาที่มักพบเสมอคือ การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี ทำให้มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร มีอาการเจ็บส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร คือ หลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวยากทั้งที่เป็นผักสด เนื้อสัตว์ อาจรับประทานหรือรับประทานน้อยลง ทำให้มีโอกาสขาดวิตามินและเกลือแร่ได้ง่าย

1.1.2 การทำหน้าที่ของกระเพาะอาหารลดลง การเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุ มีการหลั่งกรดไฮโดรคลอริก และเปปซินลดลง ทำให้ย่อยโปรตีนได้น้อยลง อาหารไม่ย่อย ร่วมกับความเปลี่ยนแปลงในลำไส้เล็กส่วนต้นเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ของเกลือแร่ วิตามิน และ โปรตีนลดลง การดูดซึมโปรตีนที่จับกับวิตามินบี 12 และโฟเลทลดลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดธาตุเหล็ก และวิตามินบี 12 ได้ง่าย

1.1.3 ประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสลดลง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเพิ่มขึ้น 1.5 มก.ต่อคล. ต่ออายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลง และเนื้อเยื่อคือต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่าย

1.1.4 เนื้อเยื่อที่ปราศจากไขมันลดลงพบว่าสัดส่วนขององค์ประกอบเนื้อเยื่อ (Body composition) มวลของกล้ามเนื้อไปเป็นมวลของไขมัน ที่กระจายตัวบริเวณลำตัวมากขึ้นผู้สูงอายุจะดูอวบลง แต่น้ำหนักจะไม่ลดลง

1.1.5 ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐาน (Basal energy expenditure) ลดลง พบว่าความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐานจะลดลงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ ทุก 10 ปี นับจากอายุ 20 ปี เป็นต้นไป

ร่วมกับการที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งการที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การใช้สารอาหารในร่างกาย ในทางที่เป็นประโยชน์น้อยลง

1.1.6 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบกับความเหงาจากการที่เกษียณจากงาน คู่ครองเสียชีวิต หรือถูกลูกหลานทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางจิตใจ ว้าเหว่ เบื่อหน่ายและท้อแท้ในชีวิต ซึ่งปัญหาทางจิตใจนี้เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เบื่ออาหาร แต่ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุบางคน อาจรับประทานอาหารมากเป็นเครื่องชดเชยอารมณ์ทำให้อ้วน มีผลทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากต้องทำงานมากขึ้น

## 1.2 ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเป็นผลจากกระบวนการชราหรือสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย ย่อมมีความต้องการสารอาหารมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพียงเพื่อการดำรงสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ ได้แก่ การลดลงของมวลร่างกายและโปรตีน การลดลงของปริมาณน้ำ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนไขมัน และการสูญเสียมวลกระดูก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

1.2.1 ความต้องการพลังงานในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลงเป็นลำดับ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การเผาผลาญในร่างกายลดลง การเคลื่อนไหวช้าลงและทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ข้อกำหนดความต้องการสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันของผู้สูงอายุ ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุชายและหญิง ได้รับพลังงานจากอาหารไม่เกินวันละ 2,250 และ 1,800 กิโลแคลอรี (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532 อ้างถึงใน อรวรรณ แพนคง, 2553) และพลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เนื่องจากจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่พอ

ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย มีความต้องการสารอาหารมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพียงเพื่อการดำรงสุขภาพ และการป้องกันโรคเท่านั้น การประมาณความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเจ็บป่วยสามารถคำนวณได้ โดยอาศัยสมการของ Harris - Benedict (Harris - Benedict equation) คือ

$$\text{ค่า BEE (กิโลแคลอรีต่อวัน)ของผู้ชาย} = 66.5 + (13.8 \times \text{นน. ตัวเป็น ก.ก.}) + (5 \times \text{ส่วนสูงเป็น ซม.}) - (6.8 \times \text{อายุเป็นปี})$$

$$\text{ค่า BEE (กิโลแคลอรีต่อวัน)ของผู้หญิง} = 655.1 + (9.6 \times \text{นน. ตัวเป็น ก.ก.}) + (1.9 \times \text{ส่วนสูงเป็น ซม.}) - (4.7 \times \text{อายุเป็นปี})$$

โดย BEE = basal energy expenditure หรือค่าการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน

จากนั้นนำมาคำนวณหาปริมาณพลังงานที่ต้องการใช้หมด (Total Energy Expenditure, TEE) ซึ่งเท่ากับความต้องการพลังงานของผู้ป่วยสูงอายุต้องการโดยใช้สูตร

$$TEE = BEE \times AF \text{ (Activity Factor)} \times SF \text{ (Stress Factor)}$$

AF (Activity Factor) หมายถึง พลังงานที่ต้องการเพิ่มเมื่อมีการเคลื่อนไหว

SF (Stress Factor) หมายถึง พลังงานที่ต้องการเพิ่มเมื่อมีภาวะเครียด

สำหรับค่าพลังงานที่ต้องการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว (AF) และพลังงานที่ต้องการเมื่อมีภาวะเครียด (SF) มีค่าดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าของพลังงานที่ต้องการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวและพลังงานที่ต้องการเมื่อมีภาวะเครียด

Factor	Clinical Factor	Correction Factor
พลังงานที่ต้องการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว (activity factor)	อยู่ที่เตียง	1.2
	ลุกออกจากเตียง	1.3
พลังงานที่ต้องการเมื่อมีภาวะเครียด (stress factor)	ไข้	1.0 + 0.13 per C องศา
	ผ่าตัด	1.0 – 1.21
	เชื่อบุช่องท้องอักเสบ	1.2 – 1.5
	เนื้อเยื่อได้รับการกระทบกระเทือน	1.2 – 1.35
	กระดูกหัก	1.2 – 1.35
	ติดเชื้	1.4 – 1.8

ตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร มีกระดูกบริเวณสะโพกหัก นอนบนเตียง คิดความต้องการของพลังงานได้ดังนี้

$$BEE = 655.1 + (9.6 \times 50) + (1.9 \times 155) - (4.7 \times 60) = 1147.60$$

$$TEE = 1147.60 \times 1.2 \text{ (AF)} \times 1.3 \text{ (SF)} = 1790.25 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน}$$

1.2.2 ความต้องการโปรตีน ผู้สูงอายุมีความต้องการโปรตีนหรือกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายมากกว่าวัยหนุ่มสาว เพื่อซ่อมแซมและรักษาส่วนที่สึกหรอของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ จะมีความต้องการโปรตีนเพิ่มมากกว่าปกติ

เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งสถานะสมดุลของไนโตรเจนในร่างกาย โปรตีนที่รับประทานควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High Biological Value) ประมาณ 27% - 50% ควรเป็นโปรตีนสัตว์และมีไขมันต่ำ เช่น เนื้อล้วน ๆ ไม่ติดมัน ปลา ไข่ นม ถ้าเป็นเนื้อสัตว์อาจจะต้องต้ม ตุ่น ให้เปื่อยหรือสับให้เคี้ยวง่าย กลืนง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน ส่วน โปรตีนจากพืชที่มีคุณภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง

1.2.3 ความต้องการไขมัน ไขมันมีความสำคัญสำหรับร่างกาย คือ เป็นแหล่งให้พลังงานให้กรดไขมันจำเป็น และให้วิตามินที่ละลายไขมัน ผู้สูงอายุมักชอบรับประทานอาหารที่มีไขมัน เนื่องจากไขมันในอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้อาหารนุ่มลิ้น อร่อยน่ารับประทาน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสมีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ง่าย ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุ ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล สะกรดไขมันอิ่มตัว จำกัดไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด รับประทานไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวอย่างน้อยร้อยละ 10 ของปริมาณไขมันที่บริโภค เพื่อที่จะไม่ขาดกรดไขมันที่จำเป็น ไขมันอิ่มตัวส่วนใหญ่พบมากในอาหาร ผลิตภัณฑ์ และน้ำมันมะพร้าวหรือกะทิ จำกัดไขมันในอาหารโดยใช้เนื้อล้วน ซึ่งไม่ติดหนังติดมัน หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันหมูหรือไขมันสัตว์ชนิดอื่น หลีกเลี่ยงอาหารทอดหรือผัดที่ใช้ไขมัน ใช้ประกอบอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง อบ อย่าง แทน

1.2.4 ความต้องการคาร์โบไฮเดรต การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรต มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันการทำลายของเนื้อเยื่อโปรตีน การรักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มแคลอรีให้แก่ร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ความต้องการพลังงานที่เหมาะสมจากคาร์โบไฮเดรตของผู้สูงอายุไม่เป็นที่แน่ชัด แต่โดยทั่วไปแนะนำให้อยู่ในราวร้อยละ 50 - 55 ของปริมาณแคลอรีทั้งหมด แต่ควรเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง (Impaired Glucose Tolerance) และจะได้ประโยชน์จากเส้นใยที่มีอยู่ในอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ การช่วยให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสดีขึ้น ช่วยลดอัตราการเกิดท้องผูก และการเกิดไคเวอร์ติคูลัมในลำไส้ได้ (Intestinal Diverticulum) และลดระดับไขมันในเลือด อาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่เป็นอาหารหลักของคนไทย คือ ข้าว ข้าวที่จะมีใยอาหารมากคือ ข้าวซ้อมมือ อาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ แป้ง เผือก มัน ข้าวโพด ลูกเดือย เป็นต้น

1.2.5 ความต้องการของแร่ธาตุ ผู้สูงอายุต้องการแร่ธาตุต่าง ๆ เท่าในวัยผู้ใหญ่ แต่พบว่าผู้สูงอายุบริโภคไม่เพียงพอ และการดูดซึมแร่ธาตุในผู้สูงอายุมีน้อยกว่าคนหนุ่มสาว แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักจะขาดคือ แคลเซียมและเหล็ก เนื่องจากการหลังกรดเกลือจากกระเพาะอาหารมีน้อยลง การทำงานของตับและตับอ่อนมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้การซึมผ่านของแคลเซียมเกิดได้น้อย การขาด

แคลเซียมจะเพิ่มความรุนแรงภายหลังที่จะหมดประจำเดือน มีผลทำให้เกิดการสูญเสียเนื้อกระดูก เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมวันละ 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งอาหารที่มีแคลเซียมมากที่สุด และร่างกายดูดซึมไปใช้ได้ดีที่สุดคือ นม ซึ่งเป็นแหล่งที่ดีของแคลเซียม โปรตีน และวิตามินดี วิตามินดีจะช่วยให้การดูดซึมแคลเซียม นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่ดีของวิตามินเอ ฟอสฟอรัส และแมกนีเซียม ซึ่งร่วมกันช่วยสร้างความแข็งแรงให้กับกระดูกสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับประทานแคลเซียมจากอาหารได้อย่างเพียงพอ อาจใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมแคลเซียมแทน ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เป็นโรคโลหิตจาง เนื่องจากการดูดซึมธาตุเหล็กลดลง ความต้องการธาตุเหล็กของผู้สูงอายุประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งพบมากในตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง เลือดสัตว์ เป็นต้น และเพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กดีขึ้น ผู้สูงอายุควรรับประทานผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วยในแต่ละมื้อ

1.2.6 ความต้องการวิตามิน ผัก ผลไม้เป็นแหล่งอาหารที่ให้วิตามิน เกือบแร่ โยอาหาร และสารแอนติออกซิแดนท์ ซึ่งช่วยลดปัญหาอนุมูลอิสระ เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟัน และระบบย่อยอาหาร จึงมักเลือกรับประทานอาหารอ่อน ๆ ที่เคี้ยวง่าย เช่น พวักขนมหวาน ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อการบริโภควิตามินได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรรับประทานผัก ผลไม้ ให้เพียงพอทุกวัน เพื่อการป้องกันมะเร็ง โรคหัวใจ และต่อกระเจกนนอกจากนี้การรับประทานผักและผลไม้ จะทำให้ได้วิตามินต่าง ๆ เพียงพอ เช่น วิตามินซี มีมากในผลไม้ตระกูลส้ม มะละกอ ฝรั่ง สับปะรด พริกหวาน กะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ เป็นต้น วิตามินอีมีมากในเมล็ดพืชและถั่วเปลือกแข็ง และปลา ส่วนเบต้าแคโรทีนมีมากในผักผลไม้ที่มีสีเหลือง สีส้ม และผักใบเขียวจัด เป็นต้น

1.2.7 ความต้องการน้ำ ผู้สูงอายุมักขาดน้ำได้ง่ายเนื่องจากปริมาณน้ำในร่างกายลดลงจากร้อยละ 60 ในผู้ใหญ่ ลดเหลือประมาณร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกายในผู้สูงอายุ ร่วมกับความรู้สึกกระหายน้ำลดลง นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจเกิดจากความไม่สะดวกที่จะช่วยตัวเอง เพื่อที่จะให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอซึ่งอาจเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ และภาวะทุพพลภาพการขาดน้ำในผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้แก่ ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ปัสสาวะลดลง ภาวะสับสน เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดื่มน้ำในแต่ละวันให้เพียงพอ โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน หรือไม่ต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน

## 2. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

### 2.1 ผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง จากการสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงใช้เวลาในการฟื้นฟู กลับสู่สภาพปกติและมี

โอกาสเสียชีวิตสูง และอุบัติการณ์การเกิดโรค ในวัยสูงอายุจะเกิดสูงกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า ซึ่งผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรค ที่เกิดจากแบบแผนชีวิตที่ไม่เหมาะสม แบบแผนชีวิตเป็นพฤติกรรมของบุคคล ที่กระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายเป็นแบบแผนชีวิตที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรค การเจ็บป่วย และช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาวขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุไทยมักขาดการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ เหตุที่ไม่มีการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ เป็นเพราะสมัยก่อนมีความเชื่อกันว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการพักผ่อนเต็มที่ รับประทานอาหารที่ดี ใช้น้ำดื่มเพียงเล็กน้อย แม้ในปัจจุบันผู้สูงอายุยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ถูกหลอมนำมาทำให้ทำอะไรเลย แม้แต่งานบ้านเพียง เล็ก ๆ น้อย ๆ เพราะกลัวจะเหนื่อย ผู้สูงอายุเลยหยุดการทำงานและกิจกรรมทุกอย่าง ในความเป็นจริงแล้วการออกกำลังกาย ไม่ใช่สิ่งที่จะต้องห้ามสำหรับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับนักวิทยาศาสตร์ ที่ได้ศึกษากระบวนการความแก่ การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่มีประโยชน์ ต่อผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่สำคัญของการออกกำลังกาย จะช่วยทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น โดยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ปรับปรุงสัดส่วนของร่างกายให้ดีขึ้น ร่างกายมีการหดยึดกล้ามเนื้อและข้อต่อ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เปรียบเสมือนปฏิกิริยาของการนวดหลอดโลหิต ทำให้การเคลื่อนไหวของโลหิตดีขึ้น การออกกำลังกายช่วยให้มีการหายใจลึก มีผลทำให้เม็ดเลือดแดงได้รับออกซิเจนมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกายช่วยให้ระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังลดลง ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้ดีขึ้น ลดอัตราการเสื่อมของกระดูก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้มีจิตใจสดชื่นแจ่มใส สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี

จะเห็นได้ว่า ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีหลายประการ ซึ่งการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคจากการเสื่อมโทรมของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ได้น้อยลง ร่างกายแข็งแรงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ได้ดีขึ้น การออกกำลังกายยังส่งผลช่วยทำให้ผู้สูงอายุ มีจิตใจสดชื่นกระปรี้กระเปร่า ไม่มีภาวะซึมเศร้าอีกด้วย ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกาย หลายประการ แต่ปัจจุบันพบว่าประชาชนยังมีความสนใจ และมีกิจกรรมการออกกำลังกายกันเป็นส่วนน้อย โดยจะพบว่าแต่ละคนมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย หรือออกกำลังกายน้อยลงประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น

## 2.2 ประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.2.1 การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรง และทนทานของกล้ามเนื้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อยังคงที่ (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายอยู่กับที่ (Static) ใยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวเพียงเล็กน้อย แต่มีความดึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น การจับยึดสิ่งต่าง ๆ อยู่กับที่ด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อหรือห้อยโหน หมุนข้อบิดลำตัวต้นคอ เอว และข้อต่างๆ การยกของ การดันของหนัก และการออกแรงดึง ซึ่งขณะที่มีการออกกำลังกายอยู่นั้น จะมีการยับยั้งการทำงานของประสาทเวกัส (Vagus nerve) จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงดันในหลอดเลือดทั่วร่างกาย และทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จากการที่มีแรงดันในหลอดเลือด และเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดหัวใจด้วย ดังนั้นหัวใจจึงมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแบบนี้ จึงไม่เหมาะกับผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้สูงอายุ

2) การออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว (Isotonic Exercise) จึงทำให้เกิดการเคลื่อนไหว (Dynamic Exercise) ขณะเดียวกันแรงดึงตัวในกล้ามเนื้อเองเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อย การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยให้มีการใช้ออกซิเจน และมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น ถือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) การออกกำลังกายแบบนี้ เป็นวิธีที่ช่วยให้มีการเผาผลาญสารอาหาร และสร้างพลังงานแบบใช้ออกซิเจน ช่วยมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแบบนี้จึงเหมาะกับผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้สูงอายุมากกว่าชนิดแรก

2.2.2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ

1) การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมากโดยสม่ำเสมอและติดต่อกันที่เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกาย ที่จะทำให้มีระดับของความยืดหยุ่น และเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับความต้องการมีสุขภาพที่ดี (Fitness) เนื่องจากสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของระบบการหายใจ การไหลเวียนของโลหิต ทำให้เกิดความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เกิดความคล่องแคล่วว่องไวและการทรงตัวที่ดีขึ้น กิจกรรมการออกกำลังกายชนิดนี้ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก การเดินบนสายพาน การขี่จักรยานอยู่กับที่เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ถ้ามีการกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที และไม่เกิน 90 นาทีต่อวัน โดยมีการออกกำลังกายตามแบบแผน คือ มีช่วงอบอุ่นของร่างกาย (Warm Up) ช่วงออกกำลังกาย (Exercise Session) และช่วงผ่อนคลาย (Cool Down)

2) การออกกำลังกายที่ไม่ใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ หรือใช้แต่น้อย จะใช้มากเป็นพัก ๆ (Anaerobic Exercise) ได้แก่ การวิ่งระยะสั้น เช่น การเล่นฟุตบอล เทนนิสหรือแบดมินตัน



ซึ่งเป็นกีฬาที่ใช้ความเร็วทันทีทันใด การออกกำลังกายชนิดนี้ต้องออกแรงมาก ทำให้หัวใจและปอดทำหน้าที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นอันตรายต่อผู้ที่ เป็นโรคหัวใจและผู้สูงอายุ

2.2.3 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น และการผ่อนคลาย เป็นการออกกำลังกายที่กระทำซ้ำ ๆ กันคล้ายการยืด (Stretching) กล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้เต็มที่ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกาย ในระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลาย การออกกำลังกายชนิดนี้ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบโยคะ ไทเก๊ก

จะเห็นได้ว่า การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ (Isometric Exercise or Static Exercise) นั้น แม้จะไม่สามารถช่วยให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้ แต่จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงความทนทาน มีความยืดหยุ่นและช่วยให้มีการเคลื่อนไหว ของร่างกาย คล่องแคล่ว และว่องไวขึ้น สำหรับการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก โดยสม่ำเสมอและติดต่อกัน (Aerobic Exercise) นั้น จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด ทำหน้าที่ได้ดีขึ้น จึงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการออกกำลังกาย เพื่อช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ดังนั้นการออกกำลังกายที่เป็นที่นิยมและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและมักจะเห็นผู้สูงอายุปฏิบัติอยู่บ่อย ๆ พอสรุปได้ดังนี้ 1) การทำกายบริหารร่างกาย เช่น การรำมวยจีน ฟึกลโยคะ ซึ่งการฝึกกายบริหารจะเป็นการช่วยให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อแข็งแรง การทรงตัวดีไม่หกล้มง่าย 2) การฝึกกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน หรือที่เรียกว่าเล่นกล้ามเนื้อจะช่วยให้เสริมสร้างกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้ฝึกกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง เพื่อช่วยประคองข้อต่อไม่ให้เกิดอาการปวดเข่าเวลาเดิน หรือผู้สูงอายุที่ข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อมและปวดหลัง ก็จะออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังเพื่อลดอาการดังกล่าว 3) การเลือกเล่นกีฬาที่ตัวเองชอบ เป็นการออกกำลังกายที่สนุกสนาน และยังได้ประโยชน์ด้านสังคมได้พบปะผู้อื่นอีกด้วย แต่ก็จะต้องเลือกชนิดกีฬาที่ไม่หักโหมจนเกินไป และไม่ได้เล่นแข่งขันเอาแพ้เอาชนะอย่างจริงจัง 4) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวต่อเนื่องเป็นเวลานาน ครั้งละ 20 – 30 นาที

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติจนเป็นแบบแผน ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคชนิดเบา ๆ สำหรับการออกกำลังกายโดยการเดินนั้น เป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด และเกิดอันตรายน้อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งการเดินนั้นจะต้องรู้สีก้าวเหนื่อยและมีเหงื่อออก โดยที่เดินติดต่อกันประมาณ 20 – 30 นาที การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในระยะแรก ควรออกกำลังกายเบา ๆ หรือง่าย ๆ ก่อน ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหนักหรือหักโหม เพราะจะเกิดอันตรายได้ ควรค่อย ๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการปรับตัวและความเคยชิน

ต่อการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการออกกำลังกายตามรูปแบบคือ มีชนิด ความถี่ ความหนักเบา และมีเวลาของการออกกำลังกายตามที่กำหนดไว้คือ มีช่วงอุ่นร่างกายช่วงออกกำลังกาย และช่วงผ่อนคลาย ซึ่งต้องกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้เวลาอย่างน้อย 20 – 30 นาทีต่อวัน การออกกำลังกายที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยมีชนิดความถี่ ความหนักเบา ช่วงเวลาที่เหมาะสม และปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ จะก่อให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจ

## 2.3 ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อต้านร่างกายและจิตใจ

### 2.3.1 ด้านร่างกาย

1) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดการเสื่อมของกระดูกได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูกผุและโรคข้ออักเสบอย่างเรื้อรัง ซึ่งปัญหานี้จะก่อให้เกิดความเจ็บปวด และความทุพพิกิริยาแก่ผู้สูงอายุตามมา จากการศึกษาพบว่า ในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 30 -35 ปีนั้น จะเริ่มมีความเสื่อมของกระดูกเกิดขึ้น ร้อยละ 0.75 -1.00 ต่อปี จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือน การเสื่อมของกระดูกจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 -3 ต่อปี ส่วนในเพศชายพบว่า จะมีการเสื่อมของกระดูกเกิดขึ้นเมื่ออายุ 50 – 55 ปี โดยขึ้นอยู่กับแบบแผนในการดำเนินชีวิตของแต่ละคน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยทำให้กระดูกมีความหนา และแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีกล้ามเนื้อเกาะ และในส่วนของข้อต่อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ขณะที่มีการออกกำลังกาย จึงทำให้มีการเคลื่อนไหวคล่องตัวขึ้น สำหรับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของบุคคลพบว่า จะพบว่า จะเริ่มลดลงเมื่อมีอายุประมาณ 40 ปี และยังคงพบว่าการออกกำลังกายสามารถที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีความคล่องตัวและทำงานประสานกันดีขึ้น ทำให้บุคคลิกท่าทางดีขึ้นด้วย

2) ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างหนาและหดตัวแรงขึ้น จึงทำให้หัวใจมีการบีบตัวดีขึ้น จึงช่วยปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย สำหรับการออกกำลังกายที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อระบบหัวใจ และการไหลเวียนเลือดได้นั้น จะต้องให้มีอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระหว่างร้อยละ 65 – 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นปี) สำหรับผู้สูงอายุควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพโดยทั่วไปของร่างกายคือ ในระยะเวลา 30 นาที ของการออกกำลังกาย ควรจะมีการเต้นของหัวใจร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ก็จะเพียงพอที่จะเพิ่มทนทานของปอดและหัวใจ สำหรับในผู้ที่ออกกำลังกาย จนกระทั่งมีอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดนั้น จะช่วยให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด ร่างกายสามารถใช้ออกซิเจนในการสร้าง

พลังงาน ได้อย่างเพียงพอ เพิ่มการสูบน้ำเลือด ไปยังเนื้อเยื่อทั่วร่างกายเพิ่มการนำออกซิเจนในเส้นเลือด จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงเมื่อออกกำลังกายและถ้ามีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจมีการบีบตัวได้แรงขึ้นและนานขึ้น จึงทำให้จำนวนเลือดที่ถูกฉีดออกจากหัวใจ ในการบีบตัวแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น จึงลดอัตราการเต้นของหัวใจ และเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลงด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เป็็นโรคความดันสูงจะมีความดันโลหิตในระยะบีบตัวลดลง ประมาณ 20 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในระยะคลายตัวลดลง 3 – 10 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยทำให้ระดับของไขมันจำพวกคอเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นสูง หรือ HDL (High Density Lipoprotein) เพิ่มขึ้นซึ่ง HDL มีหน้าที่ช่วยยับยั้งการจับกลุ่ม ของสารบางชนิดบริเวณผิวผนังเยื่อชั้นในของหลอดเลือด และยังมีการลดของโคเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นต่ำ หรือ LDL (Low Density Lipoprotein ) ซึ่ง LDL นี้จะเป็นตัวสำคัญที่ไปเกาะตามผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ดังนั้นเมื่อ HDL มีจำนวนสูงขึ้น โอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และทำให้หัวใจขาดเลือดจึงน้อยลง

3) ระบบหายใจ การออกกำลังกายทำให้ทรวงอกขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความแข็งแรง โดยเฉพาะกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น และเพิ่มปริมาตรอากาศที่หายใจออกเต็มที่ ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ถึงร้อยละ 20 ทำให้อัตราการหายใจช้าลง ความลึกของการหายใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ปริมาณการไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น มีการใช้ออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความทนทานและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม จึงช่วยให้มีการออกกำลังกายได้นานขึ้น จากการวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ตามแบบแผนต่อสมรรถภาพการทำงาน ของปอด และความสามารถในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังจากการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนแล้ว ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสมรรถภาพการทำงานของปอดดีขึ้น

4) การเผาผลาญสารอาหารและควบคุมอุณหภูมิ โดยทั่วไปพบว่า การผลิตความร้อนในร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นผลจากมวลของกล้ามเนื้อลดลง การเผาผลาญสารอาหารที่ลดลงนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหนาวสั่นเกิดขึ้นได้ง่าย การออกกำลังกายจะช่วยให้การเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น ถ้ามีการอุ่นเครื่อง (Warm Up) จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้นทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูง ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกอบอุ่น ภายหลังจากการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่า การออกกำลังกาย จะช่วยให้ระบบเผาผลาญสารอาหาร การย่อย การดูดซึมสารอาหารและน้ำดีขึ้น และยังช่วยให้การหายใจของแลเร็วขึ้นอีกด้วย

5) ระบบประสาท พบว่าการออกกำลังกายจะทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น ความคิด ความจำและสภาพจิตใจดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลแบบแผน การนอนหลับ นอกจากนี้ ยังช่วยให้ระบบประสาทซิมพาธิค (Sympathetic) และพาราซิมพาธิค (Parasympathetic) ทำหน้าที่ดีขึ้น

6) ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อตามธรรมชาติอย่างหนึ่ง สำหรับต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมากที่สุดคือ ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) โดยการออกกำลังกายจะทำให้ต่อมหมวกไตขยายใหญ่ขึ้น หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) และกลูคาگون (Glucagons) เพิ่มขึ้น ลดระดับอินซูลิน (Insulin) ในกระแสเลือด เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกายจับตัวอินซูลิน (Insulin Receptor) จะมีความไวต่อกลูโคส (Glucose) มากขึ้น จะทำให้อินซูลินไปสู่กล้ามเนื้ออย่างเพียงพอ และออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าระดับของอินซูลินในกระแสเลือดจะพบต่ำก็ตาม จนทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดลดต่ำลงได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) นอร์อะดรีนาลีน (Nor adrenaline) และโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ออกมากระตุ้นไลเปส (Lipase) ให้สลายไขมันเป็นกลีเซอรอล (Glycerol) และกรดไขมัน (Fatty Acid) เพื่อนำไปใช้ต่อไป ซึ่งจากผลการวิจัยเกี่ยวกับผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสมรรถภาพทางกาย ไขมันและฮอร์โมนเพศในเลือดของผู้สูงอายุ พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในวงกว้าง มีการยกเข่าสูง เพ้าข้างใดข้างหนึ่งจะอยู่บนพื้นตลอดเวลา โดยกระทำเป็นเวลา 30 นาที ออกกำลังกายแบบปลอดภัยกระแทกต่ำโดยการย่อตัวลง ยึดตัวขึ้นและเขย่งปลายเท้าเป็นเวลา 40 นาทีและแบบผสมผสานเป็นเวลา 70 นาที จะทำให้สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น โดยไขมันในเลือดลดลงแลฮอร์โมนเพศในเลือดเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

2.2.3 ด้านจิตใจ การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่น เบิกบาน มีความสุข และกระชุ่มกระชวย จากการศึกษาในนักวิ่งพบว่า ภายหลังจากที่วิ่งประมาณ 20-30 นาที ต่อมาได้สมองจะมีการหลั่งสารจำพวกเอ็นดอร์ฟินส์ (Endorphins) ซึ่งมีลักษณะคล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ยังช่วยเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และทัศนคติต่อชีวิตในทางที่ดี และถ้าออกกำลังกายเป็นกลุ่ม จะช่วยลดความรู้สึกอยู่ตามลำพัง ลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้า จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และของญาติผู้ดูแลลดลง นอกจากนี้ยังทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น หรือทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น

การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดอันตรายน้อยที่สุดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรยึดหลักดังต่อไปนี้

- 1) แนะนำวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกให้ผู้สูงอายุเข้าใจแล้วจึงปฏิบัติ
- 2) สอบถามข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบันหรือโรคประจำตัว
- 3) ทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่าย ๆ หากตรวจพบความผิดปกติอาจให้แพทย์วินิจฉัย เพื่อร่วมกันวางแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสม
- 4) จัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคนไว้และให้โอกาสผู้สูงอายุเลือกกิจกรรมที่จัดให้
- 5) จับชีพจรขณะออกกำลังกายควรอยู่ระหว่าง 90 – 110 ครั้ง/นาที

#### 2.2.4 การประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากการที่มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้หลายแบบ การออกกำลังกายของบุคคลแต่ละคน มีความต่างกันตามข้อจำกัดของบุคคล ซึ่งอาจมีโรคประจำตัวบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อการใช้กำลังในการออกกำลังกาย การประเมินการออกกำลังกายจึงทำได้ในหลายวิธี เช่น ประเมินการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ ประเมินการทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อทดสอบสมรรถภาพปอด (Wright mini peak flow meter) และเครื่องมือทดสอบความทนในการออกกำลังกาย เช่น จักรยานวัดงาน (Bicycle ergometer) การวัดความสามารถในการออกกำลังกาย ใช้นาฬิกาที่มีเข็มวินาทีจับเวลาชีพจร และการวัดระยะทางที่ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบ เป็นต้น การประเมินการออกกำลังกายนั้น อาจสามารถประเมินการออกกำลังกายจากความตั้งใจที่จะกระทำที่จะกระทำพฤติกรรม หรือควรประเมินการออกกำลังกายจากจำนวนพลังงานที่ใช้ไปในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีความแรงระดับปานกลางหรือสูง การประเมินการออกกำลังกาย ควรจะพิจารณาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย สำหรับกิจกรรมทางกายนั้นประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 อย่างคือ กิจกรรมที่ทำการประกอบอาชีพ (Occupational activity) และกิจกรรมที่ทำในช่วงในเวลาว่าง (Leisure time activity) กิจกรรมทั้ง 2 อย่างนี้ประเมินแยกกัน หรือประเมินรวมกันก็ได้ ซึ่งการประเมินสามารถทำได้ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 ประเมินเฉพาะกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง และวิธีที่ 2 ประเมินกิจกรรมที่ทำการประกอบอาชีพ ร่วมกับกิจกรรมที่ทำในเวลาว่างพร้อมกัน การที่จะเลือกใช้วิธีการประเมินวิธีใดวิธีหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความสะดวกที่จะนำไปใช้กับบุคคลในแต่ละกลุ่ม สำหรับข้อดีของการประเมินกิจกรรม ที่ทำการประกอบอาชีพนั้นคือ สามารถใช้ประเมินกับกลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงานหลาย ๆ ระดับ ข้อเสียคือเกิดความยุ่งยากเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ทำหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เช่น การเดินทางเพื่อสั่งงานหรือติดต่องาน การรับโทรศัพท์ จึงมีความไม่แน่นอนของกิจกรรมและยากแก่การประเมิน ส่วนข้อดีของการประเมินกิจกรรมในเวลาว่างคือเป็นกิจกรรมที่ไม่ยุ่งยาก ชนิดของกิจกรรมมี

รูปแบบที่คล้ายคลึง และใกล้เคียงกันจึงสะดวกในการใช้ประเมิน โดยเฉพาะมีความเหมาะสม ที่จะใช้กับผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมในการประกอบอาชีพโดยตรง เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในวัยพักผ่อน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำในเวลาว่าง เช่น การตัดหญ้า การดายหญ้า การทำสวนครัว การกวาดบ้าน กวาดสนามหญ้า การเดินด้วยระยะทางต่าง ๆ และการเล่นกีฬาเบา ๆ เป็นต้น ยังไรก็ตามยังเกิดความยุ่งยากในการเลือกการประเมินกิจกรรมการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีทัศนคติความเชื่อในเรื่องการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ในแต่ละบุคคลและมีความรู้ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยเฉพาะโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นอยู่ จะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกาย แล้วส่งผลให้เกิดโรคที่รุนแรงตามมา เนื่องจากการขาดการออกกำลังกายอีกหลายโรคด้วยกัน จึงมีข้ออภิปรายและข้อสรุปของการมีกิจกรรม ทางกาย วัยผู้สูงอายุ แห่งสภาการออกกำลังกายผู้สูงอายุแห่งชาติ (The National Council on Fitness Aging) ซึ่งเป็นการให้ข้อเสนอแนะ และสามารถประเมินการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดบางประการ แต่การประเมินแบบนี้จะมีระดับของการออกกำลังกายที่แตกต่างกันไป

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) ไม่ออกกำลังกายขณะเจ็บป่วย หรือหายจากการเจ็บป่วยใหม่ ๆ
- 2) ไม่ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ
- 3) งดออกกำลังกายชั่วคราวหากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจ อ่อนเพลีย เป็นต้น
- 4) ขณะออกกำลังกายและพบมีอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยมากผิดปกติ เวียนศีรษะ พร่ามัว มึนงง เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นแรงมาก ควรหยุดพักก่อน
- 5) ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

### 3. การป้องกันและจัดการความเครียด (สถาบันสุขภาพจิต, 2536: 22-29)

แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตอาจมีความรุนแรงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคมเมืองที่มีการแข่งขันตลอดเวลา สภาพครอบครัวมีขนาดเล็กและมีเวลา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันน้อยลง การอยู่อย่างสูง รวมไปถึงสถานที่อื่น ๆ ที่คนใช้เวลาส่วนใหญ่ของแต่ละวันอยู่ที่นั่น เช่น โรงเรียน ที่ทำงาน ก็ขาดบรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดีในด้านจิตใจ ส่งผลทำให้คนจำนวนไม่น้อยเกิดความเครียดและไม่มีทางออก อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ในที่สุด

ปัญหาสุขภาพจิตยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีรายงานจากการศึกษาสภาพแวดล้อมของความเป็นเมืองที่ไม่เหมาะสมว่า เสียงที่ดังเกิน 110 เดซิเบล มีส่วนทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานอยู่ในโรงงานผู้พักอาศัยในอาคารสูง

เช่น คอนโดเนียม อพาร์ทเมนต์ แฟลต ก็มีส่วนทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ เช่น เกิดความเบื่อหน่าย เฝ้ายหน้า เนื่องจากไม่มีบริเวณพักผ่อนหย่อนใจและไม่ค่อยมีความปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดสุขภาพจิตเสื่อมโทรมลงได้

วิธีการจัดการความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 กินอาหารย่อยง่าย ลดอาหารหวานจัด เค็มจัด และมันมากควรกินอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน รับประทานอาหารประเภทพืชผัก ผลไม้ให้มากเพื่อช่วยให้ขับถ่ายสะดวก หากมีโรคประจำตัว และแพทย์สั่งห้ามกินอาหารบางชนิดก็ต้องเชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

3.2 ทำงานเบา ๆ เป็นการออกกำลังกาย ยืดเส้นสาย และเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ อย่าเอาแต่นั่ง ๆ นอน ๆ เพราะกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆของร่างกายจะเสื่อมเร็วขึ้น ผู้สูงอายุไม่ใช่คนป่วย ยังสามารถทำประโยชน์ให้กับตัวเอง ครอบครัว และสังคมได้อีกนาน นอกจากนี้ได้ทำงานยังช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจให้กับตัวเอง และเป็นการใช้เวลาอย่างมีประโยชน์ ดีกว่าเอาเวลาไปคิดวิตกกังวล ฟุ้งซ่านในเรื่องอื่น ๆ

3.3 คบเพื่อนใหม่ ๆ เพื่อทดแทนเพื่อนเก่า คู่ครอง หรือญาติพี่น้องที่เสียชีวิตไปแล้ว จะได้ไม่รู้สึกหงอยเหงา เศร้าซึม เพื่อนที่คบอาจมีวัยน้อยกว่าก็ได้เพราะผู้สูงอายุจะได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จากเพื่อนใหม่ๆเหล่านี้

3.4 หากความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลินให้กับตัวเองบ้าง หรือกิจกรรมใหม่ ๆ ที่สนใจ ผู้สูงอายุยังมีสิทธิ์ที่จะหาความสุขใส่ตัวได้เหมือนกับคนวัยอื่นด้วยเพราะจะมีเวลาว่างเหลือเพื่อผู้สูงอายุจึงอาจเดินทางเที่ยว ไปดูหนังดูละคร หรือทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบได้อย่างเต็มที่

3.5 ควบคุมอารมณ์ ทำตัวเป็นหลักผู้ใหญ่ที่ดี ให้ลูกหลานเคารพนับถือและเกรงใจ โดยเป็นคนใจเย็น ให้อภัยไม่ถือสา มองลูกหลานอย่างเอ็นดู ไม่คอยจับผิดหรือบ่นว่าพ่ร้ายหรือ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุเองมีจิตใจขุ่นมัวไม่มีความสุขแล้ว ยังทำให้คนอื่น ๆ ในครอบครัวพลอยไม่มีความสุขตามไปด้วย

3.6 หมั่นประกอบกิจกรรมด้านศาสนาตามที่คุณผู้นับถือ เพราะศาสนาจะช่วยกล่อมเกลายให้จิตใจเยือกเย็น มองเห็นแก่นแท้ของชีวิต ทำให้จิตใจสงบและมีเป็นสุขเช่น การใส่บาตร ตอนเช้า การสวดมนต์ไหว้พระอยู่ที่บ้าน การไปฟังเทศน์ฟังธรรมที่วัด การไปร่วมพิธีทำบุญที่วัด ในวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

3.7 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นกรรมการจัดงานบุญ งานกุศลในหมู่บ้าน เป็นอาสาสมัครช่วยงานของทางราชการ ฯลฯ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับ

คนจำนวนมาก จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ออกสังคมได้รู้จักเพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มมากขึ้น ช่วยให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน และได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

#### 4. การปฏิบัติศาสนกิจ

##### 4.1 การปฏิบัติศาสนกิจของพุทธศาสนิกชนในชีวิตประจำวัน

การไปวัด การไหว้พระสวดมนต์ แผ่เมตตา เป็นกิจกรรมที่ชาวพุทธปฏิบัติกันเป็นประจำในชีวิตประจำวัน แต่ปัจจุบันสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปคนมีเวลาน้อยลงและสนใจทำกิจกรรมอย่างอื่นกันมากกว่าการไหว้พระสวดมนต์หรือประกอบกิจกรรมทางศาสนา บ้างกับวัดเริ่มห่างกัน เนื่องจากบริบทของสังคม เศรษฐกิจ โดยภาพรวมของสังคมไทย มีชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนไปในทุกด้านแต่คุณค่าของศาสนา ยังเป็นเรื่องจำเป็นควบคู่กับการพัฒนาประเทศ เพราะศาสนาเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นเรื่องของศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม เป็นพื้นฐานที่ดึงมาให้กับสังคมไทยมาโดยตลอด ดังนั้น การประกอบกิจกรรมทางศาสนาเป็นเรื่องที่พึงปฏิบัติและไม่ใช้เรื่องไกลตัว

##### 4.1.1 การไหว้พระสวดมนต์

พุทธศาสนิกชนผู้มีความเลื่อมใสมั่นคงในพระพุทธศาสนา ก่อนจะออกจากบ้านและก่อนเข้านอนนิยมสวดมนต์เพื่อทำจิตใจให้สงบ เพราะการสวดมนต์เป็นการสรรเสริญคุณพระรัตนตรัยคือ พระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ บทสวดมนต์นำมาจากพระสูตรต่าง ๆ ในพระไตรปิฎก บ้าง นักปราชญ์ทางพระพุทธศาสนาแต่งขึ้นบ้าง เพื่อใช้สวดในโอกาสต่าง ๆ เป็นอุบายฝึกจิตและฝึกสมาธิได้เป็นอย่างดี เพราะขณะสวดมนต์จิตของผู้สวดจะต้องจดจ่ออยู่ที่บทสวดจึงจะสวดได้อย่างถูกต้อง ถ้าจิตฟุ้งซ่านแล้วก็จะสวดผิดบ่อย ๆ ผู้ที่สวดมนต์เป็นประจำจะได้รับอานิสงส์ต่าง ๆ เช่น ตัดความกังวลได้ เพราะขณะสวดจิตระลึกรู้ถึงแต่บทสวดปล่อยวางความคิดอย่างอื่น ได้เจริญพุทธานุสสติ เพราะขณะสวดจิตระลึกถึงพระพุทธคุณและคำสั่งสอนของพระพุทธองค์ และจิตเป็นสมาธิมั่นคง จิตจะแน่วแน่อยู่ในอารมณ์เดียว เมื่อสวดเป็นประจำจะทำให้เป็นคนมีจิตมั่นคง เป็นต้น

ชาวพุทธ นอกจากจะสวดมนต์ประจำวันและก่อนนอนแล้วบางคนอาจจะบูชาพระและสวดมนต์เป็นกรณีพิเศษ เช่น ในขณะที่เกิดความไม่สบายใจหรือก่อนจะตัดสินใจในปัญหาสำคัญ ๆ ทั้งนี้ เพื่อให้จิตใจสงบ ความไม่สบายใจจะหายไป ทำให้มีสติ สามารถตัดสินใจได้ดี

##### 4.1.2 การทำบุญใส่บาตร การตักบาตรหรือใส่บาตร

คือ การที่พุทธศาสนิกชนนำอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ผลไม้ และน้ำหรืออาหารแห้ง ใส่ลงในบาตรของพระสงฆ์ ซึ่งสามารถทำได้ง่าย โดยไม่ต้องมีพิธีต้องอะไรทุกคนสามารถทำได้ทุกวัน การทำบุญใส่บาตรพระสงฆ์ เป็นหน้าที่ของพุทธศาสนิกชนที่ต้องปฏิบัติเพื่อเป็นการทำนุบำรุงรักษาพระพุทธศาสนาไว้ เนื่องจากพระสงฆ์เป็นพุทธบุตร เป็นผู้ควรแก่สักการะที่เขานำมาบูชา เป็นผู้ควรแก่สักการะที่เขาจัดไว้ต้อนรับเป็นผู้ควร



รับทักษิณาทาน และเป็นเนื่อนานบุญของโลก ไม่มีนาบุญอื่นยิ่งกว่า จะดำรงชีพอยู่ได้ก็ต้องอาศัยความอุปถัมภ์จากญาติโยมที่ถวายอาหารและปัจจัยอื่นแก่ท่าน

การทำบุญใส่บาตรวันเกิด ชาวพุทธส่วนมากนิยมทำบุญด้วยการใส่บาตรประจำวันเกิดทุกสัปดาห์ เช่น คนเกิดวันอาทิตย์ ก็นิยมใส่บาตรวันอาทิตย์ เป็นต้น บ้างก็นิยมทำบุญด้วยการใส่บาตรเมื่อถึงวันเกิดทุกรอบปีบ้าง การทำบุญใส่บาตรประจำวันเกิดนี้ นิยมใส่บาตรพระเท่าอายุ หรือเกินกว่าอายุ 1 รูป เช่น คนอายุ 25 ปี ก็นิยมใส่บาตรพระ 25 รูปบ้าง 26 รูปบ้าง เป็นต้น การทำบุญใส่บาตรประจำวันเกิดนี้ เพื่อเป็นการสร้างสมอบรมบุญวาสนาบารมีอันจะเป็นปูพเพกตบุญญตาตั้งกล่าวแล้ว ยังมีความมุ่งหมายเพื่อเป็นการเพิ่มเติมบุญกุศลอันเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงชีวิตให้เจริญรุ่งเรืองยิ่งขึ้น เปรียบเสมือนการเติมน้ำมันเชื้อเพลิงให้แก่ดวงประทีปเพื่อให้ดวงประทีปไม่ดับและให้ลูกโหลงขึ้น มีแสงสว่างไสวสืบต่อไปได้นานอันใด การทำบุญใส่บาตรประจำวันเกิดนี้ก็เพื่อเพิ่มเติมบุญกุศล คือ น้ำมันหล่อเลี้ยงชีวิต เพื่อให้ชีวิตของตนไม่ดับลงและให้ชีวิตเจริญรุ่งเรืองสืบไปได้นานอันนั้น

4.1.3 การเข้าวัดวันธรรมสวนะ พุทธศาสนิกชนสามารถปฏิบัติศาสนกิจในวันธรรมสวนะ คือ วันกำหนดประชุมฟังธรรมของพุทธบริษัทที่เรียกเป็นคำสามัญโดยทั่วไปว่า “วันพระ” เป็นประเพณีนิยมของพุทธบริษัทที่ได้ปฏิบัติสืบเนื่องกันมาแล้วแต่ครั้งพุทธกาล โดยถือว่าการฟังธรรมตามกาลที่กำหนดเป็นประจำไว้ย่อมก่อให้เกิดสติปัญญาและสิริมงคลแก่ผู้ฟังอย่างน้อยได้รับธรรมสวนานิสงส์อยู่แล้ววันกำหนดฟังธรรมนี้พระพุทธรูปเจ้าทรงบัญญัติไว้ในเดือนหนึ่ง ๆ ทั้งข้างขึ้นและข้างแรมรวม 4 วัน ได้แก่วันขึ้น 8 ค่ำ, วันขึ้น 15 ค่ำ, วันแรม 8 ค่ำ, วันแรม 14 หรือ 15 ค่ำ (หากตรงกับเดือนขาดเป็นแรม 14 ค่ำ) ของทุกเดือน วันทั้ง 4 นี้ ถือกันว่าเป็นกำหนดประชุมฟังธรรมโดยปกติ และนิยมเป็นวันรักษาศีลอุโบสถ สำหรับฆราวาสผู้ต้องการอบรมกุศลอีกด้วยวันธรรมสวนะนี้ ชาวบ้านก็จะละเว้นการประพฤติกิจที่เป็นบาปต่างๆ การสมาทานศีลในวันนี้ เช่น รับศีล 5 หรือศีล 8 ซึ่งเรียกว่า อุโบสถศีล พระสงฆ์จะได้แสดงพระธรรมเทศนาหรือธรรมสาส์นหรือธรรมสาถกจา หรือสนทนาธรรมกัน ซึ่งนับว่าเกิดเป็นประโยชน์แก่ผู้ฟังเป็นอย่างยิ่ง

การปฏิบัติศาสนกิจในชีวิตประจำวันจึงนำมาซึ่งความสงบการมีสมาธิ และเป็นการสร้างบุญกุศลให้เกิดขึ้นกับตนเอง ตลอดจนสามารถแผ่เมตตาให้กับบรรดาสรรพสัตว์ทั้งหลายได้อีกทางหนึ่งด้วย และเมื่อได้ปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวันแล้วความสุขในชีวิตจะเกิดขึ้นกับผู้ที่ปฏิบัติชอบนั้น

#### 4.2 การปฏิบัติศาสนกิจของศาสนาอิสลามในชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุมุสลิมเป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนาและมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติตามหลัก

คำสอนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่เยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องศาสนาผ่านระบบการศึกษาเล่าเรียนจากศูนย์อบรมศาสนาอิสลามและจริยธรรมประจำมัสยิดหรือศูนย์ฝึกอบรมประจำหมู่บ้านที่เรียกว่า “ตาดีกา” ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและศรัทธาที่แข็งแกร่งในอัลลอฮ์ ว่าเป็นผู้ทรงเดชานุภาพ เป็นผู้สร้างทุกสิ่งบนโลกนี้ และทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นไปตามประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ (พัชรี พุทธชาด, 2550)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุมุสลิม ได้แก่ การนมาซหรือการละหมาด การสวดมนต์ การอ่านหรือฟังอัล-กุรอาน การนึกถึงคำสอนทางศาสนา การปรึกษาผู้นำศาสนาและการสร้างความรู้สึกรู้สึกไว้วางใจในพระเจ้า ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลักในการปฏิบัติดังนี้

#### 4.2.1 การนมาซหรือละหมาด

การละหมาดคือการแสดงความเคารพสักการะและการแสดงความขอบคุณต่ออัลลอฮ์ ซึ่งจะกระทำวันละ 5 เวลา คือ ตอนรุ่งอรุณ ตอนบ่าย ตอนตะวันตกล้อย ตอนดวงอาทิตย์ตกดิน และในยามค่ำคืน โดยในการละหมาดทุกครั้งมุสลิมทุกคนจะหันหน้าไปทางก๊ะฮ. บ๊ะฮ. ซึ่งอยู่ในนครมักกะฮ. และหน้าที่ในการละหมาดนี้เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนตั้งแต่เริ่มมีความรู้สึทางเพศ (สำหรับผู้ชาย) และเริ่มมีประจำเดือน (สำหรับผู้หญิง) ซึ่งเป็นวัยที่อิสลามถือว่าเริ่มเข้าสู่วัยแห่งความเป็นผู้ใหญ่แล้ว

การละหมาดเป็นสิ่งยืนยันความศรัทธาที่ปรากฏให้เห็นทางภายนอกได้ชัดเจนที่สุดเพราะเป็นการปฏิบัติที่มีรูปแบบ และคนที่จะดำรงรักษาการละหมาดของตนเองได้ครบ 5 เวลาต่อวันนั้น จะต้องเป็นคนที่มีความผูกพันต่ออัลลอฮ์. และรำลึกถึงพระคุณของพระองค์อยู่ตลอดเวลา

#### 4.2.2 การกล่าวคำปฏิญาณตนว่า “ลาอิลลาฮะ อิลลัลลอฮ. มุฮัมมัด ร่อซูลุลลอฮ.”

คำปฏิญาณ นี้เป็นถ้อยคำที่ผู้ยอมรับอิสลามทุกคนจะต้องกล่าวออกมา เป็นการยืนยันด้วยวาจาว่าตัวเองมีความศรัทธาดังที่กล่าวมาข้างต้นและพร้อมที่จะปฏิบัติตามบทบัญญัติและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่อัลลอฮ์. ได้ทรงกำหนดไว้ในคัมภีร์กุรอานและคำสอนของท่านศาสดามุฮัมมัด

#### 4.2.3 การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

การถือศีลอดในอิสลาม คือ การงดเว้นจากการกิน การดื่ม การเสพสิ่งต่าง ๆ การมีความสัมพันธ์ทางเพศฉันสามีภรรยา ตลอดจนการอดคลื่นอารมณ์ใฝ่ต่ำทั้งหลายและการนิินทาว่าร้ายผู้อื่นตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนถึงดวงอาทิตย์ตก

การถือศีลอดเป็นหลักปฏิบัติอีกประการหนึ่ง ซึ่งอิสลามกำหนดให้มุสลิมทุกคนที่ศรัทธาในอัลลอฮ์ และมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งชายหญิงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติเป็นเวลา 29 – 30 วัน ในเดือนรอมฎอนซึ่งเป็นเดือนที่เก่าตามปฏิทินอิสลาม

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

นิศารัตน์ ศิลปะเดช (2539: 65) คุณภาพชีวิตคือ สภาพการดำรงชีวิตที่บุคคลเกิดความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม

สุพันธ์ บูราณรมย์ (2542: 11) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสมของมนุษย์ ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานในสังคมซึ่งสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางความคิดอย่างเพียงพอจนก่อให้เกิดความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

ศิริ สามสุโพธิ์ (2543: 57) คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้แก่สังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหาตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

WHO (1994 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540: 5) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

จากนิยามข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตในระดับที่เหมาะสม ตามสภาพความจำเป็นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ในสังคมหนึ่ง ๆ ในลักษณะที่ตนเองมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ตนเองอยู่อาศัยได้เป็นอย่างดี สืบเนื่องจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม

## 2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระส่วนบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 ด้าน ดังนี้ (WHO QOL Group, 1996 อ้างถึงในสุภา แก้วบริสุทธิ, 2547: 12-12)

2.1 ด้านร่างกาย (Physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ผลข้างเคียงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน

2.2 ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน มีสถานบริการสุขภาพ สถานบริการทางสังคม การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

### 3. การวัดคุณภาพชีวิต

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (อ้างถึงใน สมรัตน์ ขำมาก, 2554: 29-32) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ โดยเครื่องมือดังกล่าว ได้พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life, WHO) ภายใต้กรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งสัมพันธ์อยู่กับบริบททางวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม เพราะนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ ไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการหรือโรคต่างๆ แต่ถือการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

3.1 คุณสมบัติของเครื่องวัด เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละข้อใน 24 หมวด และรวบรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมทั่วไปอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL – BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจทางภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาและทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbrach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ข้อ ฉบับภาษาไทยที่ องค์การอนามัยโลกยอมรับเป็นทางการ

3.2 วัดอุปสงค์ เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต

3.3 วิธีใช้ เครื่องชี้วัดเป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15 – 60 ปีไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือแบบภาวะวิสัย (Preceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

3.3.1 ด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การเข้าหาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

3.3.2 ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3.3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3) กิจกรรมทางเพศ

3.3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน มีสถานบริการสุขภาพ สถานบริการทางสังคม การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

3.4 การให้คะแนน การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถาม

3.4.1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และ 11

3.4.2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 7, 8 และ 23 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 1 ข้อ คือ ข้อ 9

3.4.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 13, 14 และ 25 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด

3.4.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, 1 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก			ข้อคำถามเชิงลบ		
มากที่สุด	ให้	5 คะแนน	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน
มาก	ให้	4 คะแนน	มาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน	น้อย	ให้	2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

### 3.5 การแปลผลคะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตกลาง ๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีชีวิตที่ดี

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรรณิกา เรืองเดช และคณะ (2556: 23) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.5 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.2 จำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 24.8 และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 15.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรงจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ได้แก่ ผู้ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ ผู้มีความพิการในปัจจุบัน ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า สถานภาพสมรสหม้าย ระยะเวลาหลังเกิดเหตุการณ์ ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จิราพร ทองดี คาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2553: 95) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.0 และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

มัธยม มะแม (2553: 60) ได้ศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบาเจาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส พบว่า บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.1 ตัวแปรด้านภาระหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

สมรัตน์ ขำมาก (2554: 54) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับกลาง ๆ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 74.7 รองลงมาคือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 70.5 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 68.2 และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด คือ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ร้อยละ 53.9 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า เพศ รายได้ ต่างกัน ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส การศึกษา และลักษณะที่อยู่อาศัยต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ต่างกัน

ภูริชญา เทพศิริ (2554: 1) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษา คือ การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสวัสดิการสังคม มีอันดับสูงสุด รองลงมาคือ ด้านด้านความตระหนักในคุณค่าแห่งตน ด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ ตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ และรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน



อรดา ชีระเกียรติกำจร (2554: 16) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.32 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรกคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านสังคม ( $\bar{X} = 4.9, 4.7$  และ  $4.39$  ตามลำดับ) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554: 242-243) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับดี ร้อยละ 24.8 และระดับไม่ดี ร้อยละ 11.0 เมื่อพิจารณารายได้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม และจิตใจ ตามลำดับ ( $\bar{X} = 27.51, 25.06$  และ  $21.15$ ) ส่วนที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $\bar{X} = 20.04$ ) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในปัจจัยต่อไปนี้ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมและการรับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี, การศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป อาชีพข้าราชการบำนาญ รายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,001 บาท เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และไม่รับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่น จากผลการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นการพัฒนาในด้านร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตให้มากขึ้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากปานกลางไปสู่ระดับดี

ชุตติเดช เจริญคอน และคณะ (2554: 232-234) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจร้อยละ 52.7 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา

อาชีพและอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5 บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว องค์กรท้องถิ่นควรร่วมให้การส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชนบท

เกียรตินัดดา พึ่งสมบัติ และปริตา ธนสุกาญจน์ (2554: 6) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลท่าโรงช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย (3.64) ด้านจิตใจ (3.79) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม (3.68) จัดอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม (3.32) และด้านความมั่นคงในชีวิต (2.79) จัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อคุณภาพชีวิตระดับมาก (3.43) เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิต ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554: 36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจชนิดการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอกาบัง ซึ่งประกอบด้วย 2 ตำบล 19 หมู่บ้าน จำนวน 2,278 คน (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง, 2556)

#### 2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน โดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05 โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้ (ชาลัญชัย เรื่องขจร, 2550: 154)

$$\text{วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{2278}{1 + 2278(0.05)^2}$$

$$n = 399.78 \text{ คน}$$

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} \quad n = 400 \text{ คน}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = ขนาดของประชากร

$e$  = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ (0.05)

### 3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ดังนี้

3.1 กำหนดโควตาร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมด 19 หมู่บ้าน โดยการจับฉลากหมู่บ้านมาจำนวน 10 หมู่บ้าน

3.2 กำหนดโควตาหมู่ละ 40 คน

3.3 แต่ละหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากตัวแทนหมู่บ้านละ 40 คน รวมเป็น 400 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. ลักษณะของเครื่องมือการวิจัย เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวน 7 ข้อ

1.2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามในการปฏิบัติตน 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การป้องกันและจัดการความเครียด 4) การปฏิบัติศาสนกิจ จำนวน 50 ข้อ โดยลักษณะคำถามมีข้อคำถามการปฏิบัติตนทั้งเชิงบวกและลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 0 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนการปฏิบัติตน โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์มาจัดระดับ โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้หลักการทางสถิติ คือ ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (กานดา พูนลาภทวี, 2539)

$= 3-0 = 3/0 = 1$   
กำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาพิจารณา ตามเกณฑ์ช่วงคะแนน  
เฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติตน
2.01 – 3.00	ระดับสูง
1.01 – 2.00	ระดับปานกลาง
0 – 1.00	ระดับต่ำ

### 1.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต WHO QOL-BREF-THAI

ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540: 6) ที่ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1.3.1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และ 11

1.3.2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 7, 8 และ 23 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 1 ข้อ คือ ข้อ 9

1.3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships Domain) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 13, 14 และ 25 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด

1.3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22 มีข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด

ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, 1 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
มากที่สุด ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด ให้ 1 คะแนน
มาก ให้ 4 คะแนน	มาก ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง ให้ 3 คะแนน
น้อย ให้ 2 คะแนน	น้อย ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน	น้อยที่สุด ให้ 5 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตต่ำ
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตสูง

## 2. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ในการวิจัย มีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

### 2.1 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

2.1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดข้อคำถาม

2.1.2 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และกรรมการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความถูกต้องและรับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

2.1.3 ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านให้คะแนนรายข้อตามดุลยพินิจ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Congruence - IOC) คือ

ค่า +1 คือ ผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงตามเนื้อหา

ค่า 0 คือ ผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นตรงตามเนื้อหา

ค่า -1 คือ ผู้เชี่ยวชาญแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่ตรงตามเนื้อหา

หลังจากนั้นนำคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาคำนวณตามสูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

R หมายถึง ค่าคะแนนรายข้อตามดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ข้อคำถามการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่สร้างขึ้น จำนวน 50 ข้อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้เท่ากับ 1.00 จำนวน 35 ข้อ และได้ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้

เท่ากับ 0.67 จำนวน 15 ข้อ คำถามทุกข้อมีความตรงตามเนื้อหามากกว่า 0.50 จึงจะถือว่าเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้งานได้

#### 2.1.4 การหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability)

นำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ได้ทั้ง 50 ข้อคำถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มคล้ายตัวอย่างในเขตใกล้เคียง และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 ราย โดยเก็บแบบสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHO QOL-BREF-THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ที่ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มคล้ายตัวอย่างในเขตใกล้เคียง และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 ราย โดยเก็บแบบสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ร่วมเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 17 – 30 เมษายน 2557
4. ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน โดยแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับมีความครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการศึกษาได้

## วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test กรณีที่เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่ม และใช้สถิติ One-Way ANOVA กรณีที่เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรหลายกลุ่ม





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจชนิดการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
2. การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากใบ จังหวัดยะลา ตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย

#### ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากใบ จังหวัดยะลา วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าสถิติร้อยละ ดังรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	207	51.80
หญิง	193	41.20
<b>อายุ</b>		
60 – 69 ปี	257	64.30
70 – 79 ปี	110	27.50
80 ปีขึ้นไป	33	8.20

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	124	31.00
อิสลาม	276	69.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	137	34.20
ประถมศึกษา	236	59.00
มัธยมศึกษา	21	5.20
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	1.30
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	0.30
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	4	1.00
สมรส	263	65.70
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	133	33.30
<b>รายได้</b>		
เพียงพอ	168	42.00
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	123	30.70
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	32	8.00
เหลือเก็บ	77	19.30
<b>ลักษณะการอยู่อาศัย</b>		
อยู่เพียงลำพัง	30	7.50
อยู่กับคู่สมรส	248	62.00
อยู่กับบุตร/ญาติ	112	30.50

จากตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.80 อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 64.30 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 69.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70 มีรายได้เพียงพอเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 42.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 62.00

## การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายข้อ (n = 400)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน(ร้อยละ)
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>				
1.ท่านรับประทานอาหารที่ท่าน ปรุงเอง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	230 (57.50)	109 (27.30)	52 (13.00)	9 (2.20)
2.ท่านรับประทานอาหาร ปรุงสุกใหม่ ๆ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	196 (49.00)	138 (34.50)	55 (13.80)	11 (2.70)
3.ท่านรับประทานอาหารข้าวกล้องหรือข้าว ซ้อมมือ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	26 (6.50)	95 (23.80)	164 (41.00)	115 (28.70)
4.ท่านรับประทานอาหารเป็นประจำ ตามมื้อเวลา ครบ 3 มื้อ บ่อยมากน้อย เพียงใด?	190 (47.50)	143 (35.70)	55 (13.80)	12 (3.00)
5.ท่านรับประทานอาหารใส่กะทิ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	35 (8.80)	142 (35.50)	205 (51.20)	18 (4.50)
6.ท่านเติมผงชูรสในอาหาร บ่อยมากน้อยเพียงใด?	50 (12.50)	113 (28.30)	188 (47.00)	49 (12.20)
7.ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น บูดู ปลาเค็ม บ่อยมากน้อย เพียงใด?	79 (19.70)	107 (26.80)	196 (49.00)	18 (4.50)
8.ท่านรับประทานอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	30 (7.50)	135 (33.80)	206 (51.50)	29 (7.20)
9.ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ย่าง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	29 (7.20)	105 (26.30)	238 (59.50)	28 (7.00)
10.ท่านรับประทานอาหารหลากหลาย ชนิดในแต่ละวันบ่อยมากน้อย เพียงใด?	83 (20.80)	169 (42.30)	141 (35.20)	7 (1.70)

ตาราง 3 (ต่อ)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน(ร้อยละ)
11.ท่านรับประทานผักในปริมาณ มากของแต่ละมื้ออาหาร บ่อยมากน้อยเพียงใด?	57 (14.30)	156 (39.00)	174 (43.50)	13 (3.20)
12.ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก บ่อยมากน้อย เพียงใด?	18 (4.50)	121 (30.30)	247 (61.70)	14 (3.50)
13.ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	17 (4.20)	93 (23.30)	219 (54.80)	71 (17.70)
14.ท่านรับประทานอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง บ่อยมากน้อย เพียงใด?	20 (5.0)	77 (19.30)	233 (58.20)	70 (17.50)
15.ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัด ทอด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	81 (20.30)	182 (45.50)	131 (32.70)	6 (1.50)
16. ท่านรับประทานอาหารประเภท ต้ม เช่นแกงเลียงที่มีรสจัด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	103 (25.70)	177 (44.30)	108 (27.00)	12 (3.00)
17.ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น ผัก ผลไม้ดอง บ่อยมากน้อย เพียงใด?	30 (7.50)	63 (15.80)	216 (54.00)	91 (22.70)
18.ท่านดื่มน้ำมาก ไม่น้อยกว่าวันละ ประมาณ8แก้ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?	159 (39.70)	146 (36.50)	79 (19.80)	16 (4.00)
19.ท่านดื่มนมสด บ่อยมากน้อย เพียงใด?	42 (10.50)	82 (20.50)	154 (38.50)	122 (30.50)
20.ท่านดื่มชา กาแฟ บ่อยมากน้อย เพียงใด?	72 (18.00)	103 (25.70)	146 (36.50)	79 (19.80)
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>				
21.ท่านออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกเหนือจากการทำกิจวัตร ประจำวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	43 (10.80)	64 (16.00)	194 (48.50)	99 (24.70)

## ตาราง 3 (ต่อ)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน(ร้อยละ)
22.ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกาย แต่ละครั้งติดต่อกันไม่น้อยกว่า 40 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?	20 (5.00)	77 (19.30)	164 (41.00)	139 (34.20)
23.ในการออกกำลังกายท่านเริ่มจาก การทำท่าเบาๆก่อน ประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?	21 (5.30)	107 (26.70)	202 (50.50)	70 (17.50)
24.ก่อนหยุดออกกำลังกายท่านค่อยๆ ลดความหนักของกิจกรรมลง ประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อย เพียงใด?	23 (5.80)	67 (16.70)	174 (43.50)	136 (34.00)
25.เมื่อรู้สึกเหนื่อยจากการออกกำลังกาย ท่านหยุดพักทันที บ่อยมากน้อย เพียงใด?	39 (9.70)	75 (18.80)	159 (39.70)	127 (31.80)
26.ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อย และฟันท่อนเหนื่อยหอบ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	38 (9.50)	43 (10.80)	84 (21.00)	235 (58.70)
27.ท่านออกกำลังกายที่ใช้ความเร็ว เช่น การวิ่ง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	9 (2.20)	54 (13.50)	126 (31.50)	211 (52.80)
28.ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก บ่อยมากน้อย เพียงใด?	23 (5.80)	52 (13.00)	106 (26.50)	219 (54.70)
29.ท่านออกกำลังกายที่ทำซ้ำ ๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?	24 (6.00)	65 (16.30)	167 (41.70)	144 (36.00)
30.ท่านออกกำลังกายจนครบ 40 นาที แล้วยังไม่เหนื่อย บ่อยมากน้อย เพียงใด?	25 (6.30)	56 (14.00)	132 (33.00)	187 (46.70)

ตาราง 3 (ต่อ)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน(ร้อยละ)
<b>ด้านการป้องกันและจัดการความเครียด</b>				
31.ท่านวิตกกังวล ไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	26 (6.50)	67 (16.70)	225 (56.30)	82 (20.50)
32.ท่านทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลาย ความตึงเครียดบ่อยมากน้อยเพียงใด?	41 (10.30)	126 (31.50)	206 (51.50)	27 (6.70)
33.ท่านทำกิจกรรมบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูละครทีวี บ่อยมากน้อย เพียงใด?	85 (21.30)	131 (32.70)	145 (36.30)	39 (9.70)
34.ท่านค้นหาสาเหตุในการทำให้ เกิดความเครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	42 (10.50)	107 (26.70)	211 (52.80)	40 (10.00)
35.ท่านมักเก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่อเกิด ความเครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	22 (5.50)	74 (18.50)	155 (38.80)	149 (37.20)
36.ท่านพูดคุย ระบายกับคนใกล้ชิด เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	64 (16.00)	140 (35.00)	166 (41.50)	30 (7.50)
37.ท่านทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ เพื่อผ่อนคลายความเครียด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	80 (20.00)	114 (28.50)	181 (45.20)	25 (6.3.50)
38.ท่านมีการติดต่อ พูดคุยกับ เพื่อนฝูงหรือญาติบ่อยมากน้อย เพียงใด?	62 (15.50)	156 (39.00)	161 (40.20)	21 (5.30)
39.ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อให้ ร่างกายได้พักผ่อน บ่อยมากน้อย เพียงใด?	26 (6.50)	63 (15.80)	88 (22.00)	223 (55.70)
40.ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ในการทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่น ในวัยเดียวกัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	74 (18.50)	133 (33.30)	151 (37.70)	42 (10.50)

ตาราง 3 (ต่อ)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ จำนวน(ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน(ร้อยละ)
41.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระให้ ผู้อื่นต้องดูแล บ่อยมากน้อยเพียงใด?	30 (7.50)	91 (22.70)	159 (39.80)	120 (30.00)
42.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุบ่อยมากน้อย เพียงใด?	42 (10.50)	119 (29.80)	161 (40.20)	78 (19.50)
43.ท่านเบื่อหน่ายกับชีวิตที่เป็นอยู่ ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	32 (8.00)	61 (15.30)	180 (45.00)	127 (31.70)
44.ท่านพอใจกับความเป็นอยู่ใน ปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	101 (25.30)	144 (36.00)	139 (34.70)	16 (4.00)
<b>ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ</b>				
45.ท่านมีศรัทธาต่อพระเจ้า/ พระรัตนตรัยบ่อยมากน้อยเพียงใด?	216 (54.00)	83 (20.80)	90 (22.50)	11 (2.70)
46.ท่านสวดมนต์หรือทำละหมาด ประจำทุกวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	206 (51.50)	76 (19.00)	97 (24.20)	21 (5.30)
47.ท่านบริจาคทานสร้างศาสนสถาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	69 (17.20)	175 (43.80)	133 (33.30)	23 (5.70)
48.ท่านร่วมกิจกรรมทางศาสนาตาม ประเพณี บ่อยมากน้อยเพียงใด?	97 (24.20)	154 (38.50)	124 (31.00)	25 (6.30)
49.ท่านศึกษาความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?	101 (25.30)	142 (35.50)	131 (32.70)	26 (6.50)
50.ท่านเผยแพร่ความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?	60 (15.00)	143 (35.70)	155 (38.80)	42 (10.50)

จากตาราง 3 พบว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ราชดำเนิน

1. ด้านการรับประทานอาหาร ปฏิบัติเป็นประจำในข้อคำถาม ท่านรับประทานอาหารที่ท่าน  
ปรุงเอง บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 57.50 ปฏิบัติบ่อยครั้งในข้อคำถาม ท่านรับประทานอาหารประเภท  
ผัด ทอด บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 45.5 ปฏิบัติบางครั้งในข้อคำถาม ท่านรับประทานอาหารทะเล  
เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 61.70 และไม่เคยปฏิบัติเลยในข้อคำถาม ท่านดื่ม  
นมสด บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 30.50

2. ด้านการออกกำลังกาย ปฏิบัติเป็นประจำในข้อคำถาม ท่านออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 10.80 ปฏิบัติบ่อยครั้งในข้อคำถาม ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกันไม่น้อยกว่า 40 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 19.30 ปฏิบัติบางครั้งในข้อคำถาม ในการออกกำลังกายท่านเริ่มจากการทำท่าเบา ๆ ก่อน ประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 50.50 และไม่เคยปฏิบัติเลยในข้อคำถาม ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อย และฝืนต่อจนเหนื่อยหอบ บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 58.70

3. ด้านการป้องกันและการจัดการความเครียด ปฏิบัติเป็นประจำในข้อคำถาม ท่านพอใจกับ ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 25.30 ปฏิบัติบ่อยครั้งในข้อคำถาม ท่านมีการติดต่อ พุดคุยกับเพื่อนฝูงหรือญาติบ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 39.00 ปฏิบัติบางครั้งในข้อคำถามท่านวิตก กังวล ไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 56.30 และไม่เคยปฏิบัติเลยในข้อคำถามท่านใช้ยา นอนหลับเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 55.70

4. ด้านการปฏิบัติศาสนกิจ ปฏิบัติเป็นประจำในข้อคำถามท่านมีศรัทธาต่อพระเจ้า/พระรัตนตรัย บ่อยมากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 54.00 ปฏิบัติบ่อยครั้งในข้อคำถาม ท่านบริจาคทานสร้างศาสนสถานบ่อย มากน้อยเพียงใด? ร้อยละ 43.8 ปฏิบัติบางครั้งในข้อคำถาม ท่านเผยแพร่ความรู้ทางศาสนาบ่อยมาก น้อยเพียงใด? ร้อยละ 38.8 และไม่เคยปฏิบัติเลยในข้อคำถาม ท่านศึกษาความรู้ทางศาสนาบ่อยมาก น้อยเพียงใด? ร้อยละ 6.50

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม และรายด้าน (n = 400)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	การปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง		การปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง		การปฏิบัติตนอยู่ในระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร	141	35.20	142	35.50	117	29.30
2. การออกกำลังกาย	140	35.00	153	38.30	107	26.30
3. การป้องกันและการจัดการความเครียด	128	32.00	169	42.30	103	25.70
4. การปฏิบัติศาสนกิจ	119	29.80	163	40.70	118	29.50
<b>การปฏิบัติตนรวม 4 ด้าน</b>	<b>88</b>	<b>22.00</b>	<b>257</b>	<b>64.20</b>	<b>55</b>	<b>13.80</b>



จากตาราง 4 พบว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานอาหารเช้า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.50 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.20 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.30 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.30 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการป้องกันและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 25.70 และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการปฏิบัติศาสนกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.70 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29.80 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.50 ส่วนการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.80

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผลระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
1. การรับประทานอาหารเช้า	1.94	0.80	ระดับปานกลางกลาง
2. การออกกำลังกาย	1.89	0.80	ระดับปานกลางกลาง
3. การป้องกันและการจัดการความเครียด	1.94	0.76	ระดับปานกลางกลาง
4. การปฏิบัติศาสนกิจ	2.00	0.77	ระดับปานกลางกลาง
<b>การปฏิบัติตนรวม 4 ด้าน</b>	<b>1.92</b>	<b>0.59</b>	<b>ระดับปานกลางกลาง</b>

จากตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

## คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ (n = 400)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้ เพียงใด	19 (4.80)	50 (12.50)	195 (48.70)	110 (27.50)	26 (6.50)
2.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถ ทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	15 (3.70)	126 (31.50)	177 (44.30)	68 (17.00)	14 (3.50)
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการ ดำเนินชีวิตประจำวัน)	8 (2.00)	69 (17.20)	178 (44.50)	121 (30.30)	24 (6.00)
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากนักเพียงใด	17 (4.20)	51 (12.80)	121 (30.30)	172 (43.00)	39 (9.70)
5.ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	10 (2.40)	51 (12.80)	154 (38.50)	134 (33.50)	51 (12.80)
6.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	16 (4.00)	46 (11.50)	160 (40.00)	131 (32.70)	47 (11.80)
7.ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	4 (1.00)	44 (11.00)	144 (36.00)	149 (37.30)	59 (17.70)
8.ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	13 (3.20)	44 (11.00)	141 (35.30)	131 (32.70)	71 (17.80)
9.ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	74 (18.50)	133 (33.30)	134 (33.50)	44 (11.00)	15 (3.70)
10.ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่ สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	11 (2.80)	70 (17.50)	169 (42.20)	125 (31.30)	25 (6.20)
11.ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล มากนักเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือ มีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	31 (7.80)	75 (18.70)	138 (34.50)	120 (30.00)	36 (9.00)
12.ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด	30 (7.50)	44 (11.00)	195 (48.70)	112 (28.00)	19 (4.80)
13.ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับ คนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	2 (0.50)	89 (22.30)	155 (38.70)	132 (33.00)	22 (5.50)

ตาราง 6 (ต่อ)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	ไม่เลย จำนวน (ร้อยละ)	เล็กน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แยกไหน	18 (4.50)	69 (17.20)	182 (45.50)	99 (24.80)	32 (8.00)
15. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	11 (2.80)	50 (12.50)	138 (34.50)	166 (41.50)	35 (8.70)
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	4 (1.00)	48 (12.00)	134 (33.50)	142 (35.50)	72 (18.00)
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	9 (2.30)	65 (16.20)	168 (42.00)	120 (30.00)	38 (9.50)
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	25 (6.20)	48 (12.00)	174 (43.50)	126 (31.50)	27 (6.80)
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด	20 (5.00)	86 (21.50)	152 (38.00)	122 (30.50)	20 (5.00)
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนักน้อยเพียงใด	18 (4.50)	62 (15.50)	174 (43.50)	129 (32.30)	17 (4.20)
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	9 (2.30)	47 (11.80)	161 (40.20)	151 (37.70)	32 (8.00)
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	23 (5.80)	69 (17.20)	157 (39.20)	120 (30.00)	31 (7.80)
23. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	8 (2.00)	56 (14.00)	120 (30.00)	143 (35.70)	73 (18.30)
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	25 (6.20)	70 (17.50)	137 (34.30)	129 (32.30)	39 (9.70)
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน แยกไหน(ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือ การมีเพศสัมพันธ์)	63 (15.80)	96 (24.00)	132 (33.00)	87 (21.70)	22 (5.50)

ตาราง 6 (ต่อ)

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	10 (2.50)	38 (9.50)	168 (42.00)	125 (31.30)	59 (9.70)

จากตาราง 6 พบว่า คุณภาพชีวิตรายชื่อในข้อคำถามที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพอใจมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน ร้อยละ 18.30 ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพอใจมากที่สุด คือ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน ร้อยละ 41.50 ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพอใจปานกลาง คือ ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด ร้อยละ 48.70 ข้อคำถามที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพอใจเล็กน้อย คือ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ร้อยละ 31.5 และข้อคำถามที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจเลย คือ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน ร้อยละ 18.5

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้าน (n = 400)

คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง		คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง		คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านร่างกาย	134	33.50	178	44.50	88	22.00
2. ด้านจิตใจ	145	36.25	181	45.25	74	18.50
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	138	34.50	200	50.00	62	15.50
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	139	34.75	183	45.75	78	19.50
<b>คุณภาพชีวิตรวม 4 ด้าน</b>	<b>97</b>	<b>24.50</b>	<b>285</b>	<b>71.00</b>	<b>18</b>	<b>4.50</b>

จากตาราง 7 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50 45.25 50.00 และ 45.75 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.50 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.50

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	22.14	3.12	ระดับปานกลางกลาง
2. ด้านจิตใจ	24.57	3.34	ระดับปานกลางกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	11.12	2.76	ระดับปานกลางกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	27.24	3.56	ระดับปานกลางกลาง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน</b>	<b>84.41</b>	<b>14.27</b>	<b>ระดับปานกลางกลาง</b>

จากตาราง 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

### ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ตัวแปร	r	P
การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิต	0.22	0.00

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ( $r = 0.22$ )

## เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตาราง 10 ผลการทดสอบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีเพศต่างกัน

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	df	p
ชาย	207	85.13	13.63	1.04	398	0.30
หญิง	193	83.65	14.92			

เมื่อพิจารณาถึงเพศที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดสระบุรี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ตาราง 11 ผลการทดสอบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีศาสนาต่างกัน

ศาสนา	n	$\bar{X}$	S	t	df	P
พุทธ	124	87.15	10.88	2.60	398	0.01*
อิสลาม	276	83.18	15.41			

$P < 0.05$

เมื่อพิจารณาถึงศาสนาที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดสระบุรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดสระบุรี ที่มีอายุแตกต่างกันด้วยสถิติ One way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	206.29	51.57	0.10	0.98
ภายในกลุ่ม	395	211911.07	536.48		
รวม	399	212117.36			

เมื่อพิจารณาถึงอายุที่ต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภออากำบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภออากำบัง จังหวัดยะลา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	28	104.38	396.58	2.10	0.00*
ภายในกลุ่ม	371	70128.58	189.03		
รวม	399	81232.94			

$P < 0.05$

เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาที่ต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภออากำบัง จังหวัดยะลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 14 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภออากำบัง จังหวัดยะลา ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	600.06	300.03	1.48	0.23
ภายในกลุ่ม	397	80632.88	203.11		
รวม	399	81232.94			

เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพสมรสที่ต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภออากำบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ตาราง 15 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	3	5455.42	1818.47	9.50	0.00*
ภายในกลุ่ม	396	75777.52	191.36		
<b>รวม</b>	<b>399</b>	<b>81232.94</b>			

$P < 0.05$

เมื่อพิจารณาถึงความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ One way ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	504.06	168.11	0.82	0.48
ภายในกลุ่ม	396	80728.88	203.86		
<b>รวม</b>	<b>399</b>	<b>81232.94</b>			

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 2) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 4) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ตามข้อมูลส่วนบุคคล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจชนิดการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม – เมษายน 2557 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา จำนวน 400 คน โดยใช้สูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยการกำหนดโควตา ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมด 19 หมู่บ้าน โดยการจับฉลาก จากนั้นกำหนดโควตาหมู่บ้านละ 40 คน จาก 10 หมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากตัวแทนหมู่บ้านละ 40 คน รวมเป็น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษารายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสัมภาษณ์ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถามในการปฏิบัติตน 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การป้องกันและจัดการความเครียด 4) การปฏิบัติศาสนกิจ จำนวน 50 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต WHO QOL-BREF-THAI ประกอบไปด้วย ข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships Domain) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Domain) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test

กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างของประชากร 2 กลุ่ม และใช้สถิติ One-Way ANOVA กรณีที่เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรหลายกลุ่ม

## สรุปผล

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.8 อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 64.3 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 69.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.7 มีรายได้เพียงพอเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 42.0 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 62.0

### 2. ระดับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

พบว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.50 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.20 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.30 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.30 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการป้องกันและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.30 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 25.70 และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันด้านการปฏิบัติศาสนกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.70 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 29.80 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.50 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.80

### 3. ระดับคุณภาพชีวิต

พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50 45.25 50.00 และ 45.75 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 รองลงมามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.50 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.50

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิต

พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ( $r = 0.22$ )

#### 5. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย

5.1 เพศที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

5.2 อายุที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

5.3 ศาสนาที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.4 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.5 สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

5.6 ความเพียงพอของรายได้ที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.7 ลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

### อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 2) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา 4) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ตามข้อมูลส่วนบุคคล

## 1. การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

พบว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการป้องกัน และการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติศาสนกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.50 38.30 42.30 และ 40.70 ตามลำดับ การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.00 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 13.80

จากสภาพความเป็นจริงในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมไทยหรือสังคมต่างชาติ จะพบว่า สังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และมีการทอดทิ้งผู้สูงอายุกันมาก จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 21.8 ประเมินว่า สุขภาพตนเองไม่ดี และร้อยละ 52.3 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา ดังนั้น ปัญหาผู้สูงอายุ ที่ควรได้รับการพิจารณาก็คือ ปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเสื่อมประสิทธิภาพลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น รองลงมาคือ ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่พ้นจากวัยทำงานสู่วัยเกษียณอายุ เนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง ไม่สามารถทำงาน ได้ดั้งเดิม รายได้ลดลง ส่งผลต่อฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาความต้องการ ทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความต้องการการยอมรับและความเชื่อถือจากบุคคลในสังคม ความต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ ปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านการพัฒนาสังคม ประเทศชาติ โดยใช้ทรัพยากรผู้สูงอายุ ซึ่งทวี จำนวนมากขึ้นทุกขณะ เนื่องมาจากนวัตกรรมทางการแพทย์ และการสาธารณสุขมีการพัฒนามากขึ้น (ธาริน สุขอนันต์ และคณะ, 2554: 241) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสูงอายุ ได้แก่ ความสูงอายุตาม สภาพร่างกาย (Biological) Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของ ร่างกายที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต บุคคลอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะหรือระบบในบางส่วนของ ร่างกายซ่อนเร้นอยู่และมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นทีละน้อยตามอายุ เช่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือเทา ผิวหนังที่เหี่ยวย่น มองเห็นและการได้ยิน การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ช้าลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้ง่าย เป็นต้น ความสูงอายุตามความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในสังคม (Functional Aging) เป็นการพิจารณาจากหลักการที่ว่าบุคคลมีอายุเท่ากันมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายใน การทำกิจวัตรประจำวันต้องการพึ่งพามูลบุคคลในครอบครัวการพิจารณาความสูงอายุตามหลักการนี้มี ประโยชน์และสอดคล้องกับหลักการในการดูแลสุขภาพของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังหรือภาวะเสี่ยง ต่อปัญหาความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรับรู้ใน ตนเองและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งความสูงอายุด้านจิตใจนี้ได้รับอิทธิพลมา

จากสภาพร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต และการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีผลต่อและความจำ การเรียนรู้ แรงจูงใจและภาวะอารมณ์ และความสูงอายุตามสภาพสังคม (Social Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเข้าสังคม ความคาดหวังและบทบาททางสังคมที่ได้รับอิทธิพลมาจากความสูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละมิติของบุคคลซึ่งมีลักษณะที่ต้องการดูแลที่ละเอียดอ่อนและแตกต่างจากวัยอื่น ๆ (อุทัย หิรัญโต, 2526: 67-68)

## 2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง รายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50 45.25 50.00 และ 45.75 ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.00 รองลงมา มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 24.50 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.50 ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเคย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ได้เหมือนเดิม ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือสังคมลดลง ทำให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัตน์ ขำมาก (2554: 54) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสังขสิงห์พระ จังหวัดสงขลา พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับกลาง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี คาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตร (2553: 95) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองและประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554: 36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในตำบลบางกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 44.8 ซึ่งกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาไปยังไม่มาก ยังพอที่จะช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิต

พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอท่ง จังหวัดยะลา พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ( $r = 0.22$ ) เพราะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สภาพร่างกายจะเห็นได้ว่าเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สภาพจิตใจก็มีการเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่ายและวิตกกังวลสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือจากการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตติเดช เกียนคอน และคณะ (2554: 232-234) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภาวะสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เนื่องจากร่างกายจะเสื่อมและทรุดโทรมตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความต้องการที่สำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุคือ มีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น จะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี คาราวรรณ รองเมือง และกันทนา นาคฉัตรีย์ (2553: 97) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก เพราะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

### 4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย

4.1 เพศ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เพราะวัยสูงอายุไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุเพศใดก็เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งที่มีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร

ซึ่งเมื่อมีการใช้งานไปนาน ๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกัน เพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ เช่น เนื้อเยื่อบางชนิดได้แก่ ผิวหนัง เยื่อบุอาหาร เม็ดโลหิตแดง เซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่จะทดแทนเซลล์เก่าที่เสื่อมโทรมแล้ว เพื่อให้สิ่งมีชีวิตมีความชราที่น้อยที่สุด ส่วนเซลล์บางชนิดที่แบ่งตัวไม่ได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อลาย จะเสื่อมโทรมและตาย (อรวรรณ แพนคง, 2553) และสอดคล้องกับการศึกษาของอาร์ดา วีระเกียรติกำจร (2554: 15) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุไม่ว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิงย่อมไม่มีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตเปลี่ยนไป

4.2 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสูงอายุ ได้แก่ ความสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต บุคคลอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะหรือระบบในบางส่วนของร่างกายซ่อนเร้นอยู่และมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้นทีละน้อยตามอายุ เช่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือเทา ผิงหนังเหี่ยวย่น มองเห็นและการได้ยิน การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ช้าลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เป็นต้น ความสูงอายุตามความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ในสังคม (Functional Aging) เป็นการพิจารณาจากหลักการที่ว่าบุคคลมีอายุเท่ากันมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการพึ่งพามือคนอื่นหรือการพิจารณาความสูงอายุตามหลักการนี้มีประโยชน์และสอดคล้องกับหลักการในการดูแลสุขภาพของบุคคลต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังหรือภาวะเสี่ยงต่อปัญหาความสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับรู้ในตนเองและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งความสูงอายุด้านจิตใจนี้ได้รับอิทธิพลมาจากสภาพร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไต และการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีผลต่อและความจำ การเรียนรู้ แรงจูงใจและภาวะอารมณ์ และความสูงอายุตามสภาพสังคม (Social Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรเข้าสังคม ความคาดหวังและบทบาททางสังคมที่ได้รับอิทธิพลมาจากความสูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจคือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละมิติของบุคคลซึ่งมีลักษณะที่ต้องการดูแลที่ละเอียดอ่อนและแตกต่างจากวัยอื่น ๆ (อุทัย หิรัญโต, 2526: 67-68)

4.3 ศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีศาสนาแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2553: 96) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธา เชื่อมั่นในศาสนาและมีศาสนา

เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งจะปฏิบัติตามคำสั่งสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่ยังเยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องหลักศาสนา ทำให้ศาสนาฝังลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อและศรัทธาต่ออัลลอฮ์ เชื่อว่าเป็นผู้สร้างทุกสิ่งในโลกนี้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมที่มียึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่จะมีการจัดการความเครียดของตนเอง โดยใช้ศรัทธาต่อพระเจ้าและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา โดยพิลา (2550) ได้ศึกษาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล ที่พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดสตูลมีการสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่องการขอพรต่ออัลลอฮ์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และรู้สึกอบอุ่นใจ

4.4 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ และคณะ (2554: 36) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษามีผลต่อผู้สูงอายุในเรื่องความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับต่ำ การศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ ทำให้เข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตน จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ

4.5 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.7 ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง มีคนคอยดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุริชญา เทพศิริ (2554: 8) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก พบว่า สถานภาพสมรสต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก (2554: 54) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพคู่ โสด หม้ายหรือหย่า มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นเขตพื้นที่ชนบท ประชาชนอยู่กันแบบเครือญาติ ใ้การดูแล ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งใน



ยามปกติและยามเจ็บป่วย สำหรับตอนกลางวันก็จะมีเพื่อนรุ่นเดียวกัน ไปนั่งพูดคุย บางครั้งมีงานอดิเรกเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะเอาไปนั่งทำด้วยกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงาหรือหว่านหว่ ไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางที่ดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุนั้นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสังคมนั้นคือ บุคคลใดที่ดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นและมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตวัยกลางคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลนั้นก็จะดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตในวัยสูงอายุ โดยจะพยายามคงศักยภาพวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด (อรวรรณ แพนคง, 2553)

4.6 รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ทองดี คาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตร (2553: 96) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน และเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานที่สำคัญของการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ จะไม่วิตกกังวลว่าเมื่อไม่ได้ทำงานจะไม่มีเงินใช้จ่าย ส่งผลให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีรายได้จึงมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับการศึกษาของชริน สุขอนันต์ และคณะ (2554: 246) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพกายสุขภาพจิตดี ไม่เกิดภาวะวิตกกังวลแต่อย่างใด สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขก็เป็นได้ อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554: 16) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นมีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่า รายได้ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นรายได้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน

4.7 ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 62.0 รองลงมาคืออยู่กับบุตรหรือญาติ ร้อยละ 30.5 มีเพียงร้อยละ 7.5 ที่อยู่เพียงลำพัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังหรือถูกละเลย ขาดที่พึ่ง ขาดคนดูแล ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุเสื่อมลง กล่าวคือ การที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังหรือถูกละเลย ขาดคนดูแล ทำให้ผู้สูงอายุเหงา รู้สึกหดหู่ บางรายคิดว่าตนเองไร้ค่าหรืออาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก (2554: 54) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ลูกหรือหลานจะมากอดดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของการรับประทานอาหาร ความเป็นอยู่ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ลูกหลานก็จะคอยดูแล

ให้ความรัก ความอบอุ่น หรือบางครั้งเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ๆกันก็จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางที่ดีเช่นกัน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 62.0 การมีคู่สมรสจึงเป็นปัจจัยเสริมอีกอย่างหนึ่งในการอยู่ร่วมกันระหว่างคู่สมรสของผู้สูงอายุ คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา แก่กันและกัน

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ( $r = 0.22$ ) ส่วนการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุ อำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา ที่มี ศาสนาระดับการศึกษา รายได้ ที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้

1.1 จากผลการศึกษาการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา พบว่า การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในเรื่องการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ควรจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

1.3 จากผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในอำเภอ กาบัง จังหวัดยะลา พบว่า ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย

เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

## 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2.2 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้วางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน มีการพบปะกับคนในวัยเดียวกัน พุดคุยเพื่อสร้างสุขภาพจิตที่ดี อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป





**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- กรรมิกา เรืองเดช และคณะ. (2556). “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา”. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 5 (พฤษภาคม – สิงหาคม), 23.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือความสุข 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤษณา โดยพิลา. (2550). การสร้างเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กานดา พูนลาภทวี. (2539). สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์.
- เกียรติศักดิ์ ฟังสมบัติ และปรีดา ธนสุกาญจน์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโรงช้างอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง. (2556). บัญชีสาธารณสุข. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง.
- จิราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2553). “ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้”. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. 22 (มีนาคม), 88-97.
- ชาญชัย เรืองจอร์. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยพื้นฐาน. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ชุตติเดช เจียนคอน และคณะ. (2554). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา”. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 41(กันยายน-ธันวาคม), 232-234.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). สถิติวิทยาผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศุภนิชย์การพิมพ์.
- ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. (2554). “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี”. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 41 (มีนาคม), 241.
- นิสารัตน์ ศิลปะเดช. (2539). ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: พิธิษฐ์การพิมพ์.
- นุรไลลา สะมะเย. (2553). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลยะตะ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา. ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.

- นันทวรรณ สุวรรณรูป. (2544). “อุปสรรคและปัญหาการบริการผู้สูงอายุในชุมชน”. วารสารพุดา  
 วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2 (ตุลาคม-ธันวาคม), 36-41.
- บัณฑิตวิทยาลัย. (2552). คู่มือเรียบเรียงวิทยานิพนธ์และภาคนิพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.  
 สงขลา: เทมการพิมพ์.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2548). การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัย โดยใช้โปรแกรม  
 ดำเนินรูป SPSS for Window Version 10-12. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอส.  
 พี.เอ็น.การพิมพ์.
- พัชรี พุทธชาด. (2550). “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้”.  
 สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(กรกฎาคม), 31.
- ภูริชญา เทพศิริ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัด  
 นครนายก. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยเกริก.
- มัณน มะแม. (2553). พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล  
 บาเจาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส. ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตร  
 บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ. (2554). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”. วารสาร  
 วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 36.
- ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2543). ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2538). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 9.  
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2536). คู่มือความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่  
 สาธารณสุขระดับตำบล. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรัตน์ ขำมาก. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
 สงขลา.
- สหพร กุลณรงค์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตของ  
 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานเอนามัย ในจังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์  
 ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัย  
 สงขลานครินทร์.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ บุราณรมย์. (2542). **วิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: เวิร์ดเฟอ์เอ็ดดูเคชั่น.
- สุภา แก้วบริสุทธิ. (2547). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพาราจังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). **เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 5 (มิถุนายน–กันยายน), 4-15.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี: สำนักข่าวพาณิชย์ กรมส่งเสริมการส่งออก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง**. นนทบุรี: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อรรวรรณ แพนคง. (2553). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). “**คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่**”. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 4 (กันยายน–ธันวาคม), 15.
- อุทัย หิรัญโต. (2526). **สารานุกรมศัพท์สังคมวิทยา-มานุษยวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- Caringnan A.M., (1995). **Gerontological nursing**. United States of America: Delma Publishers.



**ภาคผนวก**





**ภาคผนวก ก**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

## แบบสัมภาษณ์

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา ซึ่งประกอบด้วย

- |  |              |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ                      | จำนวน 7 ข้อ  |
| ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ | จำนวน 50 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ                           | จำนวน 26 ข้อ |

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านไว้เป็นความลับ จะทำการวิเคราะห์ผลเป็นภาพรวม ไม่มีการเจาะจงเฉพาะบุคคล และผลการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ โดยอ่านแบบสัมภาษณ์และเลือกตอบคำถามเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

## แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้  
กรณีศึกษา: อำเภอตากบ จังหวัดยะลา

## ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างและเติมเครื่องหมาย ✓ ลงใน

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี (เป็นจำนวนปีเต็ม)

3. ศาสนา

1. พุทธ

2. อิสลาม

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา

4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

5. ปริญญาตรี

5. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย/หย่า/แยก

6. รายได้ ..... บาท/เดือน และเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย

1. เพียงพอ

2. ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน

3. ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน

4. เหลือเก็บ

7. ลักษณะการอยู่อาศัย

1. อยู่เพียงลำพัง

2. อยู่กับคู่สมรส

3. อยู่กับบุตร/ญาติ

4. อื่นๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ทำในสิ่งนั้น 6 – 7 วัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ทำสิ่งนั้น 4 - 5 วัน

บางครั้ง หมายถึง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ทำสิ่งนั้น 1 – 3 วัน

ไม่เคย หมายถึง ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านไม่ได้ทำสิ่งนั้นเลย

ข้อที่	การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
	การรับประทานอาหาร				
1	ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
2	ท่านรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
3	ท่านรับประทานอาหารเป็นประจำตามมื้อเวลา บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
4	ท่านรับประทานอาหารใส่กะทิ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
5	ท่านเติมผงชูรสในอาหาร บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
6	ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัดเช่น บูด ปลาเค็ม บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
7	ท่านรับประทานอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
8	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ย่าง บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
9	ท่านรับประทานผักหลากหลายชนิดในแต่ละวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
10	ท่านรับประทานผักในปริมาณมากจนองแต่ละมื้ออาหารบ่อยมากน้อยเพียงใด?				
11	ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก บ่อยมากน้อยเพียงใด?				

ข้อที่	การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
12	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
13	ท่านรับประทานอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
14	ท่านรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
15	ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม เช่น แกงจืด แกงเลียงที่มีรสจืด บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
16	ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น ผัก ผลไม้ดอง บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
17	ท่านดื่มน้ำมาก ไม่น้อยกว่าวันละประมาณ 8 แก้ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
18	ท่านดื่มนมสด บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
19	ท่านดื่มชา กาแฟ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
20	ท่านรับประทานอาหารอัม ครบตามมือ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
	<b>การออกกำลังกาย</b>				
21	ท่านออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกเหนือจากการทำกิจกรรมประจำวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
22	ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 40 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
23	ในการออกกำลังกายท่านเริ่มจากการทำท่าเบาๆ ก่อน ประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
24	ก่อนหยุดออกกำลังกายท่านค่อยๆ ลดความหนักของกิจกรรมลงประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
25	เมื่อรู้สึกเหนื่อยจากการออกกำลังกายท่านหยุดพักทันที บ่อยมากน้อยเพียงใด?				

ข้อที่	การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
26	ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อยและฟื้นต่อจนเหนื่อย หอบ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
27	ท่านออกกำลังกายที่ใช้ความเร็ว เช่นการวิ่ง บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
28	ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงเบ่ง เช่นการยกน้ำหนัก บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
29	ท่านออกกำลังกายที่ทำซ้ำๆ เป็นจังหวะสม่ำเสมอ เช่นเดินเร็ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
30	ท่านออกกำลังกายจนครบ 40 นาที แล้วยังไม่เหนื่อย บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
	<b>การป้องกันและจัดการความเครียด</b>				
31	ท่านวิตกกังวล ไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
32	ท่านทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
33	ท่านทำกิจกรรมบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูละครทีวี บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
34	ท่านค้นหาสาเหตุในการทำให้เกิดความเครียด หรือไม่สบายใจบ่อยมากน้อยเพียงใด?				
35	ท่านมักเก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่อเกิดความเครียด หรือไม่สบายใจบ่อยมากน้อยเพียงใด?				
36	ท่านพูดคุย ระบายกับคนใกล้ชิด เมื่อรู้สึกเครียด หรือไม่สบายใจบ่อยมากน้อยเพียงใด?				
37	ท่านทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ เพื่อผ่อนคลายความเครียด บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
38	ท่านมีการติดต่อ พูดคุยกับเพื่อนฝูงหรือญาติ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
39	ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
40	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ				

	ได้ดีเท่ากับผู้อื่นในวัยเดียวกัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
ข้อที่	การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
41	ท่านรู้สึกว่าเป็นภาระให้ผู้อื่นต้องดูแล บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
42	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
43	ท่านเบื่อหน่ายกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
44	ท่านพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
	<b>การปฏิบัติศาสนกิจ</b>				
45	ท่านสวดมนต์หรือทำละหมาดประจำทุกวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
46	ท่านบริจาคกำลังกายสร้างศาสนสถาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
47	ท่านบริจาคกำลังทรัพย์สร้างศาสนสถาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
48	ท่านร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณี บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
49	ท่านศึกษาความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?				
50	ท่านเผยแพร่ความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?				

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					



ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือ การมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					





**ภาคผนวก ข**

**รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ**

## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

### ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

1. นายวิทยา พิชน์ไพบูลย์ ตำแหน่ง นายแพทย์  
สถานที่ทำงาน คลินิกวิทยาการแพทย์ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

### ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2. นางทัศนีย์ สมสมาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

### ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย

3. นางทัศนีย์ ประธาน ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์  
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา





**ภาคผนวก ค**

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0045

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

9 เมษายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์วิทยา พิชนไพบูลย์

ด้วย นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม รหัส 52G2771012 นักศึกษาหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติ  
จากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.ชาญชัย เรืองขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท ชาติทอง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี  
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948  
<http://bundit.skru.ac.th/>  
[www.facebook.com/gsskru](http://www.facebook.com/gsskru)



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0045

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

9 เมษายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน

ด้วย นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม รหัส 52G2771012 นักศึกษาหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติ  
จากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.ชาญชัย เรืองขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท ชาติทอง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี  
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948  
<http://bundit.skru.ac.th/>  
[www.facebook.com/gsskru](http://www.facebook.com/gsskru)



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0045

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

9 เมษายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางทัศนีย์ สมสมาน

ด้วย นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม รหัส 52G2771012 นักศึกษาหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติ  
จากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.ชาญชัย เรืองขจร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. ดร.คันธมาทน์ กาญจนภูมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท ชาติทอง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี  
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948  
<http://bundit.skru.ac.th/>  
[www.facebook.com/gsskru](http://www.facebook.com/gsskru)





**ภาคผนวก ง**

**แบบสรุปผลการประเมินความสอดคล้อง (IOC)**

**การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC)**  
**แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดน**  
**ภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอท่ง จังหวัดยะลา**

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC) เป็นการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งจะให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นผู้ทำการตรวจสอบ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 คน โดยวิธีการหาค่า IOC ของเครื่องมือผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตรวจสอบและให้คะแนนรายข้อตามดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ โดยการให้คะแนนรายข้อของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญนั้นจะมี 3 ค่า คือ

ค่า + 1 คือ ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ค่า 0 คือ ผู้ตรวจสอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ต้องปรับปรุงข้อคำถามนั้นให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ค่า - 1 คือ ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ต้องแก้ไขข้อคำถามนั้นใหม่ หรือ ยกเลิกไปเลย

เมื่อได้ผลคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิครบทุกท่านแล้ว นำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณตามสูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC	หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง
R	หมายถึง ค่าคะแนนรายข้อตามดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิ
N	หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลที่ได้จากการคำนวณนั้นควรมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า + 0.50 ขึ้นไป จึงถือเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ได้ แต่หากค่า IOC น้อยกว่า + 0.50 และผู้วิจัยอาจมีความจำเป็น ต้องใช้ข้อคำถามนั้น สามารถทำได้โดยให้ผู้วิจัยทำการพัฒนาปรับปรุงข้อคำถามนั้นให้เหมาะสมขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ที่ทำการตรวจสอบ ซึ่งผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา ดังนี้

ข้อคำถาม	การประเมินของ ผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการ ประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
<b>การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน 4 ด้าน</b>						
<b>1. การรับประทานอาหาร</b>						
1.ท่านรับประทานอาหารที่ท่านปรุงเอง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
2.ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
3.ท่านรับประทานอาหารล้างล้างหรือข้าวซ้อมมือ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
4.ท่านรับประทานอาหารเป็นประจำตามมือเวลา ครบ 3 มื้อ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
5.ท่านรับประทานอาหารใส่กะทิ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
6.ท่านเติมผงชูรสในอาหาร บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
7.ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น น้ำบูดู ปลาเค็ม บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
8.ท่านรับประทานอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
9.ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ย่าง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
10. ท่านรับประทานผักหลากหลายชนิดในแต่ละวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
11. ท่านรับประทานผักในปริมาณมากของแต่ละมื้ออาหารบ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
12. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
13. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
14. ท่านรับประทานอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
15. ท่านรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
16. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม เช่น แกงจืด แกงเลียงที่มีรสจืด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
17. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น ผักผลไม้ดอง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
18. ท่านดื่มน้ำมาก ไม่น้อยกว่าวันละประมาณ 8 แก้ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
19. ท่านดื่มนมสด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
20. ท่านดื่มน้ำ กาแฟ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
<b>2. การออกกำลังกาย</b>						
21. ท่านออกกำลังกายเพิ่มเติม นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
22. ท่านใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 40 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
23. ในการออกกำลังกายท่านเริ่มจากการทำท่า เบาๆ ก่อน ประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อย เพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
24. ก่อนหยุดออกกำลังกายท่านค่อยๆ ลด ความหนักของกิจกรรมลงประมาณ 5 นาที บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
25. เมื่อรู้สึกเหนื่อยจากการออกกำลังกายท่าน หยุดพักทันที บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
26. ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อยและฟื้นต่อ จนเหนื่อยหอบ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
27. ท่านออกกำลังกายที่ใช้ความเร็ว เช่น การ วิ่ง บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
28. ท่านออกกำลังกายที่ใช้แรงเบ่ง เช่น การยกน้ำหนัก บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
29. ท่านออกกำลังกายที่ทำซ้ำๆ เป็นจังหวะ สม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
30. ท่านออกกำลังกายจนครบ 40 นาที แล้ว ยังไม่เหนื่อย บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
<b>3. การป้องกันและจัดการความเครียด</b>						
31. ท่านวิตกกังวล ไม่สบายใจ บ่อยมากน้อย เพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
32. ท่านทำงานอดิเรกเพื่อผ่อนคลายความ ตึงเครียด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
33. ท่านทำกิจกรรมบันเทิง เช่น ฟังเพลง ดูละครทีวี บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
34. ท่านค้นหาสาเหตุในการทำให้เกิดความ เครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
35. ท่านมักเก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่อเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
36. ท่านพูดคุย ระบายกับคนใกล้ชิด เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
37. ท่านทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ เพื่อผ่อนคลายความเครียด บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
38. ท่านมีการติดต่อ พูดคุยกับเพื่อนฝูงหรือญาติ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
39. ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
40. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่นในวัยเดียวกัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
41. ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระให้ผู้อื่นต้องดูแล บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
42. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
43. ท่านเบื่อหน่ายกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
44. ท่านพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
<b>4. การปฏิบัติศาสนกิจ</b>						
45. ท่านมีศรัทธาต่อพระเจ้า/พระรัตนตรัย บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
46. ท่านสวดมนต์หรือทำละหมาดประจำทุกวัน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
47. ท่านบริจาคทานสร้างศาสนสถาน บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
48.ท่านร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณีบ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
49.ท่านศึกษาความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
50.ท่านเผยแพร่ความรู้ทางศาสนา บ่อยมากน้อยเพียงใด?	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้





## ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค  
(Cronbach's Alpha Coefficient)



แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 50

Alpha = .8479

แบบวัดคุณภาพชีวิต

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

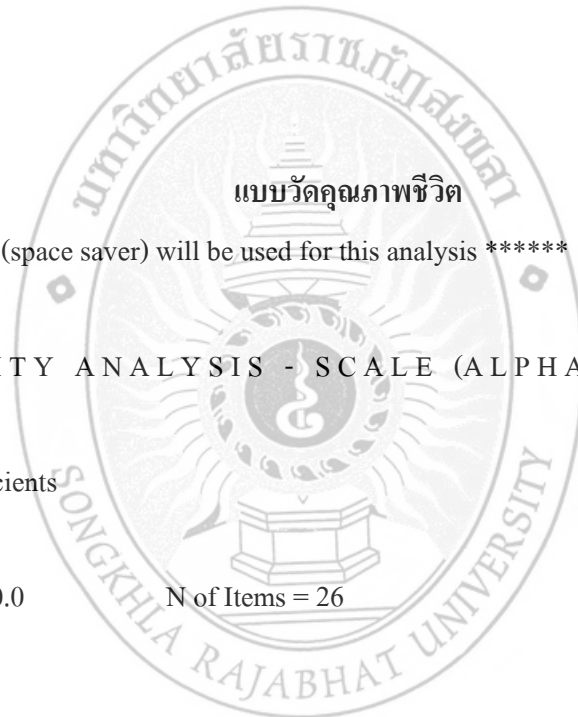
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 26

Alpha = .8589





**ภาคผนวก ฉ**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านของอำเภอกาบัง**

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านของอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา จากการสุ่มตัวอย่าง  
ตำบลบาละ

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้จากการสุ่ม	หมายเหตุ
1	บาละ	221	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
2	คลองน้ำใส	98	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
3	หินลูกช้าง	83		
4	คชศิลา	83		
5	สี่สิบ	128	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
6	บ้านใหม่	73		
7	คลองปุด	127		
8	คลองชิง	74	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
9	คลองพี	71	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
10	เมาะยี	72		
11	จุฬารณพัฒนาที่11	16		
รวมตำบลบาละ		1,046	200	5 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านของอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา จากการสุ่มตัวอย่าง  
ตำบลกาบัง

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่ ได้จากการสุ่ม	หมายเหตุ
1	บันนังดามา	223	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
2	นิบง	181	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
3	คูโปะปันยัง	275	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
4	ชื่อนัง	144		
5	ลาแล	143		
6	แอและ	124	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
7	กาบัง	57		
8	บาซาตาแป	85	40	หมู่บ้านที่สุ่มได้
รวมตำบลกาบัง		1,232	200	5 หมู่บ้าน



ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ช่วยวิจัย

รายชื่อผู้ช่วยวิจัยการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา

1. นายอุมาราญ มะแซ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบันนังตاما
2. นายซาฮาบ เจ๊ะนิ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน ประจำพ.สต.บ้านลูโบ๊ะบันยัง
3. นางสาวซัลวาซา มะตาหยง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน ประจำพ.สต.บ้านบาละ
4. นางสาวฟาวิณา ยางหาด พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ประจำพ.สต.บ้านคลองน้ำใส
5. นายอิกรอม กาซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบันนังสตา
6. นางสาวนรี พุ่มจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบันนังสตา



## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวมลจิรา เพชรสงคราม
วัน เดือน ปีเกิด	21 กรกฎาคม 2528
สถานที่เกิด	อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	66 หมู่ 1 ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง จังหวัดยะลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคณะราษฎรบำรุงจังหวัดยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2547	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคณะราษฎรบำรุงจังหวัดยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2551	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2556	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา