

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม
7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง *

PARTICIPATION IN SOCIAL ACTIVITIES OF THAI MUSLIMS ELDERLY IN
7 PROVINCES OF LOWER SOUTHERN OF THAILAND

กิตติพร เนาว์สุวรรณ

Kittiporn Nawsuwan

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Boromarajonani College of Nursing Songkhla, Thailand

ภาวดี เหมทานนท์

Pawadee Hamtanon

จิตฤดี รอดการทุกซ์

Jitrudee Rodkantuk

อัญชณา วิชชพัฒนางกูร

Anchana Witwattanagoon

นรานุช ขะระเขื่อน

Naranuch Karakhuean

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Thailand

E-mail: pawadeehh@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามอายุ เพศ ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้สุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวน 159 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .894 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t –test และสถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

* Received 29 October 2019; Revised 23 November 2019; Accepted 24 November 2019



ผลการวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดตอนล่าง ที่มีเพศและความพอเพียงของรายได้ต่างกัน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิม กลุ่ม 60 – 70 ปี มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่รับรู้ว่าคุณภาพดีมากกว่าเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผู้สูงอายุไทยมุสลิม เพศชาย มีรายได้ที่พอเพียง กลุ่มอายุ 60 – 70 ปี และกลุ่มที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพดีมากกว่า มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรศึกษาหาแนวทางสำหรับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมในกลุ่มอื่น ๆ ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น

คำสำคัญ: กิจกรรมทางสังคม, การรับรู้ว่าคุณภาพ, ผู้สูงอายุไทยมุสลิม

Abstract

This descriptive research was to compare of participate in social activities for the Thai Muslim elderly in 7 provinces of lower southern of Thailand, classified by age, gender, sufficiency of income, and perceived health status. Samples were 159 elderly people aged 60 years and over who are Muslims living in 7 provinces in the lower southern of Thailand, including Trang, Phatthalung, Songkhla, Satun, Pattani, Yala and Narathiwat. Samples were sampling by Multistage Random Sampling. The data were collected by questionnaire for health care needs from local government organizations were IOC values between .67 - 1.00 and Cronbach's alpha coefficient was .894. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t –test statistics, and statistics. One-way ANOVA and double test with Scheffe method.

The result of the study revealed:

Participation in social activities of Thai Muslim elderly in 7 provinces of lower southern of Thailand were significant difference in sex and sufficiency of income at the level of .05. Male had more participation in social activities than female and who had enough income was participation in social activities more than other group. Thai Muslim elderly group 60 - 70 years of age had more participated in social activities more than other groups of age with statistical



significance at .05 level, and who perceived high health status that they were participated in social activities more than other groups with statistics significantly at the level of .001.

Thai Muslim elderly who were male, have sufficient income, aged between 60-70 years, and perceived high health status, that more participation in social activities than other groups. Therefore, that should be studied to enhance Thai Muslim elderly other groups to participate in more social activities.

Keywords: Social Activities, Perceived Health Status, Thai Muslims Elderly

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุนับเป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจระดับโลกในปัจจุบัน โดยองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของโลกระหว่างปี พ.ศ.2558 - 2573 โดยผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้น จาก 900 ล้านคนเป็น 1400 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2593 จะมีมากถึง 2100 ล้านคน ในขณะที่ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ 125 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ.2573 มีถึง 434 ล้าน (United Nation, 2015) สำหรับประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ จะเห็นได้จากผลสำรวจ ในปี พ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุประมาณ 10.30 ล้านคน และจากการคาดคะเนจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี 2563 จะเพิ่มจำนวนเป็น 11.88 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 16.78 และจะเพิ่มเป็น 13 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 19.80 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปีร้อยละ 23.50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ทั้งนี้เกิดจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทางด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข การพัฒนาสภาวะโภชนาการ การดูแลด้านการบริการพื้นฐาน ทางสุขภาพตลอดจนความสามารถในการควบคุมโรคติดต่อต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เมื่อประชาชนมีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ทำให้มีอายุมากขึ้นตามไปด้วย (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 58 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558) โดยผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวกร้อยละ 19 ด้านอารมณ์ไม่คงที่ อาจเกิดอารมณ์ซึมเศร้า การเรียนรู้สติปัญญา หลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน ด้านเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่



ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้มาก (Keltner, N. L., & Steele, D., 2015) จากความเสื่อมถอยในทุกด้านที่ต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ในแต่ละปัจเจกบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุเองก็มีความกังวลในการเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านช่วงวัยของชีวิต เป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต หรือต้องมีการปรับระบบวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงมิได้

ภาระหน้าที่ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ในการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวจะลดลง รายได้หลักของครอบครัวจึงได้มาจากการทำงานของลูกหลาน ส่วนรายได้เสริมมาจากเบี้ยยังชีพจากสวัสดิการของรัฐบาล งานหลัก ๆ ก็จะเป็นงานบ้าน หรือรับภาระในการเลี้ยงหลาน ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชนน้อยลง การพบปะสังสรรค์ก็จะมีเฉพาะในช่วงเทศกาล งานประเพณี หรืองานสำคัญในเครือญาติเท่านั้น สัมพันธภาพทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะมีตั้งแต่ความสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนถึงความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนฝูงหรือญาติ ๆ จะเป็นสิ่งที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพราะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือสร้างสรรค์กิจกรรมทางสังคมร่วมกัน แต่จากโครงสร้างทางสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ พบว่า สถานการณ์การอยู่เพียงลำพังของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้นหรือกลุ่มวัยเดียวกันจะต้องมีการสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากบุคคลในวัยเดียวกันย่อมจะเข้าใจในปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มวัยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มวัยอื่น ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ, 2560)

ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีลักษณะทางสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ประเพณีและวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีความแตกต่างจากบริบทของภาคใต้ตอนบนและภาคอื่น โดยเฉพาะการนับถือศาสนาพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งนับถือศาสนาอิสลามโดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งประกอบด้วยสงขลา 4 อำเภอ สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประชาชนส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันตามบริบทของศาสนาอิสลามที่เคร่งครัดในการดำเนินชีวิตภายใต้หลักการของศาสนาอิสลาม จากการศึกษาของ สรวงสุตา เจริญวงศ์ และคณะ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษา มีสัดส่วนภาวะติดบ้าน ร้อยละ 2 ติดเตียง ร้อยละ 3 และติดสังคม ร้อยละ 95 มีวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้วิถีมุสลิม ศักยภาพชุมชนที่เป็นโอกาสการพัฒนาการดูแลระยะยาวในชุมชน ได้แก่ ทุนทางวัฒนธรรมอิสลาม และทุนระดับบุคคล โดยคนในชุมชนมีการยึดมั่นในคำสอนของศาสนาอิสลามและมีจิตสาธารณะ ส่วน



ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้องการเพื่อนคุยคลายความเหงา และต้องการการสนับสนุนข้อมูลเชื่อมโยงความรู้ จากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง โดยปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับสังคมปัจจุบันได้อย่างสมดุลและมีความสุข (สรวงสุตา เจริญวงศ์ และคณะ, 2561)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นความสุขและความพึงพอใจของผู้สูงอายุใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ (จรัญญา วงษ์พรหม, 2558) การมีคุณค่าในตนเองต่อครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะทำให้ชีวิตมีความหมายยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาทในการทำงานลดลง แต่กระบวนการเรียนรู้ในการมีส่วนร่วมกิจกรรมชุมชน ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มีการดูแลเอาใจใส่ตนเอง และมากกว่านั้นสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ เกิดความยั่งยืนในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และเป็นภาระแก่สังคมให้น้อยที่สุด (สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องตามแนวคิด “สุขภาพหรือสุขภาพะบบของค์รวม (Holistic health)” และครอบคลุม “มิติสุขภาพ (Dimensions of health)” ที่มุ่งให้การดูแลคนทั้งคน และให้ความสำคัญกับ “ดุลยภาพของชีวิต” ทั้งในด้านกาย จิต สังคม และปัญญา (Walter, S., 1999) ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางสังคมให้กับหน่วยงานภาครัฐที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามในภาคใต้ตอนล่างได้ตามบริบทที่แท้จริง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยมุสลิมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับอายุ เพศ รายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีจำนวน 232,492 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่นับถือศาสนาอิสลามที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 159 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก ANOVA: Fixed Effects, Omnibus, Oneway กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.25 (Cohen, J., 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ได้จำนวนกลุ่ม



ตัวอย่างทั้งหมด 159 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอโดยคิร้อยละ 25 จากทุกจังหวัดในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จากนั้นสุ่มเลือกตำบลโดยคิร้อยละ 25 จากอำเภอ โดยใช้วิธีหยิบลากแบบไม่แทนที่ (Without replacement) และสุ่มจากผู้มารับบริการในคลินิกจนครบ 159 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารีสา สุวรรณราช, 2561) ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ ถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนนซึ่งแต่ละคะแนนมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนเต็ม 4 หมายถึง ทำเป็นประจำ ถึงคะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำเลย จำนวน 13 ข้อ การแปลผลระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงขั้นที่ต้องการ (สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.33 หมายถึง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.66 หมายถึง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.67 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 1 คน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการตรวจสอบค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความ



เชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .878

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขนิเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 12 เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด
2. ทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของผู้ช่วยวิจัย และผู้เก็บข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมเป็นทีมวิจัยและเก็บข้อมูล
3. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การให้เลือกรู้จักผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณแก่ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด
4. ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัดประสานผู้เก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่เพื่อเข้าเก็บข้อมูลตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง
5. ผู้เก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ผู้เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงลงบันทึกในแบบสอบถาม
6. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตาม เพศและ รายได้ โดยใช้ Independent t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตามอายุ เพศ รายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข



BCNSK 25-22/2560 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.5 อาศัยในอาศัยอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 80.5 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58.9 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.0 และมีผู้ดูแลร้อยละ 95.6

2. เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตาม เพศและ รายได้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตาม เพศและ รายได้ โดยใช้สถิติ Independent t –test

ตัวแปร	n	\bar{x}	SD	t	df	p-value
เพศ						
ชาย	58	2.13	0.75	2.491	93.479	.014*
หญิง	101	1.85	0.56			
ความพอเพียงของรายได้						
รายได้พอเพียง	89	2.00	0.61	2.011	142	.046*
รายได้ไม่พอเพียง	55	1.79	0.56			

p -value < .05

จากตารางพบว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีเพศและความพอเพียงของรายได้ต่างกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่า



3. เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตามอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตามอายุ

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่าง	2.662	2	1.331	3.254	.041*
ภายในกลุ่ม	63.809	156	.409		
รวม	66.471	156			

p -value < .05

จากตารางพบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีอายุต่างกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe เพื่อดูว่าคู่ไหนมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างระหว่างกลุ่มอายุ

อายุ	n	\bar{x}	SD	60 – 70 ปี	71 – 80 ปี	81 ปี ขึ้นไป
60 – 70 ปี	93	2.04	0.70			.049*
71 – 80 ปี	49	1.89	0.58			
ตั้งแต่ 81 ปี ขึ้นไป	17	1.63	0.42			

p -value < .05

จากตาราง พบว่า ผู้สูงอายุไทยมุสลิม กลุ่มอายุ 60 – 70 ปี เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ส่วนกลุ่มอายุคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	12.364	4	3.091	8.798	<.001***
ภายในกลุ่ม	54.107	154	.351		
รวม	66.471	158			

p -value < .001

จากตารางพบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการรับรู้สุขภาพต่างกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้วิจัย



จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe เพื่อดูว่าคู่ไหนมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างระหว่างกลุ่มการรับรู้สุขภาพ

การรับรู้สุขภาพ ตนเอง	n	\bar{x}	SD	ดีมาก	ดี	พอใช้	ดีเล็กน้อย	ไม่ดีเลย
ดีมาก	29	2.47	0.15		008**	<.001***		
ดี	64	1.97	0.52					
พอใช้	56	1.70	0.54					
ดีเล็กน้อย	7	1.80	0.64					
ไม่ดีเลย	3	1.41	0.58					

** p -value < .01, *** p -value < .0001

จากตารางพบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการรับรู้สุขภาพระดับดีมากเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ากลุ่มที่รับรู้สุขภาพระดับดี และ พอใช้

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า เพศชายมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้ชายไทยมุสลิมต้องไปทำงานนอกบ้าน และเมื่อเว้นว่างจากงานในช่วงเย็นถึงค่ำสามารถออกกำลังกายนอกบ้านได้ โดยรวมกลุ่มกันในสถานที่ทำงาน หลังออกกำลังกายจะต่อด้วยการดื่มน้ำชาเป็นการสร้างสัมพันธ์ในวงกีฬา ในขณะที่บริบทของวัฒนธรรมชาวไทยมุสลิมผู้หญิง (มุสลิมะฮ์) นั้น การออกมาสังสรรค์ต้องอยู่ในขอบข่ายที่อิสลามได้กำหนดไว้ คือต้องไม่ใช่ที่ปะปนระหว่างชายหญิง ต้องปกปิดร่างกายตามหลักของศาสนา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกโดยเฉพาะผู้ชายเป็นเรื่องที่ไม่ควรปฏิบัติ เพราะอาจผิดหลักศาสนา จึงทำให้ผู้หญิงต้องอยู่ในบ้าน หรือบริเวณใกล้บ้าน มีการแต่งกายอย่างมิดชิดตามหลักของศาสนาอิสลาม (Yeerae, N., 2010) และผู้หญิงต้องทำหน้าที่แม่บ้าน ทำความสะอาดบ้าน ดูแลความสะอาดของเครื่องแต่งกายและส่วนหนึ่งยังทำหน้าที่หาเลี้ยงชีพ ต่างจากเพศชายที่มีเวลารว่าง ทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของการ์ียา ยือแร สังคมมุสลิมในภาคใต้ให้โอกาสเพศชายมากกว่าเพศหญิงและการรวมกลุ่มของเพศหญิงเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องได้รับอนุญาตจากสามี (การ์ียา ยือแร และคณะ, 2553)

ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองเนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะรายได้ ไม่ว่าจะเงินสวัสดิการที่ได้รับจากรัฐบาล เงินบำเหน็จบำนาญสำหรับผู้ที่เป็นข้าราชการจาก



ลูกหลานที่มอบให้รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเอง ทั้งนี้ รายได้เป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรครวมถึงการส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งถือว่ามีความพร้อมทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียง สอดคล้องกับการศึกษาของชญาณี ไมเออร์ ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากการทำงานมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะรายได้ที่มาจากการทำงานของผู้สูงอายุเองแล้ว ยิ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพราะแสดงให้เห็นถึงบทบาทและความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเอง ศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน (ชญาณี ไมเออร์, 2552)

ผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีอายุต่างกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุไทยมุสลิม กลุ่ม 60 – 70 ปี เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่ากลุ่มอายุกลุ่มอื่นทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุวัยต้นซึ่งยังสามารถทำงานและช่วยเหลือตนเองได้จึง เข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนผู้สูงอายุวัยกลาง 71 – 80 ปี เป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลงมากขึ้น และเริ่มตระหนักในการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ส่วนวัยปลายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) (Neugarten, B. L, 1968) เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ เท่าที่ตนเองตนเองจะมีความสนใจและร่างกายจะแข็งแรงสามารถร่วมกิจกรรมได้ แม้ว่าจะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปบ้าง บางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย จากความเสื่อมของร่างกาย ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินลดลง แต่ความจำ ตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพค่อนข้างดี บางรายแม้จะมีโรคเรื้อรังประจำตัว แต่ส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ (นงนุช แยมวงษ์, 2557)

ผู้สูงอายุไทยมุสลิม 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมากมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีและพอใช้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นผู้ที่เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558) แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังก็สามารถเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีได้ หากมีการรับรู้ในทางบวกว่าตนเองยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และจะพยายามแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง



สรุป

ผู้สูงอายุไทยมุสลิม เพศชาย มีรายได้ที่พอเพียง กลุ่มอายุ 60 – 70 ปี กลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุไทยมุสลิมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกจากจะสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมแล้ว เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม นั้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการเข้าร่วมกิจกรรมต้องไม่ขัดกับหลักศาสนา ดังแนวคิด “สร้างศรัทธาตามหลักการศาสนา นำพาไปสู่สร้างเสริมสุขภาพที่ดี” นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีแล้ว ยังส่งเสริมให้สังคมเป็นศูนย์รวมแห่งการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ อันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลจากโครงการ วิจัยย่อยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2560. เรียกใช้เมื่อ 16 กรกฎาคม 2562 จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
- การิยา ยื่อแร และคณะ. (2553). การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา, 5(9), 83-96.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริสา สุวรรณราช. (2561). สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- จรัญญา วงษ์พรหม. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 8(3), 41-53.
- จุฬารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารรุสมิแล, 38(1), 6-28.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2558). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. ใน วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา.



- ชญานี ไมเออร์. (2552). การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 1(1), 92-109.
- นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 37-44.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สรวงสุดา เจริญวงศ์ และคณะ. (2561). สถานการณ์การดูแล และความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 231-246.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สิริกัญจน์ กระจ่างโพธิ์ และคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน. *วารสารแพทยธานี*, 45(2), 349-376.
- สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 10(30), 31-48.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(2), 16-26.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Keltner, N. L., & Steele, D. . (2015). *Psychiatric Nursing. (7th ed.)* . Missouri: ELSEVIER MOSBY.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle Age and Aging: a Reader in Social Psychology* . Chicago: The University of Chicago Press.
- United Nation. (2015). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Walter, S. (1999). *Holistic health*. American Holistic Health Association. Retrieved November 20, 2018, from [http:// ahha. org/selfhelp-articles/holistic-health/](http://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/)



Yeerae, N. (2010). Promoting Islamic Exercise In Pattani Housewives Group. In *Master of Science Health System Research and Development*. Prince of Songkla University Thailand.