ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี
Factors Affecting Quality of Life among of Muslim Older: Minburi

สุระพรรณ พนมฤทธิ์, ค.ม., Surapan Panomrit, M.Ed.[1]
พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, ปร.ด., Puangtip Chaiphibalsarisdi, Ph.D.[2*]
นฤมล พรหมภิบาล, ค.ม., Narumol Prompibal, M.Ed.[1]
พัชรา สมชื่อ, พย.ม., Patchara Somchoe, M.N.S.[1]
[1]*อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*
[1]*Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University*
[2]*รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร*
[2]*Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Shinawatra University*

**Corresponding Author Email: puangtip.c@siu.ac.th*

Received: August 24, 2024 Revised: October 8, 2024 Accepted: October 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนมีนบุรี จำนวน 230 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมโดยใช้ Multiple linear regression ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี ได้แก่ ภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต รายได้ และอายุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม และเป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: *คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมีนบุรี*

Abstract

The purpose of this descriptive research is to Study the level of quality of life and factors related to the quality of life of the Muslim elderly: Minburi community. The sample group consisted of 230 elderly people in the Minburi community. The sample was selected by simple random sampling. The tools used to collect data include personal information. General health status questionnaire regarding mental health and questionnaire on quality of life of the elderly World Health Organization Brief Thai Edition (WHOQOL-BREF-THAI) which has been checked for accuracy by experts and calculate confidence using the Cronbach alpha coefficient. The reliability value was 0.81. Data analysis was obtained. By distributing frequencies, percentages, means, and standard deviations. Analyze the relationship to the quality of life of Muslim elderly using Multiple linear regression. The results of the research found that 1) The level of overall quality of life in terms of physical, mental, and social relationships and environmental is at a moderate level and 2) Factors that have a statistically significant effect ($p<.05$) on the quality of life of Muslim elderly people: Minburi Community including mental health conditions, income, and age, affecting overall quality of life in terms of social relationships. and environmental As for the age factor Affects the quality of life in terms of physical Suggestions: Relevant agencies can use this as a guideline in promoting health among Thai Muslim elderly. To be consistent with the cultural lifestyle of Thai Muslim elders and is basic information for further research on related issues.

Keywords: *Quality of Life, Muslim Older, Minburi Communities*

บทนำ

การสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในศตวรรษที่ผ่านมา ประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ส่วนประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลก 7,875 ล้านคน เป็น “ผู้สูงอายุ” อายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 151 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ในประเทศไทยมีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5.00 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) เป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญและอาศัยมานาน จนทำให้เกิดความหลากหลายขึ้นในสังคมพหุวัฒนธรรม ทั้งด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เครื่องแต่งกาย อาหารรวมถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มคนเหล่านั้น การทำความเข้าใจถึงวิถีชีวิตวัฒนธรรม และหลักการของศาสนาอิสลามมีส่วนช่วยให้

เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ บนพื้นฐานความหลากหลายภายใต้แนวคิดเสาหลักของประชาคมอาเซียนในด้านวัฒนธรรม ที่มุ่งเน้นให้เกิดความเป็นเอกภาพและความมั่นคงของประชาคมโลก โดยวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของคนที่นับถือศาสนาอิสลามหรือชาวมุสลิมจะผูกพันอยู่กับความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์)และปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนา ดังนั้น ในชุมชนมุสลิมแต่ละแห่งจะมีมัสยิด (Mosque) เป็นศูนย์กลางของชุมชน เป็นสถานที่ในการปฏิบัติศาสนกิจ (การนมาซ หรือละหมาด) นอกจากนี้มัสยิดยังเป็นสถานที่สำหรับสอน อัลกุรอาน (คัมภีร์ที่ประทานมาจากพระเจ้า) และหลักการศาสนา สถานที่ชุมนุมพบปะประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ เฉลิมฉลองทำบุญสถานที่จัดพิธีสมรส รวมถึงสถานที่พักพิงของผู้สัญจรผู้ไร้ที่พำนักอีกด้วย จำนวนมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 196 แห่ง เมื่อนำมาจำแนกตามรายเขต 50 เขต พบว่า เขตหนองจอก มีจำนวนมัสยิดมากที่สุด จำนวน 49 แห่ง รองลงมา คือ เขตมีนบุรี จำนวน 16 แห่ง และจำนวนครอบครัวที่เป็นสมาชิกของมัสยิดในแต่ละเขตรวมกัน พบว่า เขตหนองจอกมีจำนวนครอบครัวมากที่สุด จำนวน 9,667 ครอบครัว และรองลงมา คือ เขตมีนบุรี จำนวน 5,659 ครอบครัว จำนวนครอบครัวน้อยที่สุด ได้แก่ เขตดุสิต จำนวน 22 ครอบครัว (กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร, 2564) สำหรับอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในกลุ่มมุสลิมก็มีแนวโน้มสูงขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นประเทศไทยเริ่มมีแนวทางในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุ แต่ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมประชากรต่างกลุ่มวัฒนธรรมยังได้รับความสนใจน้อยโดยเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมที่มีความหลายหลากทั้งทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม การจัดการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาที่แตกต่างกันไปตามสภาพร่างกาย ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ความเอาใจใส่ดูแลของบุคคลรอบข้าง การยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุเองรวมถึงคุณภาพชีวิต และสามารถส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ (Lee, & Newberg, 2005)

ชุมชนมีนบุรีมีประชากรนับถือศาสนาอิสลามส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร, 2564) และครอบครัวเริ่มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตในลักษณะสังคมจะมีเทคโนโลยีเริ่มเข้ามามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า โดยแนวทางการดำเนินชีวิตในศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดในชุมชนนั้น จะเป็นจุดสำคัญในการแก้ปัญหาสภาพสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องของคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจ และให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมจะเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสภาพจิตใจ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระและปัญหาต่อสังคม มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตตามวิถีชีวิตในสังคมของตนอย่างมีความสุข จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา งานวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกจำนวน 5 จังหวัด พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยมีปัจจัยมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และช่วยเหลือทางด้านจิตใจเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาคับข้องใจครอบครัวและผู้ดูแลจะเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างมีความสุข (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ์, และจักรวาล สุขไมตรี, 2560; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี" เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมีนบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และภาวะสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมีนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และภาวะสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมีนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต ของ Goldberg (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา ส่วน Thai GHQ ได้พัฒนา โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์กรอนามัยโลก (WHO, 1997) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดรกุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณี พรมานะรังกุล (2545) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี มีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิม ในชุมชนมีนบุรี 16 มัสยิด ในชุมชนมีนบุรี มีผู้สูงอายุจำนวน 2,539 คน ในมัสยิดอิดฮาดร์อูลูมุดดีน จำนวน 253 คน และมัสยิดอัตตั๊กวา จำนวน 292 คน รวมประชากร 545 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยในชุมชนมีนบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 230 คน จากมัสยิดอิดฮาดร์อูลูมุดดีนจำนวน 107 คน และมัสยิดอัตตั๊กวา จำนวน 123 คน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสะดวกวิธี (convenience sampling)

1.2.1 เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาอิสลามที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ขอถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยพัฒนาจากการศึกษา แนวคิดจากทฤษฎี เอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ส่วนบุคคล โรคประจำตัว ข้อปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม และสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบวัดถาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต (General Health Questionnaire, GHQ) คือ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา ส่วน Thai GHQ ได้พัฒนา โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ประกอบด้วย คือ 1) ความรู้สึกไม่เป็นสุข 2) ความวิตกกังวล 3) ความบกพร่องเชิงสังคม และ 4) ความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค การแปลผล เกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชของ Thai GHQ-12 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ หมายความว่า บุคคลใดก็ตามรายงานข้อความที่เป็นบวก ตั้งแต่ 2-12 ข้อ ให้ถือว่าเป็นผู้ที่มีแนวโน้ม ผิดปกติทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRIEF THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2545) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .70 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อคำถามและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) แบบภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.80

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุมุสลิม ในมัสยิดนูรุ้ลฮูดา จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาซ (Alpha's Cronbach coefficient) ได้ค่าความเที่ยง แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ R014/66X ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ต่อมาขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะ โดยผู้วิจัยชี้แจงบอกวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุจะเก็บเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยมอบและรับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และแบบสอบถามถูกทำลายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

ที่มัสยิดอิดฮาดร์อูลูมุดดีน และมัสยิดอัตตั๊กวา ระหว่างวันที่ 1-30 มกราคม 2567 และนำผลการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนลงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ด้วยสถิติ Pearson correlation วิเคราะห์ Eta correlation และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุด้วยสถิติ Multiple linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ <.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุมุสลิม ในชุมชนมีนบุรี ประเทศไทย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี ประเทศไทย จำนวน 230 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.48 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 58.70 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.13 รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.17 ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.35 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 76.80 รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.34 และโรคต่อม97.39 ละหมาดวันละ 5 ครั้ง ร้อยละ 80.87 ถือศีลอดต่อปีตั้งแต่ 30 วัน ร้อยละ 72.17 บริจาคซะกาต ร้อยละ 58.70 และส่วนมากไม่ได้ไปประกอบพิธีฮัจญ์ ร้อยละ 72.17

1.2 ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี ประเทศไทย พบว่า ส่วนมากมีสุขภาพจิตปกติดี (0-1 คะแนน) ร้อยละ 56.52 ส่วนกลุ่มที่สุขภาพจิตมีแนวโน้มผิดปกติ (≥2 คะแนน) ร้อยละ 43.48 โดยมีคะแนน 7-12 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 12.18

1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.22 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.04 พบว่า ด้านร่างกายส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.17 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 6.96 ด้านจิตใจส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.70 อยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ .43 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.74 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.96 และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 58.26 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.96 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี (n = 230)

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4 (1.74)	196 (85.22)	30 (13.04)
ด้านร่างกาย	2 (0.87)	212 (92.17)	16 (6.96)
ด้านจิตใจ	2 (0.87)	227 (98.70)	1 (0.43)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	26 (11.30)	119 (51.74)	85 (36.96)
ด้านสิ่งแวดล้อม	11 (4.78)	134 (58.26)	85 (36.96)

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี

คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.250$), สถานภาพสมรส ($\eta = .152$), รายได้ต่อเดือน ($r = .317$) จำนวนโรคประจำตัว ($r = .140$) และภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.415$)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) คือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.189$)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า ไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.208$) รายได้ต่อเดือน ($r = .253$) และ ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.390$)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.243$), สถานภาพสมรส ($\eta = .225$) รายได้ต่อเดือน ($r = .316$ และ ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.425$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม
เพศ	η = .023	η = .047	η = .101	η = .048	η = -.040
อายุ (ปี)	r = -.250**	r = -.189**	r = -.002	r = -.208**	r = -.243***
สถานภาพสมรส	η = .152**	η = .114	η = .092	η = .143	η = .225*
รายได้ต่อเดือน (บาท)	r = .317***	r = .043	r = .010	r = .253***	r = .316***
จำนวนโรคประจำตัว	r = .140*	r = .006	r = .100	r = .119	r = .110
การปฏิบัติทางศาสนา	r = .073	r = .092	r = .028	r = .030	r = .056
ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต	r = -.415***	r = -.118	r = -.019	r = -.390***	r = -.425***

** p<.05, ** p<.01, *** p<.001, r = Peason correlation, η = Eta correlation*

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการการวิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ สมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเคย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้เหมือนเดิม ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือสังคมลดลง ทำให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับปานกลาง เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุอิสลาม (มันโซร์ ดอเลาะ, 2559) จำนวน 289 ราย ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกัน พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมาโนช ขันทพิริยา (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน จำนวน 159 ราย ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตดังข้างต้น พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี ประเทศไทย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.70

เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ทั้งเพศชายและหญิง เพราะยังไม่มีความเสื่อมตามวัยชัดเจน (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) ประกอบกับผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกัน และส่วนมากมีการปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ร้อยละ 58-97 ซึ่งการได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่ยังเยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องหลักศาสนา จนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเสมอภาคในการปฏิบัติทางศาสนาทั้งเพศชายและหญิง โดยมีความเชื่อและศรัทธาต่ออัลลอฮ์ เชื่อว่าเป็นผู้สร้างทุกสิ่งในโลกนี้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยไม่แบ่งแยกเพศ (วราพัชร จันทร์เส้ง, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณา วุฒิรณฤทธ์, และลัดดา เหลืองรัตนมาศ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ในผู้สูงอายุจำนวน 437 ราย พบว่า ปัจจัยนำด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมีนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้น มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า อายุนับว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเข้าสู่การเสื่อมและการถอย (Wear and tear theory) กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเมื่อเซลล์มีการใช้งาน เซลล์จะผลิตสารเหลือใช้สะสมไว้เมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่า มีการสะสมที่หัวใจและหน่วยประสาท หากมีการสะสมถึงระดับหนึ่งเซลล์จะทำงานไม่ได้ หรือทำงานลดลงเป็นเหตุให้เซลล์มีการเสื่อมถอย และอวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง โดยการเสื่อมถอยต่าง ๆ จะทวีสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (อรวรรณ แผนคง, 2553) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เสื่อมสภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อระบบร่างกายทั้งมวลของผู้สูงอายุ (อมรรัตน์ จำเนียรทรง และประเสริฐ สายเชื้อ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาที่ Gondodiputro, Wiwaha, Lionthina, and Sunjaya (2021) ศึกษาปัจจัยทำนายด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 88 ราย ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป ประเมินคุณภาพชีวิตตนเองโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี

4. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.70 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการปฏิบัติทางศาสนาที่มัสยิดได้ปกติ ทำให้มีโอกาสได้พบปะสังคมนอกบ้าน รวมทั้งอาจเนื่องมาจากสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันเปิดกว้าง การยอมรับการมีคู่ชีวิตที่เป็นครอบครัวและการหย่าเพิ่มมากขึ้น สังคมให้คุณค่าของบุคคลที่เท่าเทียมกันเพิ่มขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต (อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศริยามน ติรพัฒน์, 2563) รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่กับลูกหลาน จึงส่งผลให้ระยะของการทำใจยอมรับมีระยะเวลาที่สั้นและปรับตัวได้ดีขึ้น (ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnappa, Gadicherla,

Chidambaram, and Murthy (2021) โดยศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จำนวน 482 ราย และเขตเมือง จำนวน 495 ราย ภาคใต้ประเทศอินเดีย พบว่า สถานภาพสมรสคู่เมื่อเทียบกับ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท

5. ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมีนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งมีโอกาสได้ไปประกอบพิธีฮัญจ์ตามความเชื่อทางศาสนาอิสลาม กล่าวได้ว่า รายได้ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ดังนั้น รายได้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา หลวงพิทักษ์, จิติมา ดวงแก้ว, อุมากร ใจยั่งยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี (2562) โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อไทย พบว่า ส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 500-1000 บาท เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรด้านรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี

6. ปัจจัยด้านโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าส่วนมากผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.35 จะมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค แต่ส่วนมากเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต ประกอบกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุที่รักษาและรับยาประจำ จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) รายงานว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมือง ใกล้กับสถานบริการสุขภาพทำให้ไม่ต้องเป็นภาระในการเดินทาง การศึกษาที่ได้ผลแตกต่างครั้งนี้ เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ, และปานเพชร สกุลคู (2564) อธิบายว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดอาศัยในเขตชนบท ห่างไกลจากสถานบริการที่รับยาประจำอาจเป็นภาระทั้งบุคคลในครอบครัวในการรับส่ง หรือในกรณีไม่มีบุตรหลานอาจไม่มีความสะดวกในการเดินทางหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น แม้จะมีสิทธิด้านประกันสุขภาพ แต่จะมีค่าใช้จ่ายด้านอื่นที่สูงกว่าในการไปรับยาประจำ

7. ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนมากมีการปฏิบัติทางศาสนาที่ค่อนข้างเคร่งครัด ได้แก่ การปฏิญาณตน ร้อยละ 97.39 การละหมาด 5 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 80.87 และการถือศีลอดต่อปี 30 วัน ร้อยละ 72.17 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจยังไม่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนา ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม การศึกษาของ Uddin, Soivong, Lasuka, and Juntasopeepun (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศบังคลาเทศ จำนวน 280 ราย ใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF พบว่า ปัจจัยด้านศาสนาของผู้สูงอายุอิสลาม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งนี้ Uddin และคณะ ได้อภิปรายว่า น่าจะเกิดจาก

หนังสือทางศาสนา คือ อัลกุรอานซึ่งเขียนเป็นภาษาอาหรับ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถเข้าใจหนังสือศาสนาภาษาอาหรับ เป็นผลให้ต้องอาศัยแหล่งข้อมูลที่ไม่เป็นทางการจากผู้นับถือศาสนาอิสลามด้วยกัน อาจไม่ถูกต้องหรือครอบคลุม และอาจทำให้เกิดความสับสนได้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งของความสัมพันธ์เชิงลบนี้

8. ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมีนบุรี พบว่า ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีแนวโน้มผิดปกติ (≥ 2 คะแนน) ร้อยละ 43.48 ซึ่งพบใกล้เคียงกับกลุ่มปกติ ทั้งนี้ความสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ชัชวาล วงค์สารี, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของเกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, และนิพนธ์ รัตนคช (2562) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 35 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดในเรื่องของความวิตกกังวล กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล มากกว่าร้อยละ 50.0 ตลอดจนมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยครั้ง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ และสถาบันการศึกษาในชุมชน ควรมีการประสานความร่วมมือในการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และกลุ่มที่ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมีนบุรี และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางเป็นระดับดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทยภายใต้วัฒนธรรมของผู้สูงอายุอิสลามที่มีความหลากหลายและชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอิสลาม

เอกสารอ้างอิง

กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร. (2564). *รายงานการศึกษาการกระจายตัวของมัสยิดใน เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2563.* สืบค้นจาก https://webportal. bangkok.go.th/public/user_files_editor/354/aboutcpud/study%20report/2564/ปี%2064/1.การกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร%20พ.ศ.%202563.pdf

กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, และนิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(6), 1014-1020.

จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ์, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์, 15*(1), 27-32.

จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณา วุฒิรณฤทธ์, และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, *12*(1), 32-49.

ชัชวาล วงค์สารี. (2561). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นใน ผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 4*(21), 102-111.

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(1), 2-17.

เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อุ่ยเจริญ, และปานเพชร สกุลคู. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, *11*(1), 27-39.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประชีปัญญา, นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า. (2561). คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการุณย์, 25*(2), 137-151.

พัชราภรณ์ พัฒนะ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี* (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มันโซร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบาละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

มาโนช ขันทพิริยา. (2560). *ได้ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต ตำบลไชยสถาน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วราพัชร จันทร์เส้ง. (2563). *การศึกษาการทำงานของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในจังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วาสนา หลวงพิทักษ์, จิติมา ดวงแก้ว, อุมากร ใจยั่งยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม, 20*(38), 67-81.

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สืบค้นจาก https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=1

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545.* สืบค้นจาก https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf

อมรรัตน์ จำเนียรทรง และประเสริฐ สายเชื้อ. (2559). การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร, 16*(2), 285-296.

อรวรรณ แผนคง. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.

อภิรดี โชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และศริยามน ติรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31*(1), 95-110.

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.* Oxford U. Press.

Gondodiputro, S., Wiwaha, G., Lionthina, M., & Sunjaya, D. K. (2021). Reliability and validity of the Indonesian version of the World Health Organization quality of life-old (WHOQOL-OLD): a Rasch modeling. *Medical Journal of Indonesia, 30*(2), 143-151.

Krishnappa, L., Gadicherla, S., Chidambaram, P., & Murthy, N. S. (2021). Quality of life (QOL) among older persons in an urban and rural area of Bangalore, South India. *Journal of family medicine and primary care, 10*(1), 272-277.

Lee, B. Y., & Newberg, A. B. (2005). Religion and health: A review and critical analysis. *Zygon, 40*(2), 443-468.

Uddin, M. A., Soivong, P., Lasuka, D., & Juntasopeepun, P. (2017). Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: A cross sectional survey. *Nursing & health sciences, 19*(4), 518-524.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed). New York: Harper and Row.