

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา*

Factors Predicting Nutritional Health-promotion Behavior of Thai Muslims in Bangnampriao District, Chachoengsao Province*

อชิรญาณ์ มาตเจือ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)¹

Achiraya Martjuea, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)¹

วรรณรัตน์ ลาวัณ, Ph.D. (Health Sciences)²

สุพรรณา จันทร์ประเสริฐ, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)³

Wannarat Lawang, Ph.D. (Health Sciences)²

Suwanna Junprasert, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: May 10, 2019

Revised: June 7, 2019

Accepted: June 8, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 280 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น .95 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่น .77 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: achiroong13@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมในระดับสูง ($M = 3.88, SD = .49$) อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .268, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้มากที่สุด ($Beta = .239, p < .001$) รองลงมา คือ อายุ ($Beta = .233, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรสนับสนุนให้ชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และชุมชน มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ชุมชน และเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โภชนาการ ชาวไทยมุสลิม

Abstract

This predictive correlational research aimed to identify nutritional health-promotion behavior and its predicting factors of Thai Muslims. The participants were 280 Thai Muslims in Bangnampriao District, Chachoengsao Province. The research instruments included the Mini-Mental State Examination: Thai version, a demographic questionnaire, a perceived benefits of practice questionnaire with the reliability of .94, a perceived barriers of practice questionnaire with the reliability of .95, a perceived interpersonal influences questionnaire with the reliability of .93, a perceived situational influences questionnaire with the reliability of .81, and a nutritional health-promotion behavior questionnaire with the reliability of .77. Data were collected in March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the overall mean score of nutritional health-promotion behavior of Thai Muslims was at a high level ($M = 3.88, SD = .49$). Age, perceived benefits of practice, perceived barriers of practice, and perceived interpersonal influences could statistically significant explain the variation of nutritional health-promotion behavior by 26.80% ($R^2 = .268, p < .001$). The most significant predicting factor was perceived benefits of practice ($Beta = .239, p < .001$) followed by age ($Beta = .233, p < .001$).

This research suggests that health care providers should enhance nutritional health-promotion behavior in dimension of avoided foods among the risk group of chronic diseases of Thai Muslims as well as encourage their families, friends, and the Muslim community members to provide information, admiration, and role models of health behavior practices.

Keywords: Health-promotion behavior, Nutrition, Thai muslim

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประชากรทั่วโลก รวมทั้งประชากรไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.70 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.90 (วิชัย เอกพลากร, 2559) ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556; WHO, 2014) จากปัญหาและสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้น องค์การอนามัยโลกจึงรณรงค์ให้ทุกประเทศดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (WHO, 2013) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติสำคัญทางสุขภาพที่สนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติและยกระดับสุขภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและบรรลุการมีสุขภาพที่ดี (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกเน้นและให้ความสำคัญ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (WHO, 2013) ซึ่งประเทศไทยตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น จึงส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม

วิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นการดำเนินชีวิตตามกฎเกณฑ์ของศาสนา ซึ่งต้องเป็นไปตามบทบัญญัติของศาสนาว่าด้วยเรื่องของการรับประทานอาหาร กล่าวคือ การบริโภคอาหารจะต้องบริโภคอาหารที่อนุมัติ (ฮาลาล) บริโภคอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ และบริโภคอาหารแต่พอควร (พงค์เทพ สุธีรัฐฉิม และยุษฐิณิมะ, 2552) ถึงแม้ชาวไทยมุสลิมจะมีความเหมือนในวัฒนธรรมการรับประทานอาหารบางส่วน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของมุสลิมแต่ละพื้นที่ของประเทศก็มีความแตกต่างกันตามวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557) ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมุสลิมแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่ร้อยละ 51 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2558) จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว พบอัตราการป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2555-2558 มีประชากรชาวไทยมุสลิมอายุ 35 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คิดเป็นอัตราการป่วย 193.92, 277.01, 292.18 และ 296.24 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2558) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่า มีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่เหมาะสม ร้อยละ 28.10 และ 32.40 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2559) ดังนั้น การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และต้องคำนึงถึงความเป็นมุสลิม ซึ่งชาวไทยมุสลิมในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวมีวิถีการดำเนินชีวิตสอดคล้องตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามเหมือนมุสลิมทั่วประเทศ แต่มีลักษณะทางวัฒนธรรม สังคม และประเพณีที่แตกต่างจากมุสลิมในภาคอื่นๆ ของประเทศ เช่น การบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิด การบริโภคอาหารตามลักษณะของพื้นที่

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต่างกัน โดยอายุมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน (สรินทร์ แก้วตา, 2551) การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) การเจ็บป่วยมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามสาเหตุของการเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในภาพรวม หากบุคคลรับรู้ตนเองมีสุขภาพไม่ดี ก็จะต้องมีการในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรบุรุษ รอบสันติสุข, 2558) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร (ศศิภาณูจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, 2557) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; สรินทร์ แก้วตา, 2551) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมกรบริโภค (วิรยา บุญรินทร์, 2553) ส่วนการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นความคิดและทัศนคติต่อลักษณะของกิจกรรมต่าง ๆ ของชาวไทยมุสลิม ทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีต่าง ๆ ตามบริบทในสังคม ซึ่งทำให้เวลาการรับประทานและลักษณะอาหารแตกต่างจากการดำเนินชีวิตปกติ (ปราณี จันทศรี, 2547) และส่งผลต่อพฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างชัดเจน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่

ซึ่งจะทำให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพที่ดี อันนำมาซึ่งการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพในชุมชนให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

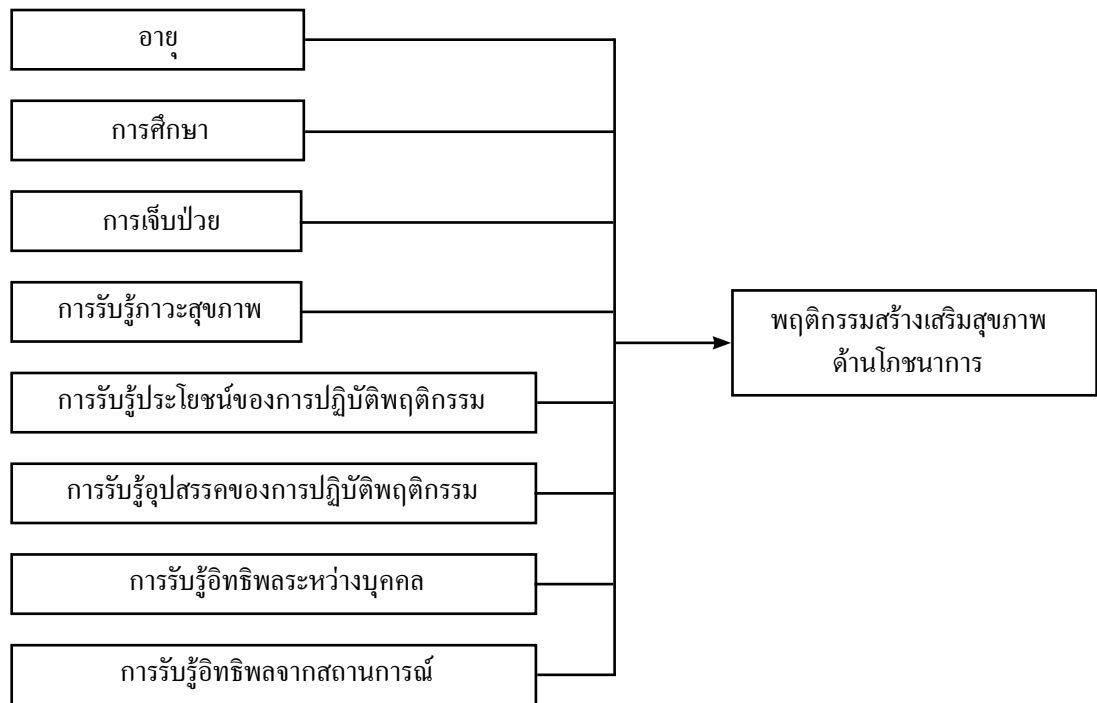
อายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Model) (Pender et al., 2011) ซึ่งเป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลประกอบด้วยกาย จิต สังคม และวิญญาณ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะให้คุณค่ากับการกระทำหรือการพัฒนาตนเองในทางบวก โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลถือเป็นการกระทำทางบวกของวิถีชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อการยกระดับสุขภาพ

ของบุคคล เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยการแสดง ศักยภาพทางสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ผ่านการตระหนักรู้ของตนเอง ประเมินสมรรถนะของตนเอง และแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง เมื่อนำมา พิจารณาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงคัดสรร ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ของชาวไทยมุสลิม ซึ่งประกอบด้วยอายุ การศึกษา การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้ อิทธิพลจากสถานการณ์ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นชาวไทยมุสลิม ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 20-70 ปี และมีสัญชาติไทย 2) อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน 3) สามารถเข้าใจ สื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ผู้ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 5) สามารถพิจารณาตัดสินใจในการรับประทานได้ด้วยตนเอง และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ Polit and Beck (2012) ที่จำนวนตัวแปร 8 ตัว โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .06 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 242 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสติชัยนรากร, 2555) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 291 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน โดยเลือกตำบล 4 ตำบล (จาก 7 ตำบล ที่ประชาชนนับถือศาสนาอิสลาม) โดยการจับฉลาก จากนั้นเลือกหมู่บ้าน ตำบลละ 1 หมู่บ้าน โดยการจับฉลาก และเพื่อให้สะดวกต่อจำนวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงกำหนดโควตาของกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 70 คน รวมจำนวน 280 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากเลขที่บ้าน (หากมีหลายคนในบ้านที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จะเลือกเพียง 1 คน)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) ใช้สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล เกณฑ์ผ่านแบ่งตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มที่เรียนระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และกลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา เกณฑ์ผ่าน คือ มากกว่า 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่าแบบตัวเลข (numerical rating scales) โดยปลายด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรงเลย/

ไม่ดีเลย ทั้งนี้ ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามคะแนนไปทางด้านขวา ซึ่งปลายด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม โดยให้วงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่สุด (สัทยา ไพบุลย์วรชาติ, 2558)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว การลดความรู้สึกเมื่อล้ม และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับการชื่นชม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีประโยชน์ เป็นประโยชน์น้อย เป็นประโยชน์ปานกลาง เป็นประโยชน์มาก และเป็นประโยชน์มากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคภายใน เช่น ความไม่ชอบ ความไม่รู้ การไม่มีเวลา และการรับรู้อุปสรรคภายนอก เช่น ความยุ่งยาก การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่าย จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เป็นอุปสรรค เป็นอุปสรรคน้อย เป็นอุปสรรคปานกลาง เป็นอุปสรรคมาก และเป็นอุปสรรคมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุม

อิทธิพลทั้งความคาดหวัง การชักชวน การให้การสนับสนุน ด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ ตลอดจนการเป็นแบบอย่างการปฏิบัติ จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีอิทธิพล มีอิทธิพลน้อย มีอิทธิพลปานกลาง มีอิทธิพลมาก และมีอิทธิพลมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อิทธิพลในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ครอบคลุมสถานการณ์ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามบริบทการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม และตามบริบทพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีอิทธิพล มีอิทธิพลน้อย มีอิทธิพลปานกลาง มีอิทธิพลมาก และมีอิทธิพลมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อิทธิพลในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) โดยสอบถามพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ ด้านอาหารที่ควรรับประทาน ด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่

มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (1-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่น่าเชื่อถือ ศาสนาอิสลาม และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .96-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปในตำบลสิงโตทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94, .95, .93, .81 และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 12-01-2560 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเวลาและ

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง
แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)
จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา
ประมาณ 30 นาที หากเป็นผู้สูงอายุ ให้เวลาประมาณ
45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม
2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริม
สุขภาพด้านโภชนาการ ข้อมูลการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ข้อมูลการรับรู้
อิทธิพลระหว่างบุคคล ข้อมูลการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์
และข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา
การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้
อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอย
พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของชาวไทยมุสลิม

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.80 มีอายุอยู่
ในช่วง 41-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.40 โดยมี
อายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD = 12.34$) มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.61 ส่วนใหญ่
มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.50 และมีรายได้
เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65.60

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 78.60
และรับรู้สุขภาพแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 70

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม (นอกจากข้อมูลส่วนบุคคล)

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์
ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
โดยรวมในระดับสูง ($M = 4.23, SD = .42$)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค
ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = .87$)

2.3 การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่า
ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
โดยรวมในระดับสูง ($M = 3.82, SD = .77$)

2.4 การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ พบว่า
ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์
โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = .70$)

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
ของชาวไทยมุสลิม พบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมใน
ระดับสูง ($M = 3.88, SD = .49$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน
พบว่าเกือบทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่
ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ ($M = 4.26,$
 $SD = .86$) ด้านอาหารที่ควรรับประทาน ($M = 3.73,$
 $SD = .73$) และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย ($M = 4.66,$
 $SD = .51$) ส่วนด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย
ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, SD = .74$)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยอายุ การศึกษา
การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้
อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม พบว่า อายุ การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($R^2 = .268, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
พฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการได้มากที่สุด (Beta = .239, $p < .001$)
รองลงมา คือ อายุ (Beta = .233, $p < .001$) การรับรู้
อิทธิพลระหว่างบุคคล (Beta = .226, $p < .001$) และ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Beta = -.186,
 $p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของ
ชาวไทยมุสลิม (n = 280)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	.187	.038	.239	4.387	< .001
อายุ	.006	.033	.233	4.413	< .001
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	.177	.043	.226	4.108	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	-.069	.039	-.186	-3.529	< .001

Constant = 2.463, R = .518, $R^2 = .268$, adj. $R^2 = .258$, F = 12.456, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชาวไทยมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ย
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมใน
ระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความหลากหลาย
ของอาหารและจำนวนมื้อ ด้านอาหารที่ควรรับประทาน
และด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง
โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย
ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
ของชาวไทยมุสลิมว่าเป็นไปตามวัฒนธรรมการบริโภค
อาหารตามบทบัญญัติของศาสนาที่ว่า การบริโภคอาหาร
ที่อนุมัติเป็นอาหารฮาลาล โดยเป็นอาหารที่ดี สะอาด มีคุณค่า
และมีคุณภาพ เป็นประการสำคัญ และต้องรับประทาน
อาหารให้ครบ 5 หมู่ ประกอบกับการณรงค์ของรัฐบาล
ในการแก้ไขปัญหา และให้ความสำคัญกับการสร้างเสริม
ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะ
การบริโภคอาหาร กล่าวคือ ส่งเสริมการบริโภคผักและ
ผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลด
อาหารไขมันสูง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global
action plan for the prevention and control of
NCDs 2013-2020) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต
ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบาย
ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
ทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2557) ก่อให้เกิดผลลัพธ์
ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า อายุ การรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถ
ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
ได้ร้อยละ 26.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้มากที่สุด ทั้งนี้จึง
อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์แล้ว ทำให้เพิ่ม
ความตื่นตัว และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็น
ไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender

et al., 2011) ที่ว่า พฤติกรรมต้องยกระดับสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในตำบลหนึ่ง พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อายุทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดีขึ้นเนื่องจากอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกซื้อ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) อายุจึงเป็นพื้นฐานการบ่งชี้ความแตกต่างทางพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและความรู้ และอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี ปันนพศรี (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอหนึ่ง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความคาดหวัง การชักชวน การแนะนำ การชื่นชม และการเป็นต้นแบบของครอบครัว เพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำศาสนา ในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) กล่าวคือ ลักษณะของอิทธิพลระหว่างบุคคลของชาวมุสลิมมีทั้งในเรื่องของศาสนาที่มีความเคร่งครัดตามบทบัญญัติ และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในด้านโภชนาการ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีผล ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว และสังคม ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นไปได้ง่ายและส่งผลอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้นำศาสนายังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และ

มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชน (ซูไมยะ เติงสาแม, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ, 2558) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mallick, Ray, and Mukhopadhyay (2014) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและความตระหนักในน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิง พบว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค รวมถึงกลุ่มเพื่อนที่มีความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารด้วย ทั้งนี้ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความไม่ชอบ ความไม่รู้ การไม่มีเวลา ความยุ่งยาก การขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก และค่าใช้จ่าย ทำให้ส่งผลถึงความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ที่กล่าวถึงลักษณะของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรสนับสนุนให้ชาวไทยมุสลิมที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดโรค โดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลข่าวสาร ชุมชน และเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มผู้นำศาสนา โดยเน้นเรื่องอาหารมุสลิมที่มีประโยชน์และมีโทษที่ชัดเจน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับชาวไทยมุสลิม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ซูไมยะ เติงสาแม, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, และนิรัตน์ อิมามิ. (2558). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนา จังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(1), 18-27.

ทิพย์กมล อิสลาม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราณี จันทศรี. (2547). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดสตูล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิษชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และวีรณัฐ ครอบสันติสุข. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(3), 26-36.

พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ, และยุซุฟ นิเมะ. (2552). *บูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีจิตวิทยาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและยา*. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พานทิพย์ แสงประเสริฐ, และจาวรรณ วิโรจน์. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(1), 113-126.

รสรินทร์ แก้วตา. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

วิภาวี ปันนพศรี. (2550). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

วิริยา บุญรินทร์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์*, 5(1), 154-163.

ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม: กรณีศึกษาตำบลองค์กรักษ์ อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *พฤติกรรม การบริโภคของคนไทย*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สัททยา ไพบูลย์วรชาติ. (2558). *Pain assessment and measurement*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชากร*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2558). *รายงานประจำปี 2554-2558*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- Mallick, N., Ray, S., & Mukhopadhyay, S. (2014). *Eating behaviours and body weight concerns among adolescent girls*. Retrieved from file:///C:/Users/Asus/Downloads/257396.pdf
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, A. M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Julie Levin Alexander.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control noncommunicable disease 2013-2020*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014 "At training the nine global noncommunicable disease targets, a shared responsibility"*. Geneva: Author.